

LUGAR: Sala del Consejo Académico de la Facultad de Medicina	FECHA: 27 de noviembre de 2009	HORA: 12 hrs	
PROYECTO	Certificación ISO 9001:2000 de los Laboratorios de la Facultad de Medicina		
OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Seguimiento del sistema de gestión de la calidad		
PARTICIPANTES	ASISTIO	NO ASISTIO	OBSERVACIONES
M. en C. Gloria Herrera Correa	X	-	
Dr. José E. Pasos Peniche	X	-	
QBA Gaspar Peniche Quijano	X	-	
M. en C. Nelly Albertos Alpuche	X	-	
M. C. Pedro Fuentes González		X	
Lic. Nut. Sally López Osorno	X	-	
M. en C. María Cárdenas Marrufo	X	-	
M.C. William Vargas Cano		X	
Lic. Nut. Rosario Barradas Castillo,	X	-	
Q.F.B. Caridad Herrera Franco	X	-	
Dra. Bertha Jiménez Delgadillo	X	-	
M.C. Román Gómez Durán		X	
M. en C. Zulema Cabrera Araujo	X	-	
Lic. Rehab. Nayeli Hijuelos García		X	
Lic. Nut. Magaly Burgos De Santiago	X	-	
M.C. Guillermo Storey Montalvo	X	-	
MES Reyna María Cruz Bojórquez.	X	-	
M. C. Manuel Cabal Naranjo, y	X	-	
M. C. Fernando Herrera Sánchez,	X	-	
C. P. Arturo Canto Fonseca	X	-	
Tec. Andres Francisco Aguilar Cardos	X	-	
Lic. en Reh. Alejandro Ojeda Manzano	X		
Lic. en Reh Marisa Solís	X		

ORDEN DEL DÍA

1. Resultados de auditorías.
2. Retroalimentación del usuario.
3. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
4. Estado de las acciones correctivas y preventivas.
5. Acciones de seguimiento de revisiones previas por la Dirección.
6. Cambios que podrían afectar al SGC.
7. Recomendaciones para la mejora.

ACUERDOS	RESPONSABLE	ESTADO
AUDITORIA CONTABLE 1. Elaborar convenios que regulen las actividades de personas externas en instalaciones de la Facultad.		ATENDIDO
2. Realizar el contrato de arrendamiento del estacionamiento para empleados con la finalidad de dejar establecido los derechos y las obligaciones entre ambas partes.		ATENDIDO
3. Que el área de Recursos Humanos identifique en su cálculo 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.		SE DECIDIO QUE NO PROCEDE NO ES NECESARIO SEPARAR
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 pérdida de los comprobantes de viajero y anexar la póliza la copia de la constancia de participación del profesor.		ATENDIDO
PUNTOS PENDIENTES DE LA SEGUNDA RE-ACREDITACIÓN DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA Mediante la investigación sustentar la diferencia entre el grupo tradicional y el integrado. Pendiente		NO PROCEDE PORQUE NO HAY GRUPO INTEGRADO
Estructurar un sistema de evaluación institucional permanente e integral.		EN PROCESO
Estructurar un examen profesional que evalúe todas las áreas del perfil de egreso.		EN PROCESO
Acatar las recomendaciones de la Comisión de Seguridad e Higiene de manera rigurosa.		EN PROCESO
Contar con un sistema de evaluación de la práctica docente.		EN PROCESO
Constituir el comité de bioética y el de investigación.		EN PROCESO Esta constituido el de Investigación y existe el de ética
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.		EN PROCESO lo referente al 2009
RECOMENDACIONES DE LA TERCERA ACREDITACIÓN DE LA LIC. DE MEDICINA COMAEM 2009 PLAN DE ESTUDIOS 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 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.		
EVALUACION 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.		
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.		
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.		
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CIEES DE LAS LICENCIATURA 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.		SE HACE DE MANERA CONTINUA
Proporcionar estabilidad a los profesores por asignatura y TC adscritos al programa.		2 PROFESORES
Establecer programas permanentes de superación disciplinar y pedagógica para los docentes		ATENDIDO
Implantar un sistema de información estadística confiable que retroalimente la toma de decisiones de los procesos académicos.		EN PROCESO HAY INDICADORES EN PIFI
Flexibilizar el PE		EN PROCESO
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CIEES DE LAS LICENCIATURA EN REHABILITACIÓN Utilizar los resultados de la evaluación de los docentes para mejorar su labor.		EN PROCESO
Proporcionar estabilidad laboral a los profesores		HAY 1 PROFESOR ES CONTINUO
Incrementar y difundir las líneas de generación y aplicación del conocimiento en los aspectos educativo y disciplinar.		EN PROCESO
Establecer un sistema de evaluación educacional sobre el programa.		EN PROCESO
Dar a conocer el plan de desarrollo a la comunidad de la Licenciatura.		EN PROCESO
PRIMERA AUDITORÍA INTERNA EXTRAORDINARIA DE CALIDAD MARZO 2009. RECOMENDACIONES 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.	TODOS	
Que los responsables del manejo de AC den el seguimiento correspondiente para el cierre de sus acciones.		
Verificar el cumplimiento de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico. Laboratorios que aplique	TODOS LOS QUE APLIQUE	
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).	Responsable De Servicios Generales	

