Segunda Revisión de la Dirección

SGC-FMED Diciembre de 2012

Introducción

- La presente información contiene el resultado de las Auditorías (internas y externas), la retroalimentación de los usuarios, desempeño de los procesos y conformidad con el producto, estado de acciones correctivas y preventivas, acciones de seguimiento de revisiones previas de la dirección, cambios que podrían afectar al SGC y recomendaciones para la mejora.
- Esta información es producto del esfuerzo colaborativo y el compromiso de los integrantes de los equipos de trabajo y de la alta dirección del SGC-FMED a lo largo de 2012 e incluye los resultados de la aplicación de los nuevos instrumentos de medición de la satisfacción de usuarios en congruencia con los nuevos objetivos de calidad.
- Sabemos que aun existen áreas de oportunidad por conquistar, pero es justo reconocer también los logros y fortalezas obtenidas a lo largo del presente año.

Resultado de Auditorías (Internas y Externas)

LCETQ

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
1	INTERNA	Evidencia: En el LCETQ el techo de los sanitarios se encuentra con humedad y hongos. Hay registros en mal estado en el interior del quirófano y en el exterior del laboratorio. Los pedestales de las mesas de mayo y de riñón están oxidados. El bajante del drenaje pluvial en la entrada principal del laboratorio, está mal ubicado.	Falta de supervisión del personal asignado al LCETQ (personal de enfermería, personal manual, docentes) y Secretaria Administrativa.	Implementar un plan de supervisión periódica del área física que ocupa el LCETQ, para identificar áreas de oportunidad. Crear una bitácora de mantenimiento preventivo del equipo y mobiliario del toda el área correspondiente al LCETQ.	Abierta

LCETQ

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
2	INTERNA	E: En el LCETQ el procedimiento documentado P-FMED-LCETQ-02, para el desarrollo de la práctica del Taller de técnica quirúrgica de cuarto año, no coincide con las actividades que se están realizando (alumnos, profesores, personal de apoyo). Además, fue diseñado y modificado sin la participación de todos los actores.	El docente responsable y el personal de enfermería asignados al desarrollo del procedimiento desconocen el SGC de la Facultad	Capacitar al personal involucrado (docentes, personal de enfermería y personal manual que participan en el Tallar de 4°. Año de Técnica Quirúrgica), en el SGC, así como en los procedimientos y formatos aplicables. Realizar reuniones semestrales de revisión del procedimiento y los formatos correspondientes del Taller de Técnica Quirúrgica	Abierta

LFIS

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	Interna	: La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 4.2.3 inciso d, establece que los documentos requeridos por el SGC deben controlarse y asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.	No existe una planeación sobre las obligaciones con el SGC al momento de asumir el cargo a los responsables del laboratorio Sugiero que exista una persona en cargada de los tramites administrativos y que los responsables de los laboratorios sean los proveedores de información en tiempo y forma.	1. Subir el manual de prácticas a la página de ISO 9001-2008 2. Solicitar curso de capacitación de los requerimientos en el Sistema de Gestión de la Calidad.	abierta

LFIS

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
02	Interna	La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 8.5.3 establece que la organización debe determinar acciones para eliminar las causas de NC potenciales, para prevenir su ocurrencia. Las AP deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.	Se han realizado acciones preventivas que no se documentan	 1. Elaborar una acción preventiva 2. Solicitar capacitación sobre el SGC 	abierta

LMD

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	interna	En el LMD el procedimiento P-FMED-LMD-04 no se ha revisado y actualizado, además está documentado en un formato cuya versión no es la vigente.	Existe un programa de supervisión continua de los procedimientos del LMD y seguimiento de acciones correctivas, el cual no es conocido por todos los usuarios y se realiza de forma irregular, sin un cronograma prestablecido	Revisar y actualizar el procedimiento P-FMED-LMD-04 y cambiarlos al formato vigente Hacer una revisión de cuando menos el 50 % de los procedimientos del LEM y actualizarlos al formatos vigente. Realizar periódicamente mediante un cronograma o cada vez que sea necesario, la revisión y actualización de los procedimientos	abierta

LMD

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
02	Interna	En el LMD el formato F-FMED-LMD-08 no se encuentra accesible en el punto de uso share point.	No se realiza revisión y actualización periódica del SGC.	Adjuntar el F- FMED-LMD-08, así como todos los formatos que hagan falta al SharePoint. Actualizar todos los formatos en el sistema SharePoint y programar revisión bimensual de los mismos.	Sin verificar

DSG

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	Interna	En el DSG no han documentado SNC desde que el área se incluyó en el SGC (2009)	Por que la persona encargada del área de compras estaba con una licencia y se cambiaba constantemente del personal suplente.	Contratar una persona fija que se encargue del departamento y del seguimiento en área de lo relacionado con el SGC.	Cerrada
02	Interna	En el DSG no se encontraron acciones de mejora documentadas desde que el área se incluyó en el alcance del SGC (2009).	Por que la persona encargada del área de compras estaba con una licencia y se cambiaba constantemente del personal suplente.	Contratar una persona fija que se encargue del departamento y del seguimiento en área de lo relacionado con el SGC.	Cerrada
03	Interna	En el DSG no han documentado acciones preventivas desde que el área se incluyó en el alcance del SGC (2009).	Por que la persona encargada del área de compras estaba con una licencia y se cambiaba constantemente del personal suplente.	Contratar una persona fija que se encargue del departamento y del seguimiento en área de lo relacionado con el SGC.	Cerrada

