



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

COLABORACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN
EL CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO",
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA INTERNACIONAL DE CALIDAD
"ISO 9001:2008"

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ROBERTO CABALLERO GUTIÉRREZ

DIRECTORA DEL IPSS: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

REVISORA DEL IPSS: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

REVISORA DEL IPSS: MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

INSTITUCIÓN RECEPTORA: CENTRO COMUNITARIO

"DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL "PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD".

CLAVE: 2010-12/23-104



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



En memoria de mi compañero y amigo

† Genaro

Este trabajo lo dedico a:

Mis padres: *Armando e Isabel*, de quienes he recibido mucho cariño y grandes enseñanzas.

A mis hijos: *Abril, Andrea Karina e Iván*, que son el motor de mi vida.

A mis hermanos: *Lucila, José Alberto, José Armando, Gustavo, Marco Antonio, Miguel Ángel y Verónica*, todos muy buenos hermanos. Asimismo a todos mis sobrinos y cuñadas(os).

A mi esposa: *Paty*, gracias por tu apoyo y comprensión.

Agradecimientos:

A la Dra. Noemí Díaz M., por su valiosa guía en la realización de este trabajo, sus enseñanzas durante mi formación profesional y por la confianza que depositó en mí para colaborar en este importante proyecto, que culminó con la Certificación del Centro Comunitario.

A la Mtra. Karina Torres, por sus asesorías, consejos y trabajo disciplinado.

A la Dra. Mariana Gutiérrez L., por su lectura, observaciones y sugerencias durante la realización de este Informe.

A la Mtra. Verónica Ruiz y Dra. Silvia Morales, por su lectura atenta y comentarios para este trabajo.

A la Facultad de Psicología, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente en esta gran Institución que es la UNAM.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO.....	1
1.1 Servicio Social.....	1
1.1.1 Informe profesional del servicio social (IPSS).....	1
1.2 Objetivo del programa de servicio social para la implantación del SGC en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".....	2
1.3 Institución receptora.....	3
1.3.1 Antecedentes de la institución receptora.....	4
1.3.2 Objetivos de la institución receptora.....	4
1.3.3 Funciones de la institución receptora.....	5
1.3.4 Programas de la institución receptora.....	6
1.4 Actividades realizadas como prestador del servicio social.....	8
1.5 Objetivo del presente informe profesional del servicio social (IPSS).....	10

CAPITULO 2

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	12
2.1 Calidad.....	12
2.1.2 Antecedentes.....	12
2.1.3 Definición.....	13
2.1.4 Calidad en la educación superior.....	14
2.1.5 Competencias profesionales.....	15
2.2 Normalización.....	16
2.2.1 Organización Internacional de Normalización (ISO).....	17
2.2.2 Norma ISO 9001:2008.....	17
2.3 Sistema de gestión de calidad.....	19
2.3.1 Principios de gestión de calidad.....	20
2.4 Recomendaciones para la implantación de un sistema de gestión de calidad.....	22
2.4.1 Diagnóstico de la organización.....	23
2.4.2 Talleres de formación y reuniones de trabajo para la implantación.....	23
a) Comité de calidad.....	24
b) Representante de calidad.....	24
2.4.3 Política de calidad.....	25
2.4.4 Objetivos de calidad.....	25
2.4.5 Indicadores de calidad.....	26

2.4.6	Requisitos del cliente.....	26
2.4.7	Procedimientos.....	26
2.4.8	Procesos.....	27
	a) Tipos de procesos.....	27
2.5.	Documentación del sistema de gestión de calidad.....	28
2.5.1	Manual de calidad.....	28
2.5.2	Manual de organización.....	28
2.5.3	Manual de procedimientos.....	29
2.5.4	Plan de calidad.....	29
2.5.5	Planeación estratégica.....	30
2.5.6	Planeación operativa.....	31
2.5.7	Formatos.....	31
2.5.8	Registros.....	32
2.5.9	Otros documentos del sistema de gestión de calidad.....	32
	a) Plan de estudios 2008 de la Licenciatura en Psicología.....	32
	b) Código ético del psicólogo.....	35
	c) Plan de Desarrollo Institucional 2009-2013, Facultad de Psicología.....	36
2.6	Auditorías del sistema de gestión de calidad.....	38
2.6.1	El auditor.....	39
2.7	Revisión por la dirección.....	40
2.8	Acciones correctivas.....	40
2.9	Acciones preventivas.....	41
2.10	Auditorías externas para la certificación.....	41
2.10.1	Pre-auditoría.....	41
2.10.2	Auditoría de Etapa 1.....	42
	a) El fin de la auditoría Etapa 1.....	42
2.10.3	Auditoría de Etapa 2.....	43
2.11	Beneficios de la certificación.....	43

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"..... 44

3.1	FASE 1. Planificación del sistema de gestión de calidad (SGC).....	46
3.1.1	Conformación de equipos de trabajo.....	46
3.1.2	Cronograma de implantación del sistema de gestión de calidad.....	46
3.1.3	Diagnóstico del Centro Comunitario.....	47
3.1.4	Talleres de formación y reuniones de trabajo para la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario.....	48
3.1.5	Elaboración de política de calidad, objetivos de calidad, alcance del	

sistema e indicadores de calidad del Centro Comunitario.....	49
a) Política del Centro Comunitario.....	50
b) Objetivos de calidad del Centro Comunitario.....	50
c) Alcance del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario.....	51
d) Indicadores de calidad del Centro Comunitario.....	51
3.1.6 Requisitos de estudiantes y usuarios del servicio psicológico del Centro Comunitario.....	52
a) Requisitos solicitados por el estudiante.....	52
b) Requisitos solicitados por el usuario del servicio.....	52
3.1.7 Procedimientos del Centro Comunitario.....	52
3.1.8 Procesos del Centro Comunitario.....	53
3.2 FASE 2. Elaboración de la documentación e implantación del sistema de gestión de calidad (SGC).....	55
3.2.1 Documentación.....	55
a) Manual de calidad del Centro Comunitario.....	56
b) Manual de organización del Centro Comunitario.....	58
c) Manual de Procedimientos del Centro Comunitario.....	60
d) Procedimientos de calidad del Centro Comunitario.....	62
e) Plan de calidad del Centro Comunitario.....	63
f) Planeación estratégica del Centro Comunitario.....	67
g) Planeación operativa del Centro Comunitario.....	70
h) Prontuario del SGC del Centro Comunitario.....	71
i) Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 del Centro Comunitario.....	72
j) Otros documentos del sistema de gestión de calidad.....	73
- Formatos.....	73
- Registros.....	73
3.2.2 Sensibilización al personal del Centro Comunitario.....	75
3.2.3 Puesta en marcha del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario.....	77
a) Comité de calidad.....	77
b) Representante de la jefatura.....	78
3.3 FASE 3. Verificación y medición de los procesos y productos del SGC del Centro Comunitario.....	79
3.3.1 Auditorías internas del Centro Comunitario.....	79
3.3.2 Auditores.....	80
3.3.3 Primera auditoría interna del Centro Comunitario.....	82
3.3.4 Segunda auditoría interna del Centro Comunitario.....	87
3.3.5 Revisión por la jefatura del Centro Comunitario.....	91

3.4 FASE 4. Acciones correctivas realizadas al sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario.....	93
3.4.1 Acciones correctivas de la primera auditoría interna del Centro Comunitario.....	94
3.4.2 Acciones correctivas de la segunda auditoría interna del Centro Comunitario.....	96
3.4.3 Acciones correctivas realizadas a partir de la Revisión por la jefatura.....	97

CAPÍTULO 4

AUDITORÍAS EXTERNAS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL CENTRO COMUNITARIO (CC).....	99
4.1 Proceso de certificación.....	99
4.1.1 Requisitos que cumplió el Centro Comunitario para iniciar el proceso de Certificación.....	99
4.2 Pre-auditoría externa de Etapa 2.....	101
4.2.1 Conclusiones de la Pre-auditoría externa de Etapa 2.....	104
4.3 Auditoría externa de Etapa 1.....	105
4.3.1 Conclusiones de la auditoría externa de Etapa 1.....	107
4.4 Auditoría externa de Etapa 2.....	109
4.4.1 Conclusiones del informe de auditoría externa de Etapa 2.....	110

CAPÍTULO 5

RESULTADOS OBTENIDOS.....	111
5.1 Tiempo de implantación del sistema de gestión en el Centro Comunitario.....	111
5.2 Documentos del SGC implantado en el Centro Comunitario.....	111
5.3 Registros del sistema de gestión del Centro Comunitario.....	112
5.4 Resultados de las acciones correctivas implementadas en las auditorías internas....	113
5.4.1 Resultados de la primera auditoría interna del Centro Comunitario.....	114
5.4.2 Resultados de la segunda auditoría interna del Centro Comunitario.....	115
5.4.3 Resultados de la revisión de la jefatura del Centro Comunitario.....	116
5.5 Resultados de las acciones correctivas implementadas en auditorías externas....	118
5.5.1 Resultados de la Pre-auditoría externa de Etapa 2.....	118
5.5.2 Resultados de la auditoría externa de Etapa 1.....	119
5.5.3 Resultados de la auditoría externa de Etapa 2.....	120
5.6 Certificación.....	120
Consideraciones finales.....	122
Referencias.....	126
Anexos.....	130

RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), documenta el trabajo realizado como colaborador en la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", el cual fue una iniciativa de las autoridades de la Facultad de Psicología de la UNAM. Igualmente describe los principales documentos que integran este sistema y muestra los resultados obtenidos de las diferentes auditorías realizadas, tanto internas como externas, así como las acciones correctivas propuestas.

El IPSS, es el resultado de más de un año de trabajo realizado en el Centro Comunitario (CC), como prestador de servicio social (SS) para dicha implementación. Plasma las acciones emprendidas por la jefatura del CC para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, además describe la participación del servidor del SS, principalmente en su colaboración como "Representante de Calidad", miembro del "Comité de Calidad" y como "Auditor Líder" en este importante proyecto, lo que sin duda coadyuvó en el logro de los objetivos del Centro.

El SGC permite integrar conceptos de calidad desarrollados para la industria en general y aplicarlos a las actividades que se realizan en el Centro Comunitario, principalmente para la formación práctica de estudiantes de grado y posgrado, atención psicológica, psicoeducativa y de promoción de la salud mental que se ofrece a la comunidad en general.

En la implementación del SGC se identificaron dos procesos críticos: "Entrenamiento y Evaluación del estudiante" e "Intervención Supervisada y egreso del Usuario", para los cuales se desarrollaron instrumentos de medición, con los que se intenta verificar su eficacia.

Este trabajo pretende ser un documento de referencia para facilitar, tanto a profesores como a estudiantes que acuden al Centro Comunitario, el conocimiento del SGC, su enfoque basado en procesos y los documentos derivados de éste, así como hacerles partícipes de que su involucramiento es fundamental para que el CC logre sus objetivos y metas trazadas.

INTRODUCCIÓN

Una de las líneas de acción del Plan de Desarrollo Institucional 2009-2013 de la Facultad de Psicología de la UNAM, es la creación y consolidación de escenarios para la realización de la práctica supervisada de los estudiantes. Por tal motivo, la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", quien depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de esta Facultad, pretende fortalecer la formación práctica de los estudiantes a través de una mejor calidad en la supervisión que se ofrece en los programas de formación que se imparten en este Centro.

Un sistema de gestión de calidad de acuerdo al Instituto Mexicano de Normalización y Certificación IMNC (2008) en sus fundamentos y vocabulario, es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados en relación a los objetivos de calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas, según corresponda. Por lo que el SGC del Centro Comunitario busca proporcionar un marco de referencia para la mejora continua, con objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes (estudiantes o usuarios).

CAPÍTULO 1

JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

1.1 Servicio social

El servicio social es una actividad temporal y obligatoria que permite al estudiante: consolidar la formación académica, llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en las aulas, tomar conciencia de la problemática nacional, en particular de los sectores más desprotegidos del país. Extender a la sociedad los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura, adquirir nuevos conocimientos y habilidades profesionales. (<http://www.dgosever.unam.mx/portaldgose/servicio-social>, consultado el 5 de febrero de 2013).

Es la oportunidad para retribuir a la sociedad los recursos destinados a la educación pública, aprender a actuar con responsabilidad y a trabajar en equipo. Es conocer y tener la oportunidad de incorporarse al mercado de trabajo.

El servicio social Universitario se encuentra regulado por la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional en su capítulo VII. En la UNAM está normado por: el Reglamento General del Servicio Social, el Reglamento General de estudios Técnicos y Profesionales y por el Reglamento General de Exámenes.

1.1.1 Informe profesional del servicio social (IPSS)

El Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), es una modalidad de titulación con la que cuenta la Facultad de Psicología una vez que el estudiante ha cubierto la totalidad de los créditos que exige el plan de estudios de la licenciatura. Tiene la finalidad de documentar las actividades realizadas, reportar los resultados obtenidos y evidenciar las competencias adquiridas como prestador de servicio social durante la realización del mismo. Su principal objetivo es demostrar que a partir de los conocimientos teóricos adquiridos en la trayectoria escolar y el trabajo práctico en el servicio, el prestador ha desarrollado y consolidado habilidades profesionales. (www.psicologia.unam.mx/pagina/es/248/titulacion-de-licenciatura, consultado el 5 de febrero de 2013).

1.2 Objetivo del programa de servicio social para la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

El objetivo del programa de implantación del sistema de gestión de calidad (SGC) en el Centro Comunitario (CC), es mejorar la calidad de los servicios de formación profesional que se prestan a los estudiantes de grado y posgrado, así como la mejora en los servicios que se otorgan a los usuarios de la comunidad.

Las metas a alcanzar del prestador del servicio social son:

1. Colaborar en la elaboración de los diferentes documentos necesarios para la implantación del sistema de gestión de calidad en el CC.
2. Participar activamente en la mejora continua del sistema de gestión de calidad.
3. Colaborar con la jefatura y con el personal del CC, en el logro de los objetivos de calidad propuestos en su sistema de gestión de calidad.

Las actividades propuestas son:

1. Asistir a cursos de introducción al SGC y a la Norma ISO 9001:2008.
2. Asistir a cursos de capacitación en los procesos de auditoría y certificación.
3. Participar como colaborador en la elaboración de los documentos necesarios del SGC.
4. Tomar parte en la capacitación del personal del CC para su comprometida colaboración en el SGC.
5. Participar como auditor líder en el procedimiento de calidad “Auditoría interna”, realizando las auditorías, los planes e informes de auditorías y las correspondientes respuestas a los mismos.
6. Colaborar como Representante de Calidad del CC, sirviendo de enlace entre el personal del CC y la Jefatura, así mismo asegurar que los procesos del sistema de gestión de calidad se establecen y mantienen.
7. Participar como integrante del “Comité de Calidad”, el cual tiene como propósito analizar las fallas detectadas por el personal del CC en los procedimientos de trabajo y proponer las acciones correctivas necesarias para su solución.

Lo que se busca es que el prestador del servicio social adquiera y desarrolle habilidades profesionales necesarias en la implantación de un sistema de gestión de calidad de una organización, en nuestro caso el CC, coadyuvando en la mejora de los servicios que se prestan, tanto de formación de estudiantes como de atención a usuarios.

1.3 Institución receptora

De acuerdo a su Manual Institucional (2010), el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, quien forma parte de la Facultad de Psicología de la UNAM. Su principal objetivo es la formación práctica de estudiantes de grado y posgrado a través de los diferentes programas de profesionalización con los que cuenta y el servicio a la comunidad.

El Centro se encuentra ubicado en la colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán, otorga servicio principalmente a esta comunidad y a otras siete colonias más: Ajusco-Coyoacán, La Candelaria, Gustavo Díaz Ordaz, El Reloj, San Pablo Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo. En conjunto forman la zona conocida como "Los pedregales de Coyoacán", la cual fue conformada por migrantes de otras comunidades de la ciudad y de otros estados, por lo que muchos de sus pobladores tienen orígenes indígenas. Esta área tiene remembranza de la vivencia de los movimientos de colonias populares de los años cincuenta cuando se organizaron para lograr la regularización de los terrenos de sus habitantes y la instalación de servicios públicos. Esta historia de organización popular ha permitido construir un fuerte sentimiento de arraigo hacia la comunidad (Manual Institucional 2010).

De acuerdo a un estudio realizado por el CC en el 2002, con respecto a esta comunidad, se encontró que los ingresos de sus habitantes provienen principalmente del pequeño comercio o de la economía informal y que la mayor parte de sus pobladores comparten la vivienda entre familiares, por lo que en un mismo terreno viven familias extensas.

1.3.1 Antecedentes de la institución receptora

El Manual Institucional (2010), refiere que en el año de 1979 un grupo de profesoras y profesores que realizaban una investigación en la Colonia Ruiz Cortines, encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, fundan el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología. Dos años después, en el mes de mayo de 1981, cambia el nombre a Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles", durante dos décadas no se contó con espacios adecuados para el trabajo terapéutico

Para el año 2002, se finaliza una remodelación en la que se logró una renovación y acondicionamiento de espacios para ofrecer un mejor servicio. En marzo de ese año se reinauguró ya con el nombre de Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

En la actualidad y a más de treinta años de ser fundado, el Centro Comunitario cuenta con ocho cubículos amueblados, una sala de lectura, sala de juntas, salón de usos múltiples, sala de cómputo, dos cámaras de Gesell, dos equipos de circuito cerrado, cocina, sanitarios para personal y para usuarios.

1.3.2 Objetivos de la institución receptora

El Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" tiene dos objetivos principales:

- La profesionalización de los estudiantes de grado y posgrado a través de la integración en algunos de los programas que se imparten:
 - ✓ Formación en la práctica.
 - ✓ Prácticas en escenarios especializados.
 - ✓ Servicio social.
 - ✓ Programa único de especialización.
 - ✓ Residencias de maestría.

- Servicio comunitario:
 - ✓ Desarrollando actividades de promoción de la salud mental e interviniendo en las problemáticas de la comunidad desde diversas áreas de la psicología y con diferentes enfoques.
 - En relación a la promoción de la salud mental, se realizan distintas actividades como talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y cine-debates.
 - Respecto a la intervención, se ofrece atención psicológica a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores a través de diferentes modalidades de terapia: individual, de pareja, familiar y grupal; así como intervención en el área psicoeducativa.

1.3.3 Funciones de la institución receptora

De acuerdo al manual institucional del Centro (2010), el CC estableció los siguientes cometidos:

Misión

Brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial.

Visión

Lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

Valores

El Centro asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y de atención a la comunidad, bajo un criterio rector que garantice en todo momento el bienestar de aquellos que requieran de sus servicios, por lo que promueve los siguientes valores:

- **RESPECTO:** El Centro Comunitario considera que tanto su personal docente y/o administrativo, así como estudiantes de licenciatura, posgrado y miembros de la comunidad, tienen derecho a diferentes formas de pensamiento, creencias y prácticas, y a no ser juzgados o discriminados por ellas, por lo que brinda un trato con equidad y dignidad.
- **PROFESIONALISMO:** Uno de los principales objetivos del CC, es brindar la más alta calidad en enseñanza a sus estudiantes, lo que al final redundará en una mejor práctica profesional en beneficio de la comunidad.
- **RESPONSABILIDAD:** Los profesionales del CC supervisan de manera constante a estudiantes en formación tanto a nivel licenciatura como de posgrado, otorgando la oportunidad de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en escenarios reales, siempre bajo su supervisión.
- **SENSIBILIDAD:** El CC y su estudiantado buscan conocer y comprender las demandas y necesidades de la comunidad, poniendo énfasis en la equidad y el respeto con el objetivo de coadyuvar en el bienestar individual y social.

1.3.4 Programas de la institución receptora

El Centro Comunitario ofrece programas que brindan a los estudiantes la oportunidad de adquirir y consolidar habilidades profesionales bajo la supervisión de personal académico a su cargo. Estos programas responden a las problemáticas de la comunidad a través de servicios dirigidos a todos los grupos de edad, otorgando atención psicológica, psicoeducativa y promocionando la salud mental entre los miembros de la comunidad.

Psicología escolar

- ✓ Intervención en contextos escolares.

Se elaboran estrategias para la solución de los problemas escolares que enfrenta una escuela primaria de la comunidad, a través de la realización de un diagnóstico de detección de necesidades escolares del centro escolar.

✓ Fomento a la lectura y la escritura.

Promoción de la lectura y la escritura entre niños y adultos a través de talleres que se ofrecen a la comunidad.

✓ Enseñanza inicial de la lectoescritura.

Se apoya a niños preescolares y de primaria que tienen dificultades en la adquisición de la lectoescritura

✓ Alcanzando el éxito en secundaria.

Es un programa tutorial, en el que se apoya a adolescentes de secundaria que tienen problemas de autorregulación del aprendizaje o convivencia.

Promoción de la salud mental

✓ Grupos de reflexión de mujeres.

Se identifica y crea conciencia sobre la desigualdad de género

✓ Habilidades para la vida en adolescentes.

Este programa trabaja con los adolescentes y sus padres en la modalidad grupal, su objetivo es implementar habilidades para la vida en adolescentes estudiantes de educación media, fortalecer factores protectores y disminuir riesgos hacia el consumo de sustancias.

Abordajes terapéuticos

✓ Terapia cognitivo conductual en la depresión y ansiedad.

A través de la terapia cognitivo conductual, se evalúa, identifica e interviene en los distintos tipos de ansiedad y depresión que aquejan a la población.

✓ Terapia narrativa.

Intervención con familias a través de modelos postmodernos con una postura terapéutica más colaborativa hacia el consultante.

✓ Terapia sistémica con perspectiva de género.

Se brinda atención a familias y parejas desde una perspectiva sistémica, relacional y de comunicación con fundamento en la "Teoría de los Sistemas Familiares".

✓ Terapia Gestalt.

Por medio del enfoque Gestalt Humanista se promueve en las personas la integración de sus pensamientos, actitudes y sentimientos para ampliar su percepción y aceptación de "sí mismo".

✓ Terapia infantil.

Con base en el modelo psicodinámico y a través de la terapia de juego, se favorece en el niño la expresión de sentimientos y problemáticas.

✓ Terapia del adolescente.

Con fundamento en el modelo psicodinámico, se analizan con el adolescente las relaciones con sus principales figuras de apego y autoridad.

1.4 Actividades realizadas como prestador del servicio social

Entre las principales actividades y funciones realizadas como prestador del servicio social, dentro del programa de implantación del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario, se describen las siguientes:

- **Participación en talleres de formación al SGC:** En esta primera fase participé en diferentes talleres de entrenamiento y formación en sistemas de gestión de calidad impartidos por el equipo asesor de la Facultad. En dichos talleres se abordaron temas como; principios de la calidad, enfoque en procesos, calidad en la formación práctica de estudiantes, etc. Asimismo se revisó y explicó de forma general la norma internacional para la calidad ISO 9001:2008.
- **Participación en talleres de formación de auditores:** En esta etapa, obtuve entrenamiento como auditor de sistemas de gestión de calidad. Entre las competencias adquiridas se encuentran; conocimientos en los procedimientos de auditoría del sistema de gestión de calidad, habilidad para el análisis de la documentación del SGC, capacidad en la elaboración de reportes que muestren resultados de las revisiones realizadas, etc.

- **Elaboración y corrección de formatos del SGC:** El sistema de gestión de calidad requiere de diversos formatos que dejen evidencia de las actividades realizadas por el personal del Centro. Por tanto, como prestador de servicio social tomé parte en la elaboración y corrección de múltiples formatos que cumplieran con los requerimientos que solicita la norma de calidad.
- **Elaboración y corrección de documentos del SGC:** En colaboración con la Jefatura del Centro Comunitario y del equipo asesor de la Facultad, se planificaron, elaboraron y corrigieron los distintos documentos que requirió el Sistema, entre los que se encuentran; Manual de Calidad, Manual de organización, Manual de procedimientos, Plan de calidad, Planeación operativa, Prontuario, etc. Todas estas actividades se efectuaron durante todo el proceso de implantación del SGC.
- **Integrante del Comité de Calidad del CC:** Al formar parte del comité de calidad, obtuve la responsabilidad de revisar el buen funcionamiento del sistema de gestión de calidad implantado. En este sentido, se llevaron a cabo diversas reuniones con los miembros del Comité y la Jefatura del Centro, en las que se propusieron las acciones correctivas idóneas que permitieran el buen funcionamiento del SGC. Asimismo, se identificaron las áreas de oportunidad para la mejora en los servicios que ofrece el CC, tanto de formación en la práctica como de atención a usuarios.
- **Auditor líder en las revisiones del Sistema:** Como auditor líder, participé en la planeación, elaboración y ejecución de las dos auditorías internas llevadas a cabo en el proceso de revisión del sistema de gestión de calidad implantado en el CC. Elaboré las respuestas a dichas auditorías, en las cuales se destacan las acciones correctivas que se llevaron a cabo para dar solución a las fallas encontradas en estas revisiones.
- **Representante de Calidad:** Dentro del proceso de implantación del sistema de gestión de calidad, la Jefatura del CC me designó como Representante de Calidad. Entre las principales actividades que realicé se encuentran las siguientes:
 - ✓ Colaborador en las inducciones al sistema de gestión de calidad impartidas a supervisores, estudiantes y personal administrativo del Centro Comunitario.
 - ✓ Planeación y elaboración de la base de datos del pre-registro de usuarios que solicitan el servicio al CC.

- ✓ Participación con la Jefatura del CC, en el desarrollo de los instrumentos de evaluación de competencias y de retroalimentación de la supervisión de estudiantes de programas de formación práctica.
- ✓ Seguimiento a las diferentes acciones correctivas emprendidas para la mejora continua del SGC.
- ✓ Dar solución a las fallas reportadas por el personal del CC.
- ✓ En colaboración con la Jefatura del CC, participé en el procedimiento de calidad "Revisión por la jefatura", el cual da seguimiento a los resultados de auditorías, acciones correctivas implementadas, objetivos de calidad, quejas o retroalimentación de los usuarios, fallas reportadas por el personal, etc. Este procedimiento permite identificar la efectividad del sistema de gestión de calidad implantado y emprender las acciones correctivas necesarias para la mejora.

En los siguientes capítulos se describen; el marco teórico de referencia, la metodología aplicada y los resultados obtenidos como colaborador en esta implementación.

1.5 Objetivo del presente informe profesional del servicio social (IPSS)

Para el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) resulta de gran utilidad, toda vez que el mismo buscará garantizar el aprovechamiento eficiente de los recursos (humanos y materiales) con los que se cuenta, al optimizar sus procesos internos y mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen, tanto de formación práctica de estudiantes de grado y posgrado (clientes internos), como en la atención de los usuarios (clientes externos) que solicitan el servicio psicológico. Se buscará que el estudiante adquiera las habilidades profesionales necesarias y quede satisfecho con su formación.

En la implementación del SGC en el Centro Comunitario, se puso mayor énfasis en dos procesos críticos: "Entrenamiento y evaluación del estudiante" e "Intervención supervisada y egreso del usuario". Lo que se pretende es lograr que el estudiante adquiera las competencias básicas necesarias en su formación práctica, con la supervisión constante de un profesional.

Además se planearán acciones óptimas de trabajo que incidan en la mejora continua de los servicios que se ofrecen, lo que redundará en mejor atención y satisfacción del usuario.

Para tal efecto se elaboraron y aplicaron instrumentos de medición: para evaluar competencias y dar retroalimentación al estudiante durante su formación práctica; satisfacción del estudiante, para conocer la satisfacción con su formación; satisfacción del usuario, para conocer la satisfacción con su tratamiento o servicio recibido, así mismo se realizaron las acciones pertinentes para la mejora continua.

El presente IPSS tiene como objetivo principal describir las diferentes fases desarrolladas en la implantación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el Centro. Explica de forma breve la documentación, registros y formatos emanados de dicha implementación (Manual de calidad, Manual de procedimientos, Plan de calidad, etc.). Documenta los resultados obtenidos en las diversas auditorías, tanto internas como externas y las principales acciones correctivas que resultaron de dichas auditorías.

En suma, plasma la experiencia adquirida como "Representante de calidad" y "Auditor líder" en dicha implementación. Así mismo, busca ser un documento de referencia para facilitar, tanto a profesores como a estudiantes que acuden al Centro Comunitario, el conocimiento del SGC, su enfoque basado en procesos y su aplicación a las actividades que se desarrollan en el CC, tanto de formación profesional supervisada como de atención psicológica.

El siguiente capítulo integra el marco teórico de referencia utilizado por el prestador de servicio social para la realización de este informe profesional, en el cual se documenta el trabajo llevado a cabo por el mismo, en la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

CAPÍTULO 2

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

Para el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", la importancia de contar con un sistema de gestión de calidad, radica en el fortalecimiento de la calidad de los servicios que éste ofrece, tanto de formación práctica de estudiantes como de atención psicológica para usuarios beneficiados.

El sistema de gestión de calidad permite al Centro Comunitario encontrar áreas de oportunidad para la mejora continua. El involucramiento de todo su personal facilitará el incremento de una mayor calidad en los procesos y servicios que se prestan.

A continuación se presenta el marco teórico de referencia de los diferentes elementos que intervinieron en el establecimiento del sistema de gestión de calidad en el CC:

2.1 Calidad

2.1.2 Antecedentes

Ishikawa (1986) refiere que el control de calidad moderno o estadístico comenzó en los años treinta con la aplicación industrial del cuadro de control ideado por el Dr. W. A. Shewhart. La segunda guerra mundial fue el catalizador que permitió aplicar este cuadro a diversas industrias de los Estados Unidos, por lo que se produjeron artículos militares en gran cantidad y a bajo costo. Las normas para los tiempos de guerra que se publicaron entonces se denominaron Normas Z-1.

El mismo autor señala que, en 1935 Inglaterra desarrolló el control de la calidad adoptando las Normas Británicas 600, que estaban basadas en el trabajo estadístico de Pearson y las normas Z-1 norteamericanas. Durante los años de guerra también se desarrollaron y formularon otras normas.

La producción de Estados Unidos durante la segunda guerra mundial fue muy satisfactoria en términos cuantitativos, cualitativos y económicos, debido en parte a la introducción del control de calidad y la introducción de la estadística moderna. Se especula que la segunda guerra mundial la ganaron; el control de calidad y la utilización de la estadística moderna.

En diversas industrias del Japón, el comienzo del control de calidad estadístico empezó después del término de la segunda guerra mundial, pero se dieron cuenta que este tipo de control tenía sus limitantes, se crearon especificaciones y reglas pero rara vez las aplicaban, muchos opinaban que la normalización consistía en valerse de reglamentos para atar a la gente, se pensaba que los movimientos de control de calidad resultarían costosos para las empresas por lo que no había interés en la alta y media gerencia (Ishikawa, 1986).

Poco después de haber introducido el control de calidad en el Japón se decidió controlar los factores del proceso que ocasionan los productos defectuosos en lugar de gastar dinero en la inspección. Resolvieron que era indispensable controlar todos los procesos relacionados con el desarrollo, la planificación y el diseño de los productos (Garantía de calidad).

Para poder aplicar desde el comienzo la garantía de calidad en la etapa de desarrollo de un producto nuevo, es necesario que todas las divisiones de la empresa y todos sus empleados se involucren en el control de calidad (op.cit.).

2.1.3 Definición

El diccionario de la Real Academia Española define la calidad como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor" (<http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>, consultado el 11 de febrero 2013).

Senlle y Stoll (1994), señalan que la calidad es un camino no un objetivo en sí, es una manera de hacer las cosas y aseguran que "*La calidad es una nueva forma de vida*".

Juran y Gryna (1995) explican que la calidad es la satisfacción del cliente externo o interno y que las características del producto (servicio) y la falta de deficiencias son los principales determinantes de la satisfacción.

Folgar (1996) parte de una definición completa de "calidad" la cual se compone de la conjunción de los siguientes cuatro axiomas: Aptitud para el uso, cumplimiento de las especificaciones, satisfacción del cliente, grado de calidad.

Vázquez (2004) refiere que una interpretación más moderna y actual de la calidad está determinada por los requisitos, las necesidades y las expectativas que tiene el destinatario del producto o servicio.

En el documento de la Norma ISO 9000:2005 en sus fundamentos y vocabulario, se define la calidad como el *"grado en el que un conjunto de **características inherentes cumple con los requisitos**"* (IMNC, 2008).

2.1.4 Calidad en la educación superior

Buendía (2007) en un análisis que desarrolla de la calidad en la educación superior, indica que el concepto de calidad en la educación superior es una construcción que obedece a un contexto político, económico y social dinámico en el que están inmersos los actores de la educación superior, comenta que no obstante que el concepto de calidad tiene sus orígenes en el área de la industria, muchos de sus elementos han sido llevados al campo de la educación en todos sus niveles. Estas acciones se fundamentan en la necesidad de que las organizaciones sean eficientes y eficaces, al aprovechar sus recursos y orientarlos a incorporar la evaluación como un eje rector de la mejora continua. De la Orden 1992 y Fresan 2000 (citados en Buendía 2007) definen la eficacia y la eficiencia en la educación de la siguiente manera:

- **Eficacia:** como coherencia entre las actividades planteadas por la institución en su conjunto para cumplir sus fines y objetivos.

- **Eficiencia:** como coherencia entre los recursos invertidos, el esfuerzo desplegado, el tiempo empleado y el logro de los objetivos.

Malo y Velázquez (1998), explican que las políticas nacionales se han caracterizado por su empeño para promover una mayor calidad del sistema de educación superior por vía de:

- ✓ Introducir y operar diversos mecanismos de evaluación.
- ✓ Establecer nuevas instituciones públicas, más pequeñas y especializadas que las tradicionales.
- ✓ Generar incentivos y apoyos para el mejoramiento del profesorado de las instituciones públicas.
- ✓ Propiciar las comparaciones de corte internacional.

Indican que los mecanismos nacionales orientados al aseguramiento de la calidad de la educación superior son diversos y que varían en sus propósitos, origen, alcance y procedimientos. Aseguran que el gobierno federal los promueve y que la mayoría se apoyan en incentivos financieros y están dirigidos a las instituciones públicas.

Sobre la evaluación indican que los mecanismos que actualmente se utilizan descansan en la opinión y juicio de expertos, que sólo se evalúa la calidad de los proyectos y de las personas en lo individual, pero no su pertinencia en el quehacer colectivo de las instituciones o del país. Concluyen que *... "los mecanismos de evaluación han contribuido en forma sustancial a la actividad de investigación, aunque la de la docencia aún continúa en discusión"* (Malo y Velázquez, 1998).

2.1.5 Competencias profesionales

Le Boterf, Barzucchetti y Vincent (1993), indican que el objetivo final en un sistema de formación es producir "competencias". Las definen como *"una combinación de conocimientos, capacidades y comportamientos que se pueden utilizar e implementar directamente en un contexto profesional"*. Comentan que las competencias adquiridas deberán de ser susceptibles de influir de manera significativa en los resultados

deseados. Díaz (2010) señala que las competencias se refieren al dominio de una práctica, basado en el desarrollo de alguna o algunas habilidades para el logro de objetivos o resultados, añade que las competencias determinan qué tan efectivamente se desempeñan las habilidades.

2.2 Normalización

Antes de hablar de normalización es importante definir lo que es una norma. Una norma es un *"documento ordenador de una cierta actividad, elaborada voluntariamente y con el consenso de las partes interesadas...es de conocimiento público y en razón de su conveniencia o necesidad de la aplicación extensiva, puede estar aprobada, como tal, por un organismo acreditado al efecto"* (Senlle y Stoll, 1994).

Los autores aseguran que las normas son reglas, patrones o modelos a seguir y tienen la finalidad de definir las características que debe de poseer un producto o servicio.

Señalan que las necesidades de los clientes se transforman en requisitos y estos a su vez en especificaciones técnicas o de uso, las normas de calidad surgen como un complemento a los requisitos para asegurar que éstos se cumplan. (Op.cit.).

Para estos autores hablar de normalización es hablar de mejora continua, simplificación, satisfacción creciente de las demandas y necesidades, reducción de costos, etc., citan la siguiente definición: *"es toda actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, fundamentalmente, en el ámbito de la ciencia, la tecnología y la economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima en un determinado contexto."* (Op.cit.).

Añaden que la normalización entendida como proceso sistemático para la obtención de un fin, requiere la existencia de normas o reglas que se deben seguir o a las que la organización deberá ajustarse, son *"especificaciones técnicas aprobadas por una institución reconocida en actividades de Normalización..."* (Op.cit.).

A nivel internacional existe una organización de normalización, la cual es la encargada de promover el desarrollo de normas internacionales de uso voluntario para la fabricación, comercio y comunicación, la ISO.

2.2.1 Organización Internacional de Normalización (ISO)

La ISO (Organización Internacional de Normalización), es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). Fue fundada en 1947, actualmente cuenta con 162 países miembros, su sede se encuentra en Ginebra, Suiza. (<http://www.iso.org/iso/home>, consultado el 18 de febrero de 2013).

El Instituto Mexicano de Normalización y Certificación (IMNC) es una asociación civil, que cuenta con registro como Organismo Nacional de Normalización (ONN), para elaborar, actualizar, expedir y cancelar Normas Mexicanas. La norma mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008 ha sido elaborada por el IMNC/CTNN 9 "Comité Técnico de Normalización Nacional de Sistemas de Gestión de Calidad y Evaluación de la Conformidad". La tarea de los comités técnicos de ISO es preparar normas internacionales (IMNC, 2008).

2.2.2 Norma ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 es una norma de aplicación voluntaria, *"especifica los requisitos para un sistema de gestión de calidad que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. Se centra en la eficacia del sistema de gestión de la calidad para satisfacer los requisitos del cliente."* (IMNC, 2008).

Esta norma adopta un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia del sistema de gestión de calidad, con la finalidad de aumentar la satisfacción del cliente (estudiante o usuario del servicio) mediante el cumplimiento de sus requerimientos.

La norma ISO 9001:2008 fue preparada por el Comité Técnico ISO/TC 176, Gestión y aseguramiento de la calidad y traducida por un grupo de trabajo en el que participan organismos nacionales de normalización y representantes empresariales de diferentes países de Latinoamérica y Estados Unidos (op.cit.).

Los requisitos de la norma se componen de diez numerales con sus respectivas cláusulas, en donde se describen los requerimientos que deberá cumplir la organización para poder obtener una certificación de calidad. La Tabla A muestra la estructura de la norma ISO 9001:2008 y algunos de los requisitos de cada numeral a los que la organización deberá dar respuesta:

Tabla A. Numerales de la Norma ISO 9001:2008, NMX-CC-9001-INMC-2008 (IMNC, 2008)

ESTRUCTURA GENERAL DE LA NORMA ISO 9001:2008	
1.	Objeto y campo de aplicación: Generalidades y aplicación del sistema de gestión de calidad de la organización, elementos que contiene el sistema, alcance y justificación de exclusiones.
2.	Referencias normativas: Especificación de documentos o normas de referencia.
3.	Términos y definiciones: Glosario de términos y definiciones del sistema.
4.	Sistema de gestión de calidad: Requisitos generales del sistema, determinación y secuencia de los procesos y procedimientos del sistema de gestión de calidad, requisitos de la documentación, determinar los proceso externos.
5.	Responsabilidad de la dirección: Compromisos, elaboración de política y objetivos de calidad, responsabilidad, autoridad y comunicación interna, plan de calidad, revisión por la dirección.
6.	Gestión de los recursos: Provisión de recursos materiales y humanos, proporcionar la infraestructura y ambiente necesario.
7.	Realización del producto: Planificación de la realización del producto de acuerdo a los requisitos de los clientes, diseño y desarrollo del producto y de sus procesos, verificación de compras, control de la producción y prestación del servicio.
8.	Medición, análisis y mejora: Implementar seguimiento, medición, análisis y mejora del sistema de gestión de calidad, de sus procesos y servicios. Análisis de datos y mejora continua a través de acciones correctivas o preventivas.
9.	Bibliografía
10.	Concordancia con normas internacionales

Vázquez (2004) indica que implantar una norma en una organización, es adecuar la gestión de una organización productiva y de servicio al clausulado de tal norma. El clausulado de la norma señala lo que se solicita de la organización, requerimientos que demuestren la calidad en la prestación del servicio que se ofrece.

2.3 Sistema de Gestión de calidad

Un sistema de gestión de calidad es un método de trabajo por el cual se asegura la conformidad de los productos con los requisitos especificados, es una manera de hacer las cosas, un método de gestión, un camino, no un objetivo en sí (Senlle y Stoll, 1994).

El sistema debe diseñarse de acuerdo a la organización, a sus objetivos, sus servicios, a su economía y ajustarse a las exigencias de los objetivos de calidad propuestos. Para organizar el sistema hacen falta medios técnicos y humanos. Todos los elementos deben integrarse al sistema, recayendo sobre ellos un eficaz sistema de control, revisiones, mantenimiento. Todo redactado con procedimientos que deben cumplirse paso a paso, actualizarse, cambiarse, demostrar que el sistema está "vivo" (op.cit.).

Alexander (1998), señala que para asegurar la calidad de un servicio, primero es necesario constatar que se conocen los requerimientos del cliente. Indica que los requisitos básicos de todo esquema de aseguramiento de la calidad son:

- a) Recolectar información requerida para realizar el producto u ofrecer el servicio deseado.
- b) Planificar internamente las actividades necesarias para asegurar que se podrá ofrecer el servicio requerido.
- c) Detallar las instrucciones precisas para que las respectivas actividades necesarias se ejecuten.

La Norma ISO 9000:2005 en sus fundamentos y vocabulario, indica que un sistema de gestión de calidad *"es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas según corresponda..."* (IMNC, 2008).

- a) Este enfoque permite a la organización:
 - ✓ Identificar sus fortalezas y debilidades.
 - ✓ Facilitar la evaluación frente a modelos genéricos.

- ✓ Proporcionar una base para la mejora continua.
- ✓ Posibilitar el reconocimiento externo.

b) Según esta Norma, el diseño y la implementación del SGC de una organización está influenciado por:

- ✓ Su entorno organizativo.
- ✓ Sus necesidades cambiantes.
- ✓ Sus objetivos particulares.
- ✓ Los productos que proporciona.
- ✓ Los procesos que emplea.
- ✓ El tamaño y estructura de la organización.

2.3.1 Principios de gestión de calidad

Carro y Carro (2008) indican que un aspecto importante que caracteriza a los sistemas de gestión de calidad basados en las normas ISO 9001:2008, es que se sustentan en ocho principios de gestión de la calidad. Señalan que se pueden utilizar por la alta dirección como marco para guiar a sus organizaciones hacia la mejora continua.

De acuerdo a los fundamentos del IMNC (2008), una organización se puede operar de forma exitosa si se dirige y controla en forma sistemática. La Norma ISO 9000:2005 identifica estos ocho principios de gestión de calidad:

- 1) **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y exceder sus expectativas.
- 2) **Liderazgo:** Lograr que el personal se involucre en el logro de los objetivos de la organización.
- 3) **Participación del personal:** El compromiso y habilidades de todo el personal de la organización es vital para el beneficio de la organización.

- 4) **Enfoque basado en procesos:** Se obtienen resultados más eficientes cuando las actividades y los recursos relacionados se realizan como un proceso.
- 5) **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar y administrar los procesos interrelacionados como un sistema, ayuda a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- 6) **Mejora continua:** Para la organización la mejora continua en su desempeño global debería ser un objetivo permanente.
- 7) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Los análisis de datos e información inducen decisiones eficaces.
- 8) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una relación mutuamente beneficiosa entre la organización y el proveedor aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Nava (2010) señala que para lograr mejores resultados en la implantación del sistema de gestión de calidad, se recomienda familiarizarse con estos ocho principios básicos de la calidad y hacer una revisión exhaustiva de las normas y de la literatura disponible.

La Norma mexicana ISO 9001:2008 en su cláusula 4.2, refiere los requisitos de la documentación del sistema de gestión de calidad los cuales se enumeran a continuación:

- a) Declaraciones documentadas de una política de calidad y de objetivos de calidad.
- b) Un manual de calidad.
- c) Los procedimientos documentados y los requisitos requeridos por esta norma mexicana y
- d) Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planeación, operación y control de sus procesos.

2.4 Recomendaciones para la implantación de un sistema de gestión de calidad

Nava (2010) aconseja establecer un programa de trabajo para implantar cada uno de los requisitos de la norma. Entre las actividades a realizar señala que se deben de contemplar las siguientes:

- Desarrollo de diagnóstico de situación actual.
- Diseño conceptual del sistema.
- Planeación estratégica del sistema.
- Elaboración del programa de capacitación en calidad.
- Capacitación en calidad para el personal.
- Definir necesidades de asesoría.
- Desarrollo de la política, objetivos y sistema de indicadores.
- Establecer los requerimientos de los clientes.
- Implantación y mantenimiento
- Desarrollo de criterios de desarrollo de competencias y concientización del personal.
- Elaboración de lineamientos generales de criterios ISO.
- Establecer mecanismos de difusión.
- Elaboración de manual de calidad.
- Análisis y aprobación de procesos operativos existentes.
- Elaboración de procedimientos operativos.
- Implantación de procesos y procedimientos operativos.
- Desarrollo de auditores.
- Auditorías internas.
- Medición del desempeño del sistema.
- Acciones correctivas y preventivas.
- Selección del organismo certificador.
- Proceso de certificación.
- Acciones de mejora continua.

A continuación se explican algunas de estas acciones sugeridas para la implantación del sistema de gestión de calidad:

2.4.1 Diagnóstico de la organización

Senlle y Stoll (1994) recomiendan hacer un buen diagnóstico de la organización con ayuda de un equipo consultor externo. El diagnóstico debe incluir: Estilo de dirección y de mando, clima, problemas organizacionales, relaciones con proveedores, capacidad de la organización, etc. Por otro lado, comentan que se deberá formar un comité de proyecto en el cual se involucre la alta dirección y los responsables de las áreas. El sistema debe incluir el entrenamiento, capacitación y formación a todo el personal, sensibilizándolos a los temas de calidad.

Para la implantación de un sistema de gestión de calidad proponen dos primeros pasos:

- a) Hacer un buen diagnóstico de la organización con ayuda de un equipo consultor externo.
- b) Formar un comité del proyecto en el cual se involucre la alta dirección, los principales representantes de las áreas y los consultores externos para redactar el proyecto fijando etapas y tiempos.

Nava (2010) comenta que estudios señalan que la media de implantación de un sistema de gestión de calidad oscila entre 12 y 18 meses, plazo que puede verse afectado por la cantidad de recursos asignados, por el tamaño de las organizaciones y por la complejidad de sus procesos.

2.4.2 Talleres de formación y reuniones de trabajo para la implantación del SGC

Senlle y Stoll (1994) plantean que una vez que está formado el comité del proyecto de implantación del sistema, en el cual está involucrada la dirección, se deberá incluir entrenamiento, capacitación y formación que motive al equipo por la calidad. Se formarán grupos de trabajo para redactar la documentación (manuales, documentos, etc.).

Vázquez (2004), señala que en esta etapa se abordarán diferentes actividades grupales y talleres en los que participarán los miembros de la organización seleccionados para el proyecto y que deberá alcanzar a tantos miembros como sea posible. Además se formará un comité de calidad con personal de la organización y se nombrará un representante de la dirección.

a) Comité de calidad

Senlle y Stoll (1994) argumentan que es conveniente formar un comité de calidad voluntario con personal de diferentes departamentos y niveles, los cuales tendrán la responsabilidad de asumir parte del protagonismo en el desarrollo de la calidad en la organización. Entre sus funciones estarán:

- Revisar el sistema de gestión de calidad implantado.
- Proponer las acciones correctivas y preventivas necesarias.
- Identificar las áreas de oportunidad.

b) Representante de la dirección para la calidad

Nava (2010) advierte que de acuerdo a la norma, la alta dirección deberá designar al representante de la dirección, que será el responsable de asegurar que el sistema se implante y se mantenga de acuerdo a los requisitos requeridos por la organización. Indica que entre sus responsabilidades están:

- ✓ Servir de punto de enlace entre el personal y la alta dirección.
- ✓ Asegurar que los procesos del sistema de calidad se establezcan y mantengan.
- ✓ Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y las acciones requeridas.
- ✓ Promover el compromiso de la organización para cumplir con los requisitos del cliente.

2.4.3 Política de calidad

Fernández y Alatorre (1999) apuntan que la alta dirección debe definir y documentar su política de calidad, la cual servirá como guía para encauzar todos los esfuerzos del personal de la organización. Comentan que es importante que se haga mención de la satisfacción de los clientes y hacer referencia a las metas de la organización.

Recomiendan tomar en cuenta cinco aspectos importantes:

- a) El establecimiento de lo que la responsabilidad directiva quiere o prefiere que se haga.
- b) El objetivo principal de la existencia de la organización y su compromiso con la calidad y con sus clientes.
- c) El involucramiento activo del personal que conoce y trabaja con los procesos, así como el trabajo en equipo.
- d) La notificación y explicación adecuada a la gente comprometida o involucrada.
- e) La orientación para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización.

En el documento ISO 9000:2005 en sus fundamentos y vocabulario, se indica que la política de calidad es una intención general y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección (IMNC, 2008).

La norma ISO 9001:2008, señala en los requisitos de la documentación, que el sistema de gestión de calidad debe incluir: Declaraciones documentadas de una política de calidad y de objetivos de calidad.

2.4.4 Objetivos de calidad

El IMNC (2008) en sus fundamentos, manifiesta que un objetivo de calidad es algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

Nava (2010) aconseja que los objetivos de calidad se desarrollen de manera que estén conectados en forma directa con la política de calidad y que su definición deba acompañarse con un sistema de indicadores que permita medirlos.

2.4.5 Indicadores de calidad

Fernández y Alatorre (1999) refieren que es conveniente que se tengan los indicadores necesarios que sirvan para demostrar y verificar el cumplimiento de los objetivos, los cuales servirán a la alta dirección para la toma de decisiones y la mejora continua. Explican que un indicador es un parámetro de medición que permite verificar el avance de la organización en relación a sus metas.

2.4.6 Requisitos del cliente

De acuerdo a la norma ISO 9001:2008, se deberán de identificar los requisitos solicitados por los clientes. En sus fundamentos y vocabulario, señala que un requisito es una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (IMNC, 2008).

2.4.7 Procedimiento

Senlle y Stoll (1994), comentan que un procedimiento es un documento que describe claramente los pasos consecutivos para iniciar, desarrollar y concluir una actividad u operación relacionada con el proceso productivo o de suministro de un servicio. Incluye los elementos técnicos a emplear, las condiciones requeridas, alcances y limitaciones fijadas, el número y características del personal que interviene, etc.

Para estos autores, el procedimiento deberá proporcionar información clara, concisa y completa, expresada en forma sencilla de qué cosa hacer, cómo hacerla, cuánto hacer, dónde hacerla, quién lo hará o se responsabilizará. El procedimiento se construye según el siguiente esquema lógico:

- a) Una fundamentación de existencia, una razón de ser del documento.
- b) Orígenes y antecedentes.
- c) Límites.
- d) Léxico, vocabulario y significados.
- e) El procedimiento propiamente dicho.
- f) Departamento, sección, persona responsable (o todos ellos).

Manifiestan que es conveniente que el procedimiento contenga gráficos, cuadros, instrucciones para ayuda y consulta.

2.4.8 Procesos

En el documento de soporte "Enfoque basado en procesos" (IMNC, 2003), se indica que el proceso es un camino para organizar y gestionar la forma en que las actividades de trabajo crean valor para el cliente y que los resultados de un proceso pueden ser elementos de entrada para otros procesos y estar interrelacionados dentro del sistema global.

Este documento especifica algunos de los beneficios de un enfoque basado en procesos y los tipos de procesos que existen:

- ✓ Integra y alinea los procesos, lo que permite el logro de resultados.
- ✓ Da la capacidad para centrar esfuerzos en la eficacia y en la eficiencia de los procesos.
- ✓ Proporciona confianza.
- ✓ Transparencia en las operaciones dentro de la organización.
- ✓ Reduce tiempos y costos.
- ✓ Mejores resultados, coherentes y predecibles.
- ✓ Prioriza las iniciativas de mejora.
- ✓ Clarifica las responsabilidades y estimula la participación del personal.

a) Tipos de procesos:

- *Procesos para la gestión de una organización:* Procesos relativos a la planificación estratégica, establecimientos de políticas y objetivos, comunicación, disponibilidad de recursos y revisiones de la dirección.
- *Proceso para la gestión de recursos:* Son aquellos procesos para el suministro de los recursos necesarios para la gestión, realización y medición de una organización.
- *Procesos de realización:* Incluyen a los procesos que proporcionan el resultado previsto por la organización.
- *Procesos de medición, análisis y mejora:* Son procesos para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia. (Auditorías, acciones correctivas y preventivas, etc.).

2.5 Documentación del sistema de gestión de calidad

Nava (2010) comenta que la documentación requerida en la norma se divide en dos partes: los procedimientos documentados requeridos y la documentación necesaria para asegurar la efectiva operación y control de los procesos. La documentación deberá servir como medio primario para evaluar los sistemas, servir de punto de referencia y mantenimiento de las mejoras alcanzadas.

El autor aconseja la siguiente pirámide (Figura 1), en la que se indican los niveles de la documentación que se requiere en el sistema de gestión de calidad. Señala que no es requisito de la norma tener estos niveles de modo exacto y que el tamaño de cada uno de ellos dependerá de las propias necesidades de la organización.



Figura 1. Pirámide de la documentación (Tomada de Nava (2010))

2.5.1 Manual de calidad

El manual de calidad es un documento integrador donde se menciona con claridad lo que hace la organización para alcanzar la calidad mediante la adopción de un sistema de calidad (Senlle y Stoll, 1994).

2.5.2 Manual de organización

De acuerdo a Nava (2010) el manual de organización especifica los requisitos, las competencias y características del personal que realiza las actividades dentro de una organización. Indican que es importante lograr que el personal que realiza las

actividades que afectan la conformidad con los requisitos del producto sea competente. Por lo que la selección se deberá hacer de acuerdo a:

- a) Educación.
- b) Entrenamiento.
- c) Habilidad.
- d) Experiencia.

Advierte que la capacitación es fundamental, que debe incluir un compromiso con el que las personas tomen conciencia de la importancia de su trabajo para el logro de objetivos y la política de calidad.

Asimismo recomienda que será necesario recopilar los registros de capacitación del personal, para poder determinar de manera certera las capacidades de cada persona y para presentarlo como evidencia en una auditoría. Estos registros deberán formar parte de un expediente que contenga las evidencias de la educación, formación, habilidades y experiencia.

2.5.3 Manual de procedimientos

De acuerdo a la Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 (2013), el manual de procedimientos es un documento que especifica los procedimientos de trabajo y define paso a paso cada tarea de la organización. Además se encarga de medir y evaluar los pasos y reglamentos para detectar fallas y mejorarlas.

2.5.4 Plan de calidad

De acuerdo con el IMNC (2008), en sus fundamentos y vocabulario, el plan de calidad es un documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto (conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización), producto, proceso o contrato específico.

La Norma española UNE-ISO 10005, señala que entre los beneficios de establecer un plan de calidad está el incremento de confianza en que los requisitos serán cumplidos, un mayor aseguramiento de que los procesos están en control, lo que permite conocer mejor las oportunidades de mejora (AENOR, 2005).

De acuerdo a esta Norma, los planes de calidad se aplican principalmente a la trayectoria que va desde los requisitos del cliente, a través de la realización del producto y hasta la satisfacción del cliente.

El objetivo del plan de calidad está enfocado principalmente a la realización del producto, siendo exclusivamente un documento de orientación. De acuerdo a la norma española, los planes de calidad son útiles o necesarios para:

- Mostrar cómo el sistema de gestión de calidad de la organización se aplica a un caso específico.
- Cumplir con los requisitos legales, reglamentarios o del cliente.
- En el desarrollo y validación de nuevos productos o procesos.
- Demostrar interna y/o externamente, cómo se cumplirá con los requisitos de calidad.
- Organizar y gestionar actividades para cumplir los requisitos de calidad y objetivos de calidad.
- Minimizar el riesgo de no cumplir los requisitos de calidad.
- Utilizarlos como base para dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los requisitos para la calidad.
- En ausencia de un sistema de la gestión de la calidad documentado.

2.5.5 Planeación estratégica

La planeación estratégica es un modelo a largo plazo, en donde se pone especial énfasis en las acciones que se han de seguir para cumplir con las expectativas de una organización. Este modelo identifica las necesidades de la organización, su razón de ser y sus objetivos para posteriormente orientar los recursos y las actividades hacia el

logro de la visión por medio de estrategias y tácticas de largo, mediano y corto plazo. (www.sepi.upiicsa.ipn.mx/tesis/169, consultado el 7 de julio de 2013).

Ojeda (2013) señala que la planeación estratégica ayuda a generar ideas de desarrollo compartidas, contribuye a alinear y controlar las acciones internas y permite mantener una relación entre el desarrollo de la organización y las oportunidades que ofrece el entorno cambiante. Indica que en el análisis estratégico se utiliza la herramienta FODA, que aborda dimensiones externas a la organización (oportunidades-amenazas) y aspectos internos de ésta (fortalezas-debilidades).

El análisis FODA, de acuerdo con Ponce (2007), consiste en realizar una evaluación de las fortalezas y debilidades, que en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, en este caso, sus oportunidades y amenazas. Señala que es una herramienta que permite obtener una perspectiva general de la situación de una organización determinada.

Una vez identificadas las fortalezas y debilidades a través del análisis FODA, se debe proceder a su evaluación y a la elaboración estrategias a implementar.

2.5.6 Planeación operativa

Esta planeación se realiza para cada tarea y actividad, es a corto plazo (para un futuro inmediato), incluye la tarea o actividad por separado y se preocupa por alcanzar metas específicas. (www.sepi.upiicsa.ipn.mx/tesis/169, consultado el 7 de julio de 2013).

2.5.7 Formatos

Nava (2010) señala que los formatos son documentos que, cuando se llenan con la información requerida, se convierten en un registro, el cual es único e irrepetible en el sistema de gestión de calidad.

2.5.8 Registro

Es un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas (IMNC, 2008).

Nava (2010) señala algunos de los registros requeridos por la norma:

- Revisión por la dirección.
- Educación, formación, habilidades y experiencia.
- Evidencias de que se cumple con los requerimientos de la realización del producto.
- Elementos de entrada para el diseño y desarrollo.
- Resultados de auditorías internas.
- Evidencias de conformidad del producto.
- Registro de no conformidades y acciones tomadas.
- Resultado de acciones correctivas, preventivas, etc.

2.5.9 Otros documentos del sistema de gestión de calidad

a) Plan de estudios 2008 de la Licenciatura en Psicología

En lo referente a la formación en la práctica, el Plan de Estudios 2008 de la licenciatura en Psicología de la UNAM, destaca: *“respetar la diversidad de enfoques teóricos y abordajes metodológicos y de docencia propios de las distintas tradiciones psicológicas, pero al mismo tiempo, promover la realización de prácticas supervisadas que fomenten competencias académicas y profesionales de alto nivel; que permitan la integración docencia-servicio-investigación; acerquen al estudiante gradualmente a intervenir en los fenómenos psicológicos; lo doten de competencias profesionales genéricas y especializadas; desarrollen su ética profesional y responsabilidad social; a la par que contribuyan a fortalecer la identidad profesional y universitaria y a dignificar su imagen pública”... (www.psicologia.unam.mx, Plan de estudios 2008, p. 17).*

En lo relativo a las competencias, uno de los objetivos particulares que este Plan señala es *“...el desarrollo de competencias de alto nivel que permitan al*

egresado diagnosticar, intervenir (prevención, promoción y solución de problemas), evaluar e investigar en diferentes ámbitos profesionales. Para ello, será capaz de identificar, seleccionar, diseñar y utilizar de manera precisa y pertinente planes, estrategias, métodos, técnicas e instrumentaciones necesarios, verificando y comprobando su efectividad" (www.psicologia.unam.mx, Plan de estudios 2008, p. 20).

De acuerdo a este Plan, se espera que...*"El egresado de la Licenciatura en Psicología estará capacitado para la atención de muy diversas necesidades sociales, en función de los campos de conocimiento que haya cursado y de los escenarios en que se haya formado en el último trayecto de sus estudios. De esta manera, cabe resaltar que el psicólogo egresado podrá atender necesidades y problemas de salud mental, bienestar emocional y rehabilitación neurológica (por ejemplo, atención a pacientes con depresión, estrés, adicciones, conflictos en las relaciones de pareja e interpersonales, o que han sufrido algún daño neurológico), de índole educativa (por ejemplo, bajo aprovechamiento escolar, rezago educativo, aprendizaje y motivación, educación de padres, formación de profesores, orientación y tutoría educativa, innovación en la enseñanza, educación especial), organizacionales (por ejemplo, estrés y desgaste profesional, capacitación y selección de personal, educación al consumidor, manejo de clima laboral), procesos psicosociales y culturales (por ejemplo, educación comunitaria, solución de conflictos sociales, intervención en grupos, educación cívica y política)"* (www.psicologia.unam.mx, Plan de estudios 2008, p. 22).

Lo anterior, señala el documento, se expresa en los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se enumeran a continuación:

CONOCIMIENTOS

- 1) Integra y utiliza, para interpretar fenómenos y procesos, y dar solución a problemas específicos del área, los conocimientos teórico-

metodológicos y técnicos de la disciplina psicológica propios de los campos de conocimiento en que se ha formado, correspondientes a las Ciencias Cognitivas y del Comportamiento; Procesos Psicosociales y Culturales; Psicobiología y Neurociencias; Psicología Clínica y de la Salud; Psicología de la Educación; Psicología de la Organización.

HABILIDADES

- 1) Interpreta y diagnostica rasgos, situaciones y circunstancias en que se desarrolla una actividad o problemática psicológica tanto a nivel individual, grupal y colectivo, utilizando distintas teorías y seleccionando, construyendo y adaptando instrumentos apropiados.
- 2) Interviene en la prevención, mejoramiento, estabilidad y transformación de los problemas psicológicos a nivel individual, grupal y colectivo.
- 3) Evalúa su intervención a través del impacto, cambios y resultados obtenidos.
- 4) Investiga, aplicando métodos que incluyen diseño de análisis de datos e interpretación.
- 5) Comunica de forma efectiva a profesionales, usuarios y público en general los resultados de su intervención profesional y de investigación.

ACTITUDES

- 1) Aporta planteamientos psicológicos que permitan comprender y explicar el comportamiento humano en múltiples contextos de interacción, abarcando los planos individual, grupal, intergrupal y colectivo.
- 2) Establece relaciones interpersonales adecuadas con colegas, con otros profesionales y no profesionales e identifica los efectos de su intervención, creando y promoviendo formas de relación, organización e interacción profesional.
- 3) Muestra habilidad para trabajar en grupo dentro de márgenes de tiempo razonables, solicitando e integrando puntos de vista diversos y resolviendo conflictos.

- 4) Muestra un alto nivel de competencia profesional, responsabilidad y disposición de servicio.

VALORES

- 1) Reconoce, respeta y asume las diferencias y la pluralidad. Observa los principios y valores de la comunidad profesional a la que pertenece tanto nacional, como internacional que correspondan.
- 2) Propicia una actitud de compromiso, tolerancia y respeto con otros profesionistas, su gremio y con quienes requieran sus servicios profesionales.
- 3) Preserva la confidencialidad en su práctica profesional.
- 4) Manifiesta y promueve el bien común, la calidad de vida y el bienestar psicológico de los individuos y la sociedad.
- 5) Respeta los derechos de autor y de cualquier obra académica y/o profesional.

b) Código ético del psicólogo

La Sociedad Mexicana de Psicología (2002), manifiesta que el código ético del psicólogo se aplica a todo los psicólogos que ejerzan la profesión de la psicología en México. Las normas éticas que presenta se enmarcan bajo principios generales regidos por un precepto fundamental: *“El psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas, bajo un criterio rector que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología”* (Código Ético del Psicólogo, 2007).

De acuerdo a este código, el psicólogo se adhiere a los siguientes principios:

- **Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas:** Los psicólogos tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia. Incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la

confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

- **Cuidado responsable:** Este principio se basa en normas de conducta relativas a la capacidad y el conocimiento que debe tener un psicólogo para desempeñar la profesión, por lo que éste sólo debe desempeñar actividades para las que recibió formación suficiente, es competente, y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas.
- **Integridad en las relaciones:** Este principio se basa en las normas que muestran al psicólogo cómo debe fomentar su integridad hacia la ciencia, la enseñanza y las prácticas psicológicas, y su respeto, honestidad y justicia hacia las personas con las que se relaciona en el desempeño de su profesión. El psicólogo debe buscar en su actividad siempre la máxima objetividad, siendo honesto, evitando prejuicios y conflictos de interés.
- **Responsabilidad hacia la Sociedad y la Humanidad:** El psicólogo debe promover el bienestar de la humanidad a través de métodos y procedimientos éticos y asegurarse que el conocimiento psicológico se emplee para fines benéficos.

c) Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2013, Facultad de Psicología

En su EJE Docencia y en relación a los estudiantes, este plan propone como uno de sus objetivos, fortalecer la formación profesional, integral, pertinente y eficaz de los estudiantes y su pleno desarrollo humano. Respecto al plan de estudios, el objetivo es revisar, hacer adecuaciones y dar seguimiento a los planes de estudios de la licenciatura y el posgrado con el propósito de que respondan a las necesidades y retos del contexto laboral. (<http://www.psicologia.unam.mx>, recuperado el día 12 de marzo de 2013).

El Plan muestra el proyecto referente a la formación práctica de los estudiantes como sigue:

PROYECTO 1.1.2. Implantación y consolidación de los escenarios de enseñanza práctica.

Objetivo 1.1.2.1.:

- Implantar procedimientos y escenarios que garanticen la enseñanza práctica contenida en el Plan de Estudios de la Licenciatura 2008.

Líneas de acción 1.1.2.2.:

- Crear la División de Enseñanza Práctica (DEPrac) que será la encargada de coordinar el trabajo concreto en materia de enseñanza práctica.
- Diseñar, producto del trabajo colegiado, un sistema de enseñanza práctica (presencial y semipresencial) que consolide la formación de los alumnos del Plan de Estudios 2008.
- Crear y consolidar escenarios para la realización de la práctica supervisada.
- Organizar los modelos de enseñanza práctica por campo de conocimiento y sus normas de operación.
- Organizar cursos de formación, actualización y superación docente que favorezcan el desarrollo del Plan de Estudios 2008 y las especializaciones.
- Establecer convenios de colaboración académica que permitan a los alumnos el acceso a escenarios de formación práctica y de servicios.

Metas 1.1.2.3.:

- Incrementar el número de actividades prácticas por campo de conocimiento.
- Incrementar el número de profesores que participan en prácticas supervisadas.
- Incrementar el número de escenarios disponibles para la práctica supervisada.

- Incrementar el número de convenios de colaboración destinados a contar con escenarios para la práctica supervisada.

Responsable (1.1.2.4.): División de Estudios Profesionales.

Co-responsables (1.1.2.5.): Secretaría General, División del SUA.

2.6 Auditorías al sistema de gestión de calidad

El IMNC (2008) en sus fundamentos y vocabulario, señala que una auditoría es un proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias de actividades desempeñadas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado que se cumplen el conjunto de políticas, procedimientos o requisitos de la organización.

Senlle y Stoll (1994), explican que una auditoría es un análisis que permite determinar si la calidad de un sistema, servicio, producto o proceso concuerda con la norma previamente adoptada y satisface los requisitos establecidos. Señalan que auditar significa verificar la existencia y puesta en práctica de un sistema de gestión de calidad. Comentan que las auditorías pueden ser internas, las cuales son aplicadas por la propia organización como una estrategia para checar cómo van las cosas, o externas; las cuales son realizadas por organismos certificadores acreditados.

Estos autores manifiestan que la primera parte de la auditoría consiste en checar la documentación del sistema de gestión de calidad, como; manual de calidad, manual de procedimientos, manual de organización, etc. En la segunda parte de la auditoría se constata que aquello que se manifiesta por escrito se está poniendo en práctica. Señalan que los objetivos de la auditoría son:

- Estudiar los documentos del sistema para determinar si se ajustan a las normas correspondientes.
- Analizar el producto o el sistema de calidad a los efectos de determinar el grado de excelencia para establecer la "calidad concertada".
- Comprobar que el sistema establecido satisface las normas.

- Recabar elementos de juicio para otorgar la certificación de la empresa o la homologación de un producto/servicio.
- Checar procesos de mejora.
- Verificar el cumplimiento y mantenimiento integral del sistema de gestión de calidad en relación a las normas vigentes.
- Obtener información sobre el grado de adecuación de la organización a los requisitos establecidos en las normas.

El encargado de realizar las auditorías al sistema de gestión de calidad de la organización es el auditor, el cual documentará las evidencias encontradas en el ejercicio de la auditoría.

2.6.1 El auditor

De acuerdo con el documento IMNC (2008), el auditor deberá ser una persona con atributos personales demostrados y competencia (aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades) para llevar a cabo una auditoría.

Senlle y Stoll (1994), explican que la función del auditor es constatar si el material que se le presenta se ajusta o no a las normas y describen los pasos básicos en la práctica de la auditoría:

- Análisis de la documentación que presenta la organización, especialmente el manual de calidad y verificar si lo escrito se ajusta o no a lo que se lleva en la práctica.
- Verificar el grado de implantación de la documentación en la práctica, prestando atención a la implicación de las personas y departamentos en el sistema de gestión de calidad.
- Informe de los resultados cuantificados con la metodología apropiada.
- Informar al auditado sobre los requisitos con base en los cuales realizará su labor.
- Cumplir las normas al aplicar la auditoría.

- Documentar observaciones basándose en hechos concretos.
- Elaborar el informe de la auditoría referido al sistema de calidad.
- Verificar de qué forma se han cumplido las acciones correctivas.
- La auditoría es confidencial, por lo que la información y documentación son propiedad del auditado.

2.7 Revisión por la dirección

Nava (2010) refiere que este procedimiento de calidad es una poderosa herramienta que permite a la alta dirección contar con los elementos para visualizar el funcionamiento del sistema de gestión de calidad y tomar decisiones que permitan su mejora. Señala que la revisión se realiza con la información que se recibe de los diferentes elementos del sistema de gestión de calidad como:

- Retroalimentación de los clientes.
- Resultados de auditorías.
- Estado de acciones correctivas y preventivas.
- Desempeño de los procesos.
- Conformidad del producto.
- Acciones de seguimiento de las revisiones anteriores.

Una vez realizada esta revisión al sistema, se establecerán las acciones que permitirán mejorar tanto al sistema de calidad como a sus procesos. Es una revisión completa de la organización al más alto nivel del ciclo planear-hacer-verificar-actuar, asegura el autor.

2.8 Acciones correctivas

Una acción correctiva de acuerdo con el IMNC (2008), es una acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. Nava (2010) apunta que es un mecanismo de mejora que permite evitar que se repitan los errores. Recomienda algunos pasos para resolver una acción correctiva:

- ✓ Organizar la información de la no conformidad (Frecuencia, datos de referencia, etc.).
- ✓ Estar de acuerdo en lo que se resolverá.
- ✓ Efectuar tormenta de ideas para la solución y escribir las propuestas.
- ✓ Elegir algunas y analizar su factibilidad.
- ✓ Hacer una prueba piloto.
- ✓ Elaborar un programa de implantación.
- ✓ Verificar su efectividad.

2.9 Acciones preventivas

El IMNC (2008), en sus fundamentos y vocabulario indica que una acción preventiva es una acción que se tomará para eliminar una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable. La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda. Nava (2010) explica que a medida que un sistema de gestión de calidad evoluciona pueden verse más acciones preventivas que correctivas, lo que es buena señal de que el sistema tiene mayor madurez.

2.10 Auditorías externas para la Certificación

La guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 (2013), describe que al haber implantado un sistema de gestión de calidad con el estándar de la norma ISO 9001:2008, la organización, debe comprobar la satisfacción de sus requisitos, a partir de la selección de un organismo certificador.

La Guía de certificación del IMNC (2011), expone que a través de las auditorías externas, se verificará si el sistema de gestión contempla todos los elementos señalados por la norma de referencia, así como la viabilidad para realizar la auditoría de etapa 2.

2.10.1 Pre-auditoría

La pre-auditoría es una actividad opcional que brindan los organismos certificadores que no afecta el proceso de certificación, la cual ofrece una idea general de cómo está preparado el sistema de gestión de calidad implementado en la organización. Es una actividad dentro del proceso de auditorías en donde el cliente tiene la total libertad de decidir si contrata o no este servicio. (www.interamericas.com.mx/Page.asp?Id=17, consultado el 22 de julio de 2013).

2.10.2 Auditoría de Etapa 1

En la guía de certificación del IMNC (2011), se indica que esta auditoría consiste principalmente en verificar si el sistema de gestión de calidad contempla todos los elementos señalados por la norma de referencia, así como la viabilidad para realizar la Auditoría de Etapa 2.

a) El fin de la Auditoría Etapa1 de acuerdo con la guía del IMNC es:

- Evaluar la conformidad de la documentación del sistema de gestión de calidad de la organización respecto a la norma ISO 9001:2008.
- Evaluar la ubicación y las condiciones específicas del sitio o sitios e intercambiar información con el personal para determinar el estado de preparación de la auditoría etapa 2.
- Revisar el estado de la documentación del sistema de gestión de calidad de la organización y el grado de comprensión de los requisitos de la norma.
- Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, los procesos/operaciones, así como los aspectos legales, reglamentarios relacionados y su cumplimiento.
- Comprobar que se ha realizado en la organización un ciclo completo de auditorías internas y la revisión por la dirección.
- Proporcionar un enfoque para la planificación de la Auditoría de Etapa 2.
- Evaluar si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparado para recibir la auditoría de etapa 2.

Esta guía señala que es necesario que el resultado de la auditoría Etapa 1 sea conforme para proceder a la realización de la Auditoría Etapa 2.

2.10.3 Auditoría de Etapa 2

También se conoce como auditoría de certificación. Esta etapa de acuerdo con la guía de certificación del IMNC (2011), consiste en la visita del grupo técnico en evaluación a las instalaciones de la organización, para verificar la conformidad e implementación del sistema de gestión con la norma de referencia.

2.11 Beneficios de la certificación

De acuerdo con el IMNC (2011), la certificación permite demostrar la conformidad del sistema de gestión de calidad con la norma ISO 9001:2008 obteniendo los siguientes beneficios:

- Ofrecer un servicio de calidad, confiable y eficaz.
- Aumentar la satisfacción y fidelidad de sus clientes.
- Generar la recomendación de su organización, productos y/o servicios. Incrementar sus ingresos y participación en el mercado.
- Contar con una ventaja competitiva para beneficio de sus clientes, proveedores y partes interesadas a nivel nacional e internacional.
- Optimización de recursos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA E IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC), EN EL CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO” (CC).

Para la implementación del sistema de gestión de calidad en el CC y como lo propone la norma ISO 9001:2008 (IMNC, 2008), se aplicó a los procesos la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” PHVA, la cual describe esta norma como:

- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente (estudiante o usuario) y las políticas del Centro Comunitario.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Nava (2010) explica que el ciclo de calidad “PHVA” (Planear, hacer, verificar, actuar) desarrollado por William E. Deming, ha tenido amplia aplicación en la calidad y que es utilizado en las familias de normas ISO 9000 de manera más explícita.

Basados en esta metodología, a continuación se exponen las diferentes fases que se llevaron a cabo en la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. Es importante aclarar que dicha implementación estuvo dirigida y planeada por el equipo asesor de la Facultad de Psicología y que su realización se llevó a la par con otros dos Centros de la Facultad; el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREA). La descripción de la implementación que a continuación se describe será exclusivamente para el centro comunitario.

En la Figura 2 se muestran plasmadas las acciones que se realizaron en cada una de las fases del ciclo, para la implementación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario, utilizando la metodología "PHVA" de Deming.

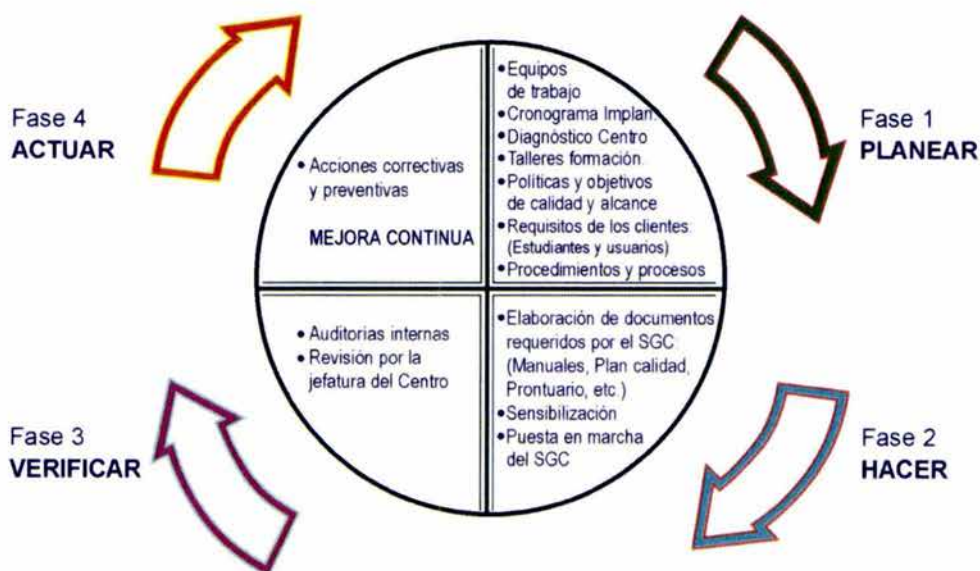


Figura 2. Fases del modelo de implantación del sistema de gestión de calidad del CC, diseñado con las etapas del ciclo de Deming. (Esquema elaborado por el autor de este informe).

Como lo plantea la norma del IMNC (2008), para establecer el sistema de gestión de calidad en el CC, las fases de implantación del sistema se basaron en la metodología "PHVA", las cuales se desarrollaron de la siguiente forma:

3.1 FASE 1.

Planificación del sistema de gestión de calidad (SGC)

De acuerdo a la metodología "PHVA", en esta fase se planearon los objetivos y procesos necesarios para dar cumplimiento a los requisitos solicitados por los clientes (estudiantes y usuarios) y las políticas del Centro Comunitario. Las actividades que se realizaron se indican en la Tabla 1.

Tabla 1. Actividades llevadas a cabo en la Fase 1 para la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

a) Conformación de equipos de trabajo (Equipo asesor externo y equipo del Centro Comunitario).
b) Cronograma para la implantación del sistema de gestión de calidad (Elaborado por el equipo asesor externo).
c) Diagnóstico del Centro Comunitario.
d) Talleres de formación para la implantación.
e) Elaboración de las políticas de calidad, objetivos de calidad y alcance del SGC.
f) Elaboración de los requisitos de estudiantes y usuarios del servicio psicológico en el Centro Comunitario.
g) Elaboración de procedimientos del Centro Comunitario.
h) Elaboración de procesos del Centro Comunitario.

3.1.1 Conformación de equipos de trabajo

Como lo proponen Senlle y Stoll (1994), para esta primera fase, se formaron dos equipos de trabajo, uno que coordinó externamente la implantación del sistema de gestión de calidad en el CC (Equipo asesor de la Facultad de Psicología). Otro que participó dentro del Centro Comunitario (Jefatura, Representante de la jefatura, miembros del comité de calidad, auditores, etc.). Su objetivo fue desarrollar el proyecto de trabajo fijando las etapas y tiempos para la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario.

3.1.2 Cronograma de implantación del sistema de gestión de calidad

Una vez conformados los equipos de trabajo, el equipo asesor de la Facultad desarrolló el cronograma de actividades para la implantación del SGC, el cual inició en el mes de septiembre del 2012, como se muestra en la Figura 3.

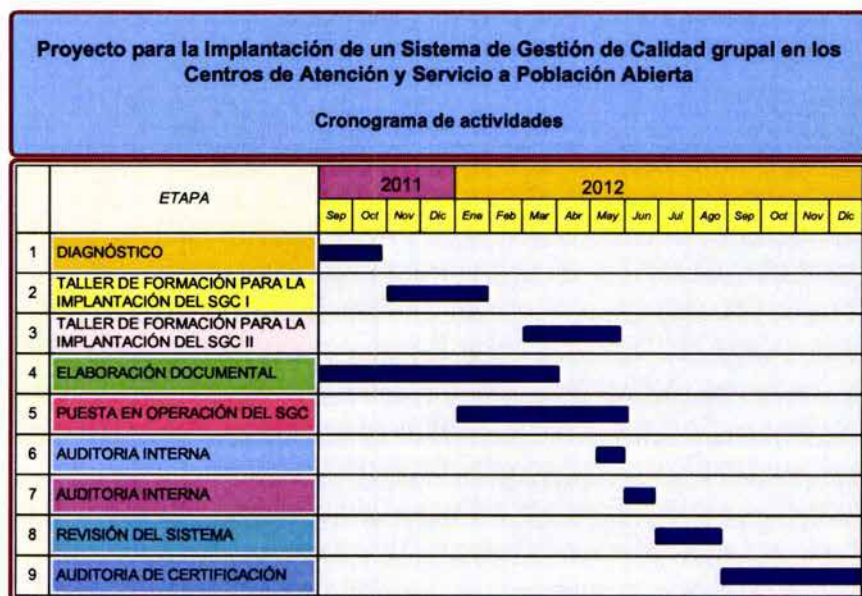


Figura 3. Cronograma de trabajo para la implantación del sistema de gestión de calidad en los Centros (Cronograma elaborado por el equipo asesor de la facultad).

Una vez programadas las diferentes etapas de trabajo, el equipo asesor de la Facultad en coordinación con la jefatura del CC, entre los meses de septiembre y octubre de 2011, realizaron el diagnóstico del Centro Comunitario.

3.1.3 Diagnóstico del Centro Comunitario

De acuerdo con la guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 (2013), en esta etapa se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- ✓ Revisión de la documentación existente en el CC.
- ✓ Elaboración del alcance del sistema de gestión de calidad del CC.
- ✓ Definición de los procesos y procedimientos de trabajo.
- ✓ Descripciones de puesto del personal del CC.

Conforme a lo que indican Senlle y Stoll (1994), el Centro Comunitario realizó el diagnóstico con ayuda del equipo asesor de la Facultad. Se aplicó un análisis del CC, a partir de su organización, estilo de dirección y de los servicios que se prestan, tanto a estudiantes de grado y posgrado así como a los usuarios que solicitan el servicio.

Como lo recomiendan estos autores, se formó un comité de proyecto en el cual se involucró la Jefatura y personal del CC. Se ofreció entrenamiento, capacitación y formación a todo el personal, sensibilizándolos a los temas de calidad.

Se efectuó el diagnóstico utilizando el modelo de gestión de calidad ISO 9001:2008 y sus requisitos. Se llevaron a cabo entrevistas a profesores, tanto de formación en la práctica como de residencias de maestría, jefatura, estudiantes de grado y posgrado, servicio social, trabajadores administrativos, además de revisarse la documentación del Centro Comunitario para obtener un diagnóstico inicial. En esta fase se definieron las políticas, los objetivos y el alcance del SGC, además de las necesidades o requisitos de los clientes (estudiantes y usuarios).

Una vez que se incorporaron los criterios entre los responsables del proyecto y el equipo del CC, fue necesario crear un comité de calidad voluntario con personal del Centro Comunitario, que como advierten Senlle y Stoll (1994), serán los responsables en el desarrollo de la calidad total.

3.1.4 Talleres de formación y reuniones de trabajo para la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario

Como lo señalan Senlle y Stoll (1994), el personal involucrado en el proyecto de implantación, en el cual estuvo involucrado la jefatura del CC y el representante de la jefatura, obtuvieron entrenamiento y formación en sistemas de gestión para la calidad, así como participaron en la redacción de los diferentes manuales elaborados para el sistema.

Los temas abordados en las diferentes reuniones de trabajo llevadas a cabo por el equipo asesor que colaboró en la implantación del sistema de gestión de calidad en el CC, fueron los siguientes:

- Conocimiento de conceptos relacionados al SGC.
- Conocimiento de la norma ISO 9001:2008.
- Elaboración de manuales y documentos del sistema.
- Documentación de procedimientos y procesos de trabajo del Centro.
- Elaboración de formatos.
- Talleres para auditores.

La Tabla 2, muestra las diferentes reuniones y juntas llevadas a cabo entre el equipo del Centro Comunitario y el equipo asesor de la Facultad durante todo el proceso de implantación del sistema, en sus distintas instalaciones.

Tabla 2. Datos tomados de la bitácora de implantación del SGC del CC

REUNIONES Y JUNTAS DE TRABAJO CON EL EQUIPO ASESOR	
En las instalaciones de la Facultad de Psicología	26
En las instalaciones del Centro Comunitario	37
Total	63

Adicionalmente, el equipo del Centro Comunitario mantuvo contacto telefónico y vía correo electrónico con el equipo asesor en múltiples ocasiones, en donde se solicitó asesoría, se resolvieron dudas o se recibieron instrucciones de trabajo.

3.1.5 Elaboración de Política de calidad, objetivos de calidad, alcance del SGC e indicadores de calidad del Centro Comunitario

De acuerdo con los requisitos solicitados por la Norma ISO 9001:2008 del IMNC (2008), la documentación del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario estableció su política y objetivos de calidad de la siguiente forma:

a) Política de calidad del Centro Comunitario

Como señala Fernández y Alatorre (1999), la jefatura del CC estableció una política de calidad encaminada a satisfacer objetivos de mejora en la formación práctica de sus estudiantes y de los servicios psicológicos que se ofrecen en el CC, la cual señala:

POLÍTICA DE CALIDAD DEL CC
<i>"El CC tiene como política de calidad mejorar continuamente los procesos de formación de competencias de nuestros estudiantes de grado y posgrado así como los servicios psicológicos que ofrecemos a nuestra comunidad. Lo anterior perfeccionando las actividades de supervisión y evaluación del estudiante y a través de la rigurosa observancia de la ética que rige a nuestra profesión." (Manual de Calidad, 2013, Pag. 22).</i>

Estos autores aconsejan que la política de calidad deberá ser difundida por medios publicitarios internos, por lo que una vez que fue establecida por la jefatura, se procedió a darla a conocer a todo el personal del CC (Personal académico, administrativo y estudiantes), a través de avisos internos que se colocaron en el interior del Centro Comunitario.

b) Objetivos de calidad del Centro Comunitario

De acuerdo con Nava (2010) la jefatura del CC se dio a la tarea de definir y documentar objetivos de calidad acordes con la política de calidad planteada, con los cuales se pudiera medir la eficiencia y efectividad del sistema de gestión de calidad. La Tabla 3 muestra los objetivos de calidad planteados en el manual de calidad del CC.

Tabla 3. Objetivos de calidad del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario (Manual de calidad, 2013, Pag. 23).

OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CC
➤ Incrementar en un 20% el número de evaluaciones a las competencias del estudiante.
➤ Reducir el número de bajas terapéuticas en un 10%.
➤ Reducir en un 20% el tiempo que transcurre entre una solicitud de servicio en el pre-registro y la primera cita de atención.

A partir de la implementación del sistema de gestión de calidad, el CC realizará estadísticas para verificar el cumplimiento y seguimiento de estos objetivos de calidad.

c) Alcance del sistema de gestión del Centro Comunitario

De acuerdo al manual de calidad del Centro (2013), el sistema de gestión de calidad estableció el siguiente Alcance:

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CC

"Servicios de apoyo para la formación práctica de los estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de Psicología a través de la prestación de servicios psicológicos a la comunidad".
(Manual de calidad, 2013, Pag. 6).

d) Indicadores de calidad del Centro Comunitario

Conforme a lo que aconsejan Fernández y Alatorre (1999), el Centro Comunitario estableció indicadores de calidad, los cuales servirán a la jefatura para verificar el cumplimiento de objetivos y metas establecidas.

La Tabla 4 muestra los indicadores críticos del sistema de gestión de calidad que se toman en cuenta para realizar las mediciones del sistema.

Tabla 4. Indicadores críticos del sistema de gestión de calidad del CC
(Manual de calidad, 2013, Pag. 23).

• Estudiantes inscritos en programas de formación práctica.
• Estudiantes que egresan de programas de formación práctica que cuentan con evaluación de competencias.
• Estudiantes inscritos en residencias de maestría.
• Estudiantes que egresan de residencias de maestría que cuentan con evaluación de competencias.
• Pacientes ingresados.
• Tiempo de espera para asignar tratamiento.
• Número de altas.
• Número de bajas.

3.1.6 Requisitos de estudiantes y usuarios del servicio psicológico del Centro Comunitario.

De acuerdo con el IMNC (2008), los requisitos, necesidades o expectativas de los estudiantes y usuarios, fueron definidos en el Manual de Calidad del CC como... *“El requisito primordial de los clientes del Centro es recibir una formación adecuada y suficiente para adquirir competencias para el trabajo profesional del psicólogo, así como de proporcionar una atención terapéutica, psicoeducativa o de promoción de la salud mental. A dichos requisitos se le suman los establecidos por la norma internacional ISO 9001:2008”* (Manual de calidad, 2013).

En el manual de calidad (2013), se definieron los requisitos solicitados por el cliente, estudiantes y usuarios, de la siguiente manera:

a) Requisitos solicitados por el estudiante:

- Conocer su plan de estudios y programas de trabajo.
- Contar con supervisión eficaz.
- Agotar el programa establecido.
- Adquirir las competencias profesionales.
- Recibir un trato digno y respetuoso.

b) Requisitos solicitados por el usuario del servicio:

- Conocer su plan de tratamiento.
- Recibir atención psicológica adecuada a su demanda.
- Tratamiento competente y profesional.
- Recibir un trato digno y respetuoso.

3.1.7 Procedimientos del Centro Comunitario

Paralelo al trabajo diagnóstico, el equipo asesor de la Facultad realizó más de 20 entrevistas al personal académico, administrativo, servicio social y estudiantes de grado y posgrado, con la finalidad conocer de forma detallada las actividades que desarrollan dentro del Centro Comunitario.

De acuerdo con la Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 (2013), se identificó y desarrolló cada procedimiento de forma específica, además se identificó a la personas responsables de los mismos. Las entrevistas realizadas sirvieron de base para la elaboración del manual de procedimientos, el cual se explica en la Fase 2.

3.1.8 Procesos del Centro Comunitario

De acuerdo con el documento de orientación del enfoque basado en procesos del IMNC (2003), el Centro Comunitario definió sus procesos con el objetivo de encontrar la forma más viable de organizar sus actividades de trabajo, buscando beneficiar tanto a estudiantes como a usuarios del servicio que se presta.

Como lo indica el manual de calidad (2013), el Centro Comunitario identificó los procesos para su gestión de calidad. Estableció los procesos necesarios, su secuencia e interacción, los cuales se indican en el Mapa de procesos del CC de la Figura 4.

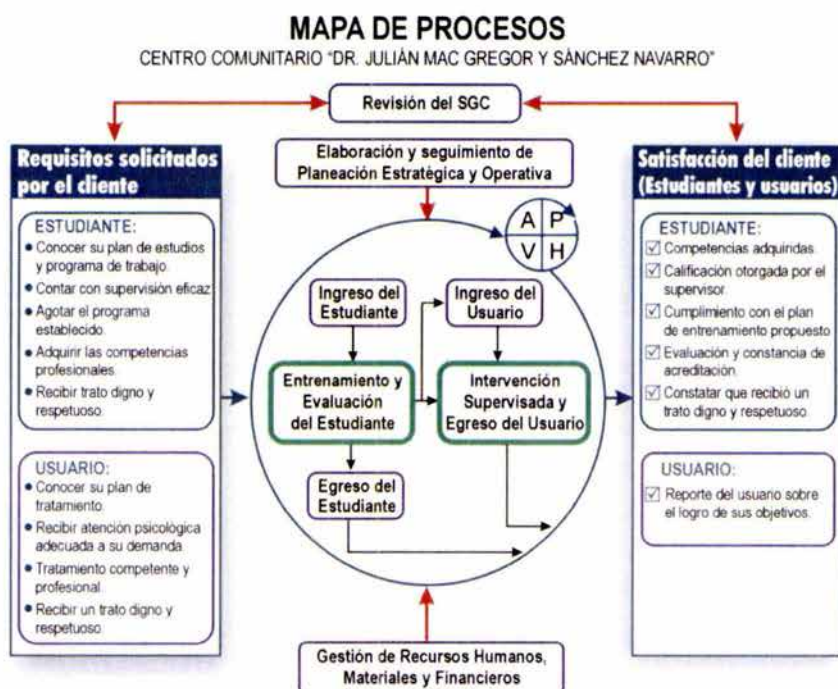


Figura 4. Mapa de procesos del Centro Comunitario (Adaptado del Manual de calidad, 2013).

En la Figura 4, se destacan dos procesos críticos para cumplir con la Misión y Visión del CC: "Entrenamiento y evaluación del Estudiante" y el de "Intervención Supervisada y Egreso del Usuario". Cada proceso está integrado por diferentes procedimientos que lo componen, por lo que un conjunto de procedimientos específicos respalda un proceso.

Así mismo, la Tabla 5 muestra cada proceso identificado en el Centro Comunitario, con los diferentes procedimientos que los componen.

Tabla 5. Procesos del Centro Comunitario

PROCESOS DEL CENTRO COMUNITARIO	
1. Elaboración y Seguimiento de la Planeación Estratégica y Operativa.	
➤ Procedimientos que lo componen:	
✓ Diseño y medición de Planeación Estratégica	
✓ Diseño y medición de Planeación Operativa	
2. Ingreso del Estudiante	
➤ Procedimientos que lo componen:	
✓ Registro del Programa de Formación Profesional Supervisada y/o Prácticas en Escenarios Especializados.	
✓ Inscripción al Programa de Formación Profesional Supervisada y/o Prácticas en Escenarios Especializados	
✓ Inscripción al Programa de Servicio Social	
3. Entrenamiento y Evaluación del Estudiante	
➤ Procedimientos que lo componen:	
✓ Supervisión del Estudiante	
✓ Evaluación del Estudiante	
4. Ingreso del Usuario.	
➤ Procedimientos que lo componen:	
✓ Solicitud de informes	
✓ Primera sesión clínica	
✓ Primera sesión de promoción de la salud mental	
✓ Primera sesión psicopedagógica	
5. Intervención Supervisada y Egreso del Usuario.	
➤ Procedimientos que lo componen:	
✓ Intervención clínica	
✓ Intervención psicopedagógica	
✓ Planeación y difusión de actividades de promoción de la salud mental	
✓ Talleres de promoción de la salud mental	
✓ Cobro de cuotas de recuperación	
✓ Alta/Baja del usuario	
6. Egreso del Estudiante.	
➤ Procedimientos que lo componen:	
✓ Satisfacción del Estudiante en su formación	
✓ Elaboración de constancias	

El manual de calidad del Centro 2013, (Pag.12-16), explica gráficamente la interacción de estos procesos y los procedimientos que los componen.

3.2 FASE 2.

Elaboración de la documentación e implantación del sistema de gestión de calidad (SGC)

Siguiendo la metodología "PHVA" propuesta por la Norma del IMNC (2008), en esta fase se fundamentaron e implantaron los procesos y se elaboró la documentación necesaria requerida por el SGC para su implantación en el Centro Comunitario de la siguiente forma:

- a) Elaboración de la documentación requerida por la norma para la implantación del SGC en el Centro Comunitario.
- b) Sensibilización al personal del Centro Comunitario.
- c) Puesta en marcha del sistema de gestión de calidad.

3.2.1 Documentación

Como lo recomienda Nava (2010), el CC realizó la documentación requerida por la norma de la siguiente manera: los procedimientos documentados requeridos y la documentación necesaria para asegurar la efectiva operación y control de los procesos.

De esta manera se elaboró la documentación requerida por el sistema de gestión de calidad, que según la norma ISO 9001:2008 del IMNC (2008), debe incluir:

- Política de calidad y objetivos de calidad (documentados).
- Manual de calidad.
- Manual de procedimientos y registros.
- Plan de calidad.

El Centro Comunitario, en colaboración con el equipo asesor de la facultad, desarrolló la documentación requerida por la Norma. Adicionalmente se realizaron otros documentos que se justificaron en el manual de calidad del CC como...*"fundamentales para llevar a cabo la tarea de entrenamiento/formación profesional y el Servicio Psicológico que presta el Centro"* (Manual de calidad 2013, Pag. 19).

La Tabla 6 muestra la lista de los principales documentos elaborados para el sistema de gestión de calidad del CC.

Tabla 6. Listado de documentos del Centro Comunitario

a) Manual de Calidad.
b) Manual de Organización
c) Manual de procedimientos
d) Procedimientos de Calidad (Anexo del manual de procedimientos).
e) Plan de Calidad.
f) Planeación estratégica.
g) Planeación Operativa.
h) Prontuario para la Certificación del SGC.
i) Guía para los procesos de auditoría y Certificación ISO 9000.

A continuación se describen estos documentos que integraron el sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario:

a) Manual de calidad del Centro Comunitario

De acuerdo con Senlle y Stoll (1994), en el manual de calidad se señala lo que hace el CC para alcanzar la calidad por medio de su sistema de gestión. En el manual de calidad (2013), se describe de manera general la política de calidad, la interacción de los procesos del sistema de gestión de calidad y la justificación de las exclusiones permitidas. Además contiene la descripción de la forma en que se dio respuesta a los requisitos o clausulado de la norma ISO 9001:2008.

La Tabla 7 muestra de forma general la estructura del manual de calidad, además de indicar algunos de los requisitos del clausulado de la norma de cada numeral, a los cuales el Centro Comunitario dio respuesta.

Tabla 7. Estructura del manual de calidad del Centro Comunitario.

1 Generalidades
<ul style="list-style-type: none"> • Se demostró la capacidad del CC para ofrecer sus servicios con calidad y obtener la satisfacción de estudiantes y usuarios. • Contiene el Alcance del sistema de gestión de calidad del CC. • Se muestran las exclusiones a los requisitos de la norma que no se aplican al CC.
1 Referencias normativas
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de referencia: ISO 9001:2008, NMX-CC-9000-IMNC-2008 y IWA 2:2007, NMX-CC-IMNC-2008. • Los ocho principios de la calidad. • Círculo de la calidad "Planear-hacer-verificar-actuar".
2 Términos y definiciones
<ul style="list-style-type: none"> • En este apartado se describen los términos y definiciones dados en la norma ISO 9001:2008, NMX-CC-9000-IMNC-2008.
3 Conformidades del Sistema de gestión de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinaron los procesos necesarios y su secuencia para la gestión del CC, mapa de procesos interacción de procesos. • Se integró la secuencia e interacción de los procedimientos de cada proceso. • Se establecieron siete procedimientos de calidad. • Se diseñó un plan de calidad (anexo al manual de calidad). • Se detectaron los procesos externos que son requeridos por el CC. • Se elaboró una tabla de productos de cada proceso y se establecieron sus características. • Se elaboraron documentos requeridos por el sistema de gestión de calidad: Manual de calidad, Manual de procedimientos, Planeación estratégica, Planeación operativa, Autoridad, Responsabilidad y Comunicación, Manual de Organización, etc.
4 Responsabilidad de la dirección (jefatura del Centro)
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinó la política de calidad. • Se desarrollaron los objetivos de calidad. • Se elaboró el Plan de Calidad. • Se tomaron las medidas necesarias para que el sistema no se vea afectado. • Se designó al representante de calidad y se establecieron sus atribuciones. • Se pusieron en marcha las formas de comunicación en el Centro. • Se revisó el sistema de gestión de calidad (Revisión por la jefatura).
5 Gestión de recursos
<ul style="list-style-type: none"> • La jefatura del CC tramita y proporciona los recursos necesarios para el CC. • Verifica que el personal tenga las competencias necesarias. • Toma las medidas necesarias para mantener la infraestructura. • Gestiona un ambiente adecuado de trabajo.
6 Realización del producto (servicio)
<ul style="list-style-type: none"> • Se planificó el servicio que se ofrece en el CC. • El sistema buscó que el estudiante adquiera las competencias básicas necesarias. • Se indicaron los servicios que brinda el CC. • Se determinaron los requisitos de estudiantes y usuarios. • Se determinaron los procesos necesarios para el servicio. • Se estableció la forma de comunicación con estudiantes y usuarios. • Se indicó la manera en que el CC realiza las compras y verifica productos adquiridos. • Se señaló cómo se controla la prestación del servicio en el CC. • Se identificó el servicio brindado en el CC y el mantenimiento de registros del mismo. • Se indicaron las formas de resguardo de la información de estudiantes y usuarios.

Tabla 7. (Continuación)

7 Medición, análisis y mejora
<ul style="list-style-type: none"> • Se establecieron las formas de medición de los procesos de trabajo. • Se estableció la satisfacción de estudiante y usuarios del CC. • Se formalizó la realización de auditorías internas. • Se formuló el seguimiento a los controles de calidad en procesos (Plan de calidad). • Se estableció la detección de productos no conformes (En estudiantes y usuarios). • Se determinó el análisis de los datos (satisfacción de estudiantes y usuarios, cumplimiento de objetivos de calidad, efectividad de procesos, etc.). • Se implementó la mejora (Acciones correctivas o preventivas realizadas por el CC para eliminar no conformidades detectadas en auditorías internas o reportes de fallas).

Como lo señala Carro y Carro (2008), la base del sistema de gestión de calidad del CC, está constituido por los ocho principios de la calidad. Por lo que se recomienda consultar el manual de calidad (2013) para conocer la totalidad las respuestas que se dieron a las cláusulas de la norma ISO 9001:2008.

b) Manual de Organización del Centro Comunitario

A los documentos básicos que solicita la Norma ISO 9001:2008, se agregó el manual de organización, el cual contiene el organigrama del Centro Comunitario (ANEXO 1) y los perfiles de puestos de su personal.

De acuerdo con Nava (2010), el manual de organización del CC especifica los requisitos, las competencias y características del personal que realiza las actividades que afectan la conformidad con los requisitos del servicio que prestan. Para comprobar que el personal ha adquirido el entrenamiento necesario, el CC recopila los comprobantes y registros necesarios de su educación, formación y entrenamiento.

Estos comprobantes forman parte de un expediente que contiene dichas evidencias, el cual determina de forma clara las capacidades de cada miembro. Además, como refieren estos autores, los registros servirán para presentarlos como evidencia de la educación, formación, habilidades y experiencia del personal del CC en una auditoría. La Tabla 8 señala los perfiles de puesto incluidos en el manual de organización del Centro Comunitario.

Tabla 8. Perfiles de puestos incluidos el manual de organización del CC.

• Jefa del Centro Comunitario.
• Secretaria Técnica.
• Profesora de formación en la práctica "Prevención y atención de la violencia en la pareja".
• Profesora de formación en la práctica "Psicología de la Educación: Enseñanza inicial de la lecto-escritura".
• Profesora de formación en la práctica "Introducción a la Terapia Gestalt.
• Profesor de formación en la práctica "Terapia narrativa".
• Profesor de formación en la práctica "Trabajando con los padres y los niños: Una intervención clínica conjunta".
• Profesor de formación en la práctica "Habilidades para la vida en adolescentes y padres".
• Profesor de formación en la práctica "Grupos de reflexión de mujeres".
• Profesor de formación en la práctica "Aprender a diagnosticar y solucionar problemas educativos en una escuela primaria"..
• Profesor de formación en la práctica "Terapia conductual basada en evidencia para el abordaje de ansiedad y depresión".
• Profesor de formación en la práctica "Programa cognitivo conductual para el tratamiento de trastornos alimenticios".
• Ayudante de profesor.
• Supervisora en sede: Maestría en Terapia Familiar.
• Supervisora en sede: Maestría en Psicología Escolar "Alcanzando el éxito en secundaria".
• Supervisora en sede: Maestría en Psicoterapia Infantil.
• Estudiante de maestría en Psicología Escolar.
• Estudiante de maestría en Psicoterapia del Adolescente.
• Estudiante de maestría en Terapia Familiar.
• Estudiante de maestría en Psicoterapia Infantil.
• Estudiante de formación en la práctica.
• Servicio social y tesista.
• Recepcionista.
• Intendencia y Mensajería.

En las Tablas 9 y 10 se describe uno de los perfiles de puesto que integran el manual de organización (2013), abordando las áreas recomendadas por estos autores: Educación, entrenamiento, habilidad, experiencia:

Tabla 9. Perfil del puesto: Supervisora en sede Maestría en Terapia Familiar (Datos tomados del manual de organización del Centro Comunitario, 2013).

Requerimientos y habilidades para el desempeño de Supervisora en sede: Maestría en Terapia Familiar.
✓ Sensibilidad y empatía para el trabajo comunitario.
✓ Experiencia docente.
✓ Experiencia en el manejo de grupo.
✓ Experiencia terapéutica en el tratamiento de familia y parejas.
✓ Experiencia en elaboración y aplicación de modelos de supervisión.
✓ Experiencia terapéutica con enfoque sistémico.
✓ Experiencia y habilidad de contención para alumnos en formación.

Los requerimientos de estudios, habilidades y experiencia están íntimamente ligados a las actividades de trabajo que son necesarias para este puesto. La tabla 10 señala las funciones que se requieren para este perfil.

Tabla 10. Actividades de trabajo para: Supervisora en sede Maestría en Terapia Familiar (Datos tomados del manual de organización del Centro Comunitario, 2013).

Actividades de trabajo:
• Supervisar y dar seguimiento a residentes.
• Realizar reportes de sesión.
• Realizar evaluación a residentes.
• Realizar expedientes de pacientes atendidos.
• Dar seguimiento a todos los casos atendidos.
• Analizar impacto emocional en la persona del terapeuta.
• Revisar técnicas con enfoque sistémico.

Este perfil de puesto tiene como objetivo brindar a los estudiantes las herramientas necesarias para realizar intervenciones individuales o familiares. El supervisor deberá cumplir con los conocimientos, habilidades y experiencia que se requiere para lograr este objetivo (Manual de organización, 2013).

El manual de organización 2013, se encuentra disponible para consulta en la oficina de la jefatura del CC.

c) Manual de procedimientos del Centro Comunitario

De acuerdo a Senlle y Stoll (1994), en este manual se describieron de forma clara los pasos consecutivos para iniciar, desarrollar y concluir una actividad. Se incluyeron los elementos técnicos a emplear, las condiciones requeridas, alcances y limitaciones fijadas, el personal que interviene, etc.

En el manual de procedimientos del Centro Comunitario (2013), se encuentran los procedimientos documentados más importantes que se realizan en el CC. Cada procedimiento contenido en este manual, proporciona información completa expresada de forma sencilla, de qué cosa hacer y cómo hacerla, además de quién es el responsable o dueño del procedimiento.

La Tabla 11 muestra los veintidós procedimientos operativos documentados en el manual de procedimientos, además del propósito fundamental que cumplen dentro de los procesos que se realizan en el Centro Comunitario. (Para mayor detalle de los mismos, se deberá consultar el Manual de procedimientos 2013, el cual se encuentra en la oficina de la jefatura del CC).

Tabla 11. Procedimientos operativos del Centro Comunitario.
(Datos tomados del Manual de procedimientos, 2013).

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DEL CENTRO COMUNITARIO	
1.	Diseño y medición de planeación estratégica: Contar con una herramienta que permita realizar, redefinir y evaluar periódicamente los planes de largo plazo de la organización, los cuales tienen una frontera de por lo menos dos años.
2.	Diseño y medición de planeación operativa: Contar con una herramienta que permita realizar, redefinir y evaluar periódicamente los planes de corto plazo.
3.	Registro del programa de formación profesional supervisada y/o prácticas en escenarios especializados: Registrar con la Coordinación de los Centros los programas de formación profesional supervisada y/o práctica en escenarios especializados del CC.
4.	Inscripción al programa de formación profesional supervisada y/o prácticas en escenarios especializados: Llevar a cabo la inscripción de los estudiantes interesados en los programas de prácticas que se imparten en el Centro Comunitario.
5.	Inscripción al programa de servicio social: Llevar a cabo la inscripción de los estudiantes interesados en los programas de servicio social que se imparten en el Centro Comunitario.
6.	Supervisión del estudiante: Proporcionar a los estudiantes una supervisión adecuada a su nivel de competencias iniciales, que le permita en forma gradual alcanzar los objetivos teóricos-prácticos del programa.
7.	Evaluación del estudiante: Tener un marco de referencia sobre las competencias que tienen los estudiantes que ingresan a un programa de formación profesional supervisada, prácticas en escenarios especializados o servicio social.
8.	Solicitud de informes: Permitir una atención oportuna a las y los solicitantes de los servicios del Centro Comunitario, posibilitando una atención equitativa a todos los casos.
9.	Primera sesión de promoción de la salud mental: Realizar actividades de promoción de la salud mental de acuerdo a las necesidades de la comunidad.
10.	Primera sesión clínica: Permitir una atención oportuna a las y los solicitantes del servicio terapéutico, posibilitando una atención equitativa en todos los casos.
11.	Primera sesión psicopedagógica: Dar atención oportuna a las y los solicitantes (niños y niñas) del servicio psicopedagógico.
12.	Intervención clínica: Realizar una intervención clínica al usuario o paciente con el fin de ayudarlo a encontrar solución al motivo de su consulta y aplicar el formato de satisfacción del usuario.
13.	Intervención psicopedagógica: Brindar intervención psicopedagógica a infantes con problemas de lecto-escritura.
14.	Planeación y difusión de actividades de promoción de la salud mental: Llevar a cabo la planeación y difusión de las actividades a realizar en el Centro Comunitario de acuerdo a las necesidades de la comunidad.
15.	Talleres de promoción de la salud mental: Llevar a cabo las actividades de promoción de la salud mental de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

Tabla 11. (Continuación)

16. Cobro de cuotas de recuperación: Realizar el cobro de las cuotas de recuperación de las actividades que realiza el Centro Comunitario.
17. Instructivo alta/baja del usuario: Finalizar el tratamiento del usuario que asistió a una intervención clínica.
18. Satisfacción del estudiante con su formación: Tener un registro de la satisfacción de los estudiantes que concluyeron algún programa en el Centro Comunitario.
19. Elaboración de constancias: Elaborar las constancias que se entregarán a los estudiantes que han concluido con su formación en la práctica.
20. Corte y entrega de cuotas de recuperación: Entregar las cuotas de recuperación de las actividades que realiza el Centro Comunitario.
21. Informe mensual estadístico: Realizar informe estadístico de lo realizado en el CC de acuerdo a lo reportado por cada uno de los psicólogos (profesores) del Centro Comunitario.
22. Gestión de recursos materiales: Realizar las peticiones a la Secretaría Administrativa de la Facultad, para el surtido del material necesario para el funcionamiento del CC.

Para una mejor comprensión de los mismos, cada uno de los procedimientos del manual cuenta con las instrucciones correspondientes con un diagrama de flujo adjunto. En el ANEXO 2 se adjunta uno de los procedimientos operativos desarrollados para el CC.

d) Procedimientos de Calidad del Centro Comunitario

Anexos al manual de procedimientos se encuentran los procedimientos de calidad, que de acuerdo a la Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 (2013), son procedimientos que aseguran la calidad del SGC del CC. Nava (2010) comenta que desde la perspectiva de la norma, es necesario documentar mínimo seis procedimientos que representen al sistema de calidad. La Tabla 12 describe estos procedimientos y su propósito dentro del sistema de gestión.

Tabla 12. Procedimientos de calidad del SGC del Centro Comunitario
(Con datos tomados del Manual de procedimientos, 2013).

PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD DEL CENTRO COMUNITARIO
Control y actualización de documentos: A través de este procedimiento se define cuales documentos afectan la calidad del producto. El propósito de este procedimiento de calidad es garantizar que los documentos de trabajo del CC, estén disponibles para la efectiva operación en los lugares donde son requeridos.
Control de registros: Este procedimiento define las evidencias de los resultados de los procesos. Garantiza el control, identificación y recuperación de los registros que muestran evidencia tanto de la conformidad con los requisitos como de la operación eficaz del SGC del CC.
Auditoría interna: Este procedimiento de calidad verifica el cumplimiento y mantenimiento integral del sistema de gestión de calidad en relación a la norma. Su finalidad es asegurar que el sistema es conforme con las disposiciones de la Norma ISO 9001:2008 y con los requisitos establecidos por el Centro Comunitario para el SGC. Identifica si el sistema es eficaz y verifica que se conservan los registros necesarios al realizar las actividades en el CC.

Tabla 12. (Continuación)

Acción correctiva: Proceso que logra la no recurrencia de defectos y se inicia la mejora. Su finalidad es implementar las acciones necesarias para solucionar las no conformidades, producto no conforme o fallas detectadas en el sistema de gestión de calidad y dar un oportuno seguimiento a la efectividad de las mismas.
Acción preventiva: Detecta las causas de potenciales inconformidades. El propósito de este procedimiento de calidad es anticipar posibles riesgos y situaciones no deseadas, para prevenir una no conformidad potencial u otra situación que afecte al sistema.
Revisión de la jefatura: Este procedimiento permite visualizar el funcionamiento del SGC y tomar las decisiones que permitan su mejora. Se efectúa a partir de la información recibida de las auditorías internas realizadas, estado de las acciones correctivas y preventivas, reportes de fallas, productos no conformes, retroalimentación de clientes (estudiantes o usuarios), etc. La finalidad es supervisar la implantación y efectividad del sistema de gestión de calidad y tomar las acciones necesarias para manejarlo.
Producto no conforme: Con este procedimiento se logra la detección y la corrección de los defectos en los procesos. Su intención es identificar y controlar el producto no conforme para prevenir su uso o entrega.

Para mayor detalle de los procedimientos de calidad, se deberá consultar el anexo que se incluye en manual de procedimientos del Centro (2013).

e) Plan de calidad del Centro Comunitario

De acuerdo con la norma española AENOR (2005), el plan de calidad del CC es un documento de orientación, se emplea desde los requisitos de los estudiantes y usuarios hasta la satisfacción de éstos.

El Plan de calidad del Centro (2013), señala como meta enfatizar y destacar las tareas y estrategias referentes al entrenamiento práctico-profesional de los estudiantes de la Facultad y al servicio psicológico que se presta a los usuarios que acuden al CC.

Refiere que alcanza los procesos de entrenamiento y evaluación del estudiante, la intervención supervisada y egreso del usuario. Su objetivo es enfocarse a las actividades relacionadas con el entrenamiento y las competencias que deberá adquirir el estudiante, además de la atención al usuario para que se cumplan de acuerdo a lo establecido (Plan de calidad, 2013).

Este plan requiere documentación fundamental para sus propósitos como: El programa académico de licenciatura y de posgrado emitido por la Facultad de Psicología, los

diversos Programas de formación profesional supervisada y formación en escenarios especializados, procedimientos operativos y de calidad del sistema, controles de cumplimiento de procesos, medición de competencias adquiridas por los alumnos en formación, medición de sesiones de atención al usuario, satisfacción de usuarios, etc. En el plan de calidad (2013), el CC definió los criterios de aceptación de las competencias adquiridas por los estudiantes para la conformidad en su formación práctica (Plan de calidad 2013, pag. 5). Los criterios se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13. Criterios de competencias adquiridas por los estudiantes.
(Con datos tomados del Plan de calidad del Centro, 2013)

Competencia	Definición operacional
Diseña entrevistas como herramienta para obtener información y evaluación de la situación.	Que el alumno sea capaz de diseñar una entrevista adecuada al contexto y al solicitante, con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Datos de identificación del solicitante. • Encuadre. • Motivo de consulta. • Antecedentes del problema. • Soluciones intentadas.
Lleva a cabo entrevistas para obtener información y evaluación de la situación.	Que el alumno sea capaz de llevar a cabo una entrevista inicial con el usuario con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Que tenga un buen rapport. • Enfocada al tema o propósito. • Que exista contacto visual con el entrevistado. • Un lenguaje adecuado. • Un buen manejo de tiempo. • Control de distractores. • Uso de silencios. • Buena proximidad.
Implementa una evaluación diagnóstica.	Que el alumno sea capaz de explorar: <ul style="list-style-type: none"> • El motivo manifiesto de consulta. • Tiempo de inicio de los síntomas. • Situaciones que agudizan el síntoma. • Tratamientos anteriores. • Descripción familiar. • Aspectos intelectuales. • Aspectos emocionales. • Principales conflictos. • Áreas libres de conflicto. • Hipótesis diagnóstica.
Empatía.	Que el alumno sea capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Comprender las emociones, vivencias y experiencias de la persona que atiende. • Comunicar la comprensión.
Implementa programas de intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Que el estudiante sea capaz de implementar y/o diseñar los diversos programas de intervención para las necesidades del usuario.

Tabla 13. (Continuación)

Integra expedientes o portafolios de los usuarios atendidos.	Que el alumno sea capaz de integrar un expediente o portafolios con los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de admisión. • Consentimiento informado. • Estudio socio económico. • Evaluación diagnóstica. • Reportes de sesión o actividades. • Alta/baja del paciente. • Referencia (en su caso).
Elabora reportes profesionales para informar a las personas interesadas sobre la situación psicológica observada.	Que el alumno sea capaz de elaborar reportes que contengan: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del estudiante/terapeuta. • Ficha de identificación del usuario. • Motivo de la intervención. • Periodo de la intervención. • Instrumentos utilizados. • Técnicas de intervención aplicadas. • Resultados. • Recomendaciones.

En el Plan de calidad (2013, Cláusula 8.2), se establecieron los criterios de aceptación para el aprendizaje práctico del estudiante y para el alcance de las metas terapéuticas del usuario como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14. Criterios de aceptación para estudiantes y usuarios.
(Tomado del Plan de Calidad del Centro, 2013).

En el caso del estudiante:
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de las competencias básicas planteadas en un nivel de logro Intermedio o Avanzado, documentadas en el formato "Escala para valorar competencias" (ANEXO 3).
<ul style="list-style-type: none"> • Obtención de un grado bueno a excelente en la evaluación del supervisor reportado en el formato "Retroalimentación del estudiante" (ANEXO 4).
<ul style="list-style-type: none"> • Reportar estar satisfecho o muy satisfecho en el formato "Satisfacción de estudiantes en su formación" (ANEXO 5).
En el caso del usuario:
<ul style="list-style-type: none"> • Alcance de las metas terapéuticas en grado suficiente documentado en el formato "Alta/baja y seguimiento" (ANEXO 6).
<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de satisfacción del usuario como satisfecho, en el formato "Satisfacción de usuarios" (ANEXO 7).

Así mismo, este Plan contiene una tabla de control de procesos, cuyo objetivo es controlar y medir los procesos del Centro, la cual consta de la siguiente información:

- Nombre del proceso o procedimiento a ser controlado.
- Característica que se controlará.
- Control que se aplicará.
- Criterio de medición que se aplicará.
- Criterio que se utilizará para su aceptación.
- Responsable del control.
- Fecha en que se realizará el control.

La Tabla 15, muestra los controles de calidad realizados al proceso "Entrenamiento y evaluación del estudiante" del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario. La tabla completa de control de procesos se adjunta en el ANEXO 8.

Tabla 15. Fragmento tabla de control de procesos (Tomada de Plan de calidad del Centro, 2013).

Proceso	Procedimiento	Característica de calidad a ser controlada	Controles	Criterios de medición	Criterios de aceptación	Responsable	Fecha de control
ENTRENAMIENTO Y EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE	CCMG06	Retroalimentación del estudiante (supervisión)	Verificar a través del formato Retroalimentación del estudiante, el desempeño de las habilidades supervisadas	Desempeño del estudiante supervisado 10-19 Deficiente 20-29 Regular 30-39 Bueno 40-50 Excelente	Desempeño del estudiante: Bueno o Excelente	Responsable del programa	Semestral
	CCMG07	Evaluación(es) del estudiante	Escala de competencias: Verificar a través de la escala para valorar competencias el grado de logro alcanzado por el estudiante.	Puntaje obtenido en las 7 competencias básicas planteadas 7 Por debajo del básico 8-14 Básico 15-21 Intermedio 22-28 Avanzado	100% de alumnos con 3 evaluaciones: inicial, seguimiento y final, Alumno con competencias adquiridas: Puntaje de la evaluación final > o = a 15. Producto no conforme: Puntaje de la evaluación menor a 15	Responsable del programa	A lo mes de iniciado el programa en el segundo semestre y al finalizar el programa.

Como indica la norma española AENOR (2005), el plan de calidad del CC hace referencia a partes de su manual de calidad o a sus procedimientos documentados. Este Plan se encuentra en la oficina de la jefatura del Centro Comunitario para su consulta.

f) Planeación estratégica del Centro Comunitario

La planeación estratégica del CC responde al Plan de desarrollo de la Facultad de Psicología en lo referente al Objetivo 1.1.2.1., el cual propone...“*Implantar procedimientos y escenarios que garanticen la enseñanza práctica contenida en el Plan de Estudios de la Licenciatura 2008*” (Plan de Desarrollo, 2010).

Para cumplir con este objetivo, el CC se dio a la tarea de diseñar un proyecto a cinco años, para satisfacer las expectativas establecidas. Como lo propone Ojeda (2013), para la realización de la planeación estratégica, se llevó a cabo un análisis estratégico utilizando la herramienta FODA, la cual nos permitió tener un diagnóstico de nuestras fortalezas y debilidades, así como nuestras posibilidades y amenazas.

Este análisis consistió en realizar una evaluación de las fortalezas y debilidades que se identificaron en el CC, de esta manera se reconocieron las oportunidades y las amenazas con sus riesgos potenciales. Como sostiene Ponce (2007), el FODA permitió obtener una perspectiva general de la situación del CC, por lo que una vez obtenidos los resultados, éstos se evaluaron y se elaboraron las estrategias a implementar. La Tabla 16 plasma los resultados del análisis FODA realizado al Centro Comunitario:

Tabla 16. Análisis FODA del CC (Tomada del documento Planeación estratégica del Centro, 2012).

FORTALEZAS	CARACTERÍSTICAS QUE LAS DISTINGUEN
Experiencia de 10 años en la implantación de programas de formación teórico-práctica, cuyo objetivo es desarrollar habilidades profesionales.	Durante 10 años los profesores del Centro Comunitario han profundizado en líneas de formación teórico-práctica de estudiantes en diversos campos de la psicología. Los programas incluyen un área teórica y un trabajo práctico con la comunidad.
Se ha implantado un tipo de supervisión gradual de estudiantes dividido en 2 fases.	Las fases de la supervisión de estudiantes son: 1. Simulación de casos. Se ponen en práctica técnicas y estrategias de trabajo a través de escenificación de casos ficticios. 2. Intervención en la comunidad a) Modelamiento: los estudiantes observan a su profesor en intervenciones reales. b) Co-participación: El estudiante interviene en tareas específicas con apoyo del profesor responsable. c) Moldeamiento: el estudiante toma a su cargo la intervención; el profesor apoya, supervisa y retroalimenta.
Experiencia de más de 30 años en el trabajo comunitario.	Un gran número de usuarios externos de la comunidad acuden a solicitar el servicio. Manifiestan confianza en la calidad de la atención que se les brinda en el Centro Comunitario.

Tabla 16. (Continuación)

DEBILIDADES	POSIBLES CAUSAS
No existe un sistema de evaluación por competencias del estudiante que garantice el desarrollo de habilidades profesionales.	Cada profesor realiza la evaluación de su programa. No en todos los programas se especifican las habilidades a desarrollar. No hay criterios de medición sistemáticos que permitan hacer comparaciones.
No existe un modelo de supervisión de estudiantes que permita determinar el método, estrategias, técnicas y resultados de la supervisión.	Los profesores supervisan siguiendo las 2 fases mencionadas en el apartado de fortalezas pero no documentan ni el desarrollo ni los resultados de la misma.
Los expedientes de los usuarios no se encuentran completos.	No existe una cultura de llenado y revisión de expedientes acorde a los procedimientos del centro.
No existen documentos institucionales completos y sistematizados en los que se detalle la organización y funcionamiento del Centro Comunitario.	No se ha instaurado entre el personal del Centro Comunitario la cultura de la documentación.
AMENAZAS	RIESGOS POTENCIALES
Que no haya claridad en las competencias que se quiere desarrollar en los estudiantes y en cómo medirlas.	Que se desarrollen competencias que no sean las pertinentes para el ejercicio profesional del psicólogo. Al no tener mediciones confiables no se puede establecer un proceso de mejora continua.
Que no exista documentación que permita garantizar la supervisión de los estudiantes.	No contar con parámetros de comparación que nos permita determinar el modelo de supervisión más adecuado para los estudiantes.
Que los usuarios externos no reciban atención de calidad.	Tener listas de pre-registro que rebasen nuestra capacidad de atención y que los usuarios no se atiendan con la celeridad que requieren. Que no se encuentren en los expedientes los documentos que nos permitan verificar el proceso de atención.
Que al no existir documentación sistematizada sobre el CC no se tenga control sobre los procedimientos, ni claridad en los procesos.	No poder verificar el logro de los objetivos de la organización, ni poder determinar las áreas de mejora.
OPORTUNIDADES	ÁREAS POTENCIALES DE DESARROLLO
Desarrollar un sistema de evaluación por competencias del estudiante que responda a las necesidades de los estudiantes en formación.	Vincular el sistema de evaluación por competencias con materias de las áreas clínica, educativa y social del Plan de estudios 2008. Contar con instrumentos que permitan al profesor la medición de las competencias adquiridas por los estudiantes.
La implementación de un modelo de supervisión para estudiantes a través de instrumentos de medición, permitirá al profesor identificar de forma gradual el nivel de competencias adquiridas por los alumnos, así como debilidades y fortalezas en sus programas de trabajo.	Ofrecer al estudiante de forma directa y específica una retroalimentación sistematizada a lo largo del proceso de formación. Identificar puntos de mejora en los programas de formación de estudiantes.
Identificar nuestra capacidad de atención del usuario a través de análisis estadísticos y de un mejor control en nuestra lista de espera.	Sistematización en nuestros procedimientos de atención a usuarios. Mejora en la integración de expedientes. Análisis de datos estadísticos. Cierre oportuno de nuestra lista de espera. etc., son puntos clave en la mejora en la atención a los usuarios del Centro Comunitario.
Introducir en la organización una cultura de calidad a través de implantar un sistema de gestión de calidad que responda a las necesidades de nuestros clientes externos e internos.	Elaborar documentación sistematizada sobre los procesos y procedimientos de la organización. Tener control sobre los procedimientos. Documentar las fallas, tomar las acciones correctivas y preventivas pertinentes. Entrar en un proceso de mejora continua a través de las mejores prácticas administrativas.

Una vez realizado este análisis, el documento planeación estratégica del Centro Comunitario concluye que...

"Entre nuestras fortalezas podemos mencionar que tenemos vasta experiencia en la formación práctica de alumnos y un trabajo en la comunidad que nos ha valido la confianza de la misma; sin embargo, algunas de nuestras debilidades son no tener un sistema confiable de evaluación y supervisión de alumnos, no tener registros completos de los procesos de atención a usuarios ni documentación sistematizada de la organización. Un riesgo posible es no tener parámetros claros ni registros confiables que nos ayuden a perfeccionar o corregir nuestro quehacer. La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad se presenta como una oportunidad de organizar y sistematizar nuestro trabajo de tal suerte que logremos un proceso de mejora continua." (Planeación Estratégica del Centro, 2012).

La Tabla 17 concentra los cuatro programas básicos de la planeación estratégica del CC elaborados a partir de los resultados obtenidos del análisis del FODA.

Tabla 17. Programas de la Planeación estratégica.
(Datos tomados de Planeación Estratégica del Centro, 2012).

<p>1. El programa para el desarrollo del sistema de evaluación de competencias del estudiante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Asegurar el aprendizaje de habilidades y competencias profesionales que han sido definidas en el Programa Académico de Licenciatura y Posgrado y en los programas de Formación en la Práctica y Servicio Social. ➤ Estrategias: ✓ Elaborar programas de formación en la práctica que respondan a las competencias propuestas en las materias del currículo de los últimos semestres en el Plan de Estudios 2008. ✓ Proponer programas que desarrollen competencias básicas del psicólogo en su práctica profesional. ✓ Proponer programas que desarrollen competencias específicas en áreas particulares
<p>2. El programa para el desarrollo de un modelo de supervisión de la práctica profesional del estudiante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Asegurar que los estudiantes en etapa de práctica profesional cuentan con la guía, el acompañamiento, la supervisión y retroalimentación necesaria para establecer en el estudiante competencias técnicas y actitudes de responsabilidad y ética profesional. ➤ Estrategias: ✓ Elaborar instrumentos de medición de competencias básicas. ✓ Elaborar instrumentos de medición de competencias específicas por programa. ✓ Desarrollar un documento de "Evaluación de competencias de alumnos de Formación en la práctica en el Centro Comunitario". ✓ Desarrollar un instrumento básico de supervisión del alumno. ✓ Desarrollar instrumentos específicos de supervisión por programa. ✓ Desarrollar el Documento "Supervisión de alumnos en la formación en la práctica".

Tabla 17. (Continuación)

3. El programa de atención con calidad a usuarios que solicitan el servicio fundamentalmente en el área clínica y educativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Incrementar la eficacia del servicio terapéutico, psicoeducativo y de promoción de la salud mental. ➤ Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de bases de datos por servicio. ✓ Limitar el acceso a la lista de pre registro con base en la capacidad de atención. ✓ Seguimiento y análisis de la satisfacción del usuario.
4. El programa de calidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo: Asegurar que el producto educativo y terapéutico que ofrece el Centro Comunitario a sus beneficiarios directos e indirectos cumple con las expectativas de aquellos y con los lineamientos establecidos por las divisiones académicas y la coordinación de nuestros Centros. Así mismo, contar con las mejores prácticas administrativas y la Certificación de Calidad, correspondientes. ➤ Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contratar una asesoría especializada para la implantación del programa de calidad. ✓ Capacitar al personal en la cultura de calidad. ✓ Capacitación al personal de las normas ISO 9000. ✓ Establecimiento de un comité de calidad.

En el documento Planeación Estratégica del Centro (2012), se encuentran las actividades de trabajo a desarrollar para alcanzar los objetivos propuestos, así como las metas y las fechas de verificación de las mismas.

g) Planeación operativa del Centro Comunitario

El documento Planeación Operativa del Centro (2012), se realizó para diferentes tareas que se llevan a cabo en la institución, se proyectó a corto plazo, ya que su objetivo fue alcanzar metas específicas. La Tabla 18 contiene las acciones que se programaron para el CC.

Tabla 18. Tareas de la Planeación Operativa programadas por el Centro Comunitario. (Datos tomados del documento Planeación Operativa del Centro 2012).

1. Sistema de gestión de calidad:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración de planeaciones, cuyo objetivo es verificar el cumplimiento de la Norma. ➤ Capacitación, su meta es asegurar la integridad del sistema de gestión de calidad. ➤ Elaboración y actualización de documentos del sistema de gestión de calidad. ➤ Reunión del comité de calidad, cuyo objetivo es proporcionar el seguimiento al sistema de gestión de calidad, análisis de fallas y el seguimiento de auditorías internas y revisiones.

Tabla 18. (Continuación)

e) Evaluación de competencias
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunicación de actividades para dar a conocer a los estudiantes su plan de trabajo. ➤ Evaluación inicial, su objetivo es evaluar las competencias con las que el estudiante ingresa al CC. ➤ Evaluación intermedia, la cual identifica el avance en las competencias adquiridas del estudiante y su oportunidad de mejora. ➤ Evaluación final, cuyo objetivo es identificar la adquisición de competencias adquiridas por el estudiante al final del programa. ➤ Entrega de constancias a estudiantes que hayan concluido algún programa de formación en la práctica. ➤ Entrega de formato de satisfacción a estudiantes, para tener los registros de la satisfacción de los estudiantes con su formación.
f) Atención a usuarios
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer el periodo de registro de solicitantes del servicio, cuyo objetivo es identificar la capacidad de atención del Centro Comunitario. ➤ Establecer la capacidad de atención por grupos de edad.
g) Administrativo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestionar recursos, cuyo fin es obtener recursos materiales para la operación del Centro Comunitario. ➤ Registro y entrega de cuotas de recuperación, para asegurar que las cuotas aplicadas se entreguen a la Secretaría Administrativa en tiempo y forma.

Las actividades, metas, fechas y responsables de cada actividad se encuentran en el documento Planeación Operativa del Centro 2012.

h) Prontuario del SGC del Centro Comunitario

Este documento es un brevario de los distintos aspectos que componen el sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario, fue elaborado para el uso de su personal con responsabilidades académicas, administrativas y de atención (Prontuario, 2012). La Tabla 19, contiene los elementos que describe brevemente este prontuario.

Tabla 19. Principales elementos que describe el Prontuario del sistema de gestión de calidad.

• La misión, visión y valores del Centro Comunitario.
• La política y objetivos de calidad.
• Breve explicación del sistema de gestión de calidad y su enfoque de procesos.
• Documentos con los que cuenta el Centro Comunitario.
• Definición de calidad y una pequeña descripción de los ocho principios de la calidad.
• Comité de calidad.
• Procedimiento de Auditorías internas y certificación.
• Acciones correctivas y preventivas.
• Glosario de términos, etc.

i) Guía para los procesos de auditoría y Certificación ISO 9000

Este documento es la versión 2 del prontuario del CC, contiene básicamente las mismas descripciones de los términos del sistema de gestión de calidad del Centro incluidas en la versión anterior. Adicionalmente se muestran los siguientes elementos:

- Mapa de procesos del Centro Comunitario.
- Diagramas de flujo de los principales procedimientos de trabajo.
- Tabla de competencias básicas del estudiante.

La función de esta Guía es la de ofrecer al usuario los elementos básicos del sistema de gestión de calidad y los componentes que afectan la calidad de los servicios que ofrece el Centro (Guía para los procesos de auditoría y Certificación ISO 9000, 2013).

De acuerdo al Manual de Calidad del Centro (2013), en su cláusula 4.2.3, todos los documentos arriba indicados deberán controlarse. El manual de procedimientos del Centro 2013, cuenta con un procedimiento de calidad para dicho fin "Control y Actualización de Documentos" (clave PC01). Además se estableció un listado de documentos (Clave: CCMG_LIST_DOC), que contiene los documentos que son utilizados en el sistema de gestión de calidad del CC. La Tabla 20 muestra el listado de documentos que son parte del SGC con la clave correspondiente para su control dentro del sistema de gestión de calidad.

Tabla 20. Listado de documentos del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE EN EL SISTEMA
Manual de Calidad	MC/CCMG-12
Manual de Organización	MO/CC-12
Manual de Procedimientos	MP/CC-12
Procedimientos de Calidad (Anexo del manual de procedimientos)	MP/CC-12
Plan de Calidad	PLC/CC-12
Planeación estratégica	PE/CCMG/01
Planeación Operativa	PO/CCMG/01
Prontuario para la Certificación del SGC	N/A
Guía para los procesos de auditoría y Certificación ISO 9000	N/A
Ley Orgánica de la UNAM	N/A
Programas Académicos y Planes de estudio emitidos por la UNAM	N/A
Código ético del Psicólogo	N/A
Norma Mexicana ISO-9001:2008	NMX-CC-9001-IMNC-2008
Directorio de instituciones del Centro	DIC/CCMG/01
Lineamientos Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"	CCMG_LIN_MAC

a) Otros documentos del sistema:**▪ Formatos**

Son documentos con características y funciones específicas, se utilizan en diversas actividades que se llevan a cabo dentro de la institución. Entre su documentación, el CC cuenta con múltiples formatos, los cuales forman parte de los procesos de su sistema de gestión de calidad. Cada formato se convertirá en un registro del sistema, una vez que sea completado con la información requerida (Nava, 2010).

▪ Registros

De acuerdo con los fundamentos y vocabulario de la norma IMNC (2008), un registro es un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas dentro del Centro Comunitario.

Dado a que la Norma solicita registrar lo sucedido durante la realización de los procesos del SGC, el Centro Comunitario utiliza los formatos que, una vez llenados con la información requerida, se convertirán en registros, los cuales serán la evidencia de la calidad del producto y de su cumplimiento.

El CC cuenta con un conjunto de registros, los cuales son el resultado de los diferentes procesos que integran su sistema de gestión de calidad. Conforme a lo que señala Nava (2010), se cuenta con los siguientes registros requeridos por la norma:

- Revisión por la Jefatura del Centro.
- Educación, formación, habilidades y experiencia de su personal.
- Resultados de auditorías internas realizadas en el Centro.
- Evidencias de conformidad del producto.
- Registro de no conformidades detectadas en las auditorías internas y las acciones correctivas tomadas.
- Resultados de acciones correctivas implementadas, etc.

En las Tablas 21.a y 21.b se enlistan, tanto los registros operativos como los de calidad y su clave correspondiente dentro el sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario.

Tabla 21.a Registros de procedimientos operativos del CC y su clave dentro del SGC.

REGISTROS DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DEL CC			
Nombre del formato o registro	Clave	Nombre del formato o registro	Clave
Retroalimentación del estudiante	RETRO/CCMG/01	Impresiones del cartel o volante	N/A
Expediente del estudiante	N/A	Asignación de espacios	N/A
Examen de conocimientos	EVAC/CCMG/01	Carta descriptiva	CADES/CCMG/01
Escala para valorar competencias	ESCOMP/CCMG/01	Retroalimentación del estudiante	RETRO/CCMG/01
Programa de trabajo	PTRAB/CCMG/01	Definiciones oper. de las competencias	DEFCOMP/CCMG/01
Pre registro	PR/RG/01	Escala para valorar competencias	LCESCOMP/CCMG/01
Base de datos del pre-registro	BPR/CCMG/02	Registro de cuotas de recuperación	RGRE/CCMG/01
Registro de asistentes	RG/CCMG/01	Contra recibo	N/A
Expediente del usuario	EXPUS/CCMG/01	Alta/baja y seguimiento	ALBA/CCMG/01
Orden de pago	ORDENCCMG/01	Satisfacción de estudiantes en formación	SAS/CCMG/01
Camet	CA/CCMG/01	Análisis estadístico de las evaluaciones	AEST/CCMG/01
Ficha de admisión	FA/CCMG/01	Lista de estudiantes horas	LISTEH/CCMG/01
Estudio socioeconómico	EST/CCMG/01	Constancias	N/A
Consentimiento informado	CI/CCMG/01	Copia de Oficio de cuotas	N/A
Formato de referencia a otras instituciones	REF/CCMG/01	Informe mensual estadístico	IMES/CCMG/01
Consentimiento informado para tutores	CIN/CCMG/01	Reporte mensual	RPM/CCMG/01
Ficha de admisión menores	FA/CCMG/01	Solicitud única de compra	N/A
Entrevista Psicopedagógica Inicial	ESE/CCMG/01	Vale de salida del almacén	N/A
Reporte de sesión clínica	RESC/CCMG/01	Solicitud de transporte	N/A
Evaluación diagnóstica	EVAL/CCMG/01	Control de procesos externos	PROEX/CCMG/01
Satisfacción de usuarios	FORSA/CCMG/01	Validación del programa de prácticas	VALPRAC/CCMG/01
Satisfacción de usuarios (Talleres prom. SM)	SUT/CCMG/01	Verificación de estudiante inscrito	VEREST/CCMG/01
Portafolio	PORT/CCMG/01	Desempeño del estudiante del Serv. social	DESS/CCMG/01

Tabla 21.b Registros de procedimientos de calidad del CC y su clave dentro del SGC.

REGISTROS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD DEL CC			
Nombre del formato o registro	Clave	Nombre del formato o registro	Clave
Control de documentos	CDOC/CCMG/01	Formato de ingreso a archivo muerto	AMUERT/CCMG/01
Bitácora de cambios	BCAM/CCMG/01	Formato de eliminación de registros	ELIR/CCMG/01
Plan anual de auditoría	CCMG_PAUAJINT-1	Formato de falla	CCMG_FALLAS
Plan de auditoría	CCMG_PLANAUD0212-1	Formato de no conformidad	CONF/CCMG/01
Lista de asistencia	CCMG_LISTSGC	Revisión por la jefatura	CCMG_REVJEF
Guía para la entrevista de la auditoría int.	CCMG_GUIAAUDIT-1	Calendario de auditoría	CALAU/CCMG/01
Informe de auditoría	CCMG_INFAUDIT	Registro del producto no conforme	REGPNC/CCMG/01
Acciones preventivas y correctivas	CCMG_ACCORRECTIVAS	Registro de acción preventiva	REGAP/CCMG/01
Listado de registro por área	CCMG_LIST_REGIST		

El manual de calidad del Centro (2013), en su cláusula 4.2.4, señala que los registros proporcionan evidencia de las actividades desempeñadas en la operación del SGC, por lo que deberán controlarse a través del procedimiento de calidad "Control de registros". El listado de registros del CC (Clave: CCMG_LIST_REGIST) indica la clave y la fecha de emisión de cada uno de ellos para su perfecta identificación.

Los documentos y registros que integran el sistema de gestión de calidad, se encuentran bajo resguardo de la oficina de la jefatura del CC para su consulta.

3.2.2 Sensibilización al personal del Centro Comunitario

Una vez realizadas las primeras versiones de los manuales, formatos y documentos del sistema, el comité de calidad, la jefatura del Centro Comunitario y el equipo asesor de la facultad, dieron a conocer los detalles de la implementación del sistema de gestión de calidad a todo su personal.

En esta etapa y como lo aconseja Vázquez (2004), se realizaron diferentes actividades grupales y talleres, en los que participaron los miembros del CC seleccionados para este proyecto, además del personal académico, administrativo, estudiantes de formación en la práctica y residencias de maestría. Se efectuaron talleres de capacitación, sensibilización y reuniones de trabajo con el equipo asesor de la Facultad, con el objeto de brindar formación al personal en el conocimiento de la Norma y del sistema de gestión de calidad.

Los temas abordados en estas reuniones de capacitación y sensibilización con los miembros de la organización fueron los siguientes:

- Exposición de conceptos y terminología relacionados al SGC.
- Explicación de la norma ISO 9001:2008.
- Presentación de manuales del sistema.
- Explicación de procedimientos y procesos de trabajo del Centro Comunitario.
- Presentación de nuevos formatos del sistema.
- Presentación del comité de calidad del CC (Miembros del comité de calidad, Representante de calidad, auditores).
- Funciones del comité de calidad.

Dichas capacitaciones y reuniones de trabajo tuvieron lugar prácticamente desde el inicio del proyecto de implantación y continuaron durante todo el proceso, hasta la certificación. La tabla 22, muestra el calendario de las mismas.

Tabla 22. Reuniones de sensibilización y capacitación con el personal del CC.
(Datos tomados de la bitácora de implantación del SGC).

Reunión o junta de trabajo	Asistentes	Lugar y fecha
Reunión de sensibilización al SGC del CC.	Equipo asesor de la Facultad y personal académico del CC.	Centro Comunitario: 4 de octubre de 2011.
Reunión con personal del CC: Avances de la implantación del sistema y puesta en operación.	Personal académico, equipo del CC.	Centro Comunitario: 26 de enero de 2012.
Reunión de sensibilización sobre el SGC. Presentación del comité de calidad	Personal académico, comité de calidad y jefa del CC, equipo asesor de la facultad.	Centro Comunitario: 22 de marzo de 2012.
Reunión de sensibilización sobre el sistema de gestión de calidad.	Estudiantes en formación, comité de calidad y jefa del CC.	Centro Comunitario: 27 de marzo de 2012.
Reunión de sensibilización sobre el sistema de gestión de calidad.	Comité de calidad, personal académico y estudiantes del área psicoeducativa y Jefa del CC.	Centro Comunitario: 27 de marzo de 2012.
Reunión de sensibilización sobre el sistema de gestión de calidad.	Estudiantes de la Residencia en Psicoterapia de adolescentes, comité de calidad y jefa del CC.	Centro Comunitario: 27 de marzo de 2012.
Reunión de sensibilización sobre SGC Personal administrativo.	Personal administrativo, comité de calidad y jefa del CC.	Centro Comunitario: 29 de marzo de 2012.
Información acerca de avances y acciones a seguir sobre la puesta en marcha del SGC.	Equipo asesor, jefas de los Centros y comité de calidad.	Facultad de Psicología: 16 de abril de 2012.
Inducción al SGC del CC e información de acciones implementadas.	Equipo asesor de la Facultad, comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario: 21 de junio de 2012
Reunión para informar sobre acciones implementadas	Comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario: 1 de agosto de 2012
Reunión de trabajo de inducción al sistema de gestión de calidad	Equipo asesor de la Facultad, comité de calidad y personal académico del CC.	Facultad de Psicología: 10 de agosto de 2012
Propuestas para la evaluación de estudiantes en formación	Comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario: 17 de agosto de 2012
Inducción al sistema de gestión de calidad del CC.	Equipo asesor de la Facultad, comité de calidad y estudiantes del Centro.	Centro Comunitario: 22 de agosto de 2012
Revisión de propuestas para evaluación de estudiantes	Comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario: 23 de agosto de 2012
Reunión de trabajo con supervisores de maestrías.	Director de la Facultad y equipo asesor	Facultad de Psicología 15 de octubre de 2012
Información sobre puntos específicos del sistema de gestión de calidad del CC.	Comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario 15 de octubre de 2012
Información de acciones correctivas implementadas en el sistema del CC.	Comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario 30 de noviembre de 2012
Información sobre auditorías externas de certificación y acciones a seguir.	Comité de calidad y personal académico del CC.	Centro Comunitario 25 de enero de 2013

3.2.3 Puesta en marcha del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario

Una vez que todos los documentos del sistema en sus primeras versiones estuvieron aprobados y como lo indica la Guía para los procesos de Auditoría y Certificación ISO 9000 (2013), el sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario comenzó su operación. Las acciones emprendidas para este fin, consistieron en ofrecer información a todo su personal. Se mostró la documentación elaborada y se realizó la difusión necesaria dentro de las instalaciones de la organización de elementos del sistema como: política de calidad, objetivos de calidad, misión y visión del CC, etc.

La puesta en marcha del sistema cumplió con las metas programadas en el cronograma de actividades de la implantación, ya que su operación inició a finales del mes de enero de 2012 como estaba planteado. Durante su desarrollo, la Jefatura del Centro Comunitario formó un comité de calidad, el cual se describe a continuación:

a) Comité de calidad

Como lo señala el documento nombramiento del comité de calidad CCMG_NOMCCALD, y en cumplimiento con el requisito 5.5.2 de la norma IMNC (2008), el CC designó un comité de calidad para los efectos de implantación, seguimiento y evaluación del Proyecto.

A partir del 1 de marzo del 2012, a tres miembros del centro comunitario, entre ellos al que suscribe este informe, se les otorgó el nombramiento como "Integrantes del comité de calidad" para efectos del sistema de gestión de calidad. Entre las funciones del comité de calidad, el nombramiento señala las siguientes:

- Revisar a intervalos definidos el sistema de gestión de calidad.
- Aportación de ideas para solucionar los problemas y definición de acciones correctivas y preventivas.
- Fomentar la participación y modelar a los integrantes del equipo de mejora para cumplir con los compromisos del plan.
- Identificar áreas de oportunidad.

De acuerdo a Senlle y Stoll (1994), el comité de calidad tendrá la responsabilidad de asumir una buena parte del protagonismo en el desarrollo de la calidad en el CC.

Adicionalmente a la responsabilidad del comité, el que suscribe este informe, se le nombró "Representante de la Jefatura para la Calidad", en cumplimiento con el requisito 5.5.2 de la norma (IMNC, 2008).

b) Representante de la jefatura

Como lo indica Nava (2010), la jefatura del CC designó al representante de la jefatura para la calidad, el cual será el responsable de asegurar que el sistema de gestión de calidad se implanta y se mantiene de acuerdo a los requisitos requeridos por el Centro Comunitario.

De acuerdo con el nombramiento CCMG_MOMRC y para efectos del SGC, el representante de la calidad cuenta con la autoridad para:

- Asegurar que el sistema de gestión calidad es implantado y mantenido.
- Reportar a la jefatura del Centro Comunitario sobre la operación del SGC, incluyendo las necesidades de mejora.
- Mantener el conocimiento de las necesidades y requerimientos de todos los estudiantes y usuarios.

El manual de calidad del Centro (2013), en el punto 5.5.2, señala las siguientes tareas que deberá realizar el representante de la jefatura del Centro Comunitario:

- ✓ El análisis, bajo la tutela de la Jefatura del CC, de los resultados de auditorías internas.
- ✓ El análisis, bajo la supervisión de la Jefatura del CC, de los resultados de la medición de la efectividad de los procesos y de las acciones correctivas y preventivas implementadas

- ✓ El análisis de los reportes de fallas, a través de la operación del comité de calidad.
- ✓ La implementación y análisis, en conjunto con los responsables de las áreas involucradas, de las acciones correctivas y preventivas.
- ✓ El resguardo y actualización de la bitácora de implantación del sistema de gestión de calidad.

Entre las actividades del representante de la jefatura, se encuentran las de verificación y medición de los procesos, los cuales se realizaron en la fase siguiente.

3.3 FASE 3

Verificación y medición de los procesos y productos del SGC del Centro Comunitario

En concordancia con la metodología utilizada y como lo indican Senlle y Stoll (1994), en esta fase se realizó la verificación y medición de los procesos, productos y el cumplimiento de los requisitos de estudiantes y usuarios del sistema de gestión de calidad implantado en el Centro Comunitario, por lo cual se verificó su buen funcionamiento a través de los siguientes procedimientos de calidad:

- Auditorías internas
- 1 Revisión por la jefatura

El manual de calidad del Centro, en el punto 8.2.2, señala que...*"se deberán llevar a cabo a intervalos, dos auditorías internas y una revisión por la jefatura, para determinar si el sistema de gestión de calidad cumple con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma y con los requisitos establecidos por el Centro y si se han implementado y mantenido de forma eficaz."* (Manual de Calidad, 2013).

3.3.1 Auditorías internas del Centro Comunitario

Para dar cumplimiento a lo que señala el Manual de Calidad (2013), en el punto 8.2.2, el Centro realizó el documento "Plan anual de auditorías" (Clave: CCMG_PAAUINT-1),



el cual indica el alcance, metodología y frecuencia de las auditorías a realizar. La Tabla 23 presenta las fechas programadas para las revisiones del sistema.

Tabla 23. Cronograma de las actividades del Plan anual de auditorías
(Tabla tomada del "Plan anual de auditorías" del CC)

Cronograma de actividades del Plan anual de auditorías	
Primer auditoría interna de calidad	8 y 11 de mayo de 2012
Segunda auditoría interna de calidad	2 y 3 octubre de 2012
Primer revisión por la Jefatura	19 de octubre del 2012

Para la realización de las auditorías, la jefatura del Centro Comunitario nombró al equipo auditor interno, con el nombramiento clave: CCMG_NOM_AUDIT. El grupo de auditores estuvo integrado por un miembro del equipo consultor externo de la Facultad y dos miembros del Centro, fungiendo como auditor líder el que suscribe este informe.

3.3.2 Auditores

De acuerdo con Senlle y Stoll (1994), entre las funciones del auditor estaban la de constatar si el material que se le presentaba en las auditorías se ajustaba o no a las normas, por lo que se revisó:

- Documentos como el Manual de calidad, Manual de Organización, Manual de Procedimientos del CC.
- Se verificó el grado de implantación de la documentación en la práctica.
- Se documentaron las observaciones basándose en hechos concretos.
- Se realizaron los informes correspondientes de cada auditoría interna aplicada.

Los auditores internos recibieron capacitación por parte de equipo asesor de la Facultad, la cual permitió adquirir las competencias básicas necesarias para llevar a cabo una auditoría. En la Tabla 24 se indican los periodos de capacitación para los auditores.

Tabla 24. Talleres de capacitación (Datos tomados de la Bitácora de implantación del SGC)

Talleres de Capacitación para auditores		
Taller	Participantes	Lugar y fecha
Taller de capacitación para auditoría interna I.	Comité de calidad, Auditores, equipo asesor de la facultad y representantes de los Centros.	Facultad de Psicología: 29 de febrero de 2012.
Taller de capacitación para auditoría interna II.	Comité de calidad, Auditores, equipo asesor de la facultad y representantes de los Centros.	Facultad de Psicología: 12 de abril de 2012.
Taller de capacitación para auditoría interna III.	Comité de calidad, Auditores, equipo asesor de la facultad y representantes de los Centros.	Facultad de Psicología: 13 de abril de 2012.
Taller de capacitación para auditoría interna IV.	Comité de calidad, Auditores, equipo asesor de la facultad y representantes de los Centros.	Facultad de Psicología: 16 de abril de 2012.

Como lo indican Senlle y Stoll (1994), en las auditorías internas aplicadas al sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario, los auditores verificaron que tanto manuales y registros se ajustaran a la Norma.

A continuación se enumeran las responsabilidades concretas que realizó el equipo auditor y otras que señala el Manual de calidad (2013) en el punto 8.2.2:

- Se elaboró el Plan anual de auditorías (Clave: CCMG_PAAIUNT-1).
- Previo a cada auditoría se elaboró un plan de auditoría interna (Clave: CCMG_PLANAUD2012-1), el cual consideró los procesos y áreas a auditar.
- Se entregó un aviso a cada auditado, con información de la fecha y hora en que serían auditados.
- Se elaboró una Guía de preguntas (CCMG_GUIAAUDIT-1), la cual funcionó como apoyo para los auditores internos.
- Se documentaron las observaciones basándose en hechos concretos.
- Posterior a cada auditoría, el grupo de auditores elaboró un informe de auditoría (CCMG_INFAUDIT_1).

De acuerdo con lo que señala la Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000 (2013), el objetivo de las auditorías llevadas a cabo en el CC, fue:

- ✓ Verificar la efectividad del SGC en el Centro Comunitario.
- ✓ Corroborar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008.
- ✓ Obtener datos que permitan el análisis de oportunidades de mejora en el trabajo que se realiza en el CC.
- ✓ Conseguir evidencias que respalden el funcionamiento del Centro Comunitario.

3.3.3 Primera auditoría interna del Centro Comunitario

El documento Plan de auditoría interna (CCMG_PLANAUD2012-1), la denomina auditoría de primera parte, la lleva a cabo el propio Centro Comunitario y tiene fines internos. Refiere que su finalidad es detectar no conformidades que servirán al CC como una fuente de información valiosa sobre el funcionamiento del sistema de gestión de calidad y para la aplicación de acciones correctivas y preventivas.

El objetivo de este plan de auditoría interna, es verificar la implantación y efectividad del sistema de gestión de calidad, así como el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO-9001:2008 para encontrar oportunidades de mejora en el SGC. El alcance de la auditoría fue documental, de registros y de procedimientos, tanto en las áreas de formación profesional de estudiantes, servicio terapéutico, psicopedagógico y de prevención, así como del área administrativa del CC.

De acuerdo con el plan anual de auditorías planeado, se llevó a cabo los días 8 y 11 de mayo de 2012, en las instalaciones del Centro Comunitario. La Tabla 25 muestra el cronograma de esta auditoría.

Tabla 25. Cronograma de las actividades de la Primera Auditoría Interna del CC (Datos tomados del plan de la primera auditoría interna del Centro Comunitario)

CRONOGRAMA GENERAL DE LA PRIMERA AUDITORÍA INTERNA				
Fechas	Actividad	Auditor interno	Área a auditar	Área/Sitio
8/05/2012	Reunión de apertura y Entrevistas.	Auditor Líder Auditores	Académicos, Estudiantes, Voluntariado	Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"
11/05/2012	Entrevistas y cierre de auditoría.	Auditor Líder Auditores	Académicos, Jefatura Administrativos.	

De acuerdo con el plan de la primera auditoría (CCMG_PLANAUD2012-1), los procesos y procedimientos que se auditaron fueron los siguientes:

- ✓ **Generalidades del Sistema de gestión de calidad:** Entre los puntos que se auditaron estuvieron los documentos del sistema como el manual de calidad, manual de organización, manual de procedimientos.
- ✓ **Política de calidad, objetivos de calidad.**
- ✓ **Procedimientos:** Realización de la Intervención clínica y su medición, informe mensual estadístico, evaluación inicial de estudiante, satisfacción del estudiante en su formación, canalización de casos clínicos, etc.
- ✓ **Diseño y medición de planeación operativa.**
- ✓ **Diseño y medición de planeación estratégica.**

La Tabla 26 muestra las no conformidades encontradas en esta primera auditoría interna del CC, las cuales fueron documentadas por el equipo de auditores en el documento "Informe de Auditoría" (Clave CCMG_INFAUDIT_1), el cual se encuentra localizado en la carpeta "bitácora de auditorías" localizada en la oficina de la jefatura del Centro Comunitario.

Tabla 26. No conformidades detectadas en la Primera Auditoría Interna del CC
(Datos tomados del Informe de la primera auditoría interna)

Cláusula	Hallazgo	Evidencia
4.1 Requisitos generales	El personal del Centro confunde los manuales. No es clara la misión, visión y política de calidad. No conocen los procesos de calidad.	No ubicaron procesos de calidad en el Manual de Procedimientos. No manifestaron de forma clara la misión, visión y política de calidad. No se ha terminado el Manual de Calidad
4.2.1 Generalidades	No conocen los objetivos de calidad. No conocen a profundidad el contenido de los manuales; no conocen todos los de documentos del SGC.	No se ha terminado el Manual de Calidad. Muestran los manuales, pero no el resto de documentos del SGC.
4.2.2 Manual de la Calidad	No cuentan con el Manual de Calidad y no tiene claro su contenido.	No se pudo mostrar en físico el Manual de Calidad ya que no se ha terminado.
4.2.3 Control de los documentos	No conocen el procedimiento de control y actualización de documentos. No hay control sobre los documentos del Centro.	No hay un sistema que permita el control de documentos. No conoce el procedimiento de calidad para control y actualización de documentos. Algunos documentos no cuentan con clave de identificación.
5.2 Enfoque al cliente	No tienen claro la definición de cliente interno. No tienen bien definidos los requisitos del cliente.	Señalaron a los clientes internos únicamente como los estudiantes, sin mencionar al resto del personal. Se confunden los requisitos del cliente con los criterios de inclusión para brindar el servicio.
5.3 Política de calidad	No pudieron mencionar claramente la Política de Calidad.	No está documentada la política de calidad: no tienen aún Manual de Calidad.
5.4.1 Objetivos de la calidad	La mayoría no identifica adecuadamente los objetivos de calidad y no saben en cual participan específicamente.	La Jefatura no ha asignado los objetivos de calidad al personal. No están documentados: no tienen aún manual de calidad
5.5.3 Comunicación interna	Utilizan varios mecanismos de comunicación de manera informal y poco efectivo por su lentitud.	No tienen registro de formas de comunicación como correos electrónico o carteles informativos previos.
5.6.1 Generalidades de la revisión por la Jefatura	No ha entrado en vigor el procedimiento de revisión por la Jefatura.	No hay claridad en el procedimiento de revisión por la Jefatura por parte del personal; confunden la supervisión de su trabajo con dicho procedimiento.
5.6.2 Información de entrada para la revisión	No se tiene clara que información se requiere para realizar las revisiones del SGC.	No hay registros de detección de fallas, de acciones correctivas o preventivas, seguimientos o estadísticas.
5.6.3 Resultados de la revisión	No se cuenta con resultados de las revisiones por la Jefatura, ni con un plan establecido.	No existen registros de resultados ya que no se ha realizado ninguna revisión por parte de la Jefatura.
6.1 Provisión de recursos	No se cuenta con recursos suficientes para el desempeño de las actividades. No se ha establecido un mecanismo para la solicitud de recursos.	Parte del material necesario para realizar sus actividades, es aportado por integrantes del Centro. No está definido el procedimiento para solicitar recursos, se realiza de forma verbal.
6.3 Infraestructura	Se reportó falta de espacios para cubrir las actividades de trabajo.	Todas las personas auditadas refirieron que el espacio es insuficiente.
7.1 Planificación de la realización del producto	No están bien definidos los planes de trabajo para dar el servicio a los clientes externos.	No se encontraron los suficientes registros de planes de trabajo para dar el servicio a clientes externos y el personal no tiene disponible su plan de trabajo.
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto.	En su mayoría no identifican los requisitos específicos de los clientes y no cuentan con un documento que los sustente.	No están documentados los requisitos del cliente: no tienen aún manual de calidad.
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto.	No hay uniformidad en los expedientes elaborados a partir del SGC.	Se encontraron expedientes: •Sin existencia de formatos físicos (reportes digitales no disponibles para la auditoría) •Con formatos distintos a los oficiales (reporte de sesión elaborado por estudiantes) •Campos en los formatos sin completar.

Tabla 26. (Continuación)

Cláusula	Hallazgo	Evidencia
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	No se han implementado los procedimientos para la producción y la prestación de servicios.	No se cuenta con registros de evaluación y seguimiento de estudiantes, satisfacción de usuarios/os, satisfacción de estudiantes en formación.
7.5.3 Identificación y trazabilidad	No se cuenta con un sistema para identificar o localizar los expedientes (por ejemplo, expediente clínico extraviado).	Se cuenta con una libreta de asignación de folios para expedientes, sin embargo; no es funcional la forma de asignación. No hay una relación en la que se registre folio-expediente-terapeuta responsable.
7.5.4 Propiedad del cliente	No hay uniformidad en los expedientes elaborados a partir del SGC. No se tiene claro el concepto de propiedad del cliente.	Se encontraron expedientes: •Sin existencia de formatos físicos (reportes digitales no disponibles para la auditoría). •Con formatos distintos a los oficiales (reporte de sesión elaborado por estudiantes). •Campos en los formatos sin completar. Nadie pudo mencionar la propiedad del cliente que maneja el Centro.
7.5.5 Preservación del producto	El lugar donde se resguarda la información es inadecuado e insuficiente.	Se encontraron documentos trasladados; expedientes que no se pueden identificar fácilmente o que únicamente se encuentran en versión electrónica para acceso personal.
8.1 Generalidades de la medición, el análisis y la mejora.	No se tienen claros los procedimientos de calidad así como datos que sustenten la medición y análisis.	No se cuenta con registros de evaluación y seguimiento de estudiantes, satisfacción de usuarios/os, satisfacción de estudiantes en formación. No tienen conocimiento de los procedimientos de calidad.
8.2.1 Satisfacción del cliente	No se ha sistematizado un procedimiento para la satisfacción del cliente interno; no se ha implementado cuestionario de satisfacción del cliente externo.	No se cuenta con registros de satisfacción de usuarios/os, satisfacción de estudiantes en formación.
8.2.2 Auditoría Interna	Se conoce el procedimiento de auditoría, sin embargo; no se tiene un Plan Anual de Auditoría.	No se cuenta con Plan Anual de auditoría completo.
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	No se conocen por la mayoría del personal indicadores de calidad; ni una forma sistemática para medir los procesos.	No conocen en donde están documentados los indicadores de calidad. No se cuenta con un documento que especifique la medición de los procesos.
8.2.4 Seguimiento y medición del producto	Se conocen los procedimientos relacionados sin embargo aún no se implementan (evaluación de estudiantes, satisfacción de estudiantes y de usuarios). No se conoce el procedimiento de detección de fallas.	No se cuenta con registros de evaluación y seguimiento de estudiantes, satisfacción de usuarios/os, satisfacción de estudiantes en formación. No se ha implementado un sistema que permita la detección de fallas.
8.3 Control del producto no conforme	La mayoría del personal no tiene clara la definición de producto no conforme para el Centro.	No mencionaron el procedimiento para el producto no conforme y no cuentan con un sistema que permita detectar producto no conforme. No hay registros de productos no conformes.
8.5.1 Mejora continua	Aún no se implementan de manera formal acciones para la mejora; no hay un sistema de detección de fallas.	No hay registros de acciones correctivas ni preventivas.
8.5.2 Acción correctiva	No se tiene conocimiento ni se ha implementado el procedimiento de acción correctiva.	No hay registros de acciones correctivas.
8.5.3 Acción preventiva	No se tiene conocimiento ni se ha implementado el procedimiento de acción preventiva.	No hay registros de acciones preventivas.

Una vez documentadas por el equipo de auditores las no conformidades en el "Informe de la primera auditoría" (Clave CCMG_INFAUDIT_1), el Centro Comunitario, a través de su "comité de calidad", le dieron respuesta por medio del documento "Respuesta a informe de la primera auditoría (Clave CCMG_RESP_INFAUDI-1). Los principales puntos se destacan en la Tabla 27.

Tabla 27. Respuestas a las no conformidades detectadas en la Primera auditoría interna del CC (Datos tomados del documento "Respuesta a la primera auditoría" del CC).

RESPUESTAS A LAS NO CONFORMIDADES DE LA PRIMERA AUDITORÍA
<ul style="list-style-type: none"> • No se había terminado el Manual de Calidad y el departamento de impresiones no ha entregado los prontuarios del SGC.
<ul style="list-style-type: none"> • No se ha iniciado la implementación de procedimiento de control y actualización de documentos y de control de registros.
<ul style="list-style-type: none"> • No han sido sistemáticos los canales de comunicación con clientes externos e internos.
<ul style="list-style-type: none"> • Es la primera auditoría, aún no empieza el procedimiento de revisión.
<ul style="list-style-type: none"> • El Centro depende de los recursos que le proporciona la facultad. Los espacios, aunque son limitados, se asignan a inicio de cada semestre de acuerdo a las necesidades de cada área.
<ul style="list-style-type: none"> • Los planes anuales de trabajo de los profesores los autoriza el Consejo Técnico de la Facultad y éstos se encuentran bajo su resguardo, la jefatura cuenta con una copia.
<ul style="list-style-type: none"> • Con respecto a la atención de clientes externos, cada terapeuta en supervisión debe cumplir con los requisitos de la integración del expediente de acuerdo al área.
<ul style="list-style-type: none"> • Los registros de satisfacción de estudiantes se tendrán hasta el mes de diciembre, una vez que terminen los programas de formación.
<ul style="list-style-type: none"> • Aún el Centro no ha implementado un sistema para la captura de información de solicitantes del servicio.
<ul style="list-style-type: none"> • Al haber entrado en vigor nuevos formatos, estos aún no son de uso generalizado.
<ul style="list-style-type: none"> • Aunque el Centro no cuenta con suficiente mobiliario para el resguardo del producto, se implementarán mejoras en el resguardo del mismo.
<ul style="list-style-type: none"> • Dada la reciente implementación del SGC, el personal no tiene clara la definición de producto no conforme.
<ul style="list-style-type: none"> • Las acciones preventivas o correctivas se empezarán a implementar a partir de que se autorice este documento.

A partir de los resultados de esta primera auditoría interna, tanto la jefatura del Centro Comunitario, como su comité de calidad encontraron las oportunidades de mejora que están contenidas en la Tabla 28.

Tabla 28. Oportunidades de mejora detectadas en la primera auditoría interna.
(Datos tomados del documento "Informe de la Primera Auditoría")

Generales:
<ul style="list-style-type: none"> • Que el personal conozca documentación y registros del SGC. • Concluir los documentos del SGC. • Sensibilizar al personal con respecto al SGC y al manejo de la Norma ISO 9001-2008. • Realizar una evaluación con la finalidad de conocer la efectividad de las capacitaciones sobre la implantación del SGC. • Otorgar constancias de los cursos de capacitación del SGC. • Entregar el prontuario para que el personal pueda revisarlo. • Exhibir la política de calidad en un lugar visible y asegurarse de que el personal las entienda.
Comunicación:
<ul style="list-style-type: none"> • Tener registro de cualquier comunicación que se realice con el personal, incluidos los correos electrónicos. • Comunicar al personal quién es el representante de calidad y el comité de calidad. • Dar a conocer de manera más efectiva las políticas del SGC y los objetivos de calidad. • Dar a conocer los lineamientos del Centro a todos sus integrantes de manera más efectiva. • Entregar al personal los planes de trabajo. • Realizar juntas de información sobre avances en la implementación del SGC.
Productos:
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el control de expedientes clínicos. • Mejorar el sistema de pre-registro. • Mejorar el sistema de otorgamiento de folios para expedientes clínicos. • Agilizar la atención de clientes externos. • Mejorar la trazabilidad de expedientes clínicos y portafolios. • Informar sobre procedimientos de calidad e implementarlos. • Mejorar el sistema de resguardo de documentos.

De acuerdo a estas oportunidades de mejora, el comité de calidad llevó a cabo diversas reuniones en las que se acordaron acciones correctivas a las no conformidades detectadas en esta primera auditoría interna, la cuales se describen en la fase 4.

3.3.4 Segunda auditoría interna del Centro Comunitario

La finalidad de la segunda auditoría interna del CC programada en el "Plan anual de auditorías" (ClaveCCMG_PAAUINT-1), fue detectar no conformidades que sirvieran al Centro para el buen funcionamiento de sistema de gestión de calidad. Adicionalmente esta auditoría buscó dar seguimiento a las acciones correctivas implementadas para dar solución a las no conformidades detectadas en la primera auditoría. De acuerdo al documento "Plan de auditoría interna" (Clave CCMG_PLANAUD2012-2), el objetivo fue verificar la implantación y efectividad del SGC, así como el cumplimiento de los

requisitos de la Norma ISO-9001:2008 para encontrar oportunidades de mejora en el Sistema.

El alcance de la auditoría fue documental, de registros y procedimientos, tanto en las áreas de formación profesional de estudiantes, servicio terapéutico, psicopedagógico y de promoción de la salud mental, así como del área administrativa del CC. La segunda auditoría interna se llevó a cabo los días 2 y 3 de octubre de 2012, en las instalaciones del Centro Comunitario. La Tabla 29 muestra el cronograma de esta auditoría.

Tabla 29. Cronograma de las actividades de la Segunda Auditoría Interna del CC.
(Datos tomados del plan de la segunda auditoría interna del Centro Comunitario)

Fechas	Actividad	Auditor interno	Área a auditar	Área/Sitio
2/10/2012	Reunión de apertura y Entrevistas.	Auditor Líder Auditores	Jefatura, Estudiantes de formación en la práctica, Administrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"
3/10/2012	Entrevistas y cierre de auditoría.	Auditor Líder Auditores	Académico, Residente de maestría.	

De acuerdo con este plan, algunos de los procesos y procedimientos que se auditaron fueron entre otros, los siguientes:

- ✓ **Generalidades del Sistema de gestión de calidad:** Entre los puntos que se auditaron estuvieron los documentos del sistema como el manual de calidad, manual de organización, manual de procedimientos.
- ✓ **Política de calidad, objetivos de calidad.**
- ✓ **Evaluación del estudiante:** Planificación y medición de las evaluaciones, acciones correctivas.
- ✓ **Diseño y medición de planeación estratégica y operativa:** Análisis de los datos, medición de los procesos, etc.
- ✓ **Revisión por la dirección:** Resultados de la primera auditoría, estado de las acciones correctivas, etc.

- ✓ **Satisfacción de estudiantes en formación:** Propiedad del estudiante, producto no conforme, etc.

El Plan de la segunda auditoría interna del CC, se encuentra impreso en la carpeta "bitácora de auditorías" que se ubica en la oficina de la jefatura del Centro Comunitario.

En la Tabla 30 se encuentran las no conformidades encontradas en la segunda auditoría interna, las cuales fueron documentadas por el equipo de auditores en el documento "Informe de Auditoría" (Clave: CCMG_INFAUDIT_2), el cual se encuentra incluida en la carpeta "bitácora de auditorías" en la jefatura de este Centro Comunitario.

Tabla 30. No conformidades detectadas en la Segunda Auditoría Interna del CC.

Cláusula	Hallazgo	Evidencia
7.1 Planificación de la realización del producto	No están bien definidos los planes de trabajo para dar el servicio a los clientes externos.	Aunque se tenían los planes de trabajo de cada profesor, aún les falta una calendarización específica de las actividades y no se encuentran organizados en un lugar específico.
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	No se ha implementado algún procedimiento para la canalización del usuario que no puede ser atendido en el Centro.	No se cuenta con registros de usuarios que no pueden ser atendidos en el Centro.
7.5.3 Identificación y trazabilidad	No se cuenta con un sistema para identificar o localizar los expedientes clínicos extraviados.	Se cuenta con una base de datos del pre-registro para usuarios externos y con una libreta de registro para número de expedientes, sin embargo; la libreta del expediente no es funcional, ya que el personal de recepción no tiene un procedimiento claro para el registro del expediente en la base de datos.
7.5.4 Propiedad del cliente	No hay uniformidad en los expedientes elaborados a partir del SGC. No se tiene claro el concepto de propiedad del cliente.	Se encontraron expedientes: •Sin existencia de formatos físicos (reportes digitales no disponibles para la auditoría). •Con formatos distintos a los oficiales (reporte de sesión elaborado por estudiantes en computadora y no en los formatos oficiales). •Se encontró que algunos estudiantes guardan información en USB personales. No se tiene claro en algunas personas la propiedad del cliente que maneja el Centro.
8.1 Generalidades de la medición, el análisis y la mejora.	No se tienen claros los procedimientos de calidad. No se ha elaborado un instrumento que evalúe de forma clara las competencias adquiridas por los estudiantes. Aunque se tienen ya establecidos los puntos de control de calidad de los procedimientos, aún no se termina el manual de procedimientos en su nueva versión. Por lo que no se cuentan con suficientes datos que sustenten la medición y análisis.	Algunas personas no conocen de forma clara los procedimientos de calidad. Se cuenta con pocos registros de evaluación y seguimiento de estudiantes y con los que se cuenta, no reúnen las características suficientes para evaluar las competencias adquiridas por los estudiantes. Aún no se implementa la medición los puntos de control de calidad de procedimientos del Centro ya que no está terminada la nueva versión del manual.

Tabla 30. (Continuación)

8.2.1 Satisfacción del cliente	No se ha sistematizado un procedimiento para la satisfacción del cliente interno; no se ha implementado cuestionario de satisfacción del cliente externo.	No se cuenta con registros de satisfacción de usuarios/os, satisfacción de estudiantes en formación.
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	No se ha implementado la medición de los puntos de control de los procesos.	Aún no se termina la nueva versión del manual de procedimientos, por lo que no se ha implementado la medición de los procesos.
8.2.4 Seguimiento y medición del producto	Se conocen los procedimientos relacionados, sin embargo; aún no se implementan de forma adecuada (evaluación de estudiantes, satisfacción de estudiantes y de usuarios).	Los registros de evaluación y seguimiento de estudiantes no son claros en las competencias adquiridas por los estudiantes. Se cuentan con pocos registros de satisfacción de usuarios/os, satisfacción de estudiantes en formación (ya que muchos programas de formación aún no terminan).
8.5.1 Mejora continua	No se cuenta con los resultados de las acciones correctivas y preventivas ni con los resultados de la revisión por parte de la Jefatura.	Ya que no se ha realizado la revisión por parte de la Jefatura, no se cuenta con resultados. No se tienen resultados de la evaluación de los procesos ya que aún no se terminan los controles de calidad en los mismos.
8.5.2 Acción correctiva	Aunque se han realizado acciones correctivas no se cuenta con registros de su evaluación.	No hay registros de la evaluación de las acciones correctivas realizadas.
8.5.3 Acción preventiva	Aunque se han realizado acciones preventivas no se cuenta con registros de su evaluación.	No hay registros de la evaluación de las acciones preventivas realizadas.

Una vez documentadas las no conformidades por el equipo de auditores en el "Informe de Auditoría" (Clave: CCMG_INFAUDIT_2), el CC, a través de su "Comité de calidad", dieron respuesta por medio del documento "Respuesta al informe de Auditoría" (Clave: CCMG_RESP_INFAUDI-2). Los puntos se destacan en la Tabla 31.

Tabla 31. Respuestas a las no conformidades detectadas en la Segunda auditoría interna del CC

RESPUESTAS A LAS NO CONFORMIDADES DE LA SEGUNDA AUDITORÍA
• Se cuenta con una base de datos del pre-registro para usuarios externos y con una libreta de registro para número de expedientes, sin embargo; la libreta del expediente no es funcional.
• Se están clasificando los expedientes por área de atención.
• Se están elaborando puntos de control de calidad en los procedimientos.
• Se está planeando una encuesta para conocer la satisfacción del usuario.
• Se aplicará una encuesta telefónica para conocer la satisfacción del cliente externo (usuario), la cual se realizará en el mes de noviembre.
• No se cuenta con datos suficientes de satisfacción de estudiantes en su formación.
• Aún no se cuenta con resultados de las acciones correctivas implementadas en la primera auditoría interna.
• Una vez que se analicen las fallas que se tienen documentadas, de que se realice la revisión por parte de la jefatura y que se implementen los controles de calidad en los procedimientos y que se tengan resultados, se irán implementando acciones preventivas según sea el caso.

A partir de los resultados de la segunda auditoría, tanto la jefatura del CC, como su comité de calidad encontraron las oportunidades de mejora contenidas en la Tabla 32.

Tabla 32. Oportunidades de mejora detectadas en la Segunda Auditoría Interna del CC

Generales:
<ul style="list-style-type: none"> • Se están llevando a cabo reuniones con profesores para poder implementar un sistema de evaluación de competencias. Se buscará elegir competencias que sean medibles (entrevista, elaboración de expedientes, comunicación, elaboración de reportes, etc.). • Se implementó una base de datos del pre-registro de solicitantes del servicio, la cual nos permitirá llevar un mejor control de nuestros registros, conocer nuestra capacidad de atención, reducir los tiempos de espera. • Tener un respaldo de la información digital del Centro a través de un sistema de Red interna. • Tener un expediente por cada profesor, el cual contenga: curriculum, sus documentos probatorios y el plan de trabajo de su programa. • Tener expedientes de los alumnos de cada programa de formación en la práctica. • Integrar una carpeta o portafolio con un plan de trabajo de los alumnos de residencia de maestría con sus datos personales y solicitar a los supervisores de las residencias el registro de la supervisión de sus alumnos. • Establecer cómo se medirán los objetivos de calidad, esto a través de la evaluación de los estudiantes (exámenes, expedientes), bajas terapéuticas, seguimiento de expedientes, encuestas telefónicas. Se deberán tener los formatos de controles para la evidencia de las mediciones. • Capacitación a personal de recepción sobre el SGC en general.
Comunicación:
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe de tener sistematizada la evidencia de la comunicación con el cliente interno de todos los tipos de comunicación que se realiza con éste. • Realizar juntas de entrenamiento sobre el manual de procedimientos para que cada persona se pueda ubicar en lo que se hace. • Señalar de forma visible los procedimientos críticos en el Centro.
Productos:
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el control de expedientes clínicos. • Mejorar la base de datos del pre-registro. • Mejorar el sistema de otorgamiento de números para expedientes clínicos. • Mejorar la trazabilidad de expedientes clínicos y portafolios. • Informar sobre procedimientos de calidad e implementarlos. • Mejorar el sistema de resguardo de documentos.

Una vez realizada la respuesta al informe de la segunda auditoría, el comité de calidad llevó a cabo diversas reuniones para proponer acciones correctivas a las no conformidades detectadas en esta auditoría interna, las cuales se describen en la fase 4.

3.3.5 Revisión por la jefatura del Centro Comunitario

Como señala el documento de la norma IMNC (2008) y para dar cumplimiento a su cláusula 5.6, el CC, a través de la Jefatura y su representante de la jefatura, pusieron

en marcha el procedimiento de calidad "Revisión por la jefatura", llevándose a cabo el 19 de octubre de 2012. El cual tuvo como propósito revisar la implantación y efectividad del sistema de gestión de calidad y tomar las acciones necesarias para mejorarlo.

Como lo aconseja Nava (2010), el CC tomó diferentes componentes del sistema de gestión de calidad para poder contar con información suficiente para la revisión, la cual constó de los elementos del SGC mostrados en la Tabla 33.

Tabla 33. Elementos utilizados para la revisión por la Jefatura del Centro Comunitario (Datos tomados del documento "Revisión por la jefatura" Clave: CCMG_REVJEF).

DATOS PARA LA REVISIÓN POR LA JEFATURA DEL CC	
<ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de actividades de la implantación del sistema de gestión de calidad: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se identificó que en algunas actividades no se han cumplido los periodos establecidos, tal es el caso de la terminación de los manuales de calidad, manual de procedimientos y la revisión por la dirección, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Planeación estratégica: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debido a que se tienen una planeación a largo plazo, aún no se tienen datos concluyentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de calidad: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El Centro está sistematizando el pre-registro de usuarios para reducir el tiempo de espera que pasa para su atención. ✓ No se cuenta con un sistema de evaluación de competencias de estudiantes. ✓ Se intenta reducir las bajas en el proceso terapéutico.
<ul style="list-style-type: none"> • Detección de fallas: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se analizaron las fallas detectadas por el personal del Centro Comunitario.
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de auditorías: A través de los informes de las dos auditorías realizadas se identificaron y resaltan los siguientes aspectos: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de capacitación y sensibilización al personal con respecto al sistema de gestión de calidad. ✓ Se tenía mal manejo de la documentación y registros del centro. ✓ No se contaba con una comunicación sistematizada. ✓ Falta de una evaluación adecuada de competencias. ✓ No se había capacitado al personal de recepción. ✓ Falta afinar los controles de calidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de estudiantes y usuarios: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se han realizado encuestas de satisfacción a los estudiantes pero no se tienen datos de encuestas realizadas a los usuarios del Centro Comunitario.
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados del desempeño de los procesos: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El desempeño de los procesos se ha reconocido a través de las dos auditorías realizadas, en las cuales se han identificado no conformidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de las acciones correctivas y preventivas implementadas: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las acciones correctivas realizadas en el CC redujeron a una tercera parte las no conformidades encontradas de la primera a la segunda auditoría realizada. Otras acciones correctivas, aún se encontraban en proceso cuando se realizó esta revisión.

Una vez analizada la información requerida para la revisión, la jefatura del CC y su representante de calidad propusieron acciones para la mejora del sistema, las cuales se plasman en el documento "Revisión por la Jefatura" (Clave: CCMG_REVJEF). La Tabla 34 indica tales recomendaciones.

Tabla 34. Recomendaciones acordadas en la revisión por la jefatura para la mejora.

ACCIONES PARA LA MEJORA DEL SGC DEL CENTRO COMUNITARIO	
1.	Expediente por cada profesor, con su plan de trabajo.
2.	Expedientes de alumnos con toda su información.
3.	Se dividirán las competencias a desarrollar en los alumnos en básicas y específicas por programa.
4.	Se elaborará el documento "Evaluación de competencias profesionales".
5.	Se establecerán puntos de control de calidad en los procedimientos operativos y se realizará una revisión periódica en la cual se asignará una evaluación numérica para su medición.
6.	Se realizarán juntas con profesores para informar de los nuevos procedimientos y formatos que han surgido a partir de las nuevas versiones de los manuales, las auditorías y de la revisión por la jefatura y de las acciones correctivas implementadas.
7.	Se exhibirán de manera visible y en puntos estratégicos: Los objetivos de calidad, los procedimientos de calidad, los ocho puntos de gestión de calidad, el círculo de la calidad.
8.	Se realizará una encuesta telefónica para conocer la satisfacción del usuario (cliente externo).
9.	Se elaborará una nueva versión del prontuario del sistema de gestión de calidad.
10.	Se realizarán análisis estadísticos de satisfacción de estudiantes y de usuarios.
11.	Se acordarán las acciones a seguir una vez que se tengan los resultados de los análisis estadísticos aplicados.

Como lo señala el documento "Revisión por la jefatura" (Clave: CCMG_REVJEF), la revisión al sistema de gestión de calidad proporcionó una perspectiva más amplia de las fortalezas y debilidades del CC. Aunado a esto, permitió visualizar con claridad las acciones correctivas que ayudaron a madurar al sistema de gestión de calidad, las cuales se documentan en la siguiente fase.

3.4 FASE 4

Acciones correctivas realizadas al sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario

De acuerdo a la metodología utilizada y como lo señala la norma ISO 9001:2008, IMNC (2008), el objetivo de esta fase fue aplicar las acciones correctivas o preventivas necesarias,

que permitieran solucionar las no conformidades y fallas detectadas a través de las auditorías y revisiones realizadas al desempeño de los procesos del sistema implantado en el CC.

En esta etapa y de acuerdo con Nava (2010), la Jefatura del CC y el comité de calidad sostuvieron diferentes reuniones, con la finalidad de organizar y analizar la información a las no conformidades detectadas en sus diferentes revisiones del sistema. A través de tormenta de ideas, el comité seleccionó las acciones correctivas propuestas con mayor posibilidad de ser implementadas. Una vez puestas en marcha, se verificó su efectividad para dar solución a las causas que las originaban.

En dichas reuniones se propusieron las acciones correctivas necesarias, para dar solución a las no conformidades detectadas en la primera y segunda auditoría, así como a las de la revisión por la jefatura. En las Tablas 35, 36 y 37, se indican respectivamente, las principales actividades ejecutadas para cada procedimiento de calidad y su fecha de implantación.

3.4.1 Acciones correctivas de la Primera auditoría interna del Centro Comunitario

Tabla 35. Principales acciones correctivas implementadas a partir de las no conformidades detectadas en la primera auditoría interna del CC.

ACCIÓN CORRECTIVA	Fecha de implantación
1. Se diseñarán e implementarán talleres dirigidos al personal académico, administrativo y estudiantes, organizados por área con el objetivo de: Sensibilizar respecto de la importancia de implementar un SGC y la forma en que les involucra.	10/06/12
2. Se solicitó al equipo asesor de la Facultad la entrega del manual de calidad y prontuario.	31/05/12
3. Se dará a conocer la Política de calidad de forma visual, en áreas estratégicas. Se mandó por correo electrónico a los profesores la Política de calidad.	15/06/12
4. Se solicitará al equipo asesor de la Facultad la entrega de manuales. Se enviará por correo electrónico los objetivos de calidad del CC a los profesores.	26/06/12
5. Se insistirá a través de reuniones o de forma personalizada en la difusión de los perfiles de puesto específicos y procedimientos en los cuales están involucrados tanto el personal administrativo, académicos y el resto de los miembros del CC, lo cual les permitirá conocer aquellas funciones y responsabilidades que les corresponden. Se enviará información a través de correo electrónico. Se elaborarán Avisos internos del Centro Comunitario. Información en forma visual del servicio que ofrece el CC a usuarios externos: Mantener en la recepción y jefatura del CC, los nombres de las personas que integran el Comité de Calidad.	25/07/12

Tabla 35. (Continuación)

6. La revisión por la jefatura está programada en el plan anual de auditorías.	19/10/12
7. Se pondrán letreros en áreas estratégicas del Centro Comunitario donde se solicite el llenado del formato de detección de fallas una vez detectadas éstas.	19/10/12
8. Se elaborará procedimiento del mecanismo para la solicitud de recursos.	21/07/12
9. Los espacios se asignan al inicio de cada semestre de acuerdo a las necesidades.	10/07/12
10. Se pedirá a los profesores de formación en la práctica elaboren un plan de trabajo calendarizado.	23/09/12
11. Se mejorará el manejo de expedientes por medio de: Facilitar el acceso y mantener un orden en los formatos. Elaborar y poner a disposición los folders de expedientes con sus respectivos formatos listos para ser llenados por las y los terapeutas. Capacitar a profesorado y estudiantes en la elaboración de expedientes de calidad. Elaborar procedimiento para pérdida de expedientes.	23/09/12
12. Que los profesores integren un expediente para cada estudiante en formación. En lo que respecta a los clientes externos, se insistirá en las juntas con los terapeutas sobre la necesidad del llenado del formato de satisfacción del usuario.	27/06/12
13. Seguimiento al diseño de un sistema eficaz para el pre-registro y asignación de pacientes y a la identificación de portafolios del área psicopedagógica por medio de: Elaboración de bases de datos para captura de información de personas que soliciten el servicio del Centro. Asignación de usuarios a través de la lista de pre-registro por la jefatura del CC, Secretaría Técnica o personal administrativo asignado. Se identificaron físicamente los portafolios del área psicopedagógica (color rosa) para evitar que se confundan con los expedientes clínicos. Folders de diferente color a los del servicio terapéutico (color verde) Carátula personalizada para el servicio psicopedagógico.	24/07/12
14. Se implementarán expedientes de calidad para estudiantes que asisten a los programas que se ofrecen en el Centro Comunitario. Se Informará a los profesores del CC de manera visual que es un expediente de calidad para estudiantes.	21/06/12
15. Se organizará de mejor manera el área de resguardo de expedientes. Se clasificarán los expedientes en forma alfabética. Se mandarán a archivo muerto aquellos expedientes con más de tres años.	29/06/12
16. Se difundirá de forma eficaz el prontuario, el cual contiene información clara y concisa sobre el SGC.	21/06/12
17. En las reuniones de sensibilización y capacitación, se dará a conocer los indicadores de calidad y la forma de medir los procesos.	31/05/12
18. El Comité de Calidad está llevando a cabo una revisión de los registros de satisfacción del cliente generados a partir de esta auditoría. En las juntas de información se insistirá en la necesidad de conocer los procedimientos de calidad. Explicar que los productos no conformes pueden generarse durante el proceso de formación profesional de estudiantes de licenciatura o durante el proceso de servicios terapéuticos, psicopedagógicos y de la promoción de la salud mental. Los productos no conformes se pueden encontrar en los documentos de quejas de usuarios, expedientes o portafolios mal integrados o manejados, en las evaluaciones de profesores a alumnos y de alumnos a profesores, en deserción de alumnos en programas de formación y de pacientes en terapia.	30/06/12

3.4.2 Acciones correctivas de la segunda auditoría interna del Centro Comunitario

Para la planeación de las acciones correctivas de la segunda auditoría, el comité de calidad y la jefatura, tomaron en cuenta las acciones emprendidas para la primera auditoría, su implantación y el estado que guardaban respecto a la eliminación de la no conformidad.

Tabla 36. Principales acciones correctivas implementadas a partir de las no conformidades detectadas en la segunda auditoría interna del CC.

ACCIÓN CORRECTIVA	Fecha de implantación
1. Se implementará un expediente por cada profesor, el cual contenga: curriculum, sus documentos probatorios y el plan de trabajo calendarizado de su programa.	28/11/12
2. Se implementará un apartado en el formato de pre-registro donde se registre la canalización (Nombre, institución a la que se canaliza, motivo, etc.).	14/12/12
3. Se está capacitando al personal de recepción sobre el registro y canalización de usuarios y sobre el SGC en general.	28/02/13
4. Elaborar un procedimiento para el extravío de expedientes.	
5. Se implementarán los puntos de control de calidad en los procedimientos correspondientes una vez que se tenga terminada la nueva versión del manual de procedimientos, esto para disminuir la frecuencia de incluir formatos (registros) diferentes a los establecidos en el manual de procedimientos.	28/10/12
6. Se exhibirán de forma visible y en puntos estratégicos: Los objetivos de calidad, los procedimientos de calidad, los ocho puntos de gestión de calidad, el círculo de la calidad.	25/10/12
7. Se elaborará el documento "Evaluación de competencias profesionales".	
8. Se elaborará un formato de controles para la evidencia de las mediciones.	
9. Se aplicará una encuesta telefónica para conocer la satisfacción del cliente externo (usuario), la cual se realizará en el mes de noviembre. Una vez terminado el semestre se realizará el análisis estadístico de satisfacción del estudiante en su formación.	30/01/13
10. Se empezarán a formar expedientes de los alumnos de cada programa de formación en la práctica, que contenga: Evaluaciones de competencias de los estudiantes, lista de asistencia, plan de trabajo, satisfacción del estudiante en formación.	28/10/12
11. Se realizará la revisión por parte de la jefatura.	12/11/12
12. Una vez que se tenga el manual de procedimientos se empezarán a registrar los diferentes controles de calidad que se realicen a los procedimientos. Se revisarán los estados que guardan las acciones correctivas implementadas a raíz de la primera auditoría.	
13. Se le dará seguimiento a las acciones correctivas implementadas a través de reuniones con el personal de las áreas involucradas, con la jefatura y con el representante de calidad y se analizarán los resultados.	12/11/12
14. Se decidirá si se cierra o se realizan nuevas acciones.	
15. A partir de la revisión de los registros de fallas con los que cuenta el Centro y de que se realice la revisión por parte de la jefatura, se implementarán las acciones preventivas necesarias.	28/11/12

3.4.3 Acciones correctivas realizadas a partir de la Revisión por la Jefatura

Respecto a los resultados obtenidos en la revisión por la jefatura, se observó que aún quedan actividades pendientes para la mejora del SGC, por lo que se realizaron las siguientes acciones para avanzar en ellas.

Tabla 37. Principales acciones correctivas implementadas a partir de las no conformidades detectadas en la Revisión por la Jefatura del Centro Comunitario.

ACCIÓN CORRECTIVA	Fecha de implantación
1. Elaborar un oficio solicitando los recursos Humanos y Materiales necesarios.	07/01/13
2. Análisis de la aplicación la encuesta de satisfacción de usuarios/as.	22/10/12
3. Aplicar la encuesta de satisfacción de estudiantes en formación.	03/12/12
4. Realizar instrumentos de evaluación sistematizada de competencias básicas a estudiantes.	22/10/12
5. Verificar el seguimiento a la lista del pre-registro para identificar la capacidad de atención con la que cuenta el Centro.	22/10/12
6. Verificar el cumplimiento de los objetivos de calidad a través de los reportes semestrales.	24/06/13
7. Realizar expedientes por programa y por estudiante.	05/11/12
8. Planificación y aplicación de encuesta telefónica a usuarios.	14/12/12
9. Realizar una evaluación con la finalidad de conocer la efectividad de las capacitaciones sobre la implantación del SGC.	22/10/12
10. Otorgar constancias de los cursos de capacitación del SGC.	18/02/13
11. Entregar la segunda versión de la guía para los procesos de auditoría y certificación para que el personal pueda revisarlo.	25/01/13
12. Exhibir la política de calidad, los 8 principios de calidad, la misión y visión	26/10/12
13. Solicitar el respaldo de la información digital del Centro a través de un sistema de Red interna.	14/02/13
14. Establecer puntos de control de calidad de nuestros procesos, lo que nos permitirá su medición.	22/10/12
15. Tener un expediente por cada profesor, el cual contenga: curriculum, sus documentos probatorios y el plan de trabajo de su programa.	05/11/12
16. Integrar una carpeta o portafolio con un plan de trabajo de los alumnos de residencia de maestría con sus datos personales y solicitar a los supervisores de las residencias el registro de la supervisión de sus alumnos.	05/02/13
17. Se elaborará el documento "Evaluación de competencias profesionales.	16/10/12
18. Informar a los profesores acerca de los nuevos procedimientos y formatos que han surgido a partir de las nuevas versiones de los manuales, las auditorías y de la revisión por la jefatura y de las acciones correctivas implementas.	25/01/13
19. Se acordarán las acciones a seguir una vez que se tengan los resultados de los análisis estadísticos aplicados.	25/01/13

Las reuniones del comité de calidad, se encuentran registradas en el documento "Bitácora del sistema de gestión de calidad" (Clave CCMG_BITSGC), el cual se localiza en la carpeta "Bitácora de implantación del SGC" localizada en la oficina del jefatura del Centro Comunitario.

Los resultados de las acciones correctivas implementadas en estos tres procedimientos de calidad implementados, se encuentran plasmados en el apartado de resultados de este informe, en el Capítulo 5.

CAPITULO 4

AUDITORÍAS EXTERNAS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL CENTRO COMUNITARIO (CC)

4.1 Proceso de Certificación

Como lo indica Vázquez (2004), una vez concluida la etapa de capacitación del personal, terminada la implantación del sistema de gestión de calidad, realizadas las auditorías internas y la revisión por la jefatura, el CC, a través de la Facultad de Psicología, estuvo en posibilidad de solicitar a un organismo certificador la realización del proceso de certificación.

Para tal propósito, las autoridades de la Facultad de Psicología contactaron al Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C. (IMNC), el cual es un organismo nacional de normalización. Los certificados emitidos por el IMNC, con base en las normas ISO 9001:2008 tienen el reconocimiento de la International Certification Network (IQNet), por lo que son aceptados en más de 150 países, por medio de los 36 organismos de certificación más importantes a nivel mundial (Guía de Certificación IMNC, 2011).

4.1.1 Requisitos que cumplió el Centro Comunitario para iniciar el proceso de certificación

Para iniciar el proceso de certificación y de acuerdo con la guía de certificación del IMNC (2008), el organismo certificador solicitó al Centro y a las autoridades de la Facultad de Psicología los siguientes elementos:

- a) **Alcance de la certificación:** El Centro definió su alcance como *“Servicios de apoyo para la formación práctica de los estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de Psicología a través de la prestación de servicios psicológicos a la comunidad”* (Manual de calidad, 2013).

El alcance del sistema de gestión evaluado, fue reflejado en el correspondiente certificado haciendo referencia a:

- ✓ La razón social y/o el nombre comercial de la organización, que en este caso fue el Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

- ✓ La norma de referencia frente a la cual se declaró la conformidad del sistema de gestión del Centro, la cual fue la ISO 9001:2008, COPANT / ISO 9001-2008 NMX-CC-9001-IMNC-2008.

b) **Implementación del sistema de gestión de calidad:** La implementación comprendió desde la capacitación del personal, la puesta en práctica de los procedimientos y la generación de los registros que lo demostraron, la realización de dos auditorías internas completas y la revisión por la jefatura, las cuales el Centro Comunitario ya había realizado al momento de solicitar el proceso de certificación.

Finalmente y para completar la petición de certificación al IMNC, las autoridades de la Facultad de Psicología realizaron la solicitud correspondiente, además de entregar la documentación requerida por este Instituto.

Una vez cumplidos los requisitos solicitados, un auditor representante del IMNC, fue el encargado de auditar al Centro Comunitario a través de diferentes etapas, las cuales se señalan en la Tabla 38.

Tabla 38. Etapas de las auditorías externas realizadas al Centro Comunitario por el IMNC.

TIPO	OBJETIVO DE LA AUDITORIA	FECHA
Pre-auditoría: Etapa 2	Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión del cliente.	7 de diciembre de 2012
Auditoría: Etapa 1	Confirmación del alcance de la certificación: Servicio de apoyo a la formación práctica de los estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de psicología y la prestación de servicios psicológicos a la comunidad de acuerdo a la norma ISO 9001:2008.	22 de enero de 2013
Auditoría: Etapa 2	Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión del cliente.	11 y 12 de febrero de 2013

Como se observa en la tabla anterior, el objetivo de las diferentes etapas de las auditorías externas, fue el de evaluar la implementación y eficacia del sistema de gestión de calidad del CC, además de confirmar el alcance del mismo.

A continuación se especifican cada una de las etapas aplicadas y se describen los informes de auditoría correspondientes entregados por IMNC (Informe Pre-auditoría Etapa 2, Informe de Auditoría de Etapa 1 e Informe Auditoría de Etapa 2), en donde se indican los productos y procesos que fueron revisados y las no conformidades encontradas.

4.2 Pre-auditoría Externa de Etapa 2

Como se indica en (<http://www.interamericas.com.mx>, consultado el 18 de julio de 2013), la pre-auditoría ofreció al Centro Comunitario una idea general de cómo estaba preparado su sistema de gestión de calidad implementado. Este ejercicio tuvo como fin detectar áreas que pudieron afectar los resultados de las Auditorías Etapa 1 y 2. Su objetivo principal fue evaluar la implantación del sistema de gestión de calidad y realizar un muestreo de los procesos, documentos y registros del CC.

Una vez aplicada la pre-auditoría, el IMNC entregó al Centro Comunitario un informe de los resultados obtenidos (informe de auditoría), en donde se señalaron las no conformidades detectadas del sistema de gestión respecto a la norma ISO 9001:2008, así como las oportunidades de mejora.

El resultado de la pre-auditoría no tuvo un efecto dentro del proceso de certificación, pero si permitió al CC tomar acciones inmediatas sobre las no conformidades y las oportunidades de mejora encontradas.

La Tabla 39, muestra los productos y procesos que fueron auditados por el IMNC, en la Pre-auditoría Etapa 2 que se realizó en el Centro Comunitario el 7 de diciembre de 2012.

Tabla 39. Productos y procesos auditados por el IMNC al CC en la Pre-auditoría Etapa 2.
(Datos tomados del Informe Pre-auditoría Etapa 2 realizado por el IMNC).

Fecha	Productos	Procesos a certificar	Lugar
7 de diciembre de 2012	Competencia del terapeuta y Servicio de terapia.	Proceso de Revisión del SGC. Proceso de Elaboración y seguimiento de planeación estratégico y operativos. Proceso de Ingreso del estudiante. Proceso de Entrenamiento del estudiante y su egreso. Proceso de Ingreso del paciente. Proceso de Intervención supervisada con el usuario y su egreso.	Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"
Exclusiones: 7.3, 7.5.2, 7.6			
Representantes de la organización que atendieron la auditoría: Jefa del Centro Comunitario y Representante de la Jefatura			
Documento de referencia: ISO 9001:2008 / COPANT/ISO 9001-208/ NMX-CC-9001-IMNC-2008			

Así mismo, el informe de Pre-auditoría Etapa 2, refiere las no conformidades encontradas, las cuales se indican en la Tabla 40.

Tabla 40. No conformidades encontradas al CC en la Pre-auditoría Etapa 2
(Datos tomados del informe de la Pre-auditoría Etapa 2, realizado por el IMNC)

No.	NO CONFORMIDAD
1	Hallazgos: El Centro no tiene determinado los procesos externos. Evidencia: Existen diversas actividades requeridas por el Centro que las realizan instancias fuera del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro. Incumplimiento: requisitos 4.1 de la norma ISO 9001: 2008.
2	Hallazgos: El Centro no determinó las exclusiones pertinentes para la prestación del servicio. Evidencia: En el Manual de Calidad se declaran las exclusiones 7.2.1, 7.2.2 y 7.4, al respecto existe evidencia de su aplicación requerido en la prestación del servicio. Incumplimiento: requisitos 4.2.2 de la norma ISO 9001: 2008.
3	Hallazgos: En la revisión por la Jefatura no se muestra evidencia de haber revisado todos los elementos. Evidencia: En la revisión por la Jefatura del 19 de Octubre del 2012 se establece en la información para la revisión los elementos a evaluar, sin embargo, en el contenido no se tiene evidencia de haber analizado todos los elementos inicialmente planteados. Incumplimiento: requisitos 5.6.2 de la norma ISO 9001: 2008.
4	Hallazgos: En el Centro no se tiene evidencia de la competencia del personal que interviene en la prestación del servicio (terapeutas y supervisores para posgrado). Evidencia: Debido a la naturaleza de formación académica, la prestación del servicio queda a cargo de los terapeutas y supervisores, respectivamente, al respecto no se tiene evidencia de su educación, formación, experiencia y habilidad requeridas. Incumplimiento: requisitos 6.2.2 de la norma ISO 9001: 2008.
5	Hallazgos: La Organización no tiene documentado como se determinan los requisitos con el cliente. Evidencia: En el Manual de Calidad se excluyó este requisito. Incumplimiento: requisitos 7.2.1 y 7.2.2 de la norma ISO 9001: 2008.

Tabla 40. (Continuación)

6	<p>Hallazgos: La Organización no tiene documentado como se determinan los requisitos a comprar y verificar los productos adquiridos.</p> <p>Evidencia: En el Manual de Calidad se excluyó este requisito.</p> <p>Incumplimiento: requisitos 7.4.2 y 7.4.3 de la norma ISO 9001: 2008.</p>
7	<p>Hallazgos: El Centro no muestra evidencia de las características de calidad del servicio.</p> <p>Evidencia: Para los Procesos de Entrenamiento del estudiante y su egreso e Intervención supervisada con el usuario y su egreso, se tienen procedimientos donde establecen las actividades a realizar pero no tiene documentado los criterios a través de qué puntos aseguraremos el cumplimiento del servicio tanto de una adecuada aplicación de terapia como de la evaluación de competencia de los terapeutas.</p> <p>Incumplimiento: requisitos 7.5.1 de la norma ISO 9001: 2008.</p>
8	<p>Hallazgos: La Organización no asegura la eficacia de los proceso con los actuales indicadores definidos de sus procesos.</p> <p>Evidencia: Los procesos tiene definido indicadores de medición, sin embargo, son de cumplimiento lo cual no asegura la adecuada evaluación del desempeño.</p> <p>Incumplimiento: requisitos 8.2.3 de la norma ISO 9001: 2008.</p>
9	<p>Hallazgos: El Centro no muestra evidencia de las sesiones de la terapia.</p> <p>Evidencia: Para los Procesos de Entrenamiento del estudiante y su egreso e Intervención supervisada con el usuario y su egreso, se evaluó el expediente 0535 faltando registros de las sesiones realizadas, expediente 0524 falta definir su estado de baja.</p> <p>Incumplimiento: requisitos 8.2.4 de la norma ISO 9001: 2008.</p>
10	<p>Hallazgos: En el Centro no se identificó el producto no conforme.</p> <p>Evidencia: Se tiene documentado el Procedimiento Producto no conforme centrándose en el llenado de registros, sin embargo, como se menciona en el incumplimiento anterior no se identifica y que acciones se toman.</p> <p>Incumplimiento: requisitos 8.3 de la norma ISO 9001: 2008.</p>

El informe especifica las oportunidades de mejora, las cuales se indican en la Tabla 41.

Tabla 41. Oportunidades de mejora señaladas.
(Datos tomados del informe de la Pre-auditoría Etapa 2, realizado por el IMNC)

Sistema de Gestión de calidad	
1.2.3	Reforzar la forma de identificar los documentos externos utilizados en la prestación de los servicios (impresos y electrónicos).
1.2.4	El Centro genera diversos registros, aclarar cómo se identificarán en los casos de ser impresos o electrónicos.
1.4.2	Derivado de los cambios que se están realizando en la implementación del sistema de gestión de calidad, por ende se debe reforzar la forma de planificar los cambios a fin de mantener la integridad.
Proceso de Revisión del Sistema de Gestión de Calidad	
5.6.1	En la revisión por la jefatura asegurar la forma en que se documenta la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de calidad.

Entre las conclusiones de la pre-auditoría, el documento "Informe de Etapa 2" señala las siguientes:

4.2.1 Conclusiones de la Pre-auditoría externa de Etapa 2

- El sistema de gestión de la calidad evaluado se encuentra implementado, destacando la madurez que se tiene con el personal que lo administra.
- Los recientes cambios se están implementando por ende el personal está enterado de dichas adecuaciones pertinentes.
- En relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, se debe definir a través de qué mecanismos se evalúa.

Conocidas las no conformidades encontradas a través del informe entregado por el auditor del IMNC (Tabla 40), el Centro Comunitario realizó una reunión extraordinaria del comité de calidad el día 14 de diciembre 2012, cuyo objetivo tuvo los siguientes puntos a tratar:

- I. Lectura del informe de auditoría presentado por el auditor externo del IMNC, A.C., llevada a cabo el día 7 de diciembre de 2012.
- II. Análisis de las no conformidades presentadas.
- III. Análisis de las recomendaciones, oportunidades de mejora y aspectos a considerar en la próxima auditoría.
- IV. Propuesta de acciones correctivas para subsanar las no conformidades.

Analizados los puntos señalados anteriormente por el comité de calidad, se llegó a los siguientes acuerdos para resolver las no conformidades y observaciones hechas, los cuales se plasmaron en el documento "Minuta de reunión extraordinaria del Comité de Calidad" del 14 de diciembre de 2012, en poder de la jefatura del Centro Comunitario, los cuales se desglosan en la Tabla 42.

Tabla 42. Compromisos acordados en la reunión extraordinaria del 14 de diciembre de 2012 por el "Comité de calidad", en respuesta a las no conformidades del Informe de la Pre-auditoría Etapa 2.

ACUERDOS DE LA REUNIÓN EXTRAORDINARIA DEL COMITÉ DE CALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinarán los procesos externos señalando en el manual de calidad cuales son estos; detectarlos en el manual de procedimientos y describir el control interno que puede llevar a cabo el Centro Comunitario en la parte que lo corresponde de tales procesos externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar respuesta para las exclusiones que no fueron permitidas (7.2.1., 7.2.2. y 7.4) y mejorar la fundamentación de las que si fueron permitidas relativas a la cláusula 7.3.
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el informe de la revisión por la jefatura aquellos elementos que no se tomaron en cuenta. Se estableció en el manual de calidad con mayor claridad los elementos que la norma pide tomar en cuenta y los que el CC ha determinado como importantes y se corrigió el informe a fin de que no se repetirá en el futuro la falla detectada.
<ul style="list-style-type: none"> • Se continúan integrando los expedientes de académicos/supervisores afin de que entreguen las evidencias de su formación y competencia para sus tareas en el Centro Comunitario.
<ul style="list-style-type: none"> • Se han mejorado las redacciones e incluido criterios en el Plan de Calidad y en el Manual de Calidad acerca de los requisitos de los clientes (cláusulas 7.2.1 y 7.2.2).
<ul style="list-style-type: none"> • Se documentará en el Manual de Calidad los controles que internamente lleva el CC sobre los recursos en general que le son otorgados a través de procesos externos.(cláusula 7.4.2. y 7.4.3.)
<ul style="list-style-type: none"> • Para el incumplimiento de la cláusula 7.5.1., se realizarán instrumentos de medición de competencias, los cuales serán aplicados al estudiante en el transcurso de su formación. Por otro lado se aplicarán instrumentos para la medición de la supervisión, lo que redundará en una mejor atención al usuario. Se incorporaron criterios en la Tabla de controles del Plan de Calidad.
<ul style="list-style-type: none"> • En lo referente al punto 8.2.3., se corregirán los controles de calidad en la tabla de controles de calidad adjunta al plan de calidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Se continuará entrenando a los responsables de formación sobre el adecuado uso de los nuevos registros elaborados para la supervisión de los estudiantes.
<ul style="list-style-type: none"> • Se describirá en el manual de calidad el producto no conforme y las acciones correctivas que se tomarán al respecto.
<ul style="list-style-type: none"> • Se dará un puntual seguimiento a la lista del pre-registro.
<ul style="list-style-type: none"> • Se elaborarán los nuevos controles de calidad propuestos y sus respectivos registros.
<ul style="list-style-type: none"> • Se iniciará con el análisis de las satisfacción de los estudiantes y de los usuarios que terminaron su proceso de enseñanza o terapéutico respectivamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Una vez iniciadas las acciones correctivas a las no conformidades, se imprimirán las nuevas versiones de los documentos corregidos.

Estas acciones fueron llevadas a cabo por la jefatura del CC, el representante de la jefatura y el equipo asesor de la facultad e implementadas antes de la realización de la Auditoría de Etapa 1, la cual se describe a continuación.

4.3 Auditoría externa de Etapa 1

Como lo indica la guía de certificación del IMNC (2011), esta auditoría consistió en verificar si el sistema de gestión de calidad del CC contemplaba todos los elementos señalados por la norma ISO 9001:2008, así como la viabilidad para realizar la Auditoría de Etapa 2.

Para su realización, fue necesaria por parte de jefatura del CC, la entrega al IMNC de la documentación de soporte requerida por éste, la que incluyó:

- El Manual de Calidad del CC, donde se establece el alcance del sistema de gestión de calidad y en el que incluyen los detalles y la justificación de las exclusiones.
- El manual de los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad del Centro Comunitario.
- La descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.
- Requisitos legales.

En esta auditoría Etapa 1, el auditor del IMNC evaluó la conformidad de la documentación del sistema de gestión de calidad del CC respecto a la norma ISO 9001:2008, intercambié información con el personal de la organización, verificó el grado de comprensión de los requisitos de la norma. Asimismo comprobó que se hubiera realizado en el CC las auditorías internas y la revisión por la jefatura. Valoró si el nivel de implementación del SGC confirmaba que el Centro Comunitario estaba preparado para recibir la auditoría de etapa 2.

La guía de certificación IMNC (2011), indica que es necesario que el resultado de la auditoría Etapa 1 sea conforme para proceder a la realización de la Auditoría Etapa 2. El informe de Auditoría Etapa 1 entregado por el auditor del IMNC al CC, señala los productos y procesos que se auditaron, los cuales se indican en la Tabla 43:

Tabla 43. Productos y procesos auditados por el IMNC al CC en la Auditoría Etapa 1.

Fecha	Productos	Procesos a certificar	Lugar
22 de enero de 2012	Competencia del terapeuta y Servicio de terapia.	Proceso de Revisión del SGC. Proceso de Elaboración y seguimiento de planeación estratégico y operativos. Proceso de Ingreso del estudiante. Proceso de Entrenamiento y evaluación del estudiante. Proceso de Egreso del estudiante. Proceso de Ingreso del usuario. Proceso de Intervención supervisada y egreso del usuario.	Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"
Exclusiones: 7.3, 7.4.1, 7.5.2, 7.6			
Representantes de la organización que atendieron la auditoría: Jefa del Centro y Representante de la Jefatura			
Documento de referencia: ISO 9001:2008 / COPANT/ISO 9001-208/ NMX-CC-9001-IMNC-2008			

Una vez realizada esta auditoría a los procesos del Centro Comunitario en la fecha señalada, el documento "Informe de Auditoría de Etapa 1" entregado por el auditor del IMNC, no reportó hallazgos de no conformidades en la revisión. Además se aceptaron las exclusiones a los requisitos de la norma manifestadas por el CC en el manual de calidad, las cuales se indican en la Tabla 44.

Tabla 44. Exclusiones a los requisitos de la Norma aceptadas por el IMNC en el "Informe de Auditoría Etapa 1" (Datos tomados del Informe de Auditoría Etapa 1 realizado por el IMNC).

EXCLUSIONES A LOS REQUISITOS DE LA NORMA ACEPTADAS
<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Diseño y desarrollo: La formación práctica está controlada por Planes de estudio de la Facultad de Psicología y la prestación del servicio psicológico por marcos teóricos conceptuales del terapeuta.
<ul style="list-style-type: none"> • 7.4.1 Proceso de compras: La selección, evaluación y re-evaluación de proveedores se realiza por la Secretaría Administrativa, por ende no es atribución del Centro.
<ul style="list-style-type: none"> • 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio: Los servicios prestados son verificados a lo largo del mismo.
<ul style="list-style-type: none"> • 7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición: El centro comunitario no utiliza equipos en la prestación del servicio.

De igual manera este documento determina las conclusiones de la auditoría, que incluyeron el estado de la documentación del Centro Comunitario y la confirmación de que estuvo listo para continuar con la Auditoría Etapa 2, de la siguiente forma:

4.3.1 Conclusiones de la Auditoría externa de Etapa 1

- La Organización realizó la auditoría interna el día 2 y 3 de Octubre del 2012 las acciones documentadas se verificarán en la Etapa 2.
- La revisión por la Jefatura se realizó el 19 de Octubre del 2012, siendo documentado todo los elementos requeridos por la norma de referencia, los acuerdos documentados se verificaran en la Etapa 2.
- La presente evaluación se realizó a la documentación y las condiciones del SGC, se puede continuar con la Etapa 2.

A lo largo de esta auditoría, el técnico en evaluación (auditor), realizó algunas observaciones para la mejora del sistema, las cuales se describen en la Tabla 45, así como las acciones emprendidas por el Centro Comunitario que dieron respuesta a las mismas.

Tabla 45. Observaciones efectuadas por el auditor del IMNC en el desarrollo de la Auditoría Etapa 1 y acciones que implementó el Centro Comunitario para dar respuesta a las mismas.

Descripción de la observación realizada por el auditor	Respuesta	Responsable de la tarea	Fecha límite para su ejecución
1. El auditor señala que se excluya la cláusula 7.4.1 del Manual de Calidad.	Se eliminará el desarrollo de esta cláusula, justificando porque no aplica para los procesos del CC.	Jefatura y Responsable	30/enero/2013
2. Para la cláusula 7.3, dividir la justificación en el Manual de Calidad para la formación de estudiantes y para el servicio del usuario.	Se dividirá la justificación: En lo que se refiere a la formación del estudiante (se tienen planes y programas institucionales etc.). En lo que se refiere al servicio al usuario (marcos teóricos de los terapeutas).	Jefatura y Responsable	30/enero/2013
3. Excluir la cláusula 7.6 del Manual de Calidad	Se justificará en el Manual de Calidad esta cláusula, ya que el Centro Comunitario no usa equipo.	Jefatura y Responsable	30/enero/2013
4. Indica que la cláusula 7.5.2 Exclusión permitida	Se realizarán los cambios necesarios en el Manual de Calidad	Jefatura y Responsable	30/enero/2013
5. Respecto al Manual de Organización, en algunos perfiles no se especifica la experiencia requerida.	Al revisar en los perfiles de puesto, algunos no especifican la experiencia, por lo que se modificarán todos los puestos, excepto el de "Recepcionista" e "Intendencia y Mensajería.	Jefatura y Responsable	30/enero/2013
6. Para la revisión por la jefatura, integrar la minuta al informe y una tabla de Gantt donde se muestre el progreso de las acciones planteadas.	Se integrará la Minuta de la revisión por la jefatura al informe. Se elaborará un diagrama de Gantt donde se muestre el avance de las acciones acordadas por la jefatura y el comité de calidad.	Jefatura y comité de calidad	30/enero/2013
7. Para la revisión por la jefatura, agregar conclusiones indicando si el sistema es conveniente, adecuado y eficaz.	Se explicará si se alcanzó el propósito haciendo énfasis en las decisiones tomadas, se indicará si éstas han sido adecuadas, eficaces y convenientes. A través de un diagrama de Gantt se especificarán las acciones planeadas y los responsables de las mismas.	Jefatura y comité de calidad	30/enero/2013

Una vez resueltas por el Centro Comunitario las observaciones señaladas por el auditor y dado que el resultado de la auditoría fue conforme con los requisitos de la Norma, de acuerdo a lo que señala la guía de certificación del IMNC (2011), este organismo certificador procedió con la programación de la Auditoría de Etapa 2.

4.4 Auditoría externa de Etapa 2

De acuerdo con la guía de certificación IMNC (2011), la auditoría Etapa 2 también se conoce como auditoría de certificación. Consistió en la visita del auditor de este organismo, quien evaluó la conformidad del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario con la norma ISO 9001:2008. Estuvo acompañado de un experto técnico en el área de la Psicología, el cual contaba con los conocimientos necesarios para interpretar los diferentes registros producto de los procesos que se realizan en este centro de enseñanza.

El informe de Auditoría Etapa 2 entregado por el auditor del IMNC, señala los productos y procesos que se auditaron, los cuales se muestran en la Tabla 46.

Tabla 46. Productos y procesos auditados al CC por el IMNC en la Auditoría Etapa 1.
(Datos tomados del Informe de Auditoría Etapa 1 realizado por el IMNC).

PRODUCTOS Y PROCESOS AUDITADOS EN LA AUDITORÍA ETAPA 2			
Fecha	Productos	Procesos a certificar	Lugar
11 y 12 de febrero de 2013	Competencia del terapeuta y Servicio de terapia	Elaboración y seguimiento de planeación estratégico y operativos. Revisión del SGC. Ingreso del estudiante. Entrenamiento y evaluación del estudiante. Egreso del estudiante. Ingreso del usuario. Intervención supervisada y egreso del usuario.	Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"
Exclusiones: 7.3, 7.4.1, 7.5.2, 7.6			
Representantes de la organización que atendieron la auditoría: Jefa del Centro y Representante de la Jefatura			
Documento de referencia: ISO 9001:2008 / COPANT/ISO 9001-208/ NMX-CC-9001-IMNC-2008			

Una vez realizada la auditoría a los procesos del Centro Comunitario en las fechas programadas, el documento "Informe de Auditoría de Etapa 2" entregado por el auditor del IMNC, no reportó hallazgos de no conformidades en la revisión. El informe muestra las oportunidades de mejora en algunos procesos del sistema de gestión de calidad del CC, los cuales se muestran en la Tabla 47.

Tabla 47. Oportunidades de mejora Auditoría Etapa 2.
(Datos tomados del Informe de Auditoría Etapa 2 realizado por el IMNC).

Proceso de Revisión del sistema de gestión de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • 4.1 La Organización define los procesos externos requeridos en el sistema de gestión de la calidad, reforzar el tipo de control. • 4.2.3 Existen diversos documentos proporcionados por otras instancias de la Facultad de Psicología, reforzar como controlan la identificación de dichos documentos. • 6.2.1 La Organización define la competencia en el Manual de Organización para el personal, reforzar que competencia se requiere para los roles que desempeña (formación y servicio). • 6.3 Reforzar la forma en que se solicita la a las diferentes entidades el mantenimiento de la infraestructura.
Proceso de Entrenamiento y evaluación del estudiante
<ul style="list-style-type: none"> • 7.5.3 Reforzar a través de qué aspectos aseguramos la identificación del producto a lo largo de la prestación del servicio. • 8.3 La Organización presenta una diversidad en los servicio psicológico por ende analizar la conveniencia de puntualizar el producto no conforme acorde a dicha naturaleza.
Proceso de Entrenamiento y evaluación del estudiante e Intervención supervisada y egreso del usuario
<ul style="list-style-type: none"> • 8.2.4 La Organización debe analizar la conveniencia de reforzar la forma de documentar que aspectos de control son evaluados a lo largo de la prestación del servicio para la toma de acciones, considerando la parte de formación y servicios.

4.4.1 Conclusiones del Informe de Auditoría externa de Etapa 2

La conclusiones señaladas en este informe indican que el sistema de gestión de la calidad del Centro Comunitario se encuentra implementado, añade que en la revisión por la jefatura del 19 de Octubre del 2012 se documentan acciones y decisiones que se encuentran en proceso de implementación y tratan de aspectos tales como:

- Indicadores de procesos.
- Conformidad del producto en las dos vertientes, formación práctica y servicio psicológicos.

El documento explica que la revisión por la jefatura muestra el nivel de implementación y destaca la madurez que se asume por el personal, lo que permite documentar nuevas acciones que por sus mismas necesidades se están desarrollando.

El siguiente capítulo desglosa los resultados obtenidos en las diferentes fases de la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario, así como las acciones correctivas implementadas.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS OBTENIDOS

Este capítulo presenta los resultados obtenidos en las diferentes fases de la implementación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro". Para cumplir con los requisitos solicitados por la norma ISO 9001:2008, cada procedimiento de las diferentes fases llevaba implícita la metodología "PHVA" (Planea-Hacer-Verificar-Actuar). A continuación se exponen los diferentes resultados obtenidos:

5.1 Tiempo de implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario

El tiempo transcurrido entre la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario hasta la certificación del mismo por el organismo certificador, fue de 17 meses y medio. Nava (2010) señala que la media promedio de implantación de un sistema de gestión de calidad en una organización oscila entre 12 y 18 meses, por lo que el periodo que llevó introducirlo al CC, hasta su certificación se encuentra dentro de la media.

5.2 Documentos del SGC implantado en el Centro Comunitario

Los documentos que requirió el sistema de gestión de calidad establecido en el CC, tuvieron múltiples transformaciones durante todo el proceso, se ejecutaron diversas modificaciones a los mismos por lo que se utilizaron diferentes versiones en el transcurso de la implementación. En la Tabla 48, se indican las últimas versiones de los documentos y las claves correspondientes que los identifican dentro del sistema.

Tabla 48. Listado de las últimas versiones de los documentos elaborados para el SGC del CC.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE	VERSIÓN
a) Manual de Calidad	MC/CC-12	3
b) Manual de Procedimientos Operativos y de calidad	MP/CC-12	3
c) Manual de Organización	MO/CC-12	3
d) Plan de Calidad	PLC/CC-12	3
e) Planeación estratégica	PE/CCMG/01	1
f) Planeación Operativa	PO/CCMG/01	2
g) Guía para los Procesos de Auditoría y Certificación ISO 9000	N/A	2

5.3 Registros del sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario

Durante el establecimiento del sistema de gestión de calidad en el CC, surgieron diversos registros, se elaboraron múltiples formatos y se implementaron diferentes acciones correctivas a los mismos. Las Tablas 49, 50 y 51, indican las últimas versiones de los formatos y registros con las claves correspondientes y los procedimientos a los que pertenecen.

Tabla 49. Registros de procedimientos operativos del SGC del Centro Comunitario

LISTA DE REGISTROS DE LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS (Últimas versiones)		
Nombre del formato o registro	Clave	Procesos con el que se relaciona
Programa (electrónico resguardado por jefatura)	N/A	Ingreso del estudiante
Carta de aceptación	CAP/CCMG/01	Ingreso del estudiante
Retroalimentación del estudiante	RETRO/CCMG/01	Entrenamiento y evaluación del estudiante
Expediente del estudiante	N/A	Entrenamiento y evaluación del estudiante
Examen de conocimientos	EVACCCMG/01	Entrenamiento y evaluación del estudiante
Escala para valorar competencias	ESCOMP/CCMG/01	Entrenamiento y evaluación del estudiante
Programa de trabajo	PTRAB/CCMG/01	Entrenamiento y evaluación del estudiante
Pre registro	PRRG/01	Ingreso del usuario
Base de datos del pre-registro	BPR/CCMG/02	Ingreso del usuario
Registro de asistentes	RGCCMG/01	Ingreso del usuario
Expediente del usuario	EXPUS/CCMG/01	Ingreso y egreso del usuario, intervención supervisada y/o canalización y producto no conforme
Orden de pago	ORDEN/CCMG/01	Ingreso y egreso del usuario
Camet	CA/CCMG/01	Ingreso del usuario
Ficha de admisión	FA/CCMG/01	Ingreso del usuario
Estudio socioeconómico	EST/CCMG/01	Ingreso del usuario
Consentimiento informado	CI/CCMG/01	Ingreso del usuario
Formato de referencia a otras instituciones	REF/CCMG/01	Ingreso del usuario
Consentimiento informado para tutores	CIN/CCMG/01	Ingreso del usuario
Ficha de admisión menores	FA/CCMG/01	Ingreso del usuario
Entrevista Psicopedagógica Inicial	ESE/CCMG/01	Ingreso del usuario
Reporte de sesión clínica	RESC/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Evaluación diagnóstica	EVAL/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Satisfacción de usuarios	FORSA/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Satisfacción de usuarios (Talleres de prom. S.M.)	SUT/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Portafolio	PORT/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Orden impresión	N/A	Intervención supervisada y/o canalización
Impresiones del cartel o volante	N/A	Intervención supervisada y/o canalización
Asignación de espacios	N/A	Intervención supervisada y/o canalización
Carta descriptiva	CADES/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Retroalimentación del estudiante	RETRO/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Definiciones operacionales de las competencias	DEFCOMP/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Lista de cotejo: Escala para valorar competencias	LCESCOMP/CCMG/01	Intervención supervisada y/o canalización
Registro de cuotas de recuperación	RGRE/CCMG/01	Egreso del usuario
Contra recibo	N/A	Egreso del usuario
Alta/baja y seguimiento	ALