



**UADY**  
FACULTAD DE  
MEDICINA

# **CUARTA REUNIÓN DE REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD DE LA FACULTAD DE MEDICINA POR LA ALTA DIRECCIÓN.**

**ENERO 2011**



Calendario de Revisiones por la Dirección

Sistema de Gestión de la Calidad

**CALENDARIO DE REVISIONES DE LA DIRECCION**      2011

Fecha de actualización: 3 de diciembre de 2010

DEPENDENCIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Admon Central						x					x	
Fac. de Medicina	x											x
Facultad de Química						x					x	
Facultad de Matemáticas						x					x	
CCBA						x					x	

Aprobó:

MDO. Juan de Dios Pérez Alayón  
Representante de Rectoría

Observaciones:

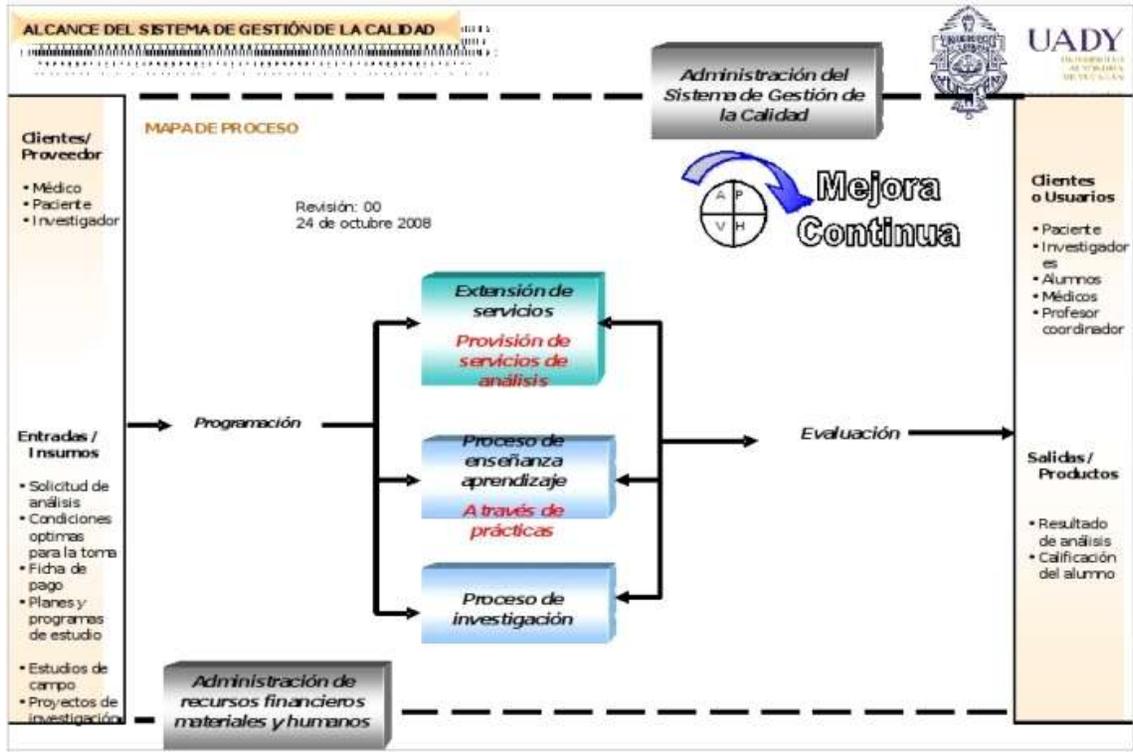


## **AGENDA**

- **AMPLIACION DE LOS 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
  - AUDITORÍA EXTERNA DE RECERTIFICACION JULIO 2010 ES CORRECTA LA FECHA
- **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.**

F-CGPEGI-CC-06

## **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

Objetivo 1

<b>Proceso:</b>	Extensión de los servicios, investigación y docencia
<b>Objetivo estratégico de la UADY:</b>	Consolidar la presencia y pertinencia de la Universidad a nivel local, regional y nacional
<b>Objetivo de calidad FMED:</b>	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.
<b>Metas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener el nivel 1 de los CIEES en todos los programas de la Facultad durante el 2009</li> <li>• Incorporación de los programas de posgrado en el padrón de excelencia del CONACyT</li> <li>• 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.</li> </ul>

**Indicadores:** - 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.

**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

<b>Proceso:</b>	Extensión de servicios
<b>Objetivo estratégico de la UADY:</b>	Lograr la satisfacción de los usuarios de las dependencias en que se implemente el Sistema de Gestión.
<b>Objetivo de calidad FMED:</b>	Mejorar la calidad de las funciones sustantivas de la Facultad, mediante el fortalecimiento de sus servicios de sus laboratorios.
<b>Meta:</b>	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

<b>Proceso:</b>	Extensión de los servicios, investigación y docencia
<b>Objetivo estratégico de la UADY:</b>	Consolidar la presencia y pertinencia de la Universidad a nivel local, regional y nacional
<b>Objetivo de calidad FMED:</b>	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.
<b>Meta:</b>	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 JULIO-DIC 2010**

### **Objetivo 1 (seis acciones) Seguimiento:**

- Se obtuvo la Recertificación ISO 9001: 2008 del SGC de la Facultad JULIO 2010 con sólo una NC menor en un laboratorio (MENCIONA QUE 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. 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. Octubre 2012.
- Se han incorporado dos profesores investigadores más al SNI de julio a diciembre 2010: Dr Marco Palma Solís (Nivel I) y el Dr Víctor Hernández Escalante (Nivel Candidato) además de la M en C Norma Pérez Herrera (Nivel Candidato).

### **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.  
En LEIM (y la UR en general) se ha mejorado el acceso a la Unidad y al laboratorio, surtido de sus botiquines, la seguridad y privacidad de los sanitarios, las papeleras, se ha pintado todo el edificio, se reparó la infraestructura del auditorio, se incrementaron las medidas de seguridad con protectores en sitios requeridos, se aplicaron antiderrapantes en baños e hidroterapia, se implementaron estrategias útiles contra el problema de los insectos, ya está en funcionamiento el elevador para movilizar a los pacientes con limitaciones de capacidades, ya se cuenta con integración a la red universitaria de internet, si bien hay algunos aspectos que podrán mejorarse. Se cuenta con una relación de



pendientes para dar debida atención de manera programada por la administración.

- 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. Como ejemplo de los resultados favorables está que en el LAC aumentaron 20% las solicitudes por médicos particulares, 15% felicita al LAC por la eficiencia, el costo y la honestidad (devolución de dinero) y un 42% ya ha utilizado el servicio más de dos veces.
- 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.