DSG

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
04	Interna	En el DSG al menos tres solicitudes de reaprovisionamiento no cuentan con las firmas de recibido el material.	por que se trabaja con mas de un proveedores que no entregan en una sola partida todo lo solicitado	Revisar y modificar el formato de reaprovisionamiento.	Cerrada
05	Interna	En el DSG tres registros de "evaluación de proveedores" no cuentan con la firma del responsable de adquisiciones.	Por que solo había una persona encargada de llevar a cabo las actividades de dos áreas.	Contratación de personal de apoyo para el área de adquisiciones. División de funciones del personal de adquisiciones.	Cerrado

UC

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	Interna	En la UC no se han documentado SNC	No se había informado de manera clara y formal al personal de la Unidad que existía un registro en donde debían documentar los SNC y no todo el personal sabía que era parte de detectar y avisar de SNC.	Entregar al personal de la Unidad el formato de SNC. Capacitar en el llenado de la información del formato de SNC. Dar seguimiento bimensual a la documentación de SNC. Transcribir y subir a SharePoint los SNC detectados por el personal.	CERRADA

LEIP

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	Auditoría Interna	No se encontró evidencia de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos	El manejo de tres formatos, han ocasionado errores en su uso al realizar los trámites de ingreso a los alumnos a LEIP I y II	Realizar un solo Formato con el fin de facilitar el ingreso alumnos de alumnos a los Laboratorios de LEIP I y II.	Cerrada
02	Auditoría interna	No se mostró evidencia objetiva de que se evalúa y registra la validez de los resultados del equipo para que esté conforme con los requisitos.	El personal de la empresa no esta capacitado para realizar el trabajo de calibración de las pipetas y equipo entregado para calibrar; ya que en el reporte de calibración no aparecen los datos estadísticos que indiquen la confiabilidad de la calibración.	Solicitar a la secretaria administrativa a través de un oficio, que cuando se solicite calibración de equipos de LEIP, esta se realice en empresas que demuestren contar con las condiciones, equipo, materia prima y personal capacitado para realizar un trabajo de calibración certificado	Cerrada
03	Auditoría interna	No se encontró evidencia objetiva de que se mejore continuamente en la eficacia del SGC.	No se dio seguimiento a las fechas de termino para la realización de las acciones de mejora generadas en el 2011 por lo tanto no se subieron las evidencias que demostraban la realización de las mismas.	Se solicitará capacitación y utilizará el sistema de alertas del correo electrónico Horde para avisos de Las fechas de cierre de acciones.	Cerrada

LIMAG

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	Interna	En el LIMAG se encontró que el procedimiento P-FMED-LIMAG-01 está documentado en un formato cuya versión no es la vigente.	Falta de conocimiento del cambio de formato para la documentació n de procedimient os	El encargado del laboratorio deberá efectuar un seguimiento, cada cuatrimestre, de los posibles cambios en los formatos del SGC, a pesar de no poder aistir a todas las juntas del mismo.	Cerrada

(Alta dirección)

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
01	Interna	En el procedimiento de auditorías internas 2011 no se utilizó el formato de verificación de acciones	Falta de involucramiento de los auditores internos en el proceso de verificación de las acciones. Se realizaba la verificación en sitio y no se documentaba inmediatamente.	Informar a los auditores internos su participación en la verificación de las acciones.	Cerrada
02	Interna	En la dirección no están debidamente identificados y definidos los indicadores	Los objetivos de la facultad no son solo cuantitativos sino también cualitativos	Comunicar al Comité de Calidad de FMED los objetivos generados y los indicadores a medir. Definir los tiempos para la medición de los indicadores de calidad.	cerrada

(Alta dirección)

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
03	Externa	Resultados entregados en ventanilla de recepción de estudios de laboratorio y de ultrasonido el día 13 de agosto de 2012.	La secretaria desconoce el alcance de hacer una entrega incorrecta de resultados	Reforzar periódicamente la situación con la secretaria y realizar una supervisión permanente de manera aleatoria.	Abierta
04	Externa	Interpretaciones realizadas durante el 2011 y el 2012 1 de +/-6 tipos de registros.	Las interpretaciones dejan de ser útiles en cuestión de semanas por las condiciones fisiológicas cambiantes.	Identificar los registros y establecer los controles de las interpretaciones de los resultados entregados a los pacientes.	Abierta
05	Externa	El laboratorio de Imagenología permaneció cerrado durante 2 semanas durante el cuatrimestre Enero- Mayo 2012 por enfermedad del personal responsable del Laboratorio.	Atención a la demanda, regulada con base en el personal disponible.	Definir el perfil del personal suplente con base en las funciones del personal que se requiere cubrir.	Abierta

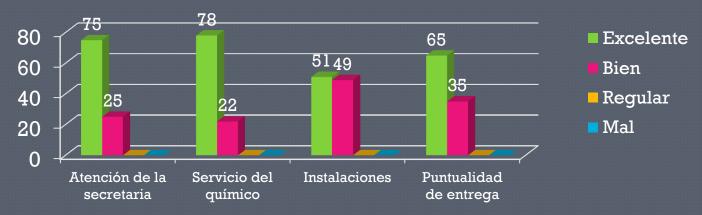
(Alta dirección)

Núm. de la NC	Tipo de Auditoría (origen)	Descripción de la NC	Análisis de las causas	Acciones	Estado
06	Externa	sin evidencia, solo se presentó un reporte de folio no. 156 con fecha 14 de enero de 2010 (fecha tapada con corrector).	Se consideró que con el reporte que entrega el proveedor sería suficiente para acreditar el mantenimiento	Definir los elementos que debe contener la constancia de mantenimiento y/o calibración para ser aceptada.	Abierta
07	Externa	no se encontraron establecidos formalmente los objetivos de calidad de acuerdo al formato institucional establecido para tal efecto.	Porque no se entendió que los objetivos de calidad eran solamente de los laboratorios/áreas certificados y no de la Facultad.	Documentar los objetivos de calidad en el formato establecido institucionalmente.	Abierta

Retroalimentación del Usuario

LAC

Actividad: Las encuestas se realizaron por medio de un formato el cual se entregaba al paciente después de recibir sus resultados, el total fue de 146 correspondientes al mes de Julio al 15 de Noviembre 2012.