Reforzar el compromiso con los responsables de los procesos y/o procedimientos con el SGC.	ALTA DIRECCION	
TERCERA AUDITORÍA INTERNA JUNIO 2009 RECOMENDACIONES LEIP. 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	RESPONSABLE LEIP	
LEIP Realizar un monitoreo periódico de la salud de sus usuarios, ya que están en contacto con agentes patógenos.	RESPONSABLE LEIP	
LCETQ Mencionar en los indicadores que estos son anuales	RESPONSABLE LCETQ	
LAC Revisar el sistema administrativo que reporta el seguimiento de indicadores, de manera que se realicen las adecuaciones a las mediciones de los procedimientos.	RESPONSABLE LAC	
LMD 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).	RESPONSABLE LMD	
SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA EXTRAORDINARIA. OCTUBRE 2009 RECOMENDACIONES UC 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.	RESPONSABLE UC	
Redefinir el nombre del procedimiento P-FMED-UC-01 (hacerlo más descriptivo).	RESPONSABLE UC	
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.	RESPONSABLE UC	
Identificar de alguna forma los expedientes de las personas que están exentas de pago.	RESPONSABLE UC	
En el procedimiento P-FMED-UC-03 estandarizar los criterios de evaluación a los estudiantes.	RESPONSABLE UC	
LIMAG OBSERVACIONES Implementar políticas y Reglamento del uso del laboratorio. Incluir código a la libreta de resultados (interpretación del estudio) del paciente.	RESPONSABLE LIMAG	
LD RECOMENDACIONES 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	RESPONSABLE LD	
LD Observaciones Codificar el calendario Norma externa impresa Definir periodicidad de la encuesta de satisfacción	RESPONSABLE LD	
LEIM Observaciones No está especificado en el procedimiento P-FMED-LEIM-01 que los pacientes llegan referidos de otro laboratorio (del laboratorio de evaluación).	RESPONSABLE LEIM	
LEEN Observaciones Incorporar una secretaria o	RESPONSABLE	

<p>ayudante en el área cuando el responsable no se encuentre. Implementar las políticas necesarias para controlar la devolución de los equipos y materiales prestados</p>	<p>LEEN</p>	
<p>RETROALIMENTACIÓN DEL USUARIO Presentar la información con un mismo formato de tablas y graficas NO SE TIENE INFORMACION DE: - Laboratorio de Imagenología - Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica</p>		
<p>ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. Verificar la documentación de AC de acuerdo a la tabla de Distribución de Acciones Correctivas</p>		
<p>SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ACUERDOS:</p> <p>Documentar los procedimientos de desarrollo de las prácticas de laboratorio de los Cirugía Experimental y Técnicas Quirúrgicas y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.</p> <p>Revisar y actualizar los procedimientos y sus formatos para entregar la última versión al Dr. Pedro Fuentes para que a su vez entregue al Dr. Ramón Esperón y se suban a la página de la Facultad.</p> <p>LEIM hay pendientes, se estableció</p> <p>LD entrega de pendiente</p> <p>LIMAG se esta atendiendo</p> <p>LMD NO SE AGENDO ACUERDOS POR QUE NO ASISTIO NINGUN REPRESENTANTE.</p> <p>Dr. José Pasos Entregar Hoja al M.C. Storey (formato de manejo de animales)</p> <p>EXPEDIENTE CLINICO ATENDIDO POR UC Y LEIM</p> <p>C.P. ARTURO CANTO FONSECA., M.C. GUILLERMO STOREY M., Y EL Q.B.A. GASPAR PENICHE QUIJANO HABLAR CON EL PERSONAL YA QUE NO SE CUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN EL MANEJO DE RPBI, SI CONTINUA ACTIVIDADES NEGATIVAS SE LE HARA UNA CARTA DE EXTRAÑAMIENTO</p>	<p>M. C. Guillermo Storey Montalvo Dr. Bertha Jiménez Delgadillo</p> <p>M. C. Guillermo Storey Montalvo</p> <p>Lic. en Reh Marisa Solís Lic. Nut. Rosario Barradas Castillo,</p>	<p>ENTREGAR 7 de diciembre 2009 ENTREGAR 4 de diciembre 2009</p> <p>ENTREGAR 7 de diciembre 2009</p> <p>Reunión para el 4 de diciembre para trabajar. 3 de diciembre 2009</p>
<p>CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de seguimiento de las acciones (AC, AP, AM) derivadas de las auditorias. 2. Algunos laboratorio no cuentan con un calendario establecido para la evaluación de la satisfacción de los usuarios 3. Falta de compromiso del personal. 4. Problemas de comunicación 5. Inestabilidad de los servidores 6. Falta de promoción de los Laboratorios que dan servicios de extensión 7. Dar seguimiento a las actas de verificación de los Servicios de Salud de Yucatán 8. Algunos Laboratorios no cuentan con el análisis del desempeño de los indicadores de los procedimientos. 9. Falta de seguimiento del procedimiento para el manejo de RPBI 		

<p>RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Tener una comunicación asertiva con todo el personal. Darle seguimiento continuo a las recomendaciones de los Servicio de Salud de Yucatán. Retroalimentación constante en los procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad Seguimiento permanente del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>		