



## **Sistema de Gestión de la Calidad**

# **Revisión por la Dirección**

## **PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

**Facultad de Química: Laboratorio de  
Análisis Clínicos y Servicio a la  
comunidad**



## Orden del día

- A. El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;
- B. Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC;
- C. La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;
- D. Los resultados de las auditorías.
- E. El desempeño del Laboratorio de Análisis Clínicos y Servicio a la comunidad:
  - 1. La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas;
  - 2. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;
  - 3. El desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios;
  - 4. Las no conformidades y acciones correctivas;
  - 5. Los resultados del seguimiento y medición;
  - 6. El desempeño de los proveedores externos;
- F. Planes de mejora
  - 1. La adecuación de los recursos;
  - 2. Las oportunidades de mejora.
- G. Acuerdos



## El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas

ACUERDO	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	ESTADO	AVANCES
Gestionar acciones para el mejoramiento de las instalaciones de la Coordinación General de Salud.	Dra. Zulema Osiris Cantillo Ciau. M en C. Amílcar R. Aguilar González	Junio 2021	No efectiva	Cambio de administración
Publicar en la plataforma SharePoint del SGC información general (guía recepción de usuarios en el filtro sanitario LACSC) para su disponibilidad en los mismos.	QFB. Vanessa Villegas Hernández	Abril 2021	Cerrada	Publicado en tiempo.
Establecer un método de capacitación virtual en temas del SGC para el personal administrativo suplente.	MINE. Eder Pinto Pat	Mayo 2021	Cerrada	Se realizó una acción correctiva para atenderlo



## Los cambios en las cuestiones internas y externas

### Oportunidades

- Tecnológico**
- Social**
- Organizacional**
- Competitivo**
- Económico**



### Relacionadas:

**Tecnológico:** Asegurar una mejor calidad de atención, resultados confiables y oportunos.

**Social:** Mantener la seguridad sanitaria de todas las partes interesadas.

**Organizacional:** Continuar con lo establecido en el SGC en el LACSC

**Competitivo:** Agilizar el proceso y facilidad para el usuario para obtener y conservar los resultados.

**Económico:** Garantizar la viabilidad financiera de la DES e Incrementar los recursos propios provenientes de los servicios prestados en el LACSC.

### Amenazas

- Legal**



### Relacionadas:

**Legal:** Incumplimiento de las normativas que tienen un impacto en la salud y el medio ambiente.

[A continuación se presentan los avances:](#)

*\*El documento completo se encuentra en la plataforma de seguimiento SharePoint Online*

**CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO**

Cuestión	Oportunidad	Amenaza	Avance
Legal		Incumplimiento de las normativas que tienen un impacto en la salud y el medio ambiente.	Estar al pendiente de la liberación de los cambios en la norma. Se han anunciado cambios pero aún no se oficializan.
Tecnológico	Asegurar una mejor calidad de atención, resultados confiables y oportunos		En el 2021 el equipo de Uroanálisis Urisis 2400 se reemplazó por el analizador Cobas U 411. Actualmente se está gestionando el reemplazo del analizador Sysmex XS1000i para el área de Hematología.
Competitivo	Agilizar el proceso y facilidad para el usuario para obtener y conservar los resultados		Se realizó la interfaz del área de uroanálisis para el analizador Cobas U411 quedando pendiente la programación de los resultados en línea. Debido a la pandemia el proveedor no ha entregado la ampliación del software dónde se incluye el envío de resultados en línea. De igual manera se solicitó al proveedor la interfase para el área de coagulación.
Económico	Garantizar la viabilidad financiera de la DES e Incrementar los recursos propios provenientes de los servicios prestados en el LACSC		No es posible continuar con el proyecto de costeo unificado de servicios (a nivel central)
Social	Mantener la seguridad sanitaria de todas las partes interesadas.		Implementación de filtros en LACSC
Organizacional	Continuar con lo establecido en el SGC en el LACSC		Capacitación sobre el SGC



# La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades

La identificación de los riesgos del Laboratorio de análisis clínicos se realiza de manera anual con el comité de calidad, con la finalidad de detectar los posibles riesgos que pudieran presentarse y como estos pueden minimizarse.

Para el periodo de 2022 se identificaron 3 riesgos, para cada uno de ellos se realizaron tratamientos los cuales se están implementando durante el año.

A continuación se presenta un resumen de los riesgos identificados y los tratamientos implementados, así mismo, el estatus en el que se encuentra la atención de cada uno de estos.

Función / operación	Percepción del Riesgo	Tratamiento del riesgo	Avance
Recibir la solicitud de análisis	Captura de la orden de trabajo con datos incorrectos.	Verificación de datos del usuario por el recepcionista.	Se revisan los datos a detalle de la identificación del usuario
Toma de muestra	Toma de muestra sin cumplir las condiciones requeridas por omisión del usuario	Validar el llenado de la orden de trabajo. Orden del medico.	Se realiza de manera constante
Conservación y envío de la muestra biológica	Las condiciones de envío de muestras no sean las adecuadas.  Formato incompleto o error en la información.	Verificar las condiciones que establece el laboratorio subrogado para la realización de la prueba.  Asegurar que los documentos estén vigentes y disponibles	Mantener disponibles y actualizados los catálogos de laboratorios subcontratados
Análisis de muestras biológicas	Las muestras no son viables. No se puede validar los resultados. Fallo del equipo.	Utilizar el Instructivo para la toma de muestras.  Verificación del control de calidad interno.  Mantenimiento preventivo y/o correctivo	Se realiza el control interno
Entrega de resultados	Incongruencia en los resultados. No se cuenta con identificación oficial y/o recibo de pago.	Verificación de resultados por parte de cada responsable de área.  Mantener la revisión de los resultados por parte del responsable sanitario.  Verificación de la entrega de resultados con base al procedimiento.	Se realiza el control interno
Recurso Humano	Inasistencia del personal con el perfil requerido.	Capacitar a los Químicos en la expertis en al menos un área de análisis, además de su propia especialización.  Capacitación de personal suplente en el área de recepción e intendencia.	Se cuenta con personal químico que ha sido capacitado para cubrir un área diferente al cual se encuentra asignado.  Se ha capacitado a personal incorporado en el SGC
Cambio tecnológico	Personal sin capacitación al adquirir nuevo equipo	Capacitar al personal cuando se adquiere nuevas tecnologías	Se cuentan con las constancias correspondientes



# Resultados de las auditorías

En 2021 se llevo a cabo la auditoria interna del 22 al 26 de marzo  
Resultados: **cero no conformidades y cinco oportunidades de mejora.**

## Auditoría Interna 2021

ÁREA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<b>Recepción</b>	<input type="checkbox"/> Mencionan que falla constantemente el aire acondicionado del área de recepción. Se reporta, lo verifican, arreglan y a los pocos días vuelve a fallar.
	<input type="checkbox"/> Se encontraron dos formatos de solicitud de materiales o artículos de almacén, uno codificado y otro sin código.
	<input type="checkbox"/> Se encontró el registro Control de estudios subrogados en archivo de Excel sin codificación
<b>Hematología Inmunología y pruebas especiales Bioquímica clínica</b>	<input type="checkbox"/> Se detuvo el programa de capacitación del personal debido a la contingencia sanitaria.
<b>Coordinación de auditorías</b>	<input type="checkbox"/> Se encuentran en la plataforma SharePoint las acciones AC19-FQUI-LAC-01 y AC19-FQUI-LAC-02 ya cerradas y cuentan con las evidencias de cumplimiento de sus acciones correctivas, sin embargo, la fecha de verificación coincidió con la pandemia por lo que no se han podido realizar las verificaciones de su efectividad.