Análisis y acciones:

- Al analizar los resultados obtenidos de la decima encuesta de satisfacción (146 usuarios)
 encontramos un incremento de un 4 % en la satisfacción total del usuario con respecto a los resultados obtenidos en la novena evaluación.
- Se observó un incremento del 4% con respecto a la novena evaluación en solicitudes realizadas por médicos particulares.

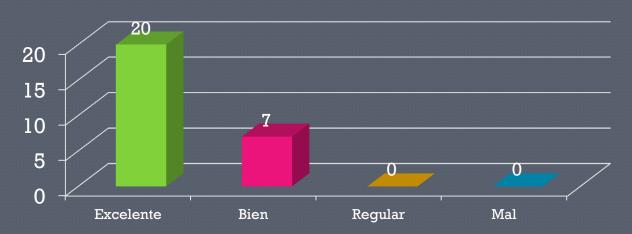
LAC

- Felicitan por el buen trato, agradecen el excelente y eficiente servicio, atención y amabilidad indicándonos que sigamos así.
- Que mantengan sus precios accesibles.
- o Un 57% ha solicitado los servicios más de dos veces.
- Señalan que el laboratorio no cuenta con un espacio para que los pacientes que asisten ahí se estacionen solicitud que ya se le ha hecho a las autoridades.
- O Sugieren que se acepte el pago de los servicios con tarjeta de crédito, cheque, etc.
- Solicitan que se realicen otros exámenes de laboratorio como el perfil ginecológico la cual ya se esta resolviendo.
- Solicitan que en la caja de cobro la atención sea permanente durante el horario establecido.

LCETQ

Actividad: Se realizó la aplicación de la nueva encuesta de satisfacción en el período Octubre-Noviembre a 27 alumnos de tercer año de la licenciatura de Médico Cirujano.

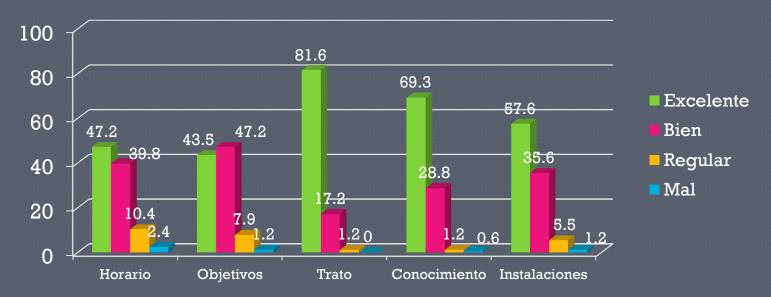
Encuesta de Satisfacción de Usuarios



Análisis y acciones: se pude observar que los alumnos están satisfechos con el Taller impartido. Es importante mencionar que el 76.6% de los usuarios piden más horas de práctica en el LCETQ. Y el 8.3% opinó que el mobiliario del quirófano es antiguo. Esto se está atendiendo debido a una AC documentada con fecha del 31 de octubre de 2012

LFIS

Actividad: Se describe la manera de como se llevó a cabo la aplicación de la encuesta, mencionando numero de usuarios y en que mes se aplicó la encuesta.



Análisis y acciones: se describe brevemente el análisis que se realizó de los resultados de las encuestas y las acciones que se realizarán tomando como base los resultados obtenidos.

LEEN

Actividad: Se aplico la encuesta para el proceso de diseño y provisión de servicios en los dos talleres que se impartieron en este semestre. Dichas encuestas se entregaron al finalizar los talleres y se obtuvieron los siguientes datos:



En relación a la encuesta de satisfacción de usuario de Provisión de Servicios de Laboratorio, Préstamo de Instalaciones y Equipo de Laboratorio solo se pudieron aplicar 4 encuestas de los cuales se obtuvo lo siguiente.

Disponibilidad del equipo: 4 Excelentes

Condiciones del equipo recibido: 4 Excelentes

Atención recibida: 4 Excelente

LD

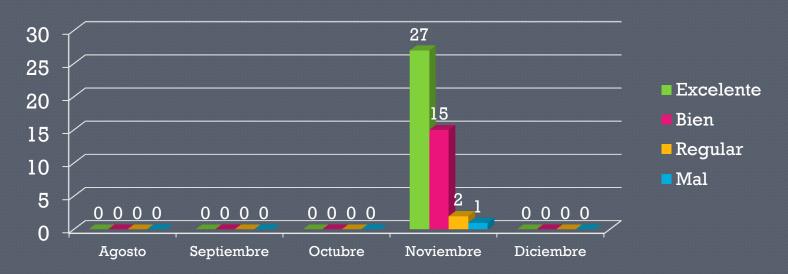
Actividad: La encuesta fue aplicada en el mes de Noviembre a los alumnos de la licenciatura en nutrición del tercer semestre (40 alumnos), ya que fueron los usuarios principales durante el periodo de Agosto-Noviembre del ciclo escolar en curso.



Análisis y acciones: De acuerdo con los resultados obtenidos el servicio que presta el laboratorio de Dietología se encuentra en un rango de calificación entre bien y regular, algunos de los comentarios que destacaron en la encuesta fueron acerca de la limpieza de las instalaciones y la falta de materiales. Las acciones que se proponen son la correcta instrucción de la limpieza a los alumnos que utilicen las instalaciones del Laboratorio, así como establecer un programa periódico de limpieza profunda.

LMD

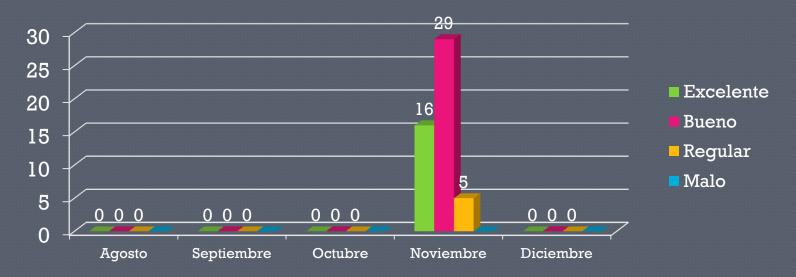
Actividad: Se aplicó la encuesta durante el mes de noviembre a todos los usuarios (nueve) que fueron dados de alta en ese mes al momento de ser egresados del servicio.



Análisis y acciones: El ítem peor calificado fue la atención recibida en la recepción, incluso un usuario manifestó un queja por escrito en el cuestionario, sin embargo no se puede determinar en que turno. Todos los demás parámetros fueron evaluados bien y excelente

LMD (ALUMNOS)

Actividad: Se aplicó la encuesta en el mes de noviembre a todos los residentes de la Especialidad en Medicina del Deporte, esta encuesta se aplicará en forma semestral.

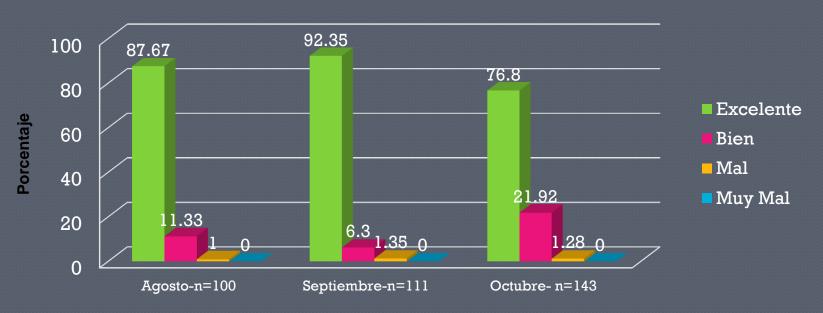


Análisis y acciones: Se observa que los objetivos programados de las prácticas deben ser revisados, dos residentes lo calificaron como regular y ninguno como excelente.

UC

Al finalizar cada consulta, cuando el paciente pasa a la caja a pagar, la secretaria le entrega la encuesta. Se aplica permanentemente a lo largo del año con cortes periódicos.

Porcentaje de satisfacción por mes de pacientes que acudieron a la Unidad Cardiometabólica de Agosto a Octubre de 2012

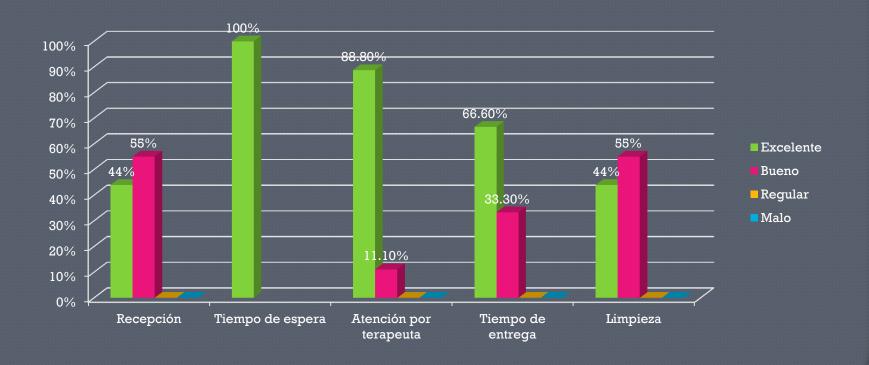


Análisis: En el último bimestre hubo una disminución de 15.5 % en el rubro de excelente con un incremento en el de bien, principalmente en la categoría de instalaciones. Una paciente opinó que no había lugar para estacionarse.

Acciones: Se tomarán acciones preventivas en cuanto a instalaciones por lo que se dará seguimiento al mantenimiento a las instalaciones, se mejorará la supervisión de la limpieza y orden de las diferentes áreas de la UC.

LEIM

Actividad: En el mes de noviembre se aplico de manera individual la encuesta de satisfacción del usuario a 9 padres de niños que acuden al laboratorio de estimulación e intervención múltiple, al entregarles la encuesta se les leyó y explicó a que hacía referencia cada pregunta, y si no tenían dudas comenzaban a contestar.