### **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.
- Durante el año 2009 se desarrollaron nueve proyectos de investigación. Actualmente (enero 2011) se encuentran desarrollo 40 proyectos de investigación (en 2009 habían 31), 15 en SISTPROY, 11 de ellos con financiamiento externo. Hay 25 pendientes de entrar a SISTPROY. Participan 45 estudiantes/pasantes. Se realizan 48 tesis como parte de esos proyectos, distribuidos de la siguiente manera en los Cuerpos Académicos: 22 en el de de Enfermedades Endémicas Emergentes y Reemergentes en región tropical; 14 el de Salud Pública; tres en el de Morfología y Fisiología y nueve en el Nutrición Humana
- Ocho grupos de los Cuerpos Académicos ya están trabajando en Redes. Existen, por tanto, 22 áreas de oportunidad. En cuanto a los estudiantes formados en las líneas de investigación de la Facultad: 16 en la línea de Enfermedades Endémicas Emergentes y Reemergentes; 19 en la de Nutrición Humana. Cinco de los productos de investigación que ya están vinculados a los Programas Académicos de la Facultad por lo que existen 27 áreas de oportunidad.
- El 18 de enero 2011 se presentó el libro elaborado durante 2010 “Aportes al conocimiento de la Salud en Yucatán” por 15 profesores investigadores de la Unidad Interinstitucional de Investigación Clínica y



Epidemiológica (UIICE) de la Facultad. Se publicaron 12 artículos de Investigación en revistas arbitradas y se publicó un capítulo denominado “Voces entretejidas: género, salud y antropología” en el libro “Promoción de la Salud sexual y reproductiva, Enfermedades de transmisión sexual, VIH y enfoque de género en el Servicio Social de la Facultad de Medicina” a cargo de los Dres. María Luisa Rojas y Guido Cámara Dorantes.

- Se mantiene como área de oportunidad la creación de la Revista de la Facultad de Medicina. No se logró la factibilidad de la versión impresa y actualmente el enfoque se centrará en la posibilidad de la versión electrónica.



## RESULTADOS DE AUDITORIAS

- AUDITORIA CONTABLE**

Durante 2010 se realizaron dos visitas de verificación al área de Patrimonio, con énfasis en recursos de PIFI. Se realiza un monitoreo permanente del área contable por parte de la Dirección General de Finanzas mediante los cinco módulos en línea: Ingresos propios, Presupuesto ordinario y techos financieros; Ingresos académicos; proyectos especiales (PIFI, PROMEP Y PRIORI) y los Proyectos de la dependencia (CINVESTAV). Ello independiente del cierre contable mensual y anual institucional.	PERMANENTE

- 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)**

Ya se encuentra en funciones formales el Departamento de Planeación y Evaluación Integral de la Facultad con un plan de trabajo, misión, visión, metas y objetivos claramente establecidos.	ATENDIDO
Estructurar un examen profesional que evalúe todas las áreas del perfil de egreso. El examen integrador al final de Internado Rotatorio de Pregrado cumple esa función. Sin embargo, en la revisión del Plan de estudios se plantearán otras estrategias como el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO-E).	ATENDIDO
Acatar las recomendaciones de la Comisión de Seguridad e Higiene de manera rigurosa.	PERMANENTE
Contar con un sistema de evaluación de la práctica docente.	PERMANENTE
Constituir el comité de bioética y el de investigación. El Comité de Etica se ha reestructurado y se encuentra en proceso de revisión en una subcomisión del Consejo Académico para su oficialización. Contará con una subcomisión de Bioética para los asuntos relacionados con la investigación en salud.	ATENDIDO



<p>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. La Coordinación de la Carrera de Medicina y la Secretaría Académica han establecido e iniciado un programa calendarizado de visitas a las unidades de salud comunitaria a fin de sistematizar los programas y acciones de salud que en ellas se realizan y medir su impacto junto con los responsables de la atención de los estudiantes en dichas unidades.</p>	<p>EN PROCESO. Includa en las recomendaciones de la Reacreditación 2009.</p>
---	--

**• 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)**

<p>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. Meta: incluirlo en los programas académicos del ciclo escolar 2011-2012</p>	<p>EN PROCESO PERMANENTE</p>
<p>Se debe asegurar que las acciones relacionadas con la ejecución del programa de trabajo comunitario sean respaldadas por personal debidamente calificado. Durante las visitas realizadas a partir de octubre 2010 por parte de los responsables de la Coordinación de Medicina y Secretaría Académica se ha puntualizado el cumplimiento de este aspecto con los responsables de las unidades de salud.</p>	<p>EN PROCESO PERMANENTE</p>
<p>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</p>	<p>EN PROCESO PERMANENTE</p>



<p>impacto y tomar decisiones. Durante las visitas realizadas a partir de octubre 2010 por parte de los responsables de la Coordinación de Medicina y Secretaría Académica se ha puntualizado el cumplimiento de este aspecto con los responsables de las unidades de salud</p>	
---	--

**Apartado Alumnos: Estándar 32 ( indicador 1)**

<p>Definir el cronograma de actividades de manera general y diseñar instrumentos para evaluación del impacto del <b>programa de tutorías</b> en el rendimiento académico de los estudiantes. Se sugiere intercambiar información con el departamento de Psicopedagogía para conjuntar esfuerzos. R: Se ha reestructurado el Cuerpo Académico de Educación y Salud el cual se ha dado a la tarea de diseñar las estrategias de vinculación e integración entre los procesos del área de Psicopedagogía con los del Programa de Tutorías y los Proyectos de Investigación Educativa.</p>	<p>EN PROCESO</p>
--	-------------------

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

<p>Es necesario continuar con el seguimiento de egresados aunque se quiera implementar otro tipo de seguimiento debe de ser paralelo al mismo. Se reestructuró el Programa de Seguimiento de Egresados vinculándolo con el Institucional UADY. Se asignaron nuevos responsables del Seguimiento. Se estableció y cumplió la meta de Encuestas de seguimiento (88 encuestas; 102% de la meta) que se encuentran ya en fase de procesamiento en el nivel institucional.</p>	<p>PERMANENTE</p>
<p>Al no existir un seguimiento de egresados no se puede verificar el rendimiento académico ni profesional.</p>	<p>PERMANENTE</p>
<p>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.</p>	<p>PERMANENTE</p>
<p>Es necesario realizar un cronograma para que sea aplicado de forma sistemática para realizar un programa general (de seguimiento de egresados) para la Facultad.</p>	<p>PERMANENTE</p>

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



<p>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.</p> <p>Estas acciones y funciones ya están incluidas en la responsabilidad del Departamento de Planeación y Evaluación Institucional.</p>	ATENDIDO
<p>La Facultad debe fortalecer la investigación educativa para incrementar la calidad de la educación médica.</p> <p>El Cuerpo Académico de Educación y Salud ha sido reestructurado y con el compromiso de vincular los proyectos de investigación educativa con los programas académicos y que los proyectos individuales tengan en adelante participación colegiada y vinculados también a la problemáticas de las diferentes licenciaturas de la Facultad y/o los postgrados.</p>	PERMANENTE
<p>El Comité de Etica se ha reestructurado y se encuentra en proceso de revisión en una subcomisión del Consejo Académico para su oficialización. Contará con una subcomisión de Bioética para los asuntos relacionados con la investigación en salud.</p>	EN PROCESO
<p>Elaborar el programa del Comité de Investigación en donde se explicita su metodología, objetivos, fundamentos y resultados.</p>	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

Los avances julio-dic 2010 realizados en relación al seguimiento de las recomendaciones y observaciones del documento de Acreditación de CONCAPREN-en comparación con la Revisión anterior, es que ya fueron definidas las acciones concretas a realizar, la asignación de responsables de cada una de ellas y una temporalidad para presentación de resultados.

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.	EN PROCESO
Explicitar adecuadamente la congruencia de las estrategias didácticas para el aprendizaje y los fundamentos teóricos con los objetivos curriculares y el perfil de egreso.	EN PROCESO
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.	EN PROCESO



### LARGO PLAZO

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

- 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.

Proporcionar estabilidad laboral a los profesores. Un profesor más se encuentra en período de estabilidad para basificación definitiva. Faltan otros profesores conforme obtengan grados académicos de Maestría o superiores y la administración centrales lo autorice. La Dirección de la Facultad mantiene una gestión permanente al respecto. Dos profesores de esta Licenciatura en breve cumplirán criterios para la categoría PROMEP.	EN PROCESO
--	------------



<p>Incrementar y difundir las líneas de generación y aplicación del conocimiento en los aspectos educativo y disciplinar.</p> <p>Se encuentra en fase inicial el proyecto de investigación;: “Reeducación de la marcha en niños con parálisis Cerebral Infantil con estimulación eléctrica” (Título preliminar”) y en fase de protocolo el proyecto: “El entrenamiento locomotor y la terapia ocupacional en la marcha de pacientes con lesión medular completa” y “Rehabilitación para los pacientes con Osteoartritis”. Todos vinculados a la integración docencia-servicio en la Unidad de Rehabilitación.</p>	ATENDIDO
<p>Establecer un sistema de evaluación educacional sobre el programa.</p> <p>El Plan de estudios será evaluado de manera integral hasta que egrese la primera generación del plan de estudios vigente (2012)</p>	PENDIENTE
<p>Dar a conocer el plan de desarrollo a la comunidad de la Licenciatura.</p> <p>Se ha incrementado la difusión del perfil de egreso de los alumnos de la Licenciatura y un grupo de ellos ha elaborado un Programa de Rehabilitación Comunitaria, que vincula la educación, la promoción y la difusión social.</p>	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.

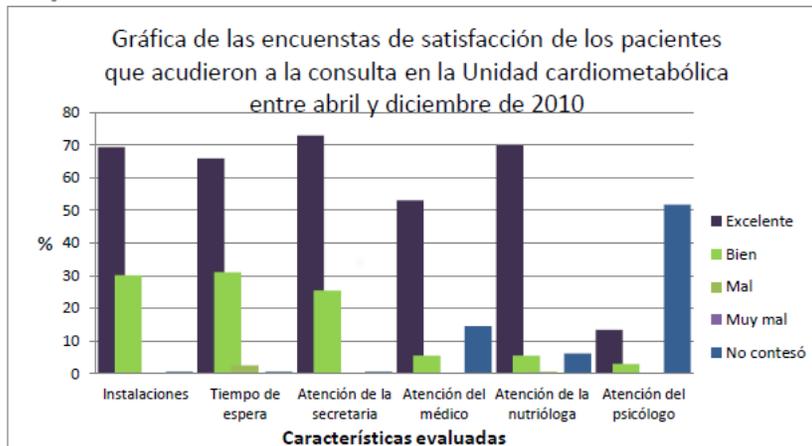
### **QUINTA AUDITORÍA INTERNA: FEBRERO 2011**



○ **RETROALIMENTACIÓN DEL USUARIO**



**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD CARDIO METABÓLICA**



Porcentaje de satisfacción del usuario  
Unidad Cardio-Metabólica

Aspectos de la Calidad de la Atención	Muy mal A	Mal B	A+B	No contestó C	Bien D	Excelente F
Instalaciones	0	0	0	0.5	30.1	69.4
Tiempo de espera.	0	2.5	2.5	0.5	31	66
Atención del personal de salud	0	0	0	8.6	8.3	83.1
Atención de la secretaria	0	0	0	0.5	25.5	73

Porcentajes para toma de decisiones.

Resultado negativo (A+B)	ACCIÓN
20% o menos	No se genera acción
Mayor a 21% y menor o igual a 30%	Corrección
Si es Mayor a 30%	Acción correctiva

**Análisis de los resultados:**

Tamaño de la muestra: 239 pacientes.

En el análisis de los resultados se detectó que un alto porcentaje de pacientes evalúa el servicio como excelente o bueno, sin embargo, también se ha detectado que un 10% de los pacientes no contestan algún apartado de la encuesta, y el 2.5% evalúa como mal el tiempo de espera, por lo que en reunión de trabajo del personal de la unidad, se analizará la factibilidad de mantener o modificar la encuesta o establecer alternativas de evaluación, con el objetivo de disminuir el porcentaje de personas que no contesta. Igualmente se tomarán decisión.



Universidad Autónoma de Yucatán  
Facultad de Medicina  
ENERO 2011 N: 35 (de 69) de 3ER AÑO

Porcentaje de satisfacción del usuario Ciclo Escolar 09-10

**Laboratorio de Cirugía Experimental y técnica Quirúrgica**

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	0	0	0	11	24
Proceso	0		0	0	15	20
Resultados	0	0	0	0	10	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 genero ninguna acción correctiva



LABORATORIO DE IMAGENOLOGIA ( F-FMED-LIMAG)  
SATISFACCION

RESULTADO DE LA ENCUESTA DE

MESES: JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2010

TOTAL DE PAPELETAS: 46

CALIDAD DE LA ATENCION

	EXCELENTE	BIEN	REGULAR	MAL
ATENCION SECRETARIA	35 ( 76%)	11 (23.9%)	-	-
ATENCION MEDICO	38 ( 82.6%)	8 ( 17.3 %)	-	-
INSTALACIONES	29 (63%)	15 ( 32.6%)	-	-
PUNTUALIDAD ENTREGA	30 ( 65.2%)	16 (34.7%)	-	-

NUMERO DE VECES QUE EL PACIENTE HA ACUDIDO A ESTE LABORATORIO ( 42 RESPUESTAS)

UNA VEZ	21 PACIENTES (50%)
DOS VECES	9 PACIENTES (21.4%)
TRES VECES	6 PACIENTES (14.2 %)
CUATRO O MAS VECES	6 PACIENTES ( 14.2 %)

PROVENIENCIA DE LOS PACIENTES ( 33 RESPUESTAS)

DE MERIDA	24 PACIENTES ( 72.8%)
FORANEOS	9 PACIENTES (27.2%)

FORMA EN QUE SE ENTERARON DE NOSOTROS (29 RESPUESTAS)

PACIENTES REFERIDOS POR UN MEDICO	6 PACIENTES ( 20.6%)
ENTERADOS POR FAMILIAR, VECINO, ETC	23 PACIENTES (79.3%)

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS ( 8 RESPUESTAS)

FELICIDADES ( 4 PACIENTES)

QUE HAYA MAS ESPECIALISTAS ( 1 )



NO BAJEN SU CALIDAD ( 1 )

HORARIO MAS TEMPRANO (1)

QUE HAYA UN MODULO E INFORMACION ( 1 )

LABORATORIO DE IMAGENOLOGIA (F-FMED-LIMAG) RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION

MESES: SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2010 ( TOTAL 32 PAPELETAS)

CALIDAD DE LA ATENCION (32 RESPUESTAS)

	EXCELENTE	BIEN	REGULAR	
MAL				
ATENCION DE LA SECRETARIA	20 (62.5%)	12 (37.5%)	-	-
ATENCION DEL MEDICO	23 ( 71.8%)	9 (28.1%)	-	-
INSTALACIONES	19 (59.3%)	13 (40.6%)	-	-
PUNTUALIDAD DE ENTREGA	20 (62.5%)	11 (34.3%)	-	-

NUMERO DE VECES QUE EL PACIENTE HA ACUDIDO A ESTE LABORATORIO ( 31 RESPUESTAS)

UNA VEZ	11 PACIENTES	(35.4%)
DOS VECES	11 PACIENTES	( 35.4%)
TRES VECES	3 PACIENTES	( 9.6%)
CUATRO O MAS VECES	6 PACIENTES	( 19.3%)

PROVENIENCIA DE LOS PACIENTES ( 22 RESPUESTAS)

DE MERIDA	17 PACIENTES (77.2%)
FORANEOS	5 PACIENTES ( 22.7%)



FORMA EN QUE SE ENTERARON DE NOSOTROS ( 25 RESPUESTAS)

REFERIDOS POR UN DOCTOR	3 PACIENTES (12%)
ENTERADOS POR FAMILIAR, VECINO, ETC.	22 PACIENTES (88%)

---

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS (7 RESPUESTAS)

GRACIAS (2 )

TODO MUY BIEN, BUEN SERVICIO, ETC. (4 )

BARATO (1 )

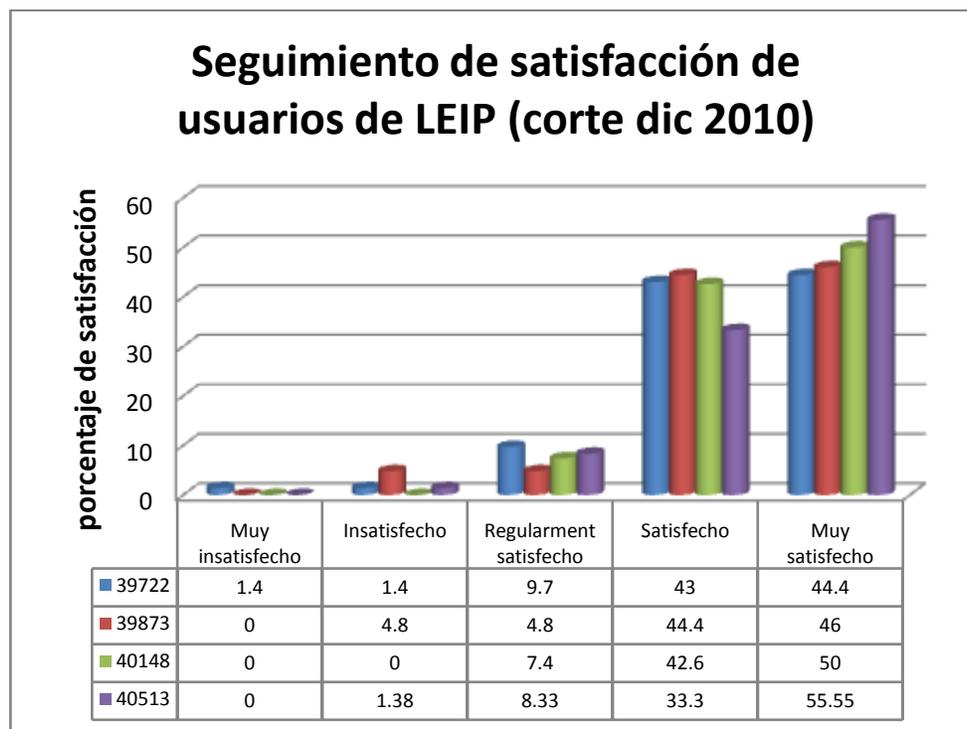


## ANÁLISIS DE SEGUIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LEIP

(de 2008 a 2010)

### ESTRUCTURA

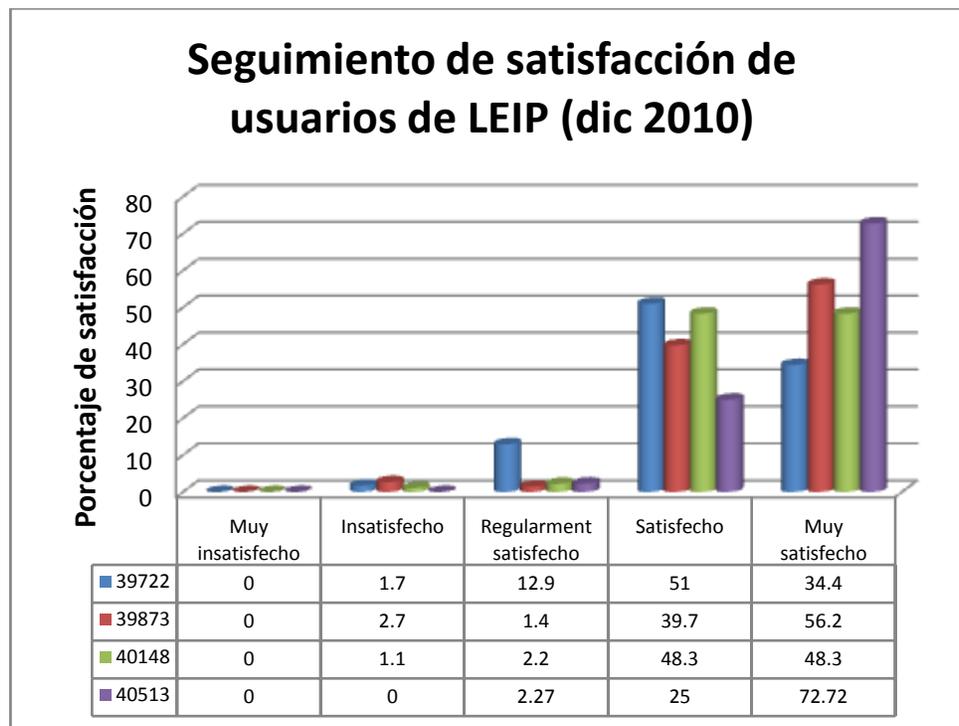
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularment satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
oct-08	1.4	1.4	9.7	43	44.4
mar-09	0	4.8	4.8	44.4	46
dic-09	0	0	7.4	42.6	50
dic-10	0	1.38	8.33	33.3	55.55





## PROCESO

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularment satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
oct-08	0	1.7	12.9	51	34.4
mar-09	0	2.7	1.4	39.7	56.2
dic-09	0	1.1	2.2	48.3	48.3
dic-10	0	0	2.27	25	72.72

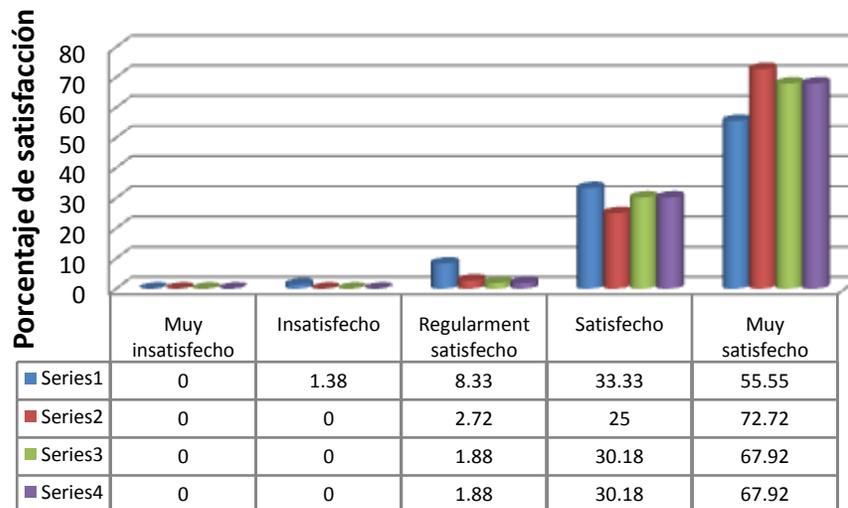




## RESULTADOS

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularment satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
oct-08	0	1.38	8.33	33.33	55.55
mar-09	0	0	2.72	25	72.72
dic-09	0	0	1.88	30.18	67.92
dic-10	0	0	1.88	30.18	67.92

### SEGUIMIENTO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE LEIP (dic 2010)





Universidad Autónoma de Yucatán  
Facultad de Medicina

Porcentaje de satisfacción del usuario

**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
Estructura	0%	8.92%	16.07%	25%	33.92%	41.07%
Proceso	0%	0%	0%	0%	22.22%	77.77%
Resultados	0%	0%	0%	0%	32.65%	67.34%

**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 100% de la población del 11 al 14 de mayo de 2010



Universidad Autónoma de Yucatán  
Facultad de Medicina

Porcentaje de satisfacción del usuario

**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
Estructura	1.92%	5.76%	3.84%	<b>11.53%</b>	36.53%	51.92%
Proceso	0	0%	0	<b>0%</b>	0%	100%
Resultados	0	0%	0%	<b>0%</b>	18.68%	81.31%

Análisis de datos

Acciones de corrección:

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

Encuestas aplicadas al 100% de la población al 8 de diciembre de 2011



## 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		3%	11%	14%	36%	50%
Proceso		2%	7%	9%	31%	60%
Resultados			3%	3%	24%	73%

Después de analizar los datos obtenidos en la encuesta de satisfacción de usuarios, se puede observar en el cuadro anterior que no se requiere realizar acciones correctivas en ninguno de los aspectos evaluados (estructura, proceso y resultados).



Universidad Autónoma de Yucatán  
Facultad de Medicina  
ENERO 2011 N: 35 (de 69) de 3ER AÑO

Porcentaje de satisfacción del usuario

**Laboratorio de Cirugía Experimental y técnica Quirúrgica**

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho o A	Insatisfecho o B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho o D	Muy Satisfecho F
Estructura	0	0	0	0	11	24
Proceso	0		0	0	15	20
Resultados	0	0	0	0	10	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 genero ninguna acción correctiva



**EVALUACION DE LA ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCION  
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
Junio-Diciembre 2010 (6ta. Evaluación)**

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Mal A	Mal B	A+B	Bien C	Muy Bien D
Estructura	%	%		%	%
Proceso					
Resultado					
Atención de la secretaria	0	0	0	30	70
Servicio del Químico	0	0	0	32	68
Instalaciones	0	0	0	50	50
Puntualidad entrega	0	0	0	43	57
Total				39	61

**Observaciones:**

- Los resultados obtenidos de la encuesta de satisfacción de 102 usuarios, al analizar la columna A+B encontramos que fueron de 0%, por lo tanto no se genera ninguna acción correctiva.
- Al comparar los resultados con la 5ta evaluación, observamos un incremento del 12% en la satisfacción total del usuario.
- Se observó un incremento del 20% en solicitudes realizadas por médicos particulares. Un 15% de los usuarios sugiere difusión o publicidad de los servicios, felicitan costos económicos, la honestidad (devolución de dinero) y eficiencia servicio. Un 42% ha solicitado los servicios más de dos veces.



**UADY**  
FACULTAD DE  
MEDICINA

PREGUNTA	Muy insatisfec	Insatis fecho	Regularment e satisfecho	A +	Acció n a
----------	----------------	---------------	--------------------------	-----	-----------



	ho			B + C	realiz ar
			(%)		
1. Con la existencia y disponibilidad del material necesario para realizar las prácticas programadas	1.5	0.7	3.8	6	No Gene ra corre cción
2. Con la existencia y disponibilidad del equipo e instrumental necesario para realizar las prácticas programadas	1.5	0	7.6	9 . 1	No Gene ra corre cción
3. Con la existencia y disponibilidad del equipo de seguridad para el manejo de material biológico y animales de experimentación	1.5	1.5	6.8	9 . 8	No Gene ra Corre cción
4. Con la existencia de los señalamientos de las áreas restringidas o para casos de contingencias	1.5	1.5	5.3	6 . 3	No Gene ra corre cción



**UADY**  
FACULTAD DE  
MEDICINA

PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	A + B + C	Acción a realizar
----------	------------------	--------------	-------------------------	-----------	-------------------

## PROCESO



	(%)				
1. Con el nivel de conocimientos que ha demostrado tener el maestro	2	2	11	15	No Genera corrección
2. Con las actitudes de respeto, tolerancia y paciencia hacia tu persona	4	4	8	16	No Genera corrección
3. Con la oportunidad y la pertinencia de las explicaciones del maestro	3	2	7	12	No Genera Corrección
4. Con el tono de voz y las palabras que utiliza el maestro para comunicarte las instrucciones	2	7	4	13	No Genera corrección
5. Con la asesoría del maestro durante la realización de la práctica	3	1	8	12	No Genera Corrección
6. Con la claridad de los procedimientos a realizar en las prácticas	2	2	11	15	No Genera Corrección
7. Con la limpieza de los equipos del laboratorio al iniciar la práctica	1	0	2	3	No Genera corrección
8. Con la limpieza de los materiales del laboratorio al inicio de la práctica	1	0	4	5	No Genera corrección
9. Con la existencia de materiales de limpieza	2	2	5	9	No Genera corrección
10. Con el orden y limpieza del lugar	2	2	4	8	No Genera corrección



UADY

FACULTAD DE  
MEDICINA



<b>PREGUNTA</b>	<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Insatisfecho</b>	<b>Regularmente satisfecho (%)</b>	<b>A + B + C</b>	<b>Acción a realizar</b>
1. Con el cumplimiento a tus expectativas de formación	2	2	8	12	No Genera corrección
2. Con el conocimiento adquirido	2	1	10	13	No Genera corrección
3. Con el logro de los	2	1	5	8	No Genera



**UADY**  
FACULTAD DE  
MEDICINA

objetivos de la práctica

corrección



### Encuesta del satisfacción del usuario LMD

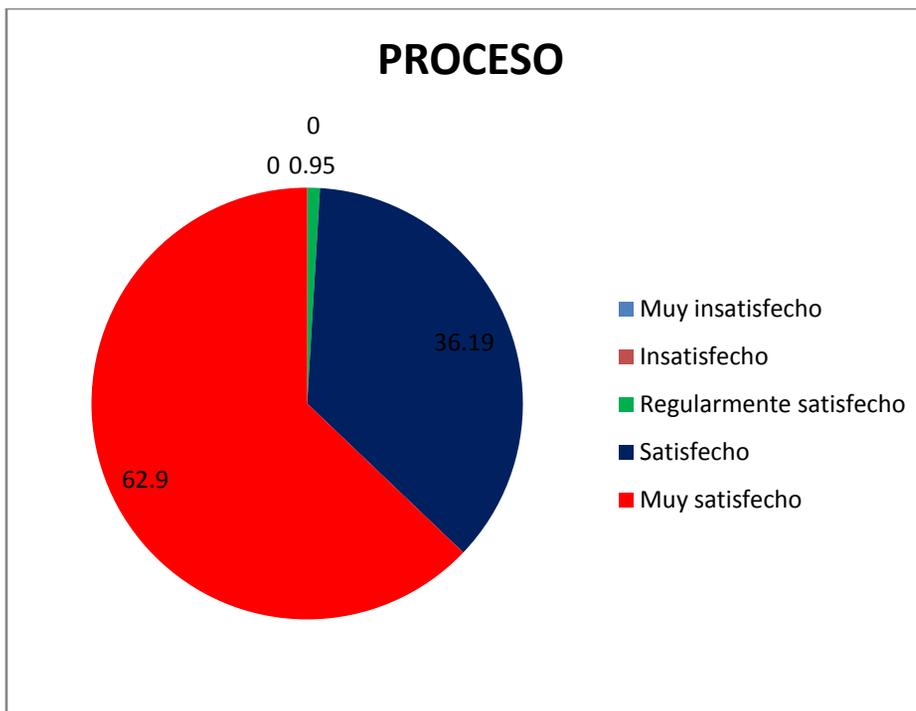
junio 2010

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
0.95	0	3.8	28.57	66.66	99.98



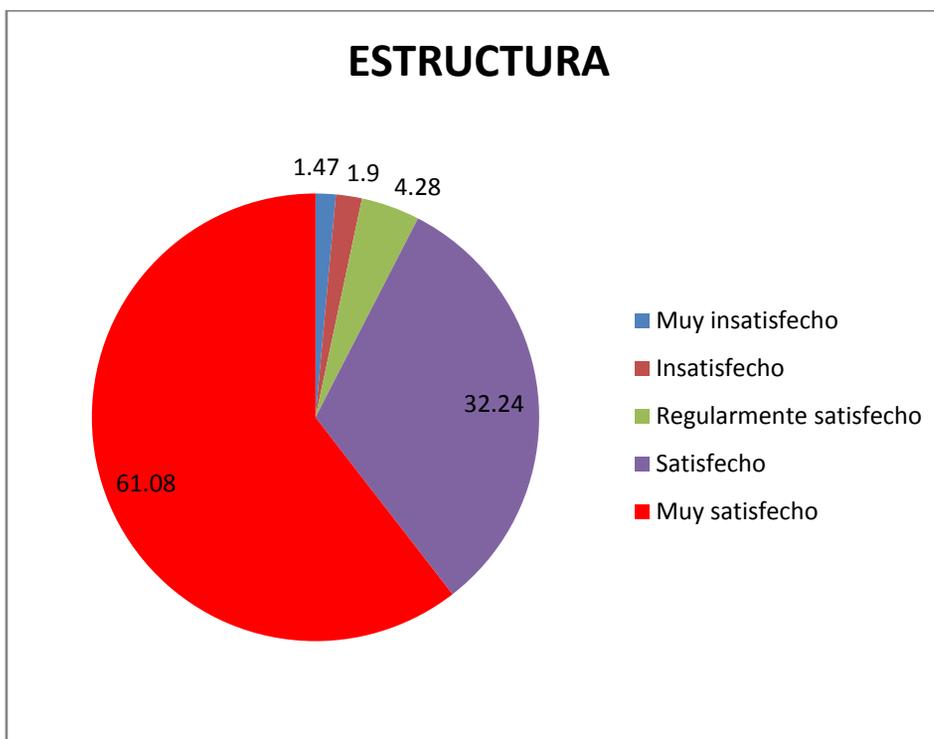


Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
0	0	0.95	36.19	62.9	100.04





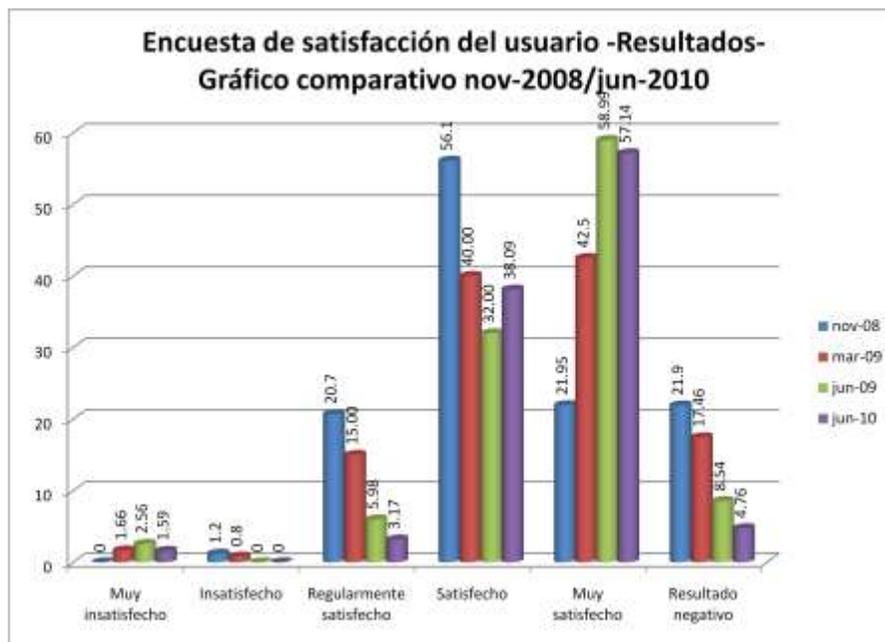
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
1.47	1.9	4.28	32.24	61.08	100.97





	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Resultado negativo
nov-08	0	1.2	20.7	56.1	21.95	21.9
mar-09	1.66	0.8	15.00	40.00	42.5	17.46
jun-09	2.56	0	5.98	32.00	58.99	8.54
jun-10	1.59	0	3.17	38.09	57.14	4.76

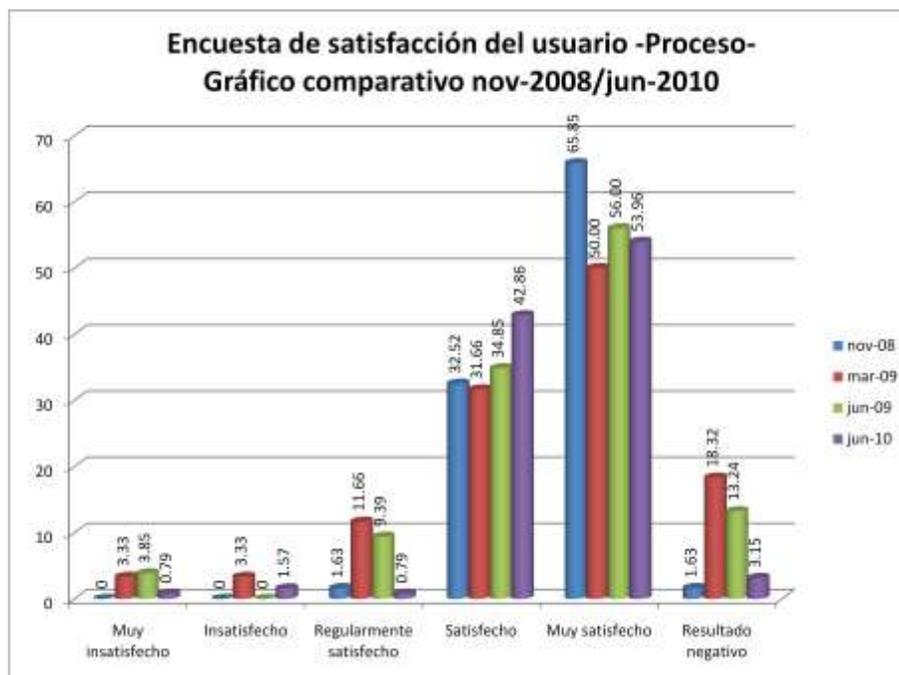
En "resultados" al igual que en el "proceso" se observó una importante disminución del resultado negativo. Este indicador se refiere a la percepción de la calidad del servicio en general, el tiempo del tratamiento y el resultado final obtenido. Se observa disminución de la percepción "muy insatisfecho" y "regularmente satisfecho", incrementándose "satisfecho", con una ligera disminución de "muy satisfecho"





	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

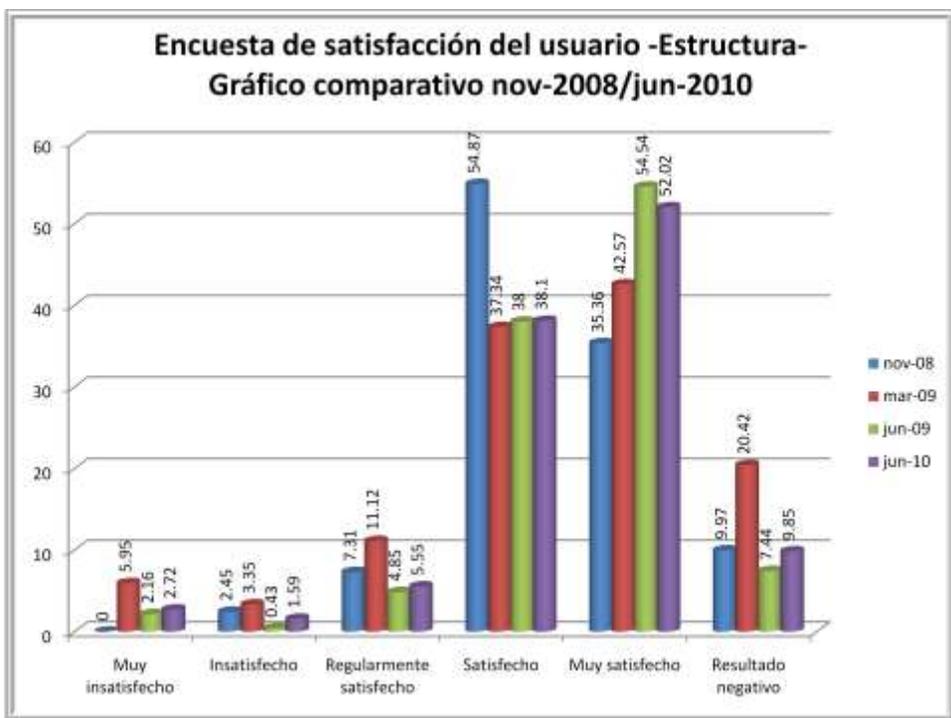
En el "proceso" se observó una importante disminución del resultado negativo, al mejorar la percepción del usuario con relación al trato que recibe del personal, principalmente de estudiantes. Sin embargo podemos observar en la gráfica, que a pesar de haber disminuido la percepción "muy insatisfecho"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





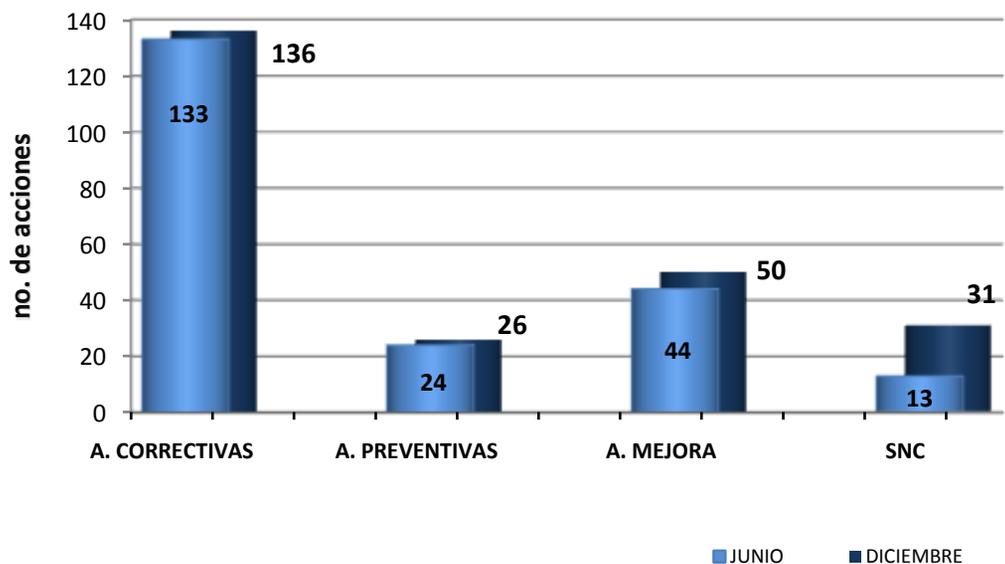
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Resultado negativo
nov-08	0	2.45	7.31	54.87	35.36	9.97
mar-09	5.95	3.35	11.12	37.34	42.57	20.42
jun-09	2.16	0.43	4.85	38	54.54	7.44
jun-10	2.72	1.59	5.55	38.1	52.02	9.85

Al analizar la encuestas se observa que el resultado negativo se incrementó a expensas de "servicio solicitado" (tiempo de espera en la sala y horario del departamento) y "oportunidad en que se proporciona la información solicitada".





### TENDENCIA DE LAS ACCIONES EN LA FACULTAD DE MEDICINA REPORTE 2011



Los datos presentados en la gráfica se refieren a la tendencia de las acciones y contempla todas las acciones documentadas de las diferentes áreas de la Facultad de Medicina, dentro del SGC en el tiempo que lleva ejecutándose. Durante el año 2010 se realizó el recuento de las acciones y los datos se actualizaron en los meses de junio y septiembre.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
FACULTAD DE MEDICINA  
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC)**

**RESUMEN DE ACCIONES  
CORRECTIVAS, PREVENTIVAS, MEJORA y SNC  
Datos actualizados Septiembre 2010**

Laboratorio	ACCIONES CORRECTIVAS			ACCIONES PREVENTIVAS			ACCIONES DE MEJORA			SNC
	T	A	C	T	A	C	T	A	C	
1. LMD	12	1	11	2	1	1	6	3	3	6
2. LAC	16	0	16	2	0	2	8	0	8	2
3. LEIM	23	14	9	2	0	2	2	0	2	6
4. LD	9	0	9	2	1	1	5	4	1	2
5. LIMAG	7	1	6	2	0	2	3	0	3	2
6. LEIP	10	0	10	1	1	0	2	0	2	0
7. LEEN	6	0	6	3	0	3	6	0	6	7
8. LFIS	11	1	10	3	1	2	3	0	3	0
9. UC	20	3	17	4	0	4	8	0	8	3
10. LCETQ	18	1	17	5	2	3	7	2	5	3
11. DSG	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>136</b>	<b>25</b>	<b>111</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>31</b>

Abreviaturas: T = total, C = cerrada, A = abierta.

NOTA: LAS ACCIONES CORRECTIVAS DEL LCETQ CON FOLIO 02, 04 y 08 ESTAN CANCELADAS.



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

**Nuestros tres procesos son:**

**Enseñanza/aprendizaje**

**Provisión de servicios de laboratorio e**

**Investigación.**

Existen avances en los tres procesos, considerándose que el mayor ha sido en el Proceso de Enseñanza/Aprendizaje, seguido del de Provisión de Servicios y el de Investigación. En cuanto al proceso de Investigación, en la presente administración se espera impulsar su consolidación a través de sus Productos académicos con la apertura de nuevas líneas de investigación, proyectos de alto nivel de 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 NOTA:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC)

RESUMEN DE ACCIONES  
 CORRECTIVAS, PREVENTIVAS, MEJORA y SNC  
 Datos actualizados JUN 2010

Laboratorio/ Área	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES PREVENTIVAS	ACCIONES DE MEJORA	SNC
	<b>TOTAL</b>			
1. LMD	12	2	4	0
2. LAC	17	2	8	0
3. LEIM	23	2	2	6
4. LD	9	1	2	0
5. LIMAG	7	2	3	0
6. LEIP	10	1	2	0
7. LEEN	6	2	6	1
8. LFIS	11	3	3	0
9. UC	20	4	8	3
10. LCETQ	18	5	6	3
<b>11. DSG</b>	<b>PENDIENTE POR ENTREGAR</b>			
<b>TOTALES</b>	<b>133</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>13</b>

○



○ **ACCIONES DE SEGUIMIENTO A REVISIONES PREVIAS DE LA DIRECCION de julio a diciembre 010**

**Recomendaciones de la Auditoría contable: Cuatro.**

Estado: Atendidas ( una de ellas no procedente).

**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		
<b>TERCERA AUDITORÍA INTERNA JUNIO 2009</b>		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
LEIP Realizar un monitoreo periódico de la salud de sus usuarios, ya que están en contacto con agentes patógenos.	RESPONSABLE LEIP	PENDIENTE
LMD Analizar los periodos para el mantenimiento de sus equipos y mantener disponibles los registros de cambios en los mismos.	RESPONSABLE LMD	PERMANENTE
<b>Observaciones generales:</b>		



<p><b>SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA EXTRAORDINARIA. OCTUBRE 2009.</b></p> <p><b>RECOMENDACIONES</b></p>		
<p><b>RECOMENDACIONES</b> Evaluar si las características del piso son las adecuadas de acuerdo a las normas oficiales. Se hizo la evaluación. No son las idóneas. Se ha programado su reemplazo en cuanto la rotación de alumnos lo permita.</p>	<p>RESPONSABLE LD</p>	<p>EN PROCESO</p>
<p><b>Observaciones</b> Incorporar una secretaria o ayudante en el área cuando el responsable no se encuentre. En gestión.</p>	<p>RESPONSABLE LEEN ADMINISTRACION</p>	<p>EN PROCESO</p>
<p><b>RETROALIMENTACIÓN DEL USUARIO</b> Presentar la información con un mismo formato de tablas y graficas</p>	<p>TODOS</p>	<p>EN PROCESO</p>
<p>NO SE TIENE INFORMACION DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio de Imagenología</li> <li>- Laboratorio de Cirugía Experimental y</li> </ul>		<p>ATENDIDO</p>



Técnica Quirúrgica		
<b>ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.</b>	TODOS	PERMANENTE
<b>SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ACUERDOS:</b>		
<p><b>CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC</b></p> <p>El seguimiento permanente del programa de RPBI,</p> <p>La ampliación del alcance del Sistema de Calidad de la Facultad (Recursos Humanos, Apoyo Docente, Contabilidad, Control Escolar y Servicios Generales)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar seguimiento permanente de las acciones (AC, AP, AM) derivadas de las auditorias</li> <li>2. Mantener y fortalecer el compromiso del personal.</li> <li>3. En proceso el establecimiento y aplicación de indicadores de desempeño del área de Almacén.</li> </ol>	TODOS	PERMANENTE  ATENDIDO  PERMANENTE





○ **CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC (2011)**

○ 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 2011**

○ 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).



**MINUTAS.**

<b>ORDEN DEL DÍA</b>
1- Objetivos de la reunión
2- Registro y firmas de asistencia
3- Presentación de los cambios al SGC Institucional 4- Seguimiento y actualización del SGC de la Facultad de Medicina
5- Acuerdos
6- Próxima reunión y objetivo.

<b>ACUERDOS</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA</b>
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	JUNIO 2011
Programar la realización de las encuestas de satisfacción de usuarios, presentando sus resultados con base en un mismo formato.	TODOS	PERMANENTE
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



<b>PROXIMA REUNIÓN:</b>	SEXTA AUDITORIA INTERNA FEBRERO 2011
<b>OBJETIVO:</b>	Mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad.

## **VISITAS DE VERIFICACIÓN SERVICIOS DE SALUD**

## **COMUNICACIONES**