



UADY
FACULTAD DE
MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA
REUNIONES DE REVISIÓN DE LA
DIRECCIÓN 2010



CALENDARIO DE REVISIONES DE LA ALTA DIRECCIÓN 2010

Calendario de Revisiones por la Dirección

Revisión No. 00

Sistema de Gestión de la Calidad

Fecha: 07 enero 2009

CALENDARIO DE REVISIONES DE LA DIRECCION

Fecha de actualización: 26 de Marzo de 2010

2010

REV	Mes*	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1 ^a	P						25						
	R							2					
2 ^a	P												16
	R												
3 ^a	P												
	R												
4 ^a	P												
	R												

Aprobó:

M.C. Gabriel Paredes Buenfil

Representante de la Dirección

Observaciones:

*P= Programada

Nota: La información deberá de entregarse 3 días antes de cada revisión

*R= Realizada



UADY

FACULTAD DE
MEDICINA



PAGINA 2

MI NOMBRAMIENTO



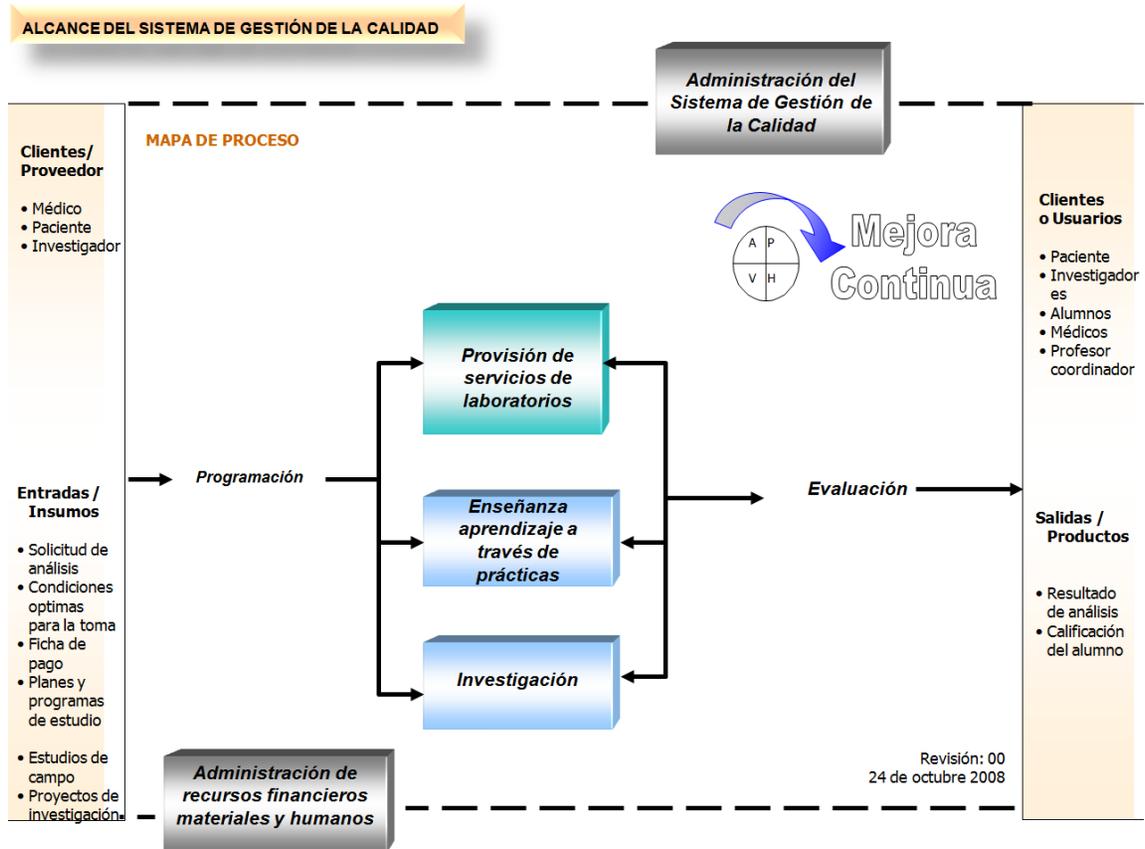
AGENDA

TERCERA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN 2 DE JULIO DE 2010

- **ALCANCES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**
- **OBJETIVOS DE CALIDAD DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
SEGUIMIENTO**
- **RESULTADOS DE AUDITORIAS**
 - Auditoría contable
 - Acreditación 2003-2008 de la Licenciatura de Médico Cirujano (COMAEM-COPAES)
 - Reacreditación 2009-2014 de la Licenciatura de Médico Cirujano (COMAEM-COPAES)
 - Acreditación 2010-2015 de la Licenciatura en Nutrición (CONCAPREN-COPAES)
 - Evaluación CIEES 2004 Licenciatura en Rehabilitación
 - Cuarta auditoría interna de calidad
 - Visitas de verificación de los Servicios de Salud
- **RETROALIMENTACIÓN DEL USUARIO**
- **DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO**
- **ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS**
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO DE REVISIONES PREVIAS DE LA DIRECCION**
- **CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC**
- **RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA**
- **MINUTAS**
- **COMUNICACIONES**



○ **ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.**





UADY

FACULTAD DE
MEDICINA

Objetivos de calidad

FMED



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE CALIDAD DE LA UADY

- 1. Implementar y consolidar el Sistema de Gestión de la Calidad en la administración central y en las Unidades Académicas de la Universidad,**
- 2. Lograr la satisfacción de los usuarios de las dependencias en que se implemente el Sistema de Gestión,**
- 3. Dar seguimiento a los procesos internos y promover la cultura de la autoevaluación,**
- 4. Consolidar la presencia y pertinencia de la Universidad a nivel local, regional y nacional.**

OBJETIVOS DE CALIDAD DE LA FACULTAD DE MEDICINA

- 1. Impulsar el prestigio de la Facultad de Medicina mejorando los indicadores de docencia, investigación y extensión de los servicios, a través de un sistema de calidad.**
- 2. Mejorar la calidad de las funciones sustantivas de la Facultad, mediante el fortalecimiento de sus servicios de sus laboratorios.**
- 3. Consolidar la presencia y pertinencia de la Facultad de Medicina mediante acciones que promuevan la calidad de vida, el desarrollo humano y la protección del ambiente.**



FICHA DE OBJETIVO DE CALIDAD
FACULTAD DE MEDICINA - UADY

F-CGPEGI-CC-06

Objetivo 1

Proceso:	Extensión de los servicios, investigación y docencia
Objetivo estratégico de la UADY:	Consolidar la presencia y pertinencia de la Universidad a nivel local, regional y nacional
Objetivo de calidad FMED:	Impulsar el prestigio de la facultad de Medicina mejorando los indicadores de docencia, investigación y extensión de los servicios, a través de un sistema de calidad.
Metas:	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el nivel 1 de los CIEES en todos los programas de la Facultad durante el 2009 • Incorporación de los programas de posgrado en el padrón de excelencia del CONACyT • Lograr la certificación de calidad conforme a la norma ISO 9001:2008 de los procesos internos de las funciones sustantivas de los 20 laboratorios durante el 2011.
Indicadores:	<ul style="list-style-type: none"> - Numero de programas acreditados por los CIEES, número de profesores con perfil PROMEP, % de investigadores en el SIN - programas de posgrado en el padrón de excelencia. - Número de laboratorios certificados.

Seguimiento: Semestral

Acciones	Responsable	Fecha
Acreditar el programa de medicina y nutrición durante el 2009.	Dr. Pasos	Diciembre de 2009
Lograr la certificación de calidad conforme a la norma ISO 9001:2000 de los procesos internos de las funciones sustantivas de 10 laboratorios durante el 2008.	Mtra. Reyna	Diciembre de 2009
Incrementar en un 50% el número de profesores que ya cuentan con perfil PROMEP.	Dr. Alvarado Mejia	Diciembre de 2009
Incorporación de la maestría en ciencias de la salud al PNP del CONACyT.	Dra. Nelly Albertos	Junio de 2010
Incorporación de la especialización de medicina del deporte al PNP del CONACyT.	Dra. Nelly Albertos	Junio de 2010
Lograr que al menos el 30% de los profesores investigadores formen parte del SNI.	Dra. Nelly Albertos	Diciembre de 2009



FICHA DE OBJETIVO DE CALIDAD
FACULTAD DE MEDICINA - UADY

Objetivo 2

Proceso:	Extensión de servicios
Objetivo estratégico de la UADY:	Lograr la satisfacción de los usuarios de las dependencias en que se implemente el Sistema de Gestión.
Objetivo de calidad FMED:	Mejorar la calidad de las funciones sustantivas de la Facultad, mediante el fortalecimiento de sus servicios de sus laboratorios.
Meta:	Incrementar anualmente en un 5% el número de usuarios satisfechos con el servicio otorgado.

Laboratorio: Todos los Laboratorios que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad

Indicador: Numero de usuarios satisfechos

Seguimiento: semestral

Acciones	Responsable	Fecha
Adquisición de equipo nuevo	Responsable de cada laboratorio	Acción permanente
Mantenimiento y calibración oportuno del equipo de medición y seguimiento	Responsable de cada laboratorio	Acción permanente
Promoción de los servicios de los laboratorios	Responsable de cada laboratorio	Acción permanente
Capacitación del personal involucrado en el proceso	Responsable de cada laboratorio	Acción permanente
Mantenimiento y remodelación de áreas físicas, equipo de computo y mobiliario.	Responsable de cada laboratorio	Acción permanente



FICHA DE OBJETIVO DE CALIDAD
FACULTAD DE MEDICINA - UADY

Objetivo 3

Proceso:	Extensión de los servicios, investigación y docencia
Objetivo estratégico de la UADY:	Consolidar la presencia y pertinencia de la Universidad a nivel local, regional y nacional
Objetivo de calidad FMED:	Consolidar la presencia y pertinencia de la Facultad de Medicina mediante acciones que promuevan la calidad de vida, el desarrollo humano y la protección del ambiente.
Meta:	Llevar a cabo acciones que coadyuven a la promoción de la salud, desarrollo humano y la protección del ambiente.

Indicador: Número de actividades de promoción de la salud

Fuentes de información: Promocionales, invitaciones, trípticos entre otros.

Seguimiento: semestral

Acciones	Responsable	Fecha
Incrementar anualmente y de forma gradual el número de actividades de extensión relacionadas con el primer y segundo nivel de prevención	Cada responsable de laboratorio	Acción permanente
Desarrollar anualmente al menos 6 proyectos de investigación.	Presidentes de cuerpos académicos	Acción permanente
Publicar anualmente al menos 6 artículos de investigación o divulgación a nivel nacional o internacional.	Presidentes de cuerpos académicos	Acción permanente
Crear la revista en línea de la Facultad de Medicina	Dr. Jorge Alvarado	2010



SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Objetivo 1 (seis acciones) Seguimiento:

- El programa de Médico Cirujano obtuvo la Acreditación 2009-2014 por COMAEM (COPAES) el 25 de agosto de 2009. El Programa de Nutrición obtuvo su dictamen de Acreditación 2010-2015 por CONCAPREN (COPAES) el 14 de febrero de 2010. Meta cumplida.
- Se obtuvo la certificación ISO 9001: 2000 por diez laboratorios: Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica; Evaluación del Estado de Nutrición, Dietología, Imagenología, Análisis Clínicos, Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Medicina del Deporte, Fisiología, Estimulación e Intervención Múltiple y Unidad Cardiometabólica. Meta cumplida.
- El número de profesores que cuenta con PERFIL PROMEP se incrementó, de los cinco que se tenían previamente, a once. Meta cumplida y superada.
- El Plan de estudios de la Maestría en Ciencias de la Salud se encuentra en proceso de reestructuración a fin de integrarla como una sola Maestría en Investigación Clínica, de nivel institucional y aceptada en el PNP CONACYT. Meta reprogramada a Octubre 2011.
- El Plan de estudios de la Especialización en Medicina del Deporte se encuentra en proceso de reestructuración a nivel del Cuerpo Académico correspondiente, a la vez que avanza el proceso de formación del profesorado (Perfil PROMEP) a fin de cumplir con los requisitos establecidos por el PNP CONACYT y solicitar su incorporación. Meta reprogramada a Octubre 2012.
- Se ha incorporado un profesor investigador más al SNI (M en C Norma Pérez Herrera).

Objetivo 2 (cinco acciones). Seguimiento:

- Se realiza la adquisición y renovación permanente del equipo de los laboratorios de la Facultad. Se da mantenimiento permanente a las instalaciones de la Facultad. Se encuentra en fase de renovación la planta de aires acondicionados, se ha adquirido equipamiento de cómputo nuevo que da plena atención a las necesidades del personal, profesorado y alumnos y se da mantenimiento a los equipos de apoyo audiovisual instalado en todas las aulas. Número total de equipos adquiridos durante 2009 y a la fecha de 2010: 301. Meta cumplida.
- Los equipos de medición y seguimiento que ameritan mantenimiento y calibración han sido atendidos de manera permanente y oportuna.
- Se realiza una promoción permanente de la oferta de servicios de extensión de los laboratorios a través de trípticos, folletos, páginas de la Facultad de medicina y de la UADY, programa de radio de la UADY. Meta cumplida.



- Se realiza la capacitación permanente al personal involucrado en el manejo de los RPBI. En el mes de junio se realizó el Taller para el Fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad de Medicina: Servicios No Conformes e Indicadores de los Procesos dirigido a los responsables de los procesos y colaboradores. Meta cumplida.

Objetivo 3 (Cuatro acciones). Seguimiento:

- Se ha establecido una alianza con la SEP a través de los Centros de promoción para el desarrollo de actividades y propuestas de vida saludable como estrategia para la prevención de la obesidad infantil y juvenil. Meta cumplida.
- Durante el año 2009 se desarrollaron nueve proyectos de investigación. Meta superada.
- Durante ese lapso publicaron seis artículos de Investigación, el libro Aportes al conocimiento de la salud en Yucatán y un capítulo del libro Salud y Enfermedad del niño y del adolescente (R. Martínez y Martínez, manual Moderno, ed 2009. Meta superada.
- El 6 de julio de este año se presentará la Revista de la Facultad de Medicina, en versión impresa. La versión en línea será una opción. Meta cumplida.