LEIM

Análisis y acciones:

El 44% de los encuestados reportaron que la atención recibida en el área de recepción fue excelente y el 55% reporto que fueron bien atendidos, pero en el apartado de sugerencias ninguna persona comentó que modificaciones le gustaría que se llevaron a cabo para mejorar en ésta área. En tiempo de entrega del niño el 66.6% consideraron que se respeta el tiempo establecido y el 33.3% considero bueno el tiempo que tardan en entregar a su niño.

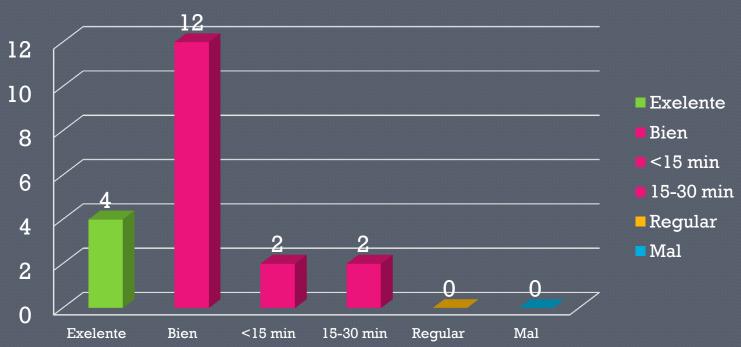
Limpieza.

En este apartado el 55% de los encuestados consideraron buena la higiene y limpieza en las instalaciones del LEIM más no excelente.

LEIP

Actividad: Se realizó la encuesta de satisfacción a 4 usuarios de LEIP en Noviembre de 2012.

Encuesta satisfacción usuario LEIP Nov/2012. Provisión de servicios de salud y provisión de servicios de laboratorio

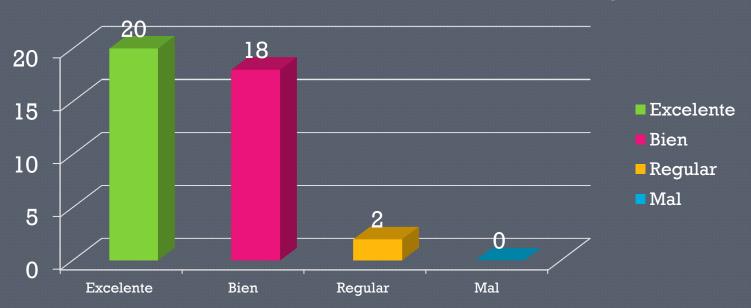


Análisis y acciones: Un 75% de los encuestados menciona que todo esta bien, un 25% sugiere resultados en línea mediante clave.

LEIP

Actividad: Se realizó la encuesta de satisfacción a 8 usuarios de LEIP en Noviembre de 2012.

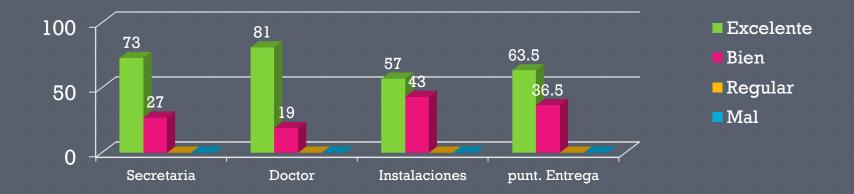
Encuesta satisfacción usuario LEIP NOV/2012 Diseño y provisión de servicios de prácticas y actividades de investigación



Análisis y acciones: Un 50% de los encuestados sugiere la limpieza diaria de cubículos y laboratorios, un 12 % solicita evitar la entrada de personal ajeno a los laboratorios. Se solicitará a la autoridad correspondiente que gire instrucciones con respecto a estas sugerencias.

LIMAG

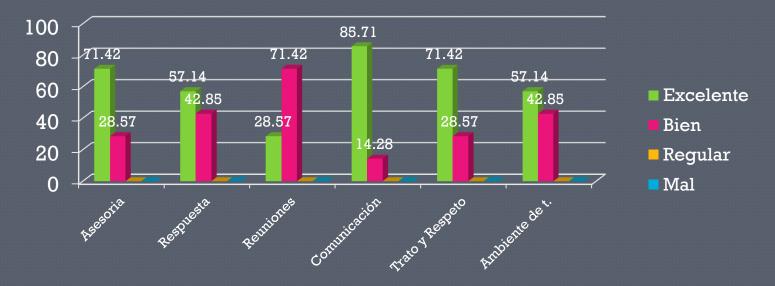
Actividad: Se realizó la encuesta de satisfacción de usuario durante el período de Septiembre a Noviembre de 2012 y se entregó a todos los pacientes que asistieron al laboratorio de los cuales 63 contestaron la encuesta y se sacaron los porcentajes siguientes:



Análisis y acciones: Resultados similares a los de los cuatrimestres anteriores. Es de notar que instalaciones y tiempo de entrega tienen los resultados menos favorables, aunque todavía con mayoría de respuestas "excelente". Se deberá analizar las posibilidades de mejora en las instalaciones así como tratar de mejorar en el tiempo de entrega de los estudios.

(Alta dirección)

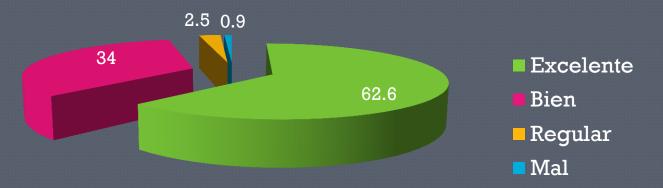
Actividad: Se entregó la encuesta de la alta dirección a los Responsables de los Laboratorios en el mes de Diciembre. De los 10 Laboratorios y 1 Área se obtuvieron 7 encuestas de satisfacción.