## La auditoría externa se llevo a acabo el 3 y 4 de mayo 2021 Resultados: cero no conformidades y cuatro oportunidades de mejora.

Auditoria Externa 2021	
OPORTUNIDAD DE MEJORA	Acciones para atender la mejora
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mejorar el ambiente de trabajo de la toma de muestra de la Coordinación General de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se cierra de manera temporal el cubículo de la CGS, en este espacio no se tenía el control por parte de la facultad para hacer las mejoras. En la reapertura del modulo Fénix se han considerado la atención de los espacios para mejorar el ambiente de la toma de muestras.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mejorar el plan de auditoría interna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se decidió tener 2 auditorias en el año y se estableció los meses correspondientes en los meses de abril y octubre (programa anual de auditorias 2022).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Revisar la frecuencia de la revisión por la dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se decidió tener 2 revisiones de la Dirección en el año y se estableció los meses correspondientes en los meses de abril y diciembre (calendario de revisiones de la dirección 2022).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Replantear objetivos de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se revisó la viabilidad de mantener los objetivos vigentes sobre todo el considerado servicios no conformes por que la información que se obtiene del control de este es un insumo importante para el monitoreo de las actividades del LACSC. Por otro lado se estudia la factibilidad de cambiar el objetivo de satisfacción del usuario pero aun no se concretan los indicadores a considerar (porcentaje y encuesta de satisfacción)</li> </ul>



# Resultados de las auditorías

**En 2022 se llevo a cabo la auditoria interna del 5 al 8 de abril  
Resultados: cero no conformidades y nueve oportunidades de mejora.**

## Auditoría Interna 2022

ÁREA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Módulo de toma de muestra El Fénix	<input type="checkbox"/> Se encontró que se desfasó la aplicación de la encuesta de satisfacción de acuerdo con el calendario .
Revisión por la Dirección Dirección	<input type="checkbox"/> Se observó que las evidencias de los requisitos las tienen almacenadas diferentes personas, por lo que no se muestran de manera ágil durante la auditoría.
LACSC	<input type="checkbox"/> No se cuenta con evidencia de la capacitación interna 2021 (minutas) de los químicos en un área diferente a la suya.
Coordinación de Auditorías	<input type="checkbox"/> No se cuenta con acciones de mejora documentadas desde 2020.
Revisión por la Dirección	<input type="checkbox"/> El calendario de la Revisión por la Dirección 2022 no se encuentra publicado en el sitio web del SGC de la facultad.



# Resultados de las auditorías

## Auditoría Interna 2022

ÁREA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Representante de la Dirección Dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Se identificó en la columna “análisis del entorno”, del Análisis de contexto interno y externo, que la redacción de las cuestiones del 2022 Legal, Tecnológico, Competitivo, Social, es la misma del 2021, lo que no refleja la situación actual.</li> </ul>
Representante de la Dirección Dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Los archivos 2021 y 2022 de Partes interesadas no tienen fecha de elaboración, por lo que no puede identificarse cuándo se elaboraron y a qué año corresponden.</li> </ul>
Hematología Uroanálisis y Coproanálisis Inmunología y Pruebas Especiales Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Se encontró que el personal del LACSC tiene diferente percepción de la información comunicada sobre los centros de toma de muestra que se encuentran fuera de operación actualmente. Adicionalmente se encontró que el personal menciona que el contexto fue comunicado en una reunión, y otros mencionan que por correo.</li> </ul>
Hematología Uroanálisis y Coproanálisis Inmunología y Pruebas Especiales Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Se encontró problemas de lentitud para el procesamiento de los datos, así como también no se completó la interfase del software Softlab 2.0 con el equipo Satélite del área de hematología y se encontró en el área de hematología un microscopio con luz amarilla que dificulta la lectura adecuada de la muestra.</li> </ul>



**UADY**  
UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"

**Facultad de Química**



# Desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad en el Laboratorio de Análisis Clínicos



**UADY**

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"

**Facultad de Química**



El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

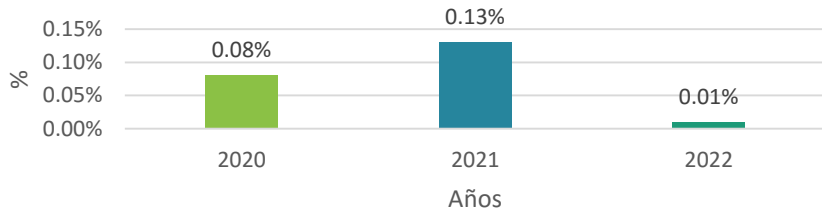
# Objetivo 1 (2020, 2021 y 2022)

**No exceder anualmente del 0.36 % las salidas no conformes en el total de estudios del laboratorio.**



**Objetivo de calidad 1: No exceder anualmente del 0.36% las salidas no conformes en el total de estudios del laboratorio.**

**Tendencia del objetivo de calidad de no exceder anualmente del 0.36% las salidas no conformes en el total de estudios del laboratorio de los años 2020, 2021 y 2022.**

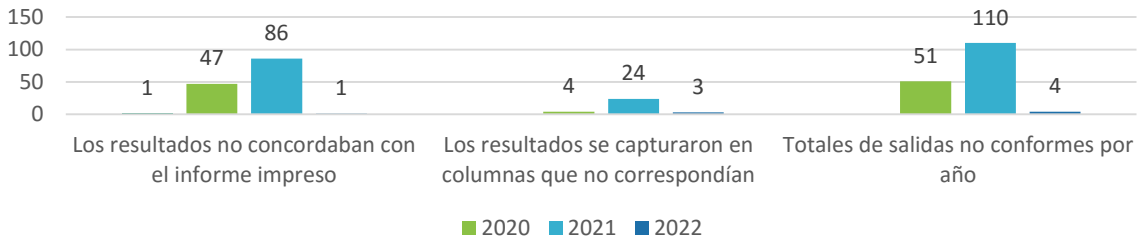


Año	Total de salidas no conformes	Total de pruebas anual	Porcentaje de las salidas no conformes
2020	51	63,663	0.08%
2021	110	85,500	0.13%
2022	4	26,110	0.01%

**El porcentaje de las salidas no conformes en el 2020 fue de 0.08%, en el 2021 fue de 0.13% y para el 2022 (Enero, Febrero y Marzo) hasta el momento es de 0.01% y de esta forma se está cumpliendo el objetivo de calidad de “No exceder anualmente del 0.36% las salidas no conformes en el total de estudios del laboratorio”.**



## Tendencia de los tipos de salidas no conformes 2020, 2021 y 2022



Tipos de salidas no conformes	2020	2021	2022
Los resultados no concordaban con el informe impreso	47	86	1
Los resultados se capturaron en columnas que no correspondían	4	24	3
Totales de salidas no conformes por año	51	110	4

La tendencia observada según los tipos de salidas no conformes del 2020, 2021 y 2022 que tuvo más impacto fueron los resultados que no concordaban con el informe impreso. Pruebas que se capturan de manera manual.



**UADY**

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"

**Facultad de Química**



El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

## **Objetivo 2 (2020, 2021 y 2022)**

**Mantener anualmente el nivel de excelencia de acuerdo a los criterios establecidos por el Programa de Evaluación Externo de Aseguramiento de la Calidad (PACAL), en todas las áreas de laboratorio y análisis clínicos.**

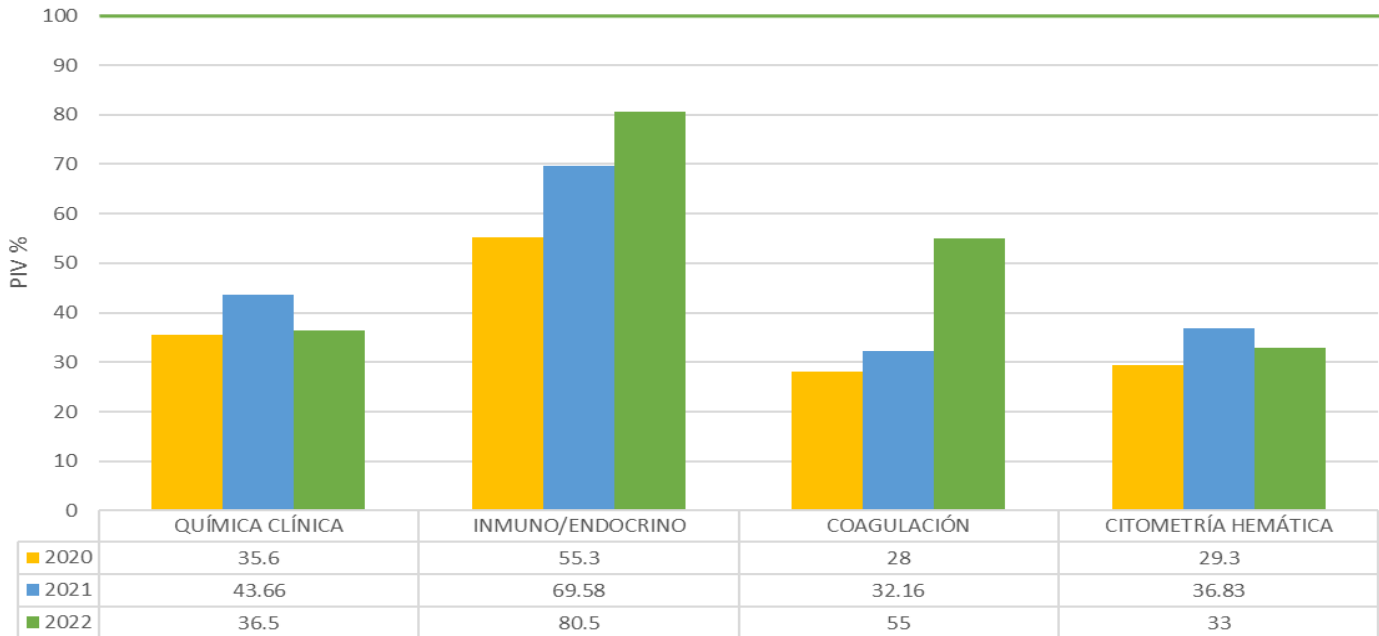


En los años de 2020, 2021 y 2022 hasta el ciclo 2204 (abril 2022) Química Clínica, Inmunología, Coagulación y Citometría Hemática cumplen el objetivo de excelencia respecto a los criterios del PACAL. Se concluye que se ha mantenido el nivel de excelencia de la calidad en todas las áreas de laboratorio clínico, cumpliendo con el objetivo 2 establecido.

Área	CRITERIO
QUÍMICA CLÍNICA	PIV promedio $\leq 100$
INMUNO/ENDOCRINO	PIV promedio $\leq 100$
COAGULACIÓN	PIV promedio $\leq 110$
CITOMETRÍA HEMÁTICA	PIV promedio $\leq 100$
HEMATOLOGÍA (CASOS CLÍNICOS)	PIV promedio $\geq 75\%$
UROANÁLISIS (CASOS CLINICOS)	PIV promedio $\geq 75\%$
UROANÁLISIS	PIV promedio $\geq 75\%$
PARASITOLOGÍA	PIV promedio $\geq 75\%$
BACTERIOLOGÍA	PIV promedio $\geq 75\%$

## EVALUACIÓN DE EXCELENCIA ANUAL

PIV PROMEDIO  $\leq 100$



Criterios para entregar diplomas de EXCELENCIA (EVALUACIÓN ANUAL)

Área

CRITERIO

QUÍMICA CLÍNICA

PIV promedio  $\leq 100$

INMUNO/ENDOCRINO

PIV promedio  $\leq 100$

COAGULACIÓN

PIV promedio  $\leq 110$

CITOMETRÍA HEMÁTICA

PIV promedio  $\leq 100$

HEMATOLOGÍA (CASOS CLÍNICOS)

PIV promedio  $\geq 75\%$

UROANÁLISIS (CASOS CLINICOS)

PIV promedio  $\geq 75\%$

UROANÁLISIS

PIV promedio  $\geq 75\%$

PARASITOLOGÍA

PIV promedio  $\geq 75\%$

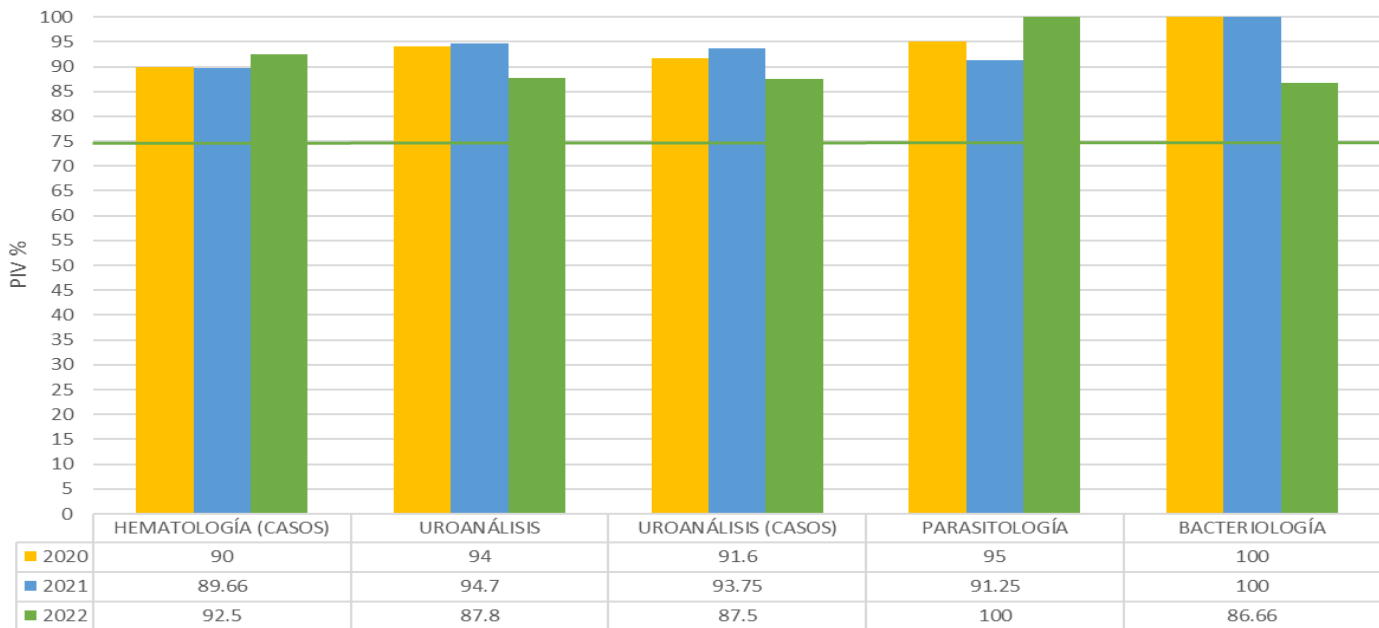
BACTERIOLOGÍA

PIV promedio  $\geq 75\%$

En los años de 2020, 2021 y 2022 hasta el ciclo 2204 (abril 2022) Hematología casos clínicos, Uroanálisis y Uroanálisis casos clínicos, Parasitología y Bacteriología cumplen el objetivo de excelencia respecto a los criterios del PACAL. Se concluye que se ha mantenido el nivel de excelencia de la calidad en todas las áreas de laboratorio clínico, cumpliendo con el objetivo 2 establecido.

EVALUACIÓN DE EXCELENCIA ANUAL

PIV PROMEDIO  $\geq 75$





El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

## **Objetivo 3 (2020, 2021 y 2022)**

**Mantener anualmente la satisfacción del usuario, en pacientes al 95% entre bueno y excelente.**



## La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas

- La satisfacción del usuario se mide mediante la aplicación de una "Encuesta de Satisfacción" que se entrega al finalizar la toma de muestra (sanguínea o microbiológica) de acuerdo a un calendario de aplicación de las mismas.
- En 2020, durante los meses de enero a marzo, se entregaron a todos los pacientes que acudían a realizarse algún estudio con toma de muestra.
- Durante la pandemia, siguiendo las recomendaciones sanitarias, únicamente se aplicaron 10 encuestas bimestrales en los módulos que brindaban servicio (LACSC y módulo de la CGS).
- En marzo de 2022, con el levantamiento de las restricciones sanitarias, se reinicia la aplicación de las encuestas a todo usuario que acuda a realizarse toma de muestra.


### FACULTAD DE QUÍMICA - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE SERVICIO A LA COMUNIDAD

Con el propósito de mejorar nuestros servicios le solicitamos su valioso apoyo para proporcionar la siguiente información:

Modulo: Inalámbrica ( ) Fénix ( ) CGS ( ) Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de usuario: Derechohabiente – UADY ( ) Comunidad ( )

Señale la escala de satisfacción:

Evaluación	Excelente 	Bueno 	Regular 	Malo 	Pésimo 
Claridad de la información proporcionada					
Las instalaciones del área					
Tiempo de atención					
Trato recibido por parte del personal					
Calidad del servicio recibido					

Sus comentarios son importantes

Felicitaciones ( ) Sugerencias ( ) Quejas ( )

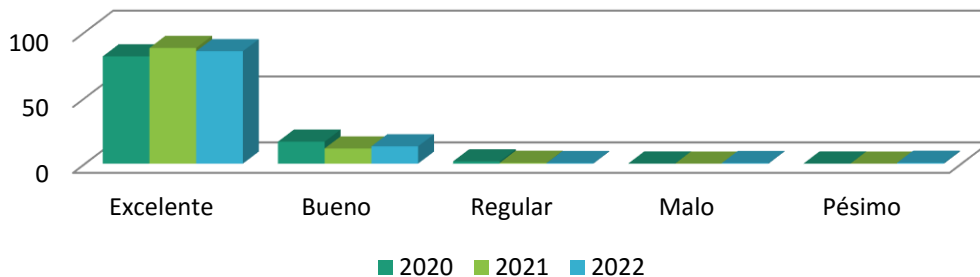
\_\_\_\_\_

Para seguimiento a sus comentarios proporcione su E-mail o número telefónico:

\_\_\_\_\_



**Satisfacción 2022, 2021 y enero- marzo 2022 en módulos Inalámbrica (FQ), Fénix y CGS**



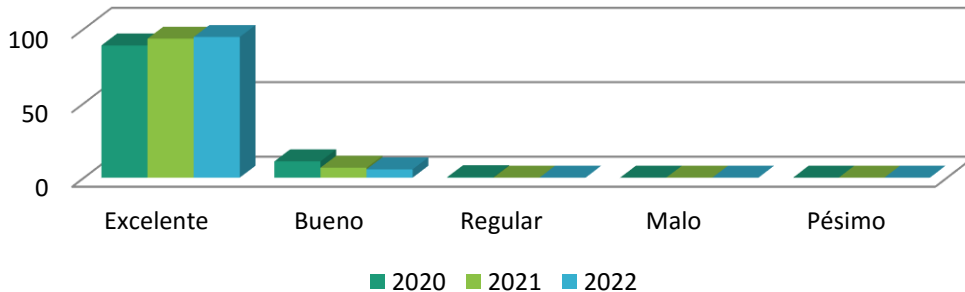
	2020	2021	2022
Excelente	81.41	87.83	85.34
Bueno	16.67	11.50	13.11
Regular	1.73	0.67	0.44
Malo	0.13	0	0.44
Pésimo	0.06	0	0.67
<b>Σ Excelente + Bueno</b>	<b>98.08</b>	<b>100</b>	<b>98.45</b>

A nivel global se cumple con el objetivo de calidad 3, ya que al realizar la suma de las opciones de excelente + bueno se obtiene una satisfacción mayor al 95% en los años evaluados.

Se puede observar que durante el año 2020 se presentó una ligera disminución (1.31%) en la satisfacción con respecto a años anteriores. Se deben considerar diversos factores como la pandemia, las restricciones para mantener la sana distancia y la disminución en el número de encuestas entregadas.



## Satisfacción FQ 2020 - 2022



FQ	2020	2021	2022
Excelente	85.83	97.33	86.30
Bueno	13.05	2.33	13.33
Regular	0.88	0.33	0
Malo	0.24	0	0.37
Pésimo	0	0	0
<b>Σ Excelente + Bueno</b>	<b>98.93</b>	<b>99.66</b>	<b>99.63</b>

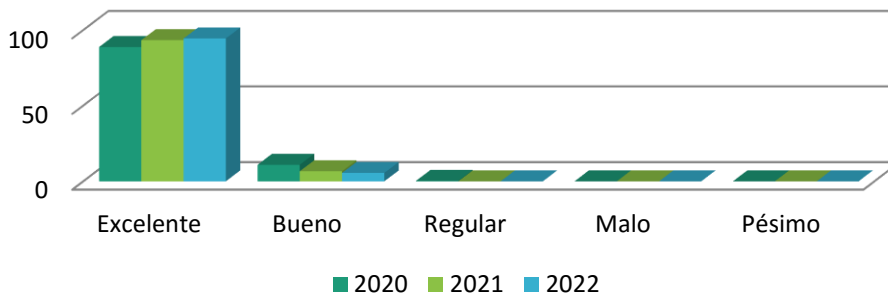
Se puede observar que la satisfacción global en las instalaciones del LACSC (FQ) es superior al 95%, a durante los años evaluados.

Durante 2020 y 2022, un usuario calificó como malo el tiempo de atención en cada año

Se han mandado felicitaciones al personal (más de 20), y se han hecho varias sugerencias, como el envío de resultados vía electrónica y que exista un cubículo y “consultorio” únicamente para personal UADY.



## Satisfacción Fénix 2020 - 2022



Fénix	2020	2021	2022
Excelente	82.20	0	92.30
Bueno	16.60	0	0.00
Regular	1.20	0	3.85
Malo	0	0	0.00
Pésimo	0	0	3.85
Σ Excelente + Bueno	98.80	0	92.30

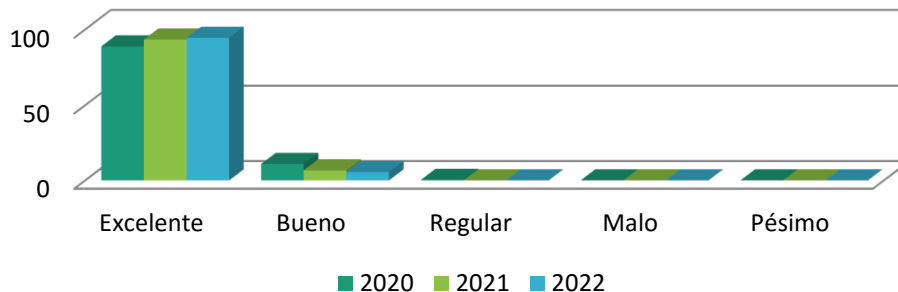
En marzo del 2020, el módulo fue cerrado temporalmente para la atención al público (los datos presentados corresponden al periodo enero – marzo 2020) y así permaneció hasta marzo de 2022.

Durante la pandemia, algunos usuarios mencionaban que esperaban que al terminar la misma, el módulo nuevamente iniciara labores.

Los usuarios han comentado su agrado por la reapertura del módulo, sin embargo han solicitado un cambio en el inmobiliario (motivo de la calificación pésima recibida) y han mandado felicitaciones al personal administrativo y químico.



## Satisfacción CGS 2020 - 2022



CGS	2020	2021	2022
Excelente	70.70	78.33	72
Bueno	24.74	20.67	24
Regular	4.06	1	0
Malo	0.25	0	2
Pésimo	0.25	0	2
<b>Σ Excelente + Bueno</b>	<b>95.44</b>	<b>99</b>	<b>96</b>

Se puede observar que en el módulo de la CGS también se cumple con el objetivo al obtener una satisfacción global superior al 95%.

Durante el 2020, se calificó como malo (1 usuario) y pésimo (1 usuario) el servicio brindado, refiriéndose principalmente a las instalaciones.

Durante el 2021 se observó un aumento en la satisfacción de este módulo (aumento de 7.63%) en el rubro de excelente y las principales recomendaciones iban encaminadas a cuestiones de infraestructura (limpieza y aires acondicionados).

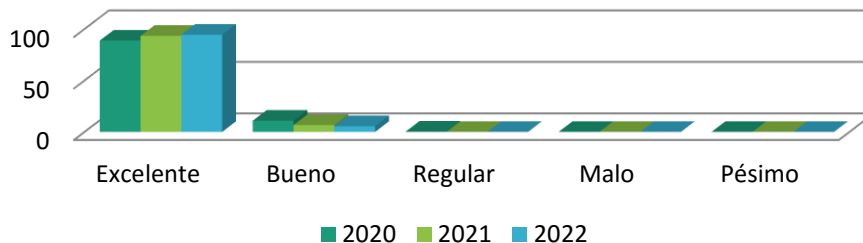
A principios de marzo de 2022 el módulo fue cerrado de manera temporal.

Durante la pandemia se recibieron felicitaciones para el personal químico y se pedía cambios en la infraestructura del cubículo.





## CLARIDAD EN LA INFORMACIÓN 2020 - 2022



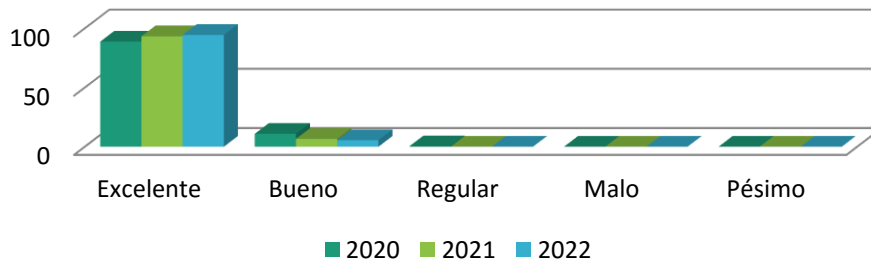
	2020	2021	2022
Excelente	86.54	90	84.44
Bueno	13.14	10	13.33
Regular	0.32	0	1.11
Malo	0	0	0
Pésimo	0	0	1.11

Hace referencia a la información proporcionada tanto por la recepción como por los químicos.

En 2021 se observó un incremento con respecto al año anterior, y en 2022 se observa nuevamente una disminución, ya que se calificó como pésima una información proporcionada en el módulo Fénix (la encuesta no menciona el motivo).



## INSTALACIONES DEL ÁREA 2020 - 2022



	2020	2021	2022
Excelente	65.71	76.67	73.33
Bueno	28.53	20.83	22.22
Regular	5.13	2.5	1.11
Malo	0.32	0	1.11
Pésimo	0.32	0	2.22

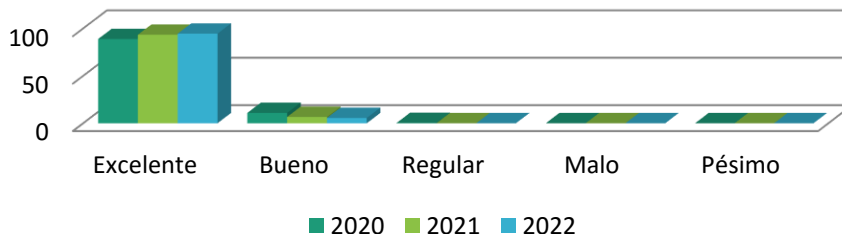
Hace referencia al estado de las instalaciones (infraestructura, limpieza, inmobiliario, etc) en los módulos del Fénix, la CGS y el LACSC ubicado en la Inalámbrica.

Los usuarios mencionan que la limpieza y la infraestructura es un factor importante a considerar durante sus visitas evaluando incluso instalaciones externas a los módulos y LACSC.

En 2021 y 2022, se observa un incremento respecto a años anteriores; en 2020 se calificaron como malas y pésimas las instalaciones de la CGS durante la pandemia. En 2022 se consideraron pésimos el inmobiliario del modulo Fénix.



## TIEMPO DE ATENCIÓN 2020 - 2022



	2020	2021	2022
Excelente	75.32	87.50	81.11
Bueno	22.12	11.67	17.78
Regular	2.24	0.83	0
Malo	0.32	0	1.11
Pésimo	0	0	0

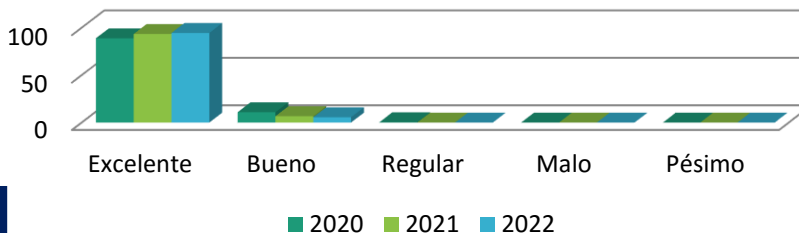
Hace referencia al tiempo en que se brinda el servicio al usuario (recepción y toma de muestra) durante su estancia en los módulos y el LACSC.

En 2020 y 2022 se observó que un usuario calificó como malo el tiempo de atención en el módulo de la Inalámbrica.

Se debe considerar que desde que inició la pandemia se implementaron medidas para evitar aglomeraciones, lo que puede provocar tiempos de atención mayores para el usuario.



## TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL 2020 - 2022

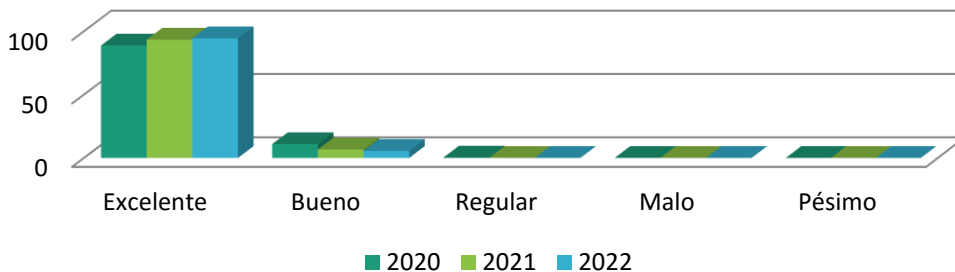


	2020	2021	2022
Excelente	90.71	91.67	93.33
Bueno	8.65	8.33	6.67
Regular	0.64	0	0
Malo	0	0	0
Pésimo	0	0	0

Entre 2020 y 2022, más del 90% de los usuarios mencionan que el trato que recibieron por parte del personal del LACSC fue excelente teniendo una tendencia hacia una mayor satisfacción. En 2022, se ha llegado al 90%, y ningún usuario ha presentado alguna queja (en las encuestas) acerca de haber recibido algún mal trato por parte del personal.



## CALIDAD EN EL SERVICIO RECIBIDO 2020 - 2022



	2020	2021	2022
Excelente	88.78	93.33	94.44
Bueno	10.90	6.67	5.56
Regular	0.32	0	0
Malo	0	0	0
Pésimo	0	0	0

Se puede observar un aumento en la percepción de que se brinda un buen servicio de 5.66% de 2020 a 2022.

Durante 2020 una persona calificó como regular la calidad del servicio (CGS). Generalmente se debe a como califican las instalaciones del edificio.

Se han realizado felicitaciones a los Químicos y al personal de recepción agradeciendo el profesionalismo que tienen al desempeñar sus labores pidiendo que se mantengan los cuidados que se han implementado por pandemia.



# Quejas, sugerencias y felicitaciones

	2020	2021	2022
Quejas	Tiempo de atención	Tiempo de atención	
Sugerencias	Envío de resultados vía electrónica Cambios en la infraestructura del cubículo (CGS)	Envío de resultados vía electrónica Cambios en la infraestructura del cubículo (CGS)	Envío de resultados vía electrónica Cambio en el inmobiliario (Fénix)
Felicitaciones	Felicitaciones al personal químico y de recepción por al atención prestada y profesionalismo	Felicitaciones al personal químico y de recepción por al atención prestada y profesionalismo	Agrado por la reapertura del módulo Fénix Felicitaciones al personal químico y de recepción por al atención prestada

Las quejas se atienden de manera inmediata retroalimentando al usuario y/o vía telefónica mediante información oportuna y las sugerencias mediante el trabajo en conjunto con la alta dirección, independientemente de que no sea a través de las fechas de aplicación (calendario) de la encuesta de satisfacción.

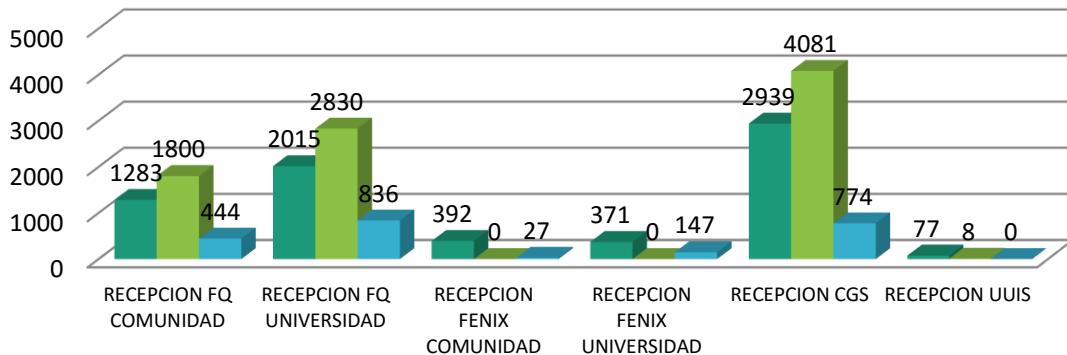


El desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios y los resultados del seguimiento y medición.

- Se presenta el número total de estudios realizados en las áreas analíticas durante los años 2020 y 2021 y el periodo comprendido de enero-marzo de 2022.
- Se ha dividido los datos del área de Inmunología y Pruebas especiales en dos secciones: Inmunología Automatizada (pruebas realizadas con el equipo Cobas e 411) e Inmunología manual (pruebas semiautomáticas o manuales).



**USUARIOS RECEPCIONADOS**



	2020	2021	2022
RECEPCION FQ COMUNIDAD	1283	1800	444
RECEPCION FQ UNIVERSIDAD	2015	2830	836
RECEPCION FENIX COMUNIDAD	392	0	27
RECEPCION FENIX UNIVERSIDAD	371	0	147
RECEPCION CGS	2939	4081	774
RECEPCION UUIS	77	8	0
<b>TOTAL</b>	<b>7,077</b>	<b>8,719</b>	<b>2,228</b>

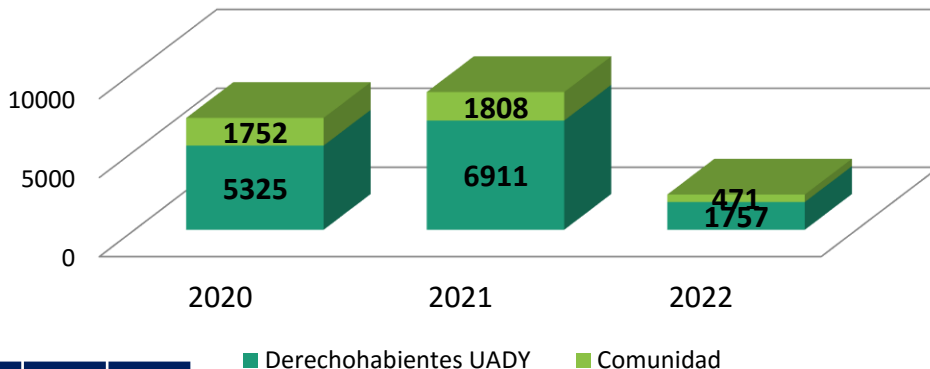
■ 2020 ■ 2021 ■ 2022

Durante 2020 y 2021, como resultado de la pandemia por COVID-19 se observó un descenso en el número de usuarios que acudieron a realizarse análisis; para este año 2022 con la eliminación de restricciones se espera un incremento. En 2021, se atendieron a 8 pacientes provenientes de la UUIS SJT, los cuales acudieron al edificio de la Inalámbrica a realizarse sus análisis. Se consideran de la UUIS debido que fueron autorizados sus descuentos vía este modulo. Con la reapertura del módulo del Fénix se brinda atención a derechohabientes UADY y a público en general.





**TIPO DE USUARIO**

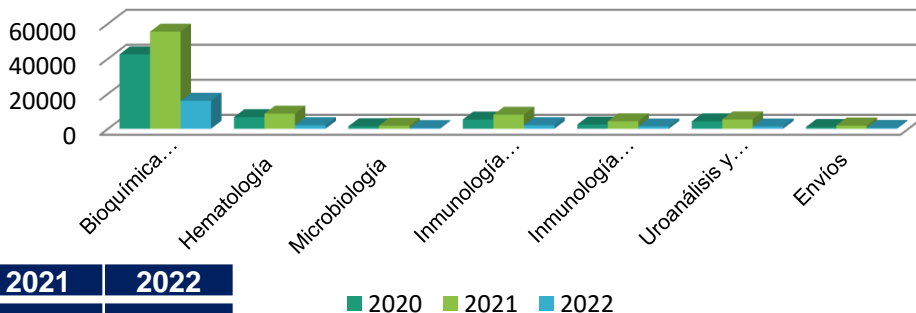


Usuario	2020	2021	2022
Derechohabientes UADY	5325	6911	1757
Comunidad	1752	1808	471
<b>Total</b>	<b>7,077</b>	<b>8,719</b>	<b>2,228</b>

El LACSC atiende principalmente a 2 tipos de usuarios en sus instalaciones: Derechohabientes UADY (FQ , Fénix y CGS) y Comunidad (FQ, Fénix y UUIS). Durante la pandemia, se presentó una disminución de usuarios derechohabientes UADY y usuarios de comunidad, mismos que empiezan a acudir nuevamente al módulo Fénix. Se espera un incremento importante en los usuarios recepcionados debido a la eliminación de las restricciones y de la reapertura del módulo Fénix.



## NUMERO DE PRUEBAS



■ 2020 ■ 2021 ■ 2022

	2020	2021	2022
Bioquímica Clínica	42479	55435	15973
Hematología	6612	8640	2043
Microbiología	1428	1730	393
Inmunología (automatizada)	5283	8003	2027
Inmunología (manual)	2407	4261	1334
Uroanálisis y Coproanálisis	4237	5332	1340
Envíos	1017	1832	472
<b>TOTAL</b>	<b>63,463</b>	<b>85,233</b>	<b>23,110</b>

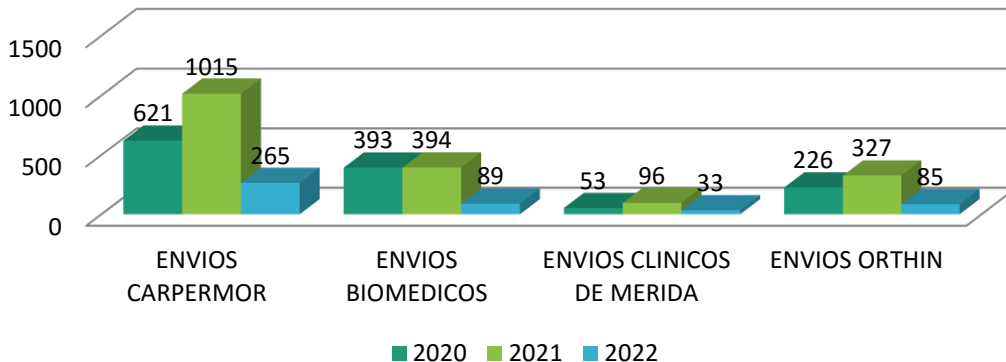
Durante el tiempo de pandemia (2020) el LACSC laboró de manera normal, y atendió a pacientes preoperatorios por COVID-19; durante 2021 se implementó la prueba de Ag para SARS-CoV-2.

De 2020 a 2021 se observó un incremento en todas las pruebas realizadas en las áreas del laboratorio y para el 2022 se espera que la tendencia a la alza se mantenga.

Los datos analizados no mencionan las corridas de control (six sigma, PACAL, CCI).



## ENVIOS A LABORATORIOS DE REFERENCIA



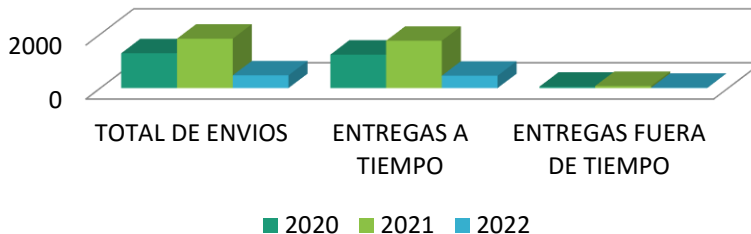
	2020	2021	2022
ENVIOS CARPERMOR	621	1015	265
ENVIOS BIOMEDICOS	393	394	89
ENVIOS CLINICOS DE MERIDA	53	96	33
ENVIOS ORTHIN	226	327	85
<b>TOTALES</b>	<b>1292</b>	<b>1832</b>	<b>472</b>

Durante el año 2020, debido a la pandemia, se pudo observar una disminución en el número de solicitudes de estudios a laboratorios de referencia, mismo que en 2021, se superó llegando a solicitudes cercanas a años prepandemia.

En 2022 se sigue observando una tendencia hacia el incremento de solicitudes de pruebas subrogadas.



## Evaluación a Proveedores



	TOTAL DE ENVIOS	ENTREGAS A TIEMPO	ENTREGAS FUERA DE TIEMPO
2020	1292	1240	52 (4.02%)
2021	1832	1755	77 (4.20%)
2022	472	459	13 (2.75%)

AÑO	ENTREGAS FUERA DE TIEMPO
2020	Carpermor (29) Orthin (18)
2021	Carpermor (52) Orthin (13)
2022	Carpermor (9) Orthin (4)

Si un laboratorio excede más de 10 resultados fuera de tiempo en un mes se toman acciones correctivas.

Las ocasiones en las cuales los laboratorios de referencia han entregado resultados fuera de tiempo se ha debido retrasos con los diligencieros, reprocesamiento o que llegan fuera del horario de recepción de las tomas y se procesan al siguiente día.

Durante la pandemia (2020 y 2021) se presentaron retrasos en la paquetería, y en el caso de carpermor por ser laboratorio de referencia para diagnóstico de SARS-CoV-2.

Durante los años evaluados ningún laboratorio ha excedido la cifra de 10 resultados fuera de tiempo en un mes.



## No conformidades y acciones correctivas.

Folio	Descripción de la no conformidad	Avance/evidencia
AC22-FQUI-01	<p><b>Requerimiento:</b> La norma ISO 9001:2015 establece en su cláusula 6.3 d) Cuando la organización determine la <b>necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad</b>, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada y considerar la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades .</p> <p><b>Incumplimiento:</b> Sin embargo la organización no se aseguró de llevar a cabo de manera planificada y considerar la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.</p> <p><b>Evidencia:</b> Los resultados de los análisis siguen saliendo para firma, con el nombre del responsable sanitario anterior.</p>	<p>Ya se actualizó parte del software para el cambio de la firma del responsable sanitario.</p>



UADY

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"

Facultad de Química



El desempeño de los proveedores externos



CALIFICACIÓN

% FINAL

PROVEEDOR CONFIABLE

90 A 100

PROVEEDOR  
CONDICIONADO

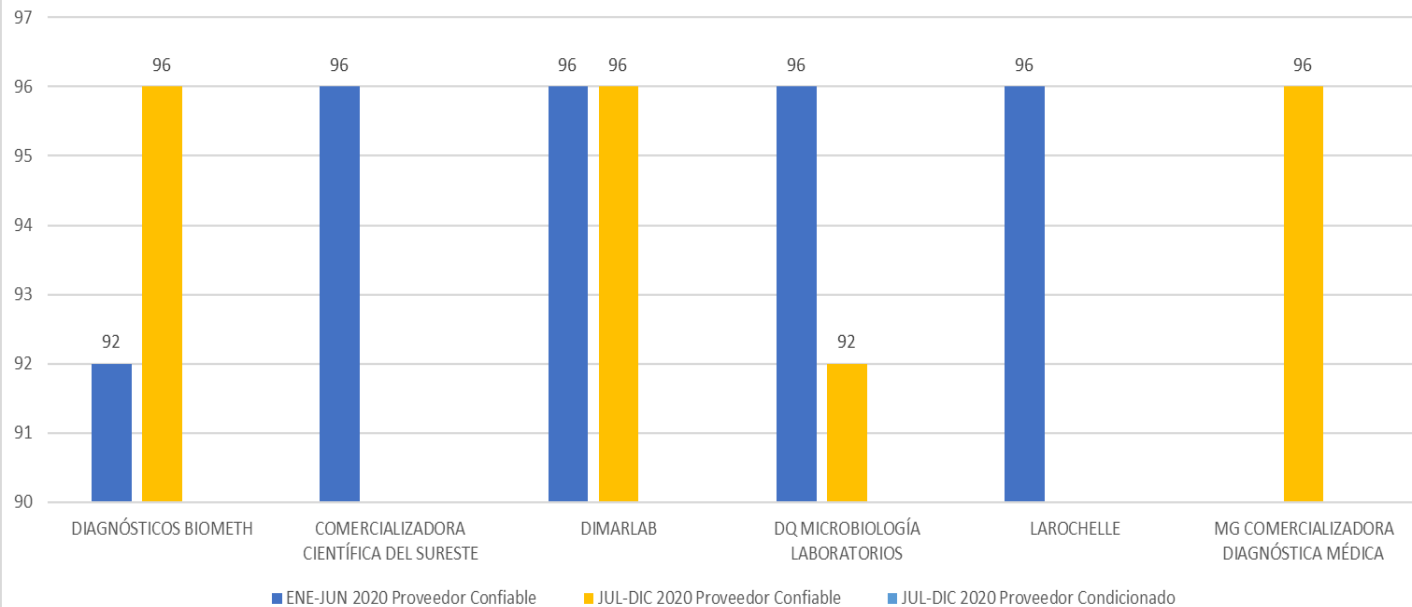
80 A 89

PROVEEDOR NO  
CONFIABLE

MENOS DE 80

Se observa durante el 2020, en relación a la evaluación de proveedores que han obtenido calificaciones entre 92 a 96, colocándolos en el rubro de proveedor confiable. Respecto a la tendencia a través de los años han mejorado su competitividad en precios y cumplimiento en la entrega de materiales y reactivos.

### % FINAL EVALUACIÓN DE PROVEEDORES 2020



CALIFICACIÓN

% FINAL

90 A 100

PROVEEDOR CONFIABLE

80 A 89

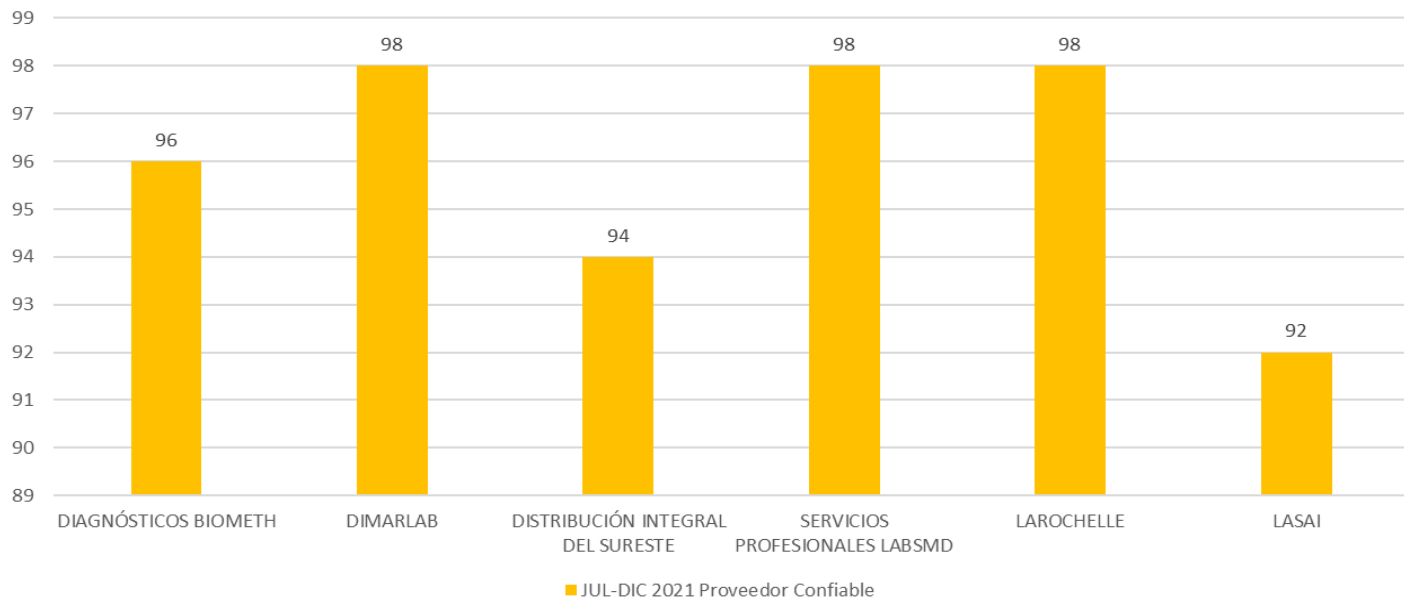
PROVEEDOR  
CONDICIONADO

PROVEEDOR NO  
CONFIABLE

MENOS DE 80

En el periodo julio-diciembre 2021, se observa que los proveedores se mantienen como confiables de acuerdo al porcentaje final de evaluación de proveedores. Respecto a la tendencia a través de los años han mejorado su competitividad en precios y cumplimiento en la entrega de materiales y reactivos.

### % FINAL EVALUACIÓN DE PROVEEDORES 2021 (JULIO-DICIEMBRE)







# PLANES DE MEJORA





## La adecuación de los recursos

Recurso	Descripción	Beneficios esperados	Seguimiento
Personas	Reorganización del periodo vacacional del personal	Distribución justa y empática que permita mejorar el clima organizacional	Alta dirección Coordinación del LACSC
Infraestructura	Se adecua un cubículo de tomas de muestra para PCR covid preoperatorio y antígeno SARS-COV-2	Se cumple con la normatividad aplicable al LACSC Se reduce el riesgo de transmisión de SARS-COV-2	Secretaria administrativa y coordinación del LACSC
Tecnología	Se gestiona la adquisición de un nuevo software clínico para ampliar el servicio de los usuarios	Entrega de resultados vía electrónica Interfazar los equipos para la transmisión de resultados de manera automática	Alta dirección
Conocimiento de la organización	Ampliar la competencia de los químicos en al menos dos áreas de expertis	Disminuir el la posibilidad de no tener personal disponible ante cualquier emergencia	Alta dirección Coordinación del LACSC



# Las oportunidades de mejora

Mejora	Responsable	Beneficios esperados	Recursos necesarios
Implementación de la prueba de Vitamina D	Alta dirección	Disminución en el numero de pruebas subrogadas	Reactivos y calibradores
Crear un sitio virtual para información interna del SGC y del LACSC	Comité de calidad	Mejor acceso a la información	Recurso tecnológicos



# Acuerdos

ACUERDO	RECURSOS	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
Revisar la encuesta de satisfacción y la meta del objetivo de satisfacción	Recurso humano	Comité de calidad	Agosto 2022
Estudio de viabilidad para la implementación de la prueba Vitamina D	Recurso humano	Comité de calidad	Agosto 2022