RESULTADOS DE AUDITORIAS

- AUDITORIA CONTABLE**

Elaborar convenios que regulen las actividades de personas externas en instalaciones de la Facultad.	ATENDIDO
Realizar el contrato de arrendamiento del estacionamiento para empleados con la finalidad de dejar establecido los derechos y las obligaciones entre ambas partes.	ATENDIDO
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 más 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.	NO PROCEDENTE.
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

- SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE LA ACREDITACIÓN 2003-2008 DE LA LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO POR EL CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN MÉDICA, A.C. (COMAEM-COPAES)**

Mediante la investigación sustentar la diferencia entre el grupo tradicional y el integrado.	NO PROCEDE. NO EXISTE GRUPO INTEGRADO DESDE LA ACREDITACIÓN PREVIA 2003.
Estructurar un sistema de evaluación institucional permanente e integral.	ATENDIDO
Estructurar un examen profesional que evalúe todas las áreas del perfil de egreso.	ATENDIDO
Acatar las recomendaciones de la Comisión de Seguridad e Higiene de manera rigurosa.	ATENDIDO
Contar con un sistema de evaluación de la práctica docente.	ATENDIDO
Constituir el comité de bioética y el de investigación. (La Facultad cuenta con los Comités de Ética y el Comité Asesor de Investigación, ambos formalmente constituidos y con actividades establecidas. Lo que se encuentra EN PROCESO: redefinir el Comité de Ética como de Bioética y ampliar las funciones del Comité Asesor de Investigación).	ATENDIDO



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. Incluida en las recomendaciones de la Reacreditación 2009.
---	---

• SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE LA REACREDITACION 2009-2014 DE LA LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO POR EL CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN MÉDICA, A.C. (COMAEM-COPAES)

La LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO obtuvo en septiembre de 2009 su tercera acreditación por cinco años (2009-2014) del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C. (COMAEM) con un cumplimiento del 90% de los estándares. En 2010 se está dando seguimiento a las 18 recomendaciones (pertenecientes a nueve estándares: uno del apartado Plan de estudios, uno de Alumnos, tres de Evaluación, tres de Vinculación y uno de Administración). Los apartados Gobierno y Orientación Institucional y el de Profesores, no tuvieron ninguna recomendación.

RECOMENDACIONES: 18

Apartado Plan de estudios: Estándar 18 (indicadores 1,2,3)

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
Se debe asegurar que las acciones relacionadas con la ejecución del programa de trabajo comunitario sean respaldadas por personal debidamente calificado.	EN PROCESO
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.	EN PROCESO

Apartado Alumnos: Estándar 32 (indicador 1)

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.	EN PROCESO
---	------------



Apartado Evaluación: Estándares 46 (indicadores 2,3,4), 47 (indicadores 1,2,3) y 48 (indicador 2)

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.	ATENDIDO
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.	ATENDIDO
Es necesario definir cuál es la finalidad del examen profesional para poder implementar de forma adecuada las estrategias correctas.	ATENDIDO
Es necesario continuar con el seguimiento de egresados aunque se quiera implementar otro tipo de seguimiento debe de ser paralelo al mismo.	EN PROCESO
Al no existir un seguimiento de egresados no se puede verificar el rendimiento académico ni profesional.	EN PROCESO
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.	EN PROCESO
Es necesario realizar un cronograma para que sea aplicado de forma sistemática para realizar un programa general (de seguimiento de egresados) para la Facultad.	EN PROCESO

Apartado Vinculación Institucional: Estándares 49 (Indicador 3), 51 (indicador 2) y 52 (indicadores 1,2,3,4).

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.	ATENDIDO
La Facultad debe fortalecer la investigación educativa para incrementar la calidad de la educación médica.	EN PROCESO
Elaborar el Programa del Comité de Ética.	ATENDIDO
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.	EN PROCESO
Elaborar el programa del Comité de Investigación y asegurarse que sesione de manera regular.	ATENDIDO
Elaborar el programa del Comité de Investigación en donde se explicita su metodología, objetivos, fundamentos y resultados.	EN PROCESO



Apartado Administración y Recursos: Estándar 55 (indicador 3)

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.	ATENDIDO
--	----------

- **SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE LA ACREDITACIÓN 2010-2015 DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN POR EL CONSEJO NACIONAL PARA LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN NUTRICIÓN, A.C. (CONCAPREN-COPAES).**

RECOMENDACIONES: 12

Crear la misión y la visión del programa de nutrición de acuerdo con las institucionales.	EN PROCESO
Definir el número de PTC que pertenecen al programa de nutrición y la diversidad de funciones que desarrolla.	EN PROCESO
Redefinir congruencia del perfil de ingreso y egreso con la modalidad y objetivos curriculares con un análisis preciso que relacione estos elementos.	EN PROCESO
Redefinir el perfil de ingreso mencionando claramente los niveles deseables de conocimientos, habilidades y actitudes, así como los requisitos indispensables de escolaridad.	EN PROCESO
Redefinir congruencia del perfil de egreso con los objetivos curriculares, expresado en términos de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y competencia profesionales.	EN PROCESO

MEDIANO PLAZO

Revisar y actualizar periódicamente los programas por asignatura del PE y con bibliografía actualizada.	PENDIENTE
Explicitar adecuadamente la congruencia de las estrategias didácticas para el aprendizaje y los fundamentos teóricos con los objetivos curriculares y el perfil de egreso.	PENDIENTE
El ingreso, promoción y permanencia del profesor debe reglamentarse según propuestas de los cuerpos colegiados; basarse en criterios explícitos que garanticen los propósitos de la institución. Además de existir un sistema de evaluación del desempeño del mismo.	PENDIENTE



LARGO PLAZO

En una próxima reestructuración del PE se tiene que considerar la flexibilidad curricular.	PENDIENTE
En el momento de realizar la reestructuración del PE, considerar mayor número de horas prácticas con respecto a las teóricas.	PENDIENTE
Fortalecer el plan de movilidad estudiantil. Elaborar un plan de acción que promueva la movilidad académica de la planta docente.	PENDIENTE
En grupo colegiado analizar resultados de estadísticas de eficiencia terminal y titulación a fin realizar estrategias de mejora.	PENDIENTE

- SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN 2004 DE LOS COMITÉS INTERINSTITUCIONALES PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (CIEES) DE LA LICENCIATURA EN REHABILITACION. (NO EXISTE AÚN ORGANISMO EVALUADOR DE COPAES)**

En la Licenciatura en Rehabilitación, durante 2009 se analizaron las acciones derivadas de atender las recomendaciones de los CIEES en el dictamen del 2004, que dio lugar a que en 2006, se rediseñara el Plan de Estudios. Se han atendido tres de las cinco recomendaciones pendientes y las dos restantes se encuentran en proceso de resolución completa. Se realizaron diversas acciones para la mejora continua de la operatividad del PE como la elaboración del Manual de Práctica Integrativa, que regula la evaluación de los campos clínicos, el desempeño del estudiante y la supervisión realizada por los profesores, fortaleciendo la interacción y colaboración con los posibles futuros empleadores. Se evaluó el avance por año de sus estudiantes en el dominio de habilidades clínicas al final de cada ciclo, permitiendo realizar las modificaciones pertinentes y el fortalecimiento en los programas de asignatura. Hasta el año 2012, en que egresará la primera generación del Plan de Estudios rediseñado, procederá su evaluación.

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



SEGUIMIENTO A LAS VISITAS DE VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los responsables de los laboratorios y áreas. Unidad Cardiometabólica, Medicina del Deporte, Estimulación e Intervención Múltiple, Análisis clínicos y de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias han sido verificados por la Secretaría de salud habiéndose cumplido con sus recomendaciones.

En junio de 2010 se recibió una nueva visita al laboratorio de Medicina del Deporte dando seguimiento a las observaciones emitidas.

CUARTA AUDITORÍA INTERNA Abril 2010

Objetivo. Verificar el cumplimiento con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008 para los procesos de enseñanza-aprendizaje, investigación y provisión de servicios de laboratorio; así como el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), en los laboratorios en donde aplique.

Alcance. Aplica para auditar los procesos de los 10 laboratorios involucrados en el sistema de Gestión de la Calidad, así como el procedimiento del área de adquisiciones del departamento de servicios generales de la Facultad de Medicina de la UADY.

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 9001:2008.

Así como verificar el cumplimiento al procedimiento del manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (P-FMED-LFIS-04).

Equipo Auditor:

- Carmen Díaz Novelo
- María Ortega Horta
- Aurora Cinta Güendulain
- Norma Dzul Maas
- Jorge Pasos Íñiguez
- María Cárdenas Marrufo
- Zulema Cabrera Araujo
- Caridad Herrera Franco
- Magaly Burgos de Santiago
- Gabriel Paredes Buenfil
- Sally López Osorno (Coordinadora de auditorías)

Áreas Auditadas: LEIM, LMED, UC, LD, LEEN, LAC, LCETQ, LEIP, LEIM, LIMAG, DSG

42 personas auditadas

Diez No Conformidades



○ **RETROALIMENTACIÓN DEL USUARIO**

Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina
Enero de 2010

Porcentaje de satisfacción del usuario

Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura	6	0	3	9	17	24
Proceso	6	0	0	6	15	29
Resultados	6	0	4	10	15	25

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

Acciones de corrección: no se generó ninguna acción correctiva



Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina
Mayo de 2010

Porcentaje de satisfacción del usuario

Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición

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	4	0	4	8	16	36
Proceso	0	0	0	0	22	38
Resultados	0	0	0	0	22	38

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

Acciones de corrección: no se generó ninguna acción correctiva



**PLAN DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS PARA EVALUAR SATISFACCION DEL USUARIO DEL
LABORATORIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS**

FACULTAD DE MEDICINA

CALENDARIZACION Y REGISTRO DE EVALUACIONES

FECHA	No de usuarios encuestados	Porcentaje de satisfacción ^a	ACCION GENERDA
Octubre de 2008	9	Menor al 20%	No se generó acción
15 Marzo de 2009	15	Menor al 20%	No se generó acción
15 diciembre de 2009	11	Menor al 20%	No se generó acción
15 Julio de 2010			
15 diciembre de 2010			
15 Julio de 2011			
15 diciembre de 2011			
15 Julio de 2012			
15 diciembre de 2012			
15 Julio de 2013			
15 diciembre de 2013			
15 Julio de 2014			

^a Suma de los porcentajes obtenidos de: *Muy insatisfecho, Insatisfecho, Regularmente satisfecho, satisfecho y Muy satisfecho*



Resultados de las evaluaciones

OCTUBRE DE 2008

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Fecha de aplicación octubre de 2008

Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina

Porcentaje de satisfacción del usuario (octubre de 2008)

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias I y II

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura	1.4	1.4	9.7	12.5	43	44.4
Proceso	0	4.8	4.8	9.6	44.4	46
Resultados	0	0	7.4	7.4	42.6	50

Análisis de datos

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

COMENTARIO

Dado que los resultados negativos (A+B+C) fueron menores al 20%, no se generó ninguna acción

MARZO DE 2009

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Fecha de aplicación marzo de 2009



Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina
Porcentaje de satisfacción del usuario (marzo de 2009)

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias I y II

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura	0	1.7	12.9	14.6	14.6	34.4
Proceso	0	2.7	1.4	4.1	39.7	56.2
Resultados	0	1.1	2.2	3.3	48.3	48.3

Análisis de datos

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

COMENTARIO

Dado que los resultados negativos (A+B+C) fueron menores al 20%, no se generó ninguna acción



DICIEMBRE DE 2009

Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina
Porcentaje de satisfacción del usuario (diciembre de 2009)

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias I y II

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura	0	1.38	8.33	9.71	33.33	55.55
Proceso	0	0	2.72	2.72	25	72.72
Resultados	0	0	1.88	1.88	30.18	67.92

Análisis de datos

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

COMENTARIO

Dado que los resultados negativos (A+B+C) fueron menores al 20%, no se generó ninguna acción



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE MEDICINA
LABORATORIO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA ESTUDIANTES

RESULTADOS GENERALES

CURSO
2009 - 2010

REPRESENTACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR PREGUNTA AL EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CUANTO A SU ESTRUCTURA

PREGUNTA	A. MUY INSATISFECHO	B. INSATISFECHO	C. REGULARMENTE SATISFECHO	A + B + C	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	NO SE
Existencia de material	1.5	0.8	3.8	6.1	28.2	65.2	0
Existencia de equipo	1.5	0	7.6	9.2	30.5	60.3	0
Equipo de seguridad y RPBI	1.5	1.5	6.9	9.9	31.5	58	0.8
Existencia de señalamientos	1.5	1.5	5.3	8.4	28.2	61.8	1.5

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

Los resultados obtenidos de la encuesta de satisfacción del usuario en cuanto a su ESTRUCTURA al analizar A+B+C, encontramos que fueron menores de 20%, por lo tanto no se genera ninguna acción correctiva



REPRESENTACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR PREGUNTA AL EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CUANTO A SU PROCESO

	A. Muy Insatisfecho	B. Insatisfecho	C. Regularmente satisfecho	A + B + C	Satisfecho	Muy Satisfecho	No se
Conocimiento del profesor	1.5	1.5	11.5	14.5	26.0	59.5	0.0
Respeto del profesor	3.8	3.8	8.4	16.0	22.9	61.1	0.0
Pertinencia del Prof.	3.1	2.3	6.9	12.2	28.2	58.8	0.8
Tono de Voz del Profesor	2.3	6.9	3.8	13.0	26.7	60.3	0
Accesorio del Prof.	3.1	0.8	8.4	12.3	34.4	53.4	0.0
Claridad de los Procedimientos	1.5	2.3	11.5	15.3	29.8	55.0	0.0
Limpieza de Equipos	0.8	0	2.3	3.1	26.0	71.0	0.0
Limpieza de Material	0.8	0	3.8	4.6	22.1	73.3	0.0
Material de Limpieza	1.5	2.3	4.6	8.4	30.5	61.1	0.0
Limpieza del Lugar	1.5	1.5	3.8	6.8	23.7	69.5	0.0

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

Los resultados obtenidos de la encuesta de satisfacción del usuario en cuanto a su PROCESO, al analizar A+B+C encontramos que fueron menores de 20%, por lo tanto no se genera ninguna acción correctiva



REPRESENTACIÓN EN PORCENTAJES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR PREGUNTA AL EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CUANTO A SU RESULTADO

