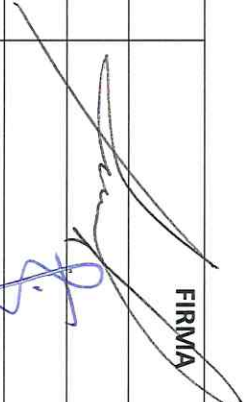




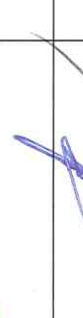








**REPORTE DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Fecha: 25/04/2018

PARTICIPANTES	PUESTO	FIRMA
C.P. Efraín Solano Melgarejo	Director General	
Dra. Ma. Teresa Desatnik Muñoz	Directora Médica	
C.P. Raúl Alberto Milla Ortega	Director de Administración Y Finanzas	
Lic. Blanca Guijosa Rubio	Coordinador de Calidad	
Q.F.B. Irma Cortes Martínez	Jefa de Laboratorio Central	
Lic. Francisca Bernal Lima	Gerente de Desarrollo Organización	
Ing. Israel Jerónimo Roque	Gerente de Sistemas	
Víctor Ruiz Romano	Jefe de Almacén	
Rosa Isela Galindo Moreno	Jefa de Compras	
Dr. Francisco Capelini	Jefe de Laboratorio Y Banco de Sangre Hospital Ángeles Londres	
Dra. Ma. Teresa Garcia	Jefa de Laboratorio Hospital Angeles Santa Mónica	
Dra. Laura Isabel Palma Alaniz	Jefa de Laboratorio Hospital Angeles Roma	

**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 sistema de la gestión de la calidad;
  - c) La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de a calidad, incluidas las tendencias relativas a:
    - 1) La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;
    - 2) El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;
    - 3) El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;
    - 4) las no conformidades y acciones correctivas;
    - 5) los resultados de seguimiento y medición;
    - 6) los resultados de las auditorías;
    - 7) el desempeño de los proveedores externos;
  - d) La adecuación de los recursos;
  - e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;
  - f) Las oportunidades de mejora.
- a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
Como resultado de la revisión por la dirección realizada en diciembre del 2017, al integrarse al puesto la coordinadora de calidad actual, detectó asuntos a los que no se habían dado seguimiento y seguían abiertos al 7 de febrero del presente al asumir dicha posición.	Dar seguimiento a las acciones correctivas derivadas de la no conformidad No. 11 relacionadas con la falta de seguimiento a asuntos de revisiones anteriores.	Coordinación de Calidad	Mayo 4, 2018	Abierta
Esta próxima a terminar la vigencia del certificado ISO 9001:2008 de Laboratorios Biomédicos.	En seguimiento a la minuta de Diciembre de 2017 de la anterior revisión, este punto ya fue actualizado. Al día de hoy			

	resta envío de documentación al IMNC (Manual de la calidad, informe de auditoría y minuta de revisión bajo ISO 9001:2015), para dar curso a la auditoría de transición y recertificación.		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de la gestión de la calidad;**

<b>Asunto</b>	<b>Acuerdos</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha Limite</b>	<b>Status</b>
El cierre de la unidad Plinio no implicó un replanteamiento de las cuestiones externas e internas determinadas dentro del plan estratégico aprobado en diciembre pasado, por el resultado de una cuestión de índole administrativa. Para compensar lo anterior se abrió una nueva unidad de toma de muestra en la unidad Polanco lo cual se espera entre en breve al alcance del sistema.	Los asuntos referidos no implicaron un cambio a las cuestiones externas e internas identificadas del pasado mes de diciembre del 2017, ni la modificación de riesgos y oportunidades ya determinados. Se seguirá dando seguimiento a las mismas semestralmente para la próxima revisión por la dirección.	Alta Dirección	Octubre 2018	No aplica
Baja en ingresos para unidad Plinio, y al mismo tiempo se disminuyen gastos por tal razón no existió afectación al resultado operativo EBITDA. El riesgo de mercado identificado pérdida de pacientes, Fue lo que nos permitió crear estrategias de mercado, para capitalizarlas en las unidades actuales. Se pudo lograr la reubicación del personal en otras sucursales donde había vacantes.				

<p>Clientes de unidad Plinio mantienen su fidelidad, al seguir haciendo sus estudios en la nueva unidad de toma de muestra de Polanco. Se presenta renuncia de la anterior coordinadora de calidad cuya posición ya fue reasignada.</p>				
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

**c) La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de a calidad, incluidas las tendencias relativas a:**

**NOTA:** Para propósitos de cumplir con las condiciones de la transición así como por la renuncia de la anterior coordinadora de calidad y la revisión de todo los indicadores del sistema de gestión de la calidad y sus metas, se tomó por acuerdo con la dirección el punto del inicio del seguimiento y medición de enero a marzo de 2018, aunque se mantiene soporte del seguimiento y medición realizados en 2017.



**1.-La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.**

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
De las encuestas aplicadas se obtuvieron los siguientes resultados de cumplimiento (Enero a Marzo 2018):  Encuesta pacientes: 85.68% Encuesta a clientes de referencia: 78.79% Encuesta a Médico solicitante de análisis clínicos: 85.99% Encuesta a Médico solicitante de hemocomponentes: 90.74% Encuesta a donadores: 95.26 %  No. de quejas recibidas Enero : Ninguna Febrero : 1 Marzo: 3  Promedio general estratificado por sucursal/sitio/laboratorio y banco de sangre.	De los resultados presentados se acuerda reforzar actitud de servicio al cliente, al personal que está en las unidades.  Concientizar a los pacientes de la consulta de sus resultados en línea para disminuir posibles comentarios sobre entrega no oportuna de resultados.  Capacitar al personal para orientar al cliente sobre la facilidad de consultar los resultados en la página web.	Coordinación de Calidad/Dirección de Administración Y Finanzas/Dirección Médica	Junio 25, 2018	En proceso

Seguimiento a partes interesadas	Con respecto a la retroalimentación de partes interesadas, a la fecha no se ha recibido ninguna. Debido a la reciente implementación del requisito 4.2 en el SGC, el monitoreo se seguirá llevando a cabo para contar con los resultados para la revisión de octubre de 2018.	Alta Dirección	Próxima Revisión por la Dirección	Continuo
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-----------------------------------	----------

## 2.- El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad.

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
<p><b>Objetivo 1 lograr la mejora continua del desempeño del SGC</b></p> <p><b>Meta: &gt; 90%</b> <b>Real: 91.55%</b></p> <p>Ante la reciente revisión de objetivos e indicadores, así como sus metas e información limitada en este cuatrimestre para evidenciar mejora, se acuerda realizar la determinación hasta la siguiente revisión por la dirección en Octubre de 2018.</p> <p>Se revisó la planificación del objetivo correspondiente y el % de avance de las acciones planificadas y a la fecha están dentro de programa.</p>	<p>En el período evaluado (Enero-Marzo, 2018), se determinó una eficacia para este objetivo de 1.017, que implica ubicarlo en zona de mejora, a pesar de que algunos indicadores de procesos de realización, se encontraron fuera de la meta. Se acuerda, tomar como referencia el próximo ciclo hasta la revisión del mes de octubre 2018, para sacar conclusiones más sólidas con respecto a las tendencias y así establecer acuerdos o acciones y revisar si es factible elevar la meta definida.</p>	Alta Dirección	Próxima revisión por la Dirección	En proceso

<p><b>Objetivo 2.- Satisfacer los requisitos del cliente en servicios.</b></p> <p>El resultado obtenido hasta abril 30 es de :</p> <p>Meta: &gt;85%</p> <p>Real: 85.39%</p> <p>Se revisó la planificación del objetivo correspondiente y el % de avance de las acciones planificadas y a la fecha está dentro de programa.</p>	<p>En el período evaluado (Enero-Marzo, 2018), se determinó una eficacia para este objetivo de 1.004, que implica ubicarlo en zona de mejora, a pesar de que algunos indicadores de procesos de realización, se encontraron fuera de la meta. Se acuerda, tomar como referencia el próximo ciclo hasta la revisión del mes de octubre para sacar conclusiones más sólidas con respecto a las tendencias y así establecer acuerdos o acciones y revisar si es factible elevar la meta definida.</p> <p>NOTA: Se llevó a cabo como parte de la planeación estratégica, el análisis de Kano para identificar aquellas características de servicio relevantes. Estas se han considerado para futuras capacitaciones al personal en cuanto a calidad en el servicio.</p>	<p>Dirección Médica /Dirección de Finanzas y Administración</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--	--

### 3.- El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Límite	Status
<p><b>Análisis clínicos</b></p> <p>De acuerdo al análisis se encontraron indicadores con resultados fuera de meta.</p> <p>Indicador:</p> <p>1 ) % de no conformidades de proceso Laboratorio Central. YTD: 1.62% Meta: &lt; 1.0%</p>	<p>Se revisaran los resultados de los indicadores referidos dentro de la reunión semanal de la Dirección Médica con jefes de Laboratorio</p>	<p>Director Médico y Jefes de Laboratorio y Banco de sangre</p>	<p>25/05/2018</p>	<p>Pendiente</p>

<p>Unidad Satélite: YTD: 1.62% Meta: &lt; 1.0%</p> <p>Hospital Ángeles Santa Mónica: YTD: 1.62% Meta: &lt; 1.0%</p> <p>Hospital Ángeles Clínica Londres. YTD: 1.62% Meta: &lt; 1.0%</p> <p><b>2) % del desempeño midiendo Six sigma % de cumplimiento &gt;= 4.0 Sigma</b></p> <p><b>Hospital Ángeles Santa Mónica</b> YTD: 88.20% Meta: &gt;90%</p> <p>Hospital Ángeles Clínica Londres. YTD: 88.65% Meta: &gt;90%</p> <p><b>3 ) % de cumplimiento de estudios urgentes para pacientes hospitalizados</b></p> <p><b>Hospital Ángeles Santa Mónica</b> YTD: 94.67% Meta: &gt;95%</p>				
<p>Provisión de hemocomponentes % de hemocomponentes desechados (CE, CP). Meta: &lt;3% Real: 5%</p>	<p>Se levantó una no conformidad en auditoría interna (NC 12), que está sujeta a seguimiento.</p>	<p>Jefe de Laboratorio y Banco de Sangre</p>	<p>Antes de la próxima revisión por la Dirección</p>	<p>En proceso.</p>
<p><b>Directivo:</b> Ideas implementadas y reconocidas de mejora: 2 Real: 1</p>	<p>Al momento de la Revisión se cuenta con una oportunidad de mejora, adoptando el Análisis de Kano (Aumento de factores de delete), en el diseño, arranque y operación de la nueva Sucursal Polanco. Como parte de la mejora se logró: Actitud de servicio del personal</p>	<p>Alta Dirección</p>	<p>Atendida</p>	



	<p>Estación de lavado de manos y preparación de la tomadora de muestra en presencia del paciente para aumentar su confianza.</p> <p>Limpieza y orden en instalaciones Ambientación (TV, revistas).</p> <p>Jugos y agua para los pacientes.</p> <p>Se levantó una no conformidad en la pasada auditoría relacionada con la falta de evidencia de mejora a nivel SGC, la cual está atendiéndose y se espera evaluar resultados para la próxima revisión y posibilidad de fortalecer la identificación de oportunidades de mejora.</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Para el resto de los procesos (apoyo principalmente) el desempeño fue adecuado al cumplir o en algunos casos exceder con las metas establecidas.

4.- Las no conformidades y acciones correctivas

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Límite	Estatus
De las 13 no conformidades derivadas de la auditoría interna se encuentran cerradas 12 y excepto la 12 hasta tener los indicadores dentro de 3 meses.	Dar seguimiento a la acción correctiva pendiente, y asegurar su cierre satisfactorio.	Dirección Médica y Jefe de Laboratorio Y Banco de sangre.	Primera semana de agosto.	Pendiente

<p>No conformidades: Director Médico y Jefes de Laboratorio</p> <p>Se detectó desviación en el indicador de % de no conformidades de proceso para Laboratorio Central, Unidad Satélite, Hospital Ángeles Santa Mónica, Hospital Clínica Londres (ver Tabla).</p>	<p>Ver punto 3.</p>	
<p>De las acciones correctivas levantadas de 2017, Se cuentan con 9 Acciones Correctivas, 5 de ellas son Resultado de Auditoria Interna (3 Cerradas y 2 Abiertas), las otras 3 son Resultado de Auditoria Externa (2 Cerradas 1 Abierta y sin evidencias del área de Desarrollo Organizacional). 1 Desempeño de Objetivos e Indicadores.</p>	<p>Se recomienda cerrar las Acciones correctivas abiertas para recopilar evidencia.</p> <p>Se da seguimiento a las acciones correctivas y al día de hoy han sido atendidas</p>	<p>Atendido</p>

**5.- Los resultados de seguimiento y medición**

**Ver CONCENTRADO DE OBJETIVOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO**

**6.- Los resultados de las auditorías**

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
Se levantaron 13 no conformidades en la auditoría interna 13° realizada del 12 al 14 de marzo del 2018.	Se acuerda que la próxima auditoría sea realizada ya por parte del actual grupo auditor interno, aunque se prevé algún reforzamiento previo a los auditores actuales como a los candidatos a fortalecer el grupo de auditores.	Coordinador de Calidad	Sept. 10-12. 2018	Cerrada
Se recurrió, dada la limitada experiencia en la versión 2015 con auditores externos y se aprovechó para actualizar el procedimiento de auditorías correspondientes así como el registro de competencia de auditores.				

**7.- El desempeño de los proveedores externos**

**NOTA: Ver Tablero de desempeño de proveedores externos.**

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
Se revisaron los indicadores de las evaluaciones con un cumplimiento.	Se acuerda que para en el próximo ciclo previo a la revisión de Octubre, se hayan revisado las metas de algunos	Director General y Dirección de Administración y Finanzas	Antes de la próxima Revisión por la Dirección.	En proceso
1.-Proveedores de insumos y materiales directos: % desempeño de proveedores de insumos y materiales: Meta: 8-10%. Real 9.59%				
2.-Proveedores de servicios:				

<p>% Evaluación del proveedor TI: 94.50% (valor obtenido del Último cuatrimestre del 2017 que se presenta como referencia, más no para propósitos de evaluación del cuatrimestre de enero-abril, 2018)</p> <p>% desempeño de proveedor de servicios externos (mantenimiento de equipo propio): Meta: &gt; 81%. Resultado 100%.</p> <p>% desempeño de proveedores de equipo de comodato: Meta: 90%. 97.58% (REAL ENERO- MARZO, 2018)</p> <table><tr><td>% desempeño de proveedores de equipo de comodato (CENTRAL)</td><td>98.33%</td></tr><tr><td>% desempeño de proveedores de equipo de comodato (LONDRES)</td><td>95.33%</td></tr><tr><td>% desempeño de proveedores de equipo de comodato (STA MONICA)</td><td>96.67%</td></tr><tr><td>% desempeño de proveedores de equipo de comodato (ROMA)</td><td>100%</td></tr></table>		% desempeño de proveedores de equipo de comodato (CENTRAL)	98.33%	% desempeño de proveedores de equipo de comodato (LONDRES)	95.33%	% desempeño de proveedores de equipo de comodato (STA MONICA)	96.67%	% desempeño de proveedores de equipo de comodato (ROMA)	100%	<p>indicadores que no han sido revisadas desde al menos los últimos 5 años, p. ej, desempeño de proveedor de servicios externos).</p> <p>Por otra parte se evalúa la necesidad de simplificar el número de indicadores para este proceso.</p>		
% desempeño de proveedores de equipo de comodato (CENTRAL)	98.33%											
% desempeño de proveedores de equipo de comodato (LONDRES)	95.33%											
% desempeño de proveedores de equipo de comodato (STA MONICA)	96.67%											
% desempeño de proveedores de equipo de comodato (ROMA)	100%											
<p>3.- Proveedores de referencia:</p> <p>% desempeño de laboratorios de referencia: Meta: &gt;90% Real: 90.9%</p>												

d) La adecuación de los recursos

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Estatus
Recursos actuales vs. Recursos requeridos.	Al día de hoy se determina que el nivel recursos (humano, infraestructura, materiales e insumos, etc.) son adecuados. Se han identificado algunos riesgos relacionados con la provisión de materiales e insumos en	Director de Administración y Finanzas		Continuo



	particular de importación aunque la fluctuación del tipo de cambio actual, no ha representado afectación directa. Se mantiene el seguimiento al presupuesto anual, el cual a la fecha no presenta variaciones críticas.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades**

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
Recientemente se llevó a cabo el abordaje de riesgos y oportunidades dando como resultado la emisión de las fichas de proceso en su última revisión en abril 2018.	Consecuentemente debido a la premura en la transición, cambio de los indicadores y pocos resultados de seguimiento y medición se ha determinado que la eficacia se determine así como la reevaluación de los riesgos correspondiente al cierre de próximo ciclo de mejora o revisión por la dirección.	Dueños de procesos	Antes de la próxima Revisión por la Dirección.	

**f) Las oportunidades de mejora**

Asunto	Acuerdos	Responsable	Fecha Limite	Status
Determinación de oportunidad de mejora	Se determinó documentar la mejora realizada en la apertura de la nueva sucursal Polanco para toma de muestras.	Alta Dirección	25- Mayo, 2018	En proceso

Para la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.	Se replantearon objetivos de la calidad e indicadores que se miden actualmente y que sean de acuerdo a las capacidades del SGC.	Coordinadora de Calidad y Áreas Involucradas	Marzo, 2018	CERRADA
Para la retroalimentación del cliente para ofrecer servicios de calidad.	Se realizara el análisis de las quejas mediante análisis de Pareto A si como la aplicación del modelo de Kano para reforzar las características necesarias para impulsar la satisfacción del Cliente.	Coordinadora de Calidad	Junio-2018	CERRADA

## Conclusiones

<b><u>Conveniente :</u></b> (ayuda a lograr que el negocio sea rentable)	Con los resultados financieros obtenidos a la fecha se ha verificado un aumento en los ingresos, en cumplimiento con el objetivo estratégico determinado,
<b><u>Adecuado :</u></b> (que el sistema sea conforme a los requisitos de la organización)	Se ha determinado la oportunidad de poder revisar y simplificar el no. de indicadores de proceso definidos para los procesos y el valor que estos aportan.
<b><u>Eficaz :</u></b> (que cumpla con las metas)	Con los resultados aportados (eficacia del SGC de 1.0109 bajo los criterios establecidos para su determinación), se concluye que el SGC es eficaz en su conjunto.
<b><u>Alineación continúa con la dirección estratégica de la organización:</u></b> ( se cumple con la misión y visión de la Organización).	Mediante el nuevo enfoque de ISO 9001:2015 que ha permitido integrar el SGC a la planeación estratégica del negocio, se concluye que el SGC mantiene la alineación con la dirección y propósito estratégico de Laboratorios Biomédicos.