Análisis y acciones: se describe brevemente el análisis que se realizó de los resultados de las encuestas y las acciones que se realizarán tomando como base los resultados obtenidos.

Desempeño de los procesos y conformidad con el servicio

Desempeño de los procesos y conformidad con el servicio



Interpretación: El desempeño global de los 3 procesos en esta primera cualificación, con los nuevos objetivos de calidad, muestra que el 96,6% de los usuarios (internos y externos) percibe como excelente y bien los servicios proporcionados en los laboratorios certificados y el 3,31 % los percibe como regular o mal. Se han identificado los laboratorios en donde se reportó está última percepción.

Estado de Acciones Correctivas y Preventivas

LAC

Tipo de Acción		ccione eventi			ccione rrectiv		Acciones de Mejora			
Estado	A	С	Т	A	С	Т	A	C	T	
Total de acciones del SGC							3	2	5	

Conclusiones: De las acciones abiertas se encuentran en espera de respuesta por parte de las autoridades.

Con respecto a las cerradas se resolvieron de manera satisfactoria dentro de un periodo de .

A= Abierta C= Cerrada T= Total

LCETQ

Tipo de Acción		ccione eventi			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	С	Т	A	С	T	A	C	T
Total de acciones del SGC				2		2	1	1	2

Conclusiones: se documentaron 2 acciones correctivas derivadas de la auditoría interna las cuales ya se encuentran implementadas.

Existen 2 acciones de mejora una se encuentra reprogramada debido a que no se tienen fechas oficiales para la entrega de las lámparas del quirófano que se solicitaron con fecha 29 de junio de 2011 y una que se encuentra cerrada.

No se documentaron acciones preventivas. Se está trabajando en el análisis de nuevas acciones preventivas.

A= Abierta C= Cerrada T= Total

LFIS

Tipo de Acción		ccione eventi			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	C	Т	A	C	Т	A	C	Т
Total de acciones del SGC	1	0	1	2	0	2	1	0	1

Conclusiones:

Se están documentando las acciones correctivas, en enero se espera cerrar la acción preventiva y se elaboraran al menos dos acciones de mejora.

LEEN

Tipo de Acción		ccione eventiv			ccione rrectiv			ciones Mejora	
Estado	A	С	Т	A	C	Т	A	С	Т
Total de acciones del SGC	2	1	3	1	1	2	4	7	11

Conclusiones:

Se obtuvo un importante incremento de las acciones de mejora y el desarrollo de las AP y AC a comparación de años pasados.

A= Abierta C= Cerrada

LD

Tipo de Acción		ccione eventi			ccione rrecti		Acciones de Mejora		
Estado	A	C	T	A	С	T	A	C	Т
Total de acciones del SGC		1 1					1		1

A= Abierta C= Cerrada

LMD

Tipo de Acción	Acc Prev	cione entiv			ccione rrecti			iones Iejora	
Estado	A	С	Т	A	C	Т	A	C	T
Total de acciones del SGC	1		1		1	1	3	1	4

A= Abierta C= Cerrada

DSG

Tipo de Acción		ccione eventiv			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	С	T	A	С	T	A	С	Т
Total de acciones del SGC					5	5			

UC

Tipo de Acción		ccione eventi			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	С	Т	A	С	Т	A	C	Т
Total de acciones del SGC	1		1	2		2	1	4	5

LEIM

Tipo de Acción		ccione			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	C	Т	A	C	Т	A	C	Т
Total de acciones del SGC	0	0	0	2	0	2	2	0	2

A= Abierta C= Cerrada

LEIP

Tipo de Acción		ccione eventiv			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	A C T			A C T		A	C	Т
Total de acciones del SGC	1	1 1			3	3		2	2

Conclusiones: Tanto las acciones correctivas y preventivas, han permitido en LEIP la mejora continua en la calidad de los servicios ofrecidos.

Actualmente se esta trabajando para lograr la efectividad de la acción preventiva que aún esta abierta.

A= Abierta C= Cerrada T= Total

LIMAG

Tipo de Acción		ccione eventi			ccion rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	C	Т	A	C	T	A	C	Т
Total de acciones del SGC		1	1		1	1		2	2

Conclusiones: Se han efectuado una accion preventiva y dos acciones de mejora durante este año, ambas ya cerradas. Se deberá, como mínimo, igualar el número de dichas acciones, con la intención de incrementar el número de ellas en el sigiente año.

A= Abierta C= Cerrada T= Total

Comité de Calidad

(Alta dirección)

Tipo de Acción		ccione eventiv			ccione rrecti			ciones Mejora	
Estado	A	С	Т	A	C	T	A	C	T
Total de acciones del SGC				5	2	7	1	3	4

Conclusiones:

Acciones de seguimiento de Revisiones previas por la Dirección

Comité de Calidad

Acuerdos	Responsable	Fechas	Estado
Organigrama interno del SGC	Alta dirección	Marzo (primera semana)	Realizado
Definición de los perfiles de los integrantes del SGC.	Alta dirección	Marzo (primera semana)	Realizado
Priorización y calendarización de trabajos con los laboratorios/áreas.	Gabriel Paredes y Pamela Pereyra	Febrero	Realizado
Realizar las auditorias por procesos	Sally López	Marzo	Realizado
Considerar cambio de la política de los documentos en forma electrónica y averiguar si se cuenta con la capacidad tecnológica para implementarlo.	Gabriel Paredes	Febrero	Realizado
Atención personalizada para hacer énfasis en el procedimiento de análisis y conclusiones con participación grupal de las encuestas de satisfacción de usuarios.	Pamela Pereyra	Permanente ene- dic (en las reuniones de trabajo con los responsables de laboratorio/área)	Realizado
Implementación de avisos de cierre y verificación de acciones por medio del SharePoint y el correo.	Pamela Pereyra	Febrero	Realizado
Hacer un formato de evaluación a los auditores y alta dirección	Sally López y William Contreras	Febrero	Realizado

^{*}Favor de no modificar esta tabla.

Cambios que podrían afectar al SGC

LAC

Cambios que podrían afectar al SGC		Acciones a tomar	
Falta de personal profesional capacitado comprometido con los servicios de laboratorio.	у	Realizar reuniones de carácter informativo con el fin de concientizar y sensibilizar al personal involucrado.	

LCETQ

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar
Modificación del Procedimiento 02 de LCETQ	Revisar y modificar el procedimiento 02 en conjunto con el profesor titular del curso.

LFIS

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar
El próximo año es muy probable que se jubile un profesor, que tiene tres grupos de la licenciatura de Medicina y dos grupos de la licenciatura de nutrición.	Se solicita contratación de al menos un profesor, para iniciar su capacitación.

LEEN

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar
Incremento de número de usuarios	Gestión y adquisición de equipos
Disminución del personal del LEEN, al finalizar servicio social del pasante	Gestionar otro pasante
Podría ingresar otro pasante sin certificación ISAK y en desconocimiento de los procesos de SGC, retardara nuevamente los servicios.	Capacitarlo, aunque eso influya en la calidad del servicio durante el proceso de capacitación

LD

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar	
Cambio de responsable del Laboratorio de Dietología.	Dar seguimiento con el nuevo responsable de las acciones del SGC.	
	Capacitación del nuevo responsable de Laboratorio de Dietología.	
Re-estructuración de los procedimientos de gestión de calidad debido a las nuevas actividades que se realizarán en el laboratorio de Dietología.		
	Dar a conocer estos cambios a la comunidad estudiantil, académica, administrativa y publico en general.	
Creación de nuevos formatos de solicitud de préstamo de instalaciones, materiales y equipos.	Establecer claramente los cambios en cada uno de los formatos que se utilizarán en el Laboratorio de Dietología.	
	Dar a conocer estos cambios a la comunidad estudiantil, académica, administrativa y publico en general.	

LMD

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar
Se adicionó un nuevo procedimiento al SGC.	Informar a los usuarios. Vigilar la implementación del procedimiento Realizar el seguimiento y evaluación del mismo
Mejorar los programas de supervisión y la comunicación	Retroalimentación permanente de los usuarios. Establecer canales de comunicación bien definidos entre los usuarios

LEIM

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar	
El procedimiento de instalaciones y equipo esta en el proceso de diseño y provisión de servicios de prácticas académicas y actividades de investigación.	procedimiento al proceso de provisión de servicios de	

LEIP

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar
No atender a las necesidades de mantenimiento correctivo de equipos para Diagnóstico de enfermedades en LEIP I y II	-Realizar la gestión ante las autoridades correspondientes -Asignar los recursos necesarios
No apoyar a la realización de las medidas preventivas de los usuarios de LEIP I y II	Realizar la gestión ante las autoridades correspondientes -Asignar los recursos necesarios

LIMAG

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar	
Existe la posibilidad de que se incluya	Implementar el area que actualmente se emplea como bodega de usos múltiples como un aula dotada de proyector y pantalla	
la docencia en el procedimiento del laboratorio, recibiendo alumnos de la licencitura de medicina.	Componer o sustituir por uno nuevo el monitor de televisión ubicado en la sala de ultrasonido, para que los alumnos observen durante la práctica de los estudios.	

Comité de Calidad

(Alta dirección)

Cambios que podrían afectar al SGC	Acciones a tomar
Ampliación del alcance del SGC FMED	
Cambios en la capacidad administrativa y directiva de respuesta a las necesidades operativas del SGC FMED	
Cambios en el nivel de compromiso de los integrantes del SGC FMED	
Envejecimiento de la planta académica y administrativa	
Incertidumbre laboral	
Complejidad creciente e innecesaria para la aplicación de los procedimientos gobernadores	

Recomendaciones para la Mejora

LAC

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Crear un plan organizacional, políticas del personal y descripciones de puestos que definan las acciones y deberes de todo el personal	alta dirección de	responsabilidad ejecutiva	25 Enero 2012

LCETQ

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Solicitar charolas de acero inoxidable para la colocación de instrumental en la mesa de mayo, 12 pinzas de campo Bckhous y 3 sillas de visita con respaldo, en tela color negro.	M.C. Teresa Zapata Villalobos	Que cada mesa de trabajo tenga una charola de instrumental, ya que antes solo se contaba con una charola para la práctica de 3 mesas.	30 de Noviembre

LFIS

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Integración de la teoría con la práctica de laboratorio del modulo de Nefrología- Hematología	Dra. Ileana Díaz. QBA, Gaspar Peniche Q Dr. José Luis Torres	Mejorar la integración de los conocimientos obtenidos en el laboratorio con la teoría,	5 de julio del 2013
Integración de la teoría con la práctica de laboratorio del modulo de Metabolismo- Digestivo	Dr. Alfonso Ureña QFB. Caridad Herrera Dr. José Luis Torres	Mejorar la integración de los conocimientos obtenidos en el laboratorio con la teoría,	5 de julio del 2013
Integración de la teoría con la práctica de laboratorio del modulo de Crecimiento-Desarrollo y Muerte	Dr. Héctor Rubio M en C Gaspar Peniche L Dr. José Luis Torres	Mejorar la integración de los conocimientos obtenidos en el laboratorio con la teoría,	5 de julio del 2013

LEEN

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Captura electrónica de la encuesta de satisfacción de usuario	M. en C. Zulema Cabrera Araujo	Mayor agilidad para el usuario al responder la encuesta de satisfacción Mayor eficacia en el análisis de datos	Febrero 2013
Adquisición de básculas digitales para préstamo	M. en C. Zulema Cabrera Araujo	Mayor satisfacción del usuario. Permitirá abarcar un mayor número de usuarios en el servicio de préstamos de equipos	Dic 2013
Adquisición cintas métricas y estadímetros de pared	M. en C. Zulema Cabrera Araujo	Mayor satisfacción del usuario. Permitirá abarcar un mayor número de usuarios en el servicio de préstamos de equipos	Dic 2013
Contratación de un auxiliar.	M. en C. Zulema Cabrera Araujo	Seguimiento de los procesos del LEEN. Amplitud en los servicios de extensión Mayor eficacia en los servicios de gestión de la calidad	-

LD

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Poner a la vista un regulador que permita visualizar la cantidad de gas dentro del Laboratorio.	Rosario Barradas	Mejor control en el abastecimiento de gas en el tanque estacionario.	

LMD

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Lograr la implementación del expediente electrónico	Jefatura del Departamento de Medicina del Deporte y Rehabilitación	Disminución del tiempo de espera. Mejor control de los registros Base de datos para proyectos de investigación	31/10/2013
Implementar sistema de citas en línea	Jefatura del Departamento de Medicina del Deporte y Rehabilitación	Mejor aprovechamiento del horario del Departamento. Disminución del tiempo de espera	31/10/2013

UC

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Señalizar las rampas de acceso a la Unidad Cardiometabólica.	Luis Fernando Herrera Sánchez	Enfoque al cliente Facilitar acceso al edificio y la estancia en la UC de los usuarios (pacientes, estudiantes y empleados).	Enero 10 de 2012
Separar un espacio en el estacionamiento de la Unidad Cardiometabólica para personas con discapacidad y señalizarlo.			Enero 10 de 2012
Gestionar para que pinten el exterior del edificio y bardas de la Unidad Cardiometabólica.			Octubre 22 de 2012
Acondicionar los accesos a la UC			Octubre 22 de 2012

LEIM

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Fumigar con una frecuencia mensual la unidad debido a que por la maleza que se encuentra a los alrededores favorece la presencia de insectos dentro del mismo laboratorio.	M.E.E. Nayeli Hijuelos García	Que haya una mayor seguridad de que no habrá insectos escondidos entre las colchonetas. Disminuir los riesgos de que un niño sea picado por algún insecto.	Febrero del 2012

LEIP

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Elaborar una Guía de información e indicaciones para recepción, toma muestra biológica y canalización de pacientes.	M en C. María Cárdenas Marrufo	Información e indicaciones confiables para los pacientes	31 mayo de 2012
Renovar el cepario de bacterias de <i>Leptospira</i> para el laboratorio LEIP II	M en C. María Cárdenas Marrufo	Aumentar la reactividad antigénica del Diagnóstico de Leptospirosis	25 de junio de 2012

LIMAG

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Impresión del logo ISO 9001:2008 en las carpetas de los resultados de los estudios de ultrasonido. El objetivo es dar a conocer, tanto a los usuarios como a los médicos que solicitan el servicio, que el Laboratorio forma parte del sistema de gestión de calidad de la Facultad de Medicina.	M.C. Manuel Antonio Cabal Naranjo	Hacer del conocimiento de los usuarios (pacientes) y de los médicos que los envían que el laboratorio forma parte del sistema de gestión de calidad de la facultad de medicina.	l de marzo de 2012
Arreglar un archivero en desuso, que se encuentra en el laboratorio, de tal manera que pueda ser empleado para guardar bajo llave toda la papelería del mismo así como el material empleado en los estudios de Ultrasonido como es el papel para imprimir las imágenes y el gel, material que actualmente se almacena en forma improvisada en un cubículo para otros usos.	M.C. Manuel Antonio Cabal Naranjo	Mejorar la seguridad del almacenamiento de los materiales empleados en los estudios de ultrasonido como son el Gel, el papel para imprimir las imágenes así como la papelería	7 de Agosto de 2012

Comité de Calidad

(Alta dirección)

Acción de Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Fecha de realización
Contratación de una persona para la Administración operativa del SGC.	M.C. Gabriel Paredes Buenfil	Seguimiento operativo de los de los programas y acciones.	20 de enero de 2012
Elaboración de un Organigrama del personal del SGC-FMED	M.C. Gabriel Paredes Buenfil	Mejorar la integración, interacción y comunicación de los miembros del comité de Calidad.	01 de febrero de 2012
Adquisición de sello y escáner para la Coordinación del SGC- FMED	Pamela Pereyra Azcorra	Eficientar la labor de la coordinación de documentos y para agilizar la generación de evidencias digitalizadas.	05 de septiembre de 2012
Solicitud de un teléfono IP	Pamela Pereyra Azcorra	Incrementar y agilizar los los canales de comunicación al interior del comité de calidad	01 de octubre de 2012