	A. Muy Insatisfecho	B. Insatisfecho	C. Regularmente satisfecho	A+B+C	Satisfecho	Muy satisfecho	No se
Expectativas de curso	1.5	1.5	8.4	11.4	39.7	48.9	0
Conocimiento Adquirido	1.5	0.8	9.9	12.2	39.7	48.1	0
Logro de Objetivos	1.5	0.8	4.6	6.9	38.9	54.2	0

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

Los resultados obtenidos de la encuesta de satisfacción del usuario en cuanto a su **RESULTADO** al analizar A+B+C encontramos que fueron menores de 20%, por lo tanto no se genera ninguna acción correctiva



**EVALUACION ENCUESTA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
FACULTAD DE MEDICINA.
Febrero 2009**

I. ESTRUCTURA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	A+B+C	Satisfecho	Muy satisfecho
	1. Con el tiempo de espera para recibir el servicio.			2 6%	6 %	14 42%
2. Con el horario en que se le atiende en el servicio			4 12%	12 %	9 27%	20 60%
3. Con el costo del servicio			2 6%	6 %	9 27%	22 66%
4. Con respecto a la comodidad del espacio de espera			1 3%	3 %	9 27%	23 70%
5. Con la privacidad que hubo durante el servicio			2 6%	6 %	8 24%	23 70%
6. Con la higiene y el orden del lugar			4 12%	12 %	5 15%	24 73%
Total			8 %	8 %	27 %	65 %
II PROCESO	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	A+B+C	Satisfecho	Muy satisfecho
1. Con el nivel de conocimientos que ha demostrado tener el personal que lo atiende			3 9%	9 %	10 30%	20 61%
2. Con la manera en la que el personal que lo atiende se comunica, explica y se relaciona con los demás			2 6%	6 %	9 27%	22 66%
3. Con las actitudes de respeto , tolerancia y paciencia hacia su persona			1 3%	3 %	7 21%	25 76%
4. Con relación a la accesibilidad para localizar al personal que lo atiende			2 6%	3 %	8 24%	23 70%
5. Con la atención que ha recibido a sus relatos y a la exposición de sus problemas como paciente			1 3%	3 %	11 33%	21 64%
6. Con el tono de voz y las palabras que utiliza el personal que lo atiende para comunicarle cosas			3 9%	9 %	5 15%	25 76%
7. Con el respeto que el personal que lo atiende ha tenido para con usted			4 12%	2 %	4 12%	25 76%
TOTAL			7 %	7 %	23 %	70%



III. RESULTADOS

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	A+B+C	Satisfecho	Muy satisfecho
1. Con las pruebas que ofrece el laboratorio			2 6%	10%	4 12%	27 82%
2. Con el tiempo de entrega de los resultados			4 12%	7%	4 12%	25 76%
3. Con el tono de voz y las palabras que utiliza el personal que lo atiende para entregarle el resultado			2 6%	7%	6 18%	25 76%
4. En general con la atención recibida			0 0%	7%	9 27%	24 73%
TOTAL			6 %	8%	17 %	77%



RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE ATENCIÓN A USUARIOS

LABORATORIO DE DIETOLOGÍA

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura			22%	22%	33%	45%
Proceso		2%	7%	9%	27%	64%
Resultados			3%	3%	20%	77%

Resultado negativo (A+B+C)

20% o menos

Igual o Mayor a 21% y menor o igual a 80%

Si es igual o mayor a 81%

Después de analizar los datos obtenidos en la encuesta de satisfacción de usuarios, se puede observar en el cuadro anterior que se requiere realizar acciones correctivas en el rubro de estructura, ya que el valor que se obtuvo fue mayor a 21%.



RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE ATENCIÓN A USUARIOS LABORATORIO DE DIETOLOGÍA

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura			22%	22%	33%	45%
Proceso		2%	7%	9%	27%	64%
Resultados			3%	3%	20%	77%

Acciones de corrección:

Resultado negativo (A+B+C)
20% o menos
Igual o Mayor a 21% y menor o igual a 80%
Si es igual o mayor a 81%

Después de analizar los datos obtenidos en la encuesta de satisfacción de usuarios, se puede observar en el cuadro anterior que se requiere realizar acciones correctivas en el rubro de estructura, ya que el valor que se obtuvo fue mayor a 21%.



Encuesta de satisfacción de usuarios Laboratorio de Medicina del Deporte

junio 2010

Item del cuestionario de calidad	Estructura	Muy insatisfecho (malo)	Insatisfecho (regular)	Regularmente satisfecho (bueno)	Satisfecho (muy bueno)	Muy satisfecho (excelente)	n
4 y 12	Servicio solicitado	1/2.38 % - 0/0	2/4.79-1/2.38	6/14.28 - 4/9.52	20/47.61 - 17/45.24	13/30.95 - 20/47.61	42
5	Oportunidad en la información	1/2.38	1/2.38	4/9.52	19/45.24	17/40.47	42
6.1	Equipo de rehabilitación	2/5.71	0	0	14/40.0	19/54.28	35
6.2	Equipo de consulta externa	2/5.88	0	0	12/35.29	20/58.82	34
6.3	Equipo de Laboratorio de evaluación	0	0	0	2/20.00	8/80.00	10
	Promedio	2.72%	1.58%	5.55%	38.10%	52.02%	99.97%

	Procesos						n
7	Trato del personal médico	1/2.38	0	0	15/35.71	26/61.90	42
8	Trato del personal administrativo y manual	0	2/4.76	1/2.38	19/45.24	20/47.62	42
9	Trato de los estudiantes	0	0	0	20/47.62	22/52.38	42
	Promedio	0.79%	1.57%	0.79%	42.86%	54.0%	99.97%



Encuesta de satisfacción de usuarios Laboratorio de Medicina del Deporte

junio 2010

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	2/4.76	0	0	13/30.95	27/64.28	42
11	Tiempo en que se resolvió su caso.	0	0	2/4.76	19/45.23	21/50.00	42
10	Resultados obtenidos con el tratamiento	0	0	2/4.76	16/38.09	24/57.14	42
Promedio		1.59%	0.00%	3.17%	38.09%	57.14%	99.99%

Resultado negativo (A+B+C)	Acción	Estructura	Proceso	Resultados
20 % o Menos	No se genera acción	9.85%	3.15%	4.76%
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)			



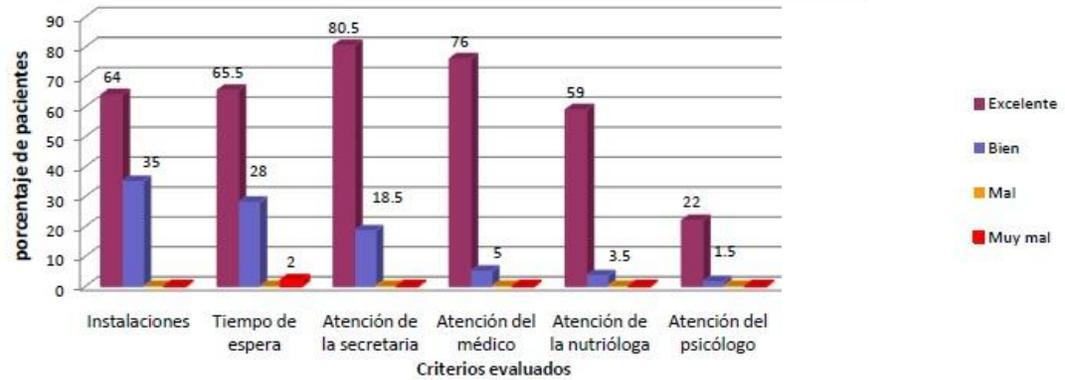
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Resultado negativo
nov-08	0	0	1.63	32.52	65.85	1.63
mar-09	3.33	3.33	11.66	31.66	50.00	18.32
jun-09	3.85	0	9.39	34.85	56.00	13.24
jun-10	0.79	1.57	0.79	42.86	53.96	3.15

Análisis de los resultados de la satisfacción de usuarios 2008-2010 en el Laboratorio de Medicina del Deporte.

En el "proceso" se observó una importante disminución del resultado negativo, al mejorar la percepción del usuario con relación al trato que recibe del personal, principalmente de estudiantes. Sin embargo podemos observar en la gráfica, que a pesar de haber disminuido la percepción "muy insatisfecho" y "regularmente satisfecho", solo se incremento la percepción "satisfecho", observándose disminución de " Muy satisfecho"



Porcentaje de satisfacción de los pacientes que acudieron a la Unidad cardiometabólica de Enero-Marzo de 2010



Análisis de datos:

Tamaño de la muestra: 200 pacientes.

De acuerdo al indicador establecido en el procedimiento para proporcionar la consulta, el cual establece que se deberá alcanzar al menos el 80% de satisfacción de los usuarios semestralmente, y a pesar de que la satisfacción la hemos considerado sumando el porcentaje de grado de excelente y bien, se han detectado las siguientes áreas de oportunidad:

Se analiza que el 35% de los pacientes consideran bien las instalaciones, lo cual se incrementó del análisis anterior a este, por lo que se establecerán estrategias para detectar específicamente que pudiera estar resultando inadecuado de las mismas a los usuarios.

Se observa que han calificado como bien el tiempo de espera el 28% de los pacientes, lo que indica que estos consideran que el tiempo de espera es más que el deseable, considerando que se dio una disminución del 20% del análisis de la evaluación anterior en el mes de octubre a la fecha, se considera que ha ido aumentando en este rubro el grado de satisfacción, ya que hubo un incremento de casi 10% en el apartado de excelente, sin embargo se continuarán estableciendo controles para estandarizar el tiempo de atención.

El 18.5% de los pacientes consideran bien la atención de la secretaria, analizando se ha dado una disminución favorable (incrementando hacia excelente), sin embargo se continuará trabajando en este rubro para disminuir aun más el bien e incrementando el excelente.



Junio de 2009
Satisfacción de usuarios
Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina

ESTRUCTURA

Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple						
Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente Satisfecho	A+B+C	Satisfecho	Muy Satisfecho
	A	B	C		D	F
Ubicación del servicio	1	1		2	4	
Tiempo de espera				0	3	2
Horario de atención				0	2	3
Costo del servicio				0	3	2
Comodidad del espacio de espera				0	3	2



Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple Junio de 2009

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Privacidad durante el servicio				0	3	2
Higiene y orden del laboratorio				0	1	4
Trato de todas las personas que laboran en el lugar				0	2	3

Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple Junio de 2009

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Ubicación del servicio	20%	20%		40%	60%	
Tiempo de espera				0%	60%	40%
Horario de atención				0%	40%	60%
Costo del servicio				0%	60%	40%
Comodidad del espacio de espera				0%	60%	40%



Junio de 2009

Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Privacidad durante el servicio				0%	60%	40%
Higiene y orden del laboratorio				0%	20%	80%
Trato de todas las personas que laboran en el lugar				0%	40%	60%

Análisis de datos

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

Acciones de corrección:

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

NOTA: En *Proceso* no contestó el 18% y en *Resultados* el 14%

Comentario: Sólo dos laboratorios no cuentan con resultados para la presente Revisión: el Laboratorio de Imagenología (LIMAG) aún no cuenta con resultados de Satisfacción de Usuarios por no haber completado para la fecha de la presente Revisión, seis meses de haber establecido sus procedimientos e instrumentos de evaluación. El Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica, cuyo proceso es Enseñanza/Aprendizaje, finalizó su ciclo con alumnos el día 1 de julio del presente año, aplicándose ese día sus encuestas. Se encuentra en procesamiento su información para entregar sus resultados. El área de adquisiciones del Departamento de Servicios Generales se encuentra en etapa de proceso e implementación de sus instrumentos e indicadores.



○ **DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO**

Nuestros tres procesos son:

Enseñanza/aprendizaje

Provisión de servicios de laboratorio e

Investigación.

La Facultad de Medicina ha logrado durante 2009 avances en los tres procesos, considerándose que el mayor ha sido en el Proceso de Enseñanza/Aprendizaje, seguido del de Provisión de Servicios y en tercer lugar el de Investigación.

Se cumplió con el compromiso de obtener la tercera acreditación de calidad de la Licenciatura de Médico Cirujano por COMAEM (COPAES), la primera acreditación de la Licenciatura de Nutrición por CONCAPREN (COPAES) y en los próximos dos años se egresará la primera generación del nuevo Plan de estudios de Rehabilitación, a fin de solicitar su segunda evaluación por CIEES, o el organismo evaluar externo de COPAES si ya se cuenta con él en el país.

En relación a la provisión de servicios de laboratorio, se certificaron los diez laboratorios comprometidos en el objetivo de calidad correspondiente. Se ha incrementado la demanda de servicios y consultas. Se ha apoyado de manera decidida el mantenimiento y renovación de equipos de los laboratorios y de toda la Facultad en general. El número total de equipos adquiridos durante 2009 y los primeros seis meses de 2010, es de 301, se cuenta con el listado de todos ellos y las áreas para las que fueron asignados.

En cuanto al proceso de Investigación, se cumplieron y superaron las metas establecidas en los objetivos de calidad en cuanto a proyectos en desarrollo, trabajos publicados en revistas nacionales e internacionales. Los profesores con Perfil PROMEP pasaron de cinco en 2008 a once vigentes en 2009, superando la meta establecida. En la presente administración se impulsará la consolidación de este importante proceso a través de la apertura de nuevas líneas de investigación, proyectos con pertinencia y calidad, que permitan incorporar mediante trabajos de tesis a los alumnos de licenciaturas y postgrados e incrementar la vinculación con el Sector salud y la sociedad a través del Campus de la Salud.



○ ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS:

Laboratorio	ACCIONES CORRECTIVAS			ACCIONES PREVENTIVAS			ACCIONES DE MEJORA		
	T	A	C	T	A	C	T	A	C
1. LMD	12	6	6	3	2	1	6	3	3
2. LAC	16	0	16	2	0	2	8	0	8
3. LEIM	23	14	9	2	0	2	2	0	2
4. LD	9	0	9	2	1	1	4	2	2
5. LIMAG	6	1	5	2	0	2	3	2	1
6. LEIP	10	1	9	1	1	0	2	0	2
7. LEEN	6	0	6	3	0	3	6	-	6
8. LFIS	11	1	10	3	1	2	3	0	3
9. UC	20	4	16	4	0	4	8	0	8
10. LCETQ	18	3	15	5	2	3	7	3	4
11. DSG	4	4	-	-	-	-	-	-	-
TOTALES	135	34	101	27	7	20	49	10	39



- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO A REVISIONES PREVIAS DE LA DIRECCION**

Recomendaciones de la Auditoría contable: Cuatro.

Estado: Atendidas (una de ellas no precedente).

Recomendaciones de la Acreditación 2009-2014 (Dictamen agosto 2009) de la Licenciatura de Médico Cirujano por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Calidad de la Educación Médica (COMAEM-COPAES):

Total: 18

Estado: Cinco atendidas y trece en proceso.

Recomendaciones de la Acreditación 2010-2015 (Dictamen febrero 2010) de la Licenciatura en Nutrición por el Consejo Nacional para la Calidad de los programas Educativos en Nutrición, A.C (CONCAPREN-COPAES).

Total: 12

Estado: Cinco en proceso y siete pendientes.

Recomendaciones de la Evaluación Nivel I del CIEES (Dictamen 2004) a Licenciatura en Rehabilitación: cinco.

Estado: Tres atendidas y dos en proceso.

Recomendaciones de los Servicios de Salud: Durante el año 2008 y 2009 fueron visitadas y verificadas las áreas para las que aplica, dándose cumplimiento a las recomendaciones. En el presente año únicamente ha sido visitado el Laboratorio de Medicina del Deporte.



SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS.

Acuerdos	Responsable	Acuerdos
Estos espacios en blanco los voy a quitar		
<p>PRIMERA AUDITORÍA INTERNA EXTRAORDINARIA MARZO 2009.</p> <p>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.</p>	TODOS	ATENDIDO
Que los responsables del manejo de AC den el seguimiento correspondiente para el cierre de sus acciones.	TODOS	ATENDIDO
Verificar el cumplimiento de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico. Laboratorios que aplique	TODOS LOS QUE APLIQUE	ATENDIDO
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	ATENDIDO
Reforzar el compromiso con los responsables de los procesos y/o procedimientos con el SGC.	ALTA DIRECCION	ATENDIDO
<p>TERCERA AUDITORÍA INTERNA JUNIO 2009</p> <p>RECOMENDACIONES 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</p>	RESPONSABLE LEIP	ATENDIDO



LEIP Realizar un monitoreo periódico de la salud de sus usuarios, ya que están en contacto con agentes patógenos.	RESPONSABLE LEIP	PENDIENTE
LCETQ Mencionar en los indicadores que estos son anuales	RESPONSABLE LCETQ	ATENDIDO
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	ATENDIDO
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	PENDIENTE ATENDIDO
SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA EXTRAORDINARIA. OCTUBRE 2009. RECOMENDACIONES 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	ATENDIDO
Redefinir el nombre del procedimiento P-FMED-UC-01 (hacerlo más descriptivo).	RESPONSABLE UC	ATENDIDO
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	ATENDIDO



Identificar de alguna forma los expedientes de las personas que están exentas de pago.	RESPONSABLE UC	ATENDIDO
En el procedimiento P-FMED-UC-03 estandarizar los criterios de evaluación a los estudiantes.	RESPONSABLE UC	ATENDIDO
OBSERVACIONES Implementar políticas y Reglamento del uso del laboratorio. Incluir código a la libreta de resultados (interpretación del estudio) del paciente.	RESPONSABLE LIMAG	ATENDIDO
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	PENDIENTE ATENDIDO ATENDIDO
Observaciones Codificar el calendario Norma externa impresa Definir periodicidad de la encuesta de satisfacción	RESPONSABLE LD	ATENDIDO
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	ATENDIDO
Observaciones Incorporar una secretaria o ayudante en el área cuando el responsable no se encuentre. Implementar las políticas necesarias para controlar la devolución de los equipos y materiales prestados	RESPONSABLE LEEN	EN PROCESO
RETROALIMENTACIÓN DEL USUARIO Presentar la información con un mismo formato de tablas y graficas	TODOS	EN PROCESO



<p>NO SE TIENE INFORMACION DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Laboratorio de Imagenología - Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica 		<p>EN PROCESO</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>TODOS</p>	<p>ATENDIDO</p>
<p>SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ACUERDOS: Documentar los procedimientos de desarrollo de las prácticas de laboratorio de los Cirugía Experimental y Técnicas Quirúrgicas y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. 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. LEIM hay pendientes, se estableció LD entrega de pendiente LMD no se agendó acuerdos por que no asistió ningún representante. Dr. José Pasos Entregar Hoja al M.C. Storey (formato de manejo de animales) 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 D. M. C. Guillermo Storey Montalvo Lic. en Reh Marisa Solís Lic. Nut. Rosario Barradas Castillo.</p>	<p>ATENDIDO ATENDIDO ATENDIDO ATENDIDO ATENDIDO EN PROCESO</p>



CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC

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

TODOS

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

EN PROCESO

LOS QUE
APLIQUE

ATENDIDO

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

Tener una comunicación asertiva con todo el personal.

Darle seguimiento continuo a las recomendaciones de los Servicios 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.

ALTA
DIRECCIÓN

ATENDIDO

LABS QUE
APLIQUE

ATENDIDO

TODOS

ATENDIDO

ALTA
DIRECCIÓN

ATENDIDO



○ **CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC 2010**

- | |
|---|
| ○ Cambios en los diferentes niveles de autoridad y de los responsables de los procesos en las áreas y laboratorios. |
| ○ No dar seguimiento a los objetivos de calidad de la Facultad. |
| ○ Supervisión ineficaz del funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad. |
| ○ Insuficiente motivación, capacitación y apoyo a los responsables de los procesos. |
| ○ Insuficiente motivación de los integrantes del Sistema de Gestión de Calidad. |
| ○ Situación financiera nacional e institucional. |

○ **RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA 2010**

- | |
|---|
| ○ Dar seguimiento permanente a los objetivos de calidad de la Facultad. |
| ○ Realizar revisiones periódicas a los indicadores de los procesos. |
| ○ Que todas las áreas realicen la aplicación periódica de la satisfacción de los usuarios, incluyendo el análisis de los resultados. |
| ○ Darle seguimiento permanente a las acciones (preventivas, correctivas y de mejora). |
| ○ Agilizar el acceso a la plataforma sharepoint, así como a citrix. |
| ○ Generar un documento con las líneas de investigación y los investigadores de dichas líneas. |
| ○ Revisar y actualizar permanentemente la redacción de los procedimientos documentados. |
| ○ Detectar y generar una lista de aquellos equipos del laboratorio que no requieren mantenimiento correctivo o preventivo. |
| ○ Implementar los 5's +1 periódicamente en todas las áreas. |
| ○ Documentar en los procedimientos aquellas actividades que se realizan en los laboratorios o áreas y que quedaron fuera del alcance del SGC. |
| ○ Documentar la metodología para dar atención a las quejas de los usuarios. |
| ○ Elaborar un plan de limpieza y desinfección de los materiales utilizados, áreas y laboratorios. |
| ○ Actualizar periódicamente en Recursos Humanos el expediente personal incluyendo documentos comprobatorios. |
| ○ Implementar un sistema eficiente de mantenimiento preventivo y correctivo (incluyendo el tiempo de respuesta a las solicitudes). |



MINUTA

LUGAR: FACULTAD DE MEDICINA	FECHA: 2 DE JULIO DE 2020	HORA: 12 HORAS
HORA DE INICIO: 12.00 HORAS	HORA DE TÉRMINO: 15.30 HORAS	
OBJETIVO DE LA REUNIÓN: TERCERA REUNION DE REVISION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD POR LA ALTA DIRECCION		

PARTICIPANTES	ASISTIÓ	NO ASISTIÓ
MC GUILLERMO STOREY MONTALVO	X	
ING JESUS SERRANO LIMON	X	
MARIA ORTEGA HORTA	X	
MC WILLIAM VARGAS CANO	X	
MC CARLOS OJEDA BLANCO	X	
MC TERESA ZAPATA VILLALOBOS	X	
MC FERNANDO HERRERA SANCHEZ	X	
MINE ROSARIO BARRADAS CASTILLO	X	
DRA BERTHA JIMENEZ DELGADILLO	X	
MC MANUEL CABAL NARANJO	X	
OMC PEDRO FUENTES GONZALEZ	X	
MC ROMAN GOMEZ DURAN	X	
M EN C MARIA CARDENAS MARRUFO	X	
M EN C ZULEMA CABRERA ARAUJO	X	



QFB CARIDAD HERRERA FRANCO	X	
TEC ANDRES AGUILAR CARDOS	X	
L N MAGALY BURGOS DE SANTIAGO	X	
M EN C JUAN JOSÉ LOPEZ ARIAS	X	
LIC EN NUT SALLY LOPEZ OSORNO	X	
MC GABRIEL PAREDES BUENFIL	X	

ORDEN DEL DÍA
1- Objetivos de la reunión
2- Registro y firmas de asistencia
3- Seguimiento y actualización del SGC de la Facultad de Medicina
4- Acuerdos
5- Próxima reunión y objetivo.



ACUERDOS	RESPONSABLE	FECHA
Dar seguimiento a los objetivos de calidad de la Facultad	ALTA DIRECCION TODOS	Permanente
Elaborar un cronograma de cursos de capacitación permanente para el manejo de RPBI al personal que lo requieren. Realizar la monitorización permanente reportando resultados a la Alta Dirección.	QFB Caridad Herrera Franco	30 de julio 2010
Programar la realización de las encuestas de satisfacción de usuarios, presentando sus resultados con base en un mismo formato.	TODOS	30 de julio 2010
Documentar de manera sistemática los SNC conforme a los lineamientos establecidos y entregarlos a la Auditora Interna para su revisión y ubicarlos en la página del Sistema	TODOS	PERMANENTE

PROXIMA REUNIÓN:	QUINTA AUDITORÍA INTERNA EN OCTUBRE 2010
OBJETIVO:	Mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad.



VISITAS DE VERIFICACIÓN SERVICIOS DE SALUD



UADY

FACULTAD DE
MEDICINA



UADY

FACULTAD DE
MEDICINA



COMUNICACIONES

ABS Quality Evaluations

CERTIFICATE OF CONFORMANCE

This is to certify that the Quality Management System of:

Universidad Autónoma de Yucatán

(WITH FACILITIES LISTED ON ATTACHED ANNEX)

has been assessed by ABS Quality Evaluations, Inc. and found to be in conformance with the requirements set forth by:

ISO 9001:2000

The Quality Management System is applicable to:

PROVISION OF SUPPORTING SERVICES FOR THE OPERATION OF THE UNIVERSITY RELATED TO:
ASPIRANTS' SELECTION, REGISTRATION, SCHOLASTIC AND LIBRARY SERVICES, MANAGEMENT OF
FINANCIAL, MATERIAL AND HUMAN RESOURCES, INFORMATION TECHNOLOGIES, DEGREE CERTIFICATION,
INTERNSHIP PROGRAMS AND EXTERNAL STUDIES RECOGNITION; EXTERNAL CONSULTATION SERVICES OF
GENERAL MEDICINE AND PEDIATRICS; LABORATORY SERVICES

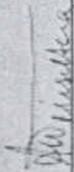
PROVISIÓN SERVICIOS DE SOPORTE PARA LA OPERACIÓN DE LA UNIVERSIDAD RELACIONADOS CON:
SELECCIÓN DE ASPIRANTES, INGRESO, PERMANENCIA, SERVICIOS BIBLIOTECARIOS, ADMINISTRACIÓN
DE RECURSOS FINANCIEROS, MATERIALES Y HUMANOS, TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, EGRESO Y
TITULACIÓN, SERVICIO SOCIAL Y REVALIDACIÓN EXTERNA DE ESTUDIOS; SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA GENERAL Y PEDIATRÍA; SERVICIOS DE LABORATORIO

Further clarifications regarding the scope of the certificate and the applicability of ISO 9001:2000 requirements may be obtained by consulting the organization.

Certificate No:
Effective Date:
Expiration Date:
Issue Date

40836
03 September 2007
02 September 2010
11 May 2009




Alex Weisselberg, President

Validity of this certificate is based on periodic audits of the management system defined by the above scope and is contingent upon prompt, written notification to ABS Quality Evaluations, Inc. of significant changes in the management system or components thereof.

ABS Quality Evaluations, Inc. 16855 Northchase Drive, Houston, TX 77060, U.S.A.

Validity of this certificate may be confirmed at www.abs-qe.com/cert_validation.



COMAEM

EL CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN
DE LA EDUCACIÓN MÉDICA, A.C.

Reconocido por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, A.C.

ACREDITA
Al Programa
de Médico Cirujano
de la Facultad de Medicina de
la Universidad Autónoma de Yucatán

del 25 de agosto de 2009 al 25 de agosto de 2014
por cumplir con los requisitos de calidad.

Heroica Puebla de Zaragoza a 25 de junio de 2009

Dr. Octavio Castillo y López
Presidente



EL CONSEJO NACIONAL PARA LA CALIDAD
DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN
NUTRIOLOGÍA, A.C.

Consejo Nacional para la
calidad de programas
Educativos en Nutriología

Organismo reconocido por el
Consejo para la Acreditación de la
Educación Superior, A.C. COPAES

A c r e d i t a

Al Programa de Licenciatura en Nutrición de la
Universidad Autónoma de Yucatán
por cumplir con los requisitos de calidad educativa
establecidos por el CONCAPREN, A.C.

en el período del 10 de febrero de 2010 al 9 de febrero de 2015.

MSP Adriana Zambrano Moreno NC
Presidenta del CONCAPREN A.C.

CIEES

COMITÉ INTERINSTITUCIONALES PARA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior

otorgan el presente

RECONOCIMIENTO

a la **DES** Facultad de Medicina

de la **Universidad Autónoma de Yucatán**

Como testimonio de la meritoria labor de haber logrado que todas sus licenciaturas evaluables, cumplieran satisfactoriamente con los requisitos académicos establecidos por los Comités y ubicarlas en el Nivel I del Padrón de los CIEES, para la clasificación de los programas educativos de licenciatura evaluados en relación con la acreditación.

Atentamente



Dr. Javier de la Garza Aguilar
Coordinador General

Mérida, Yucatán a 21 de noviembre de 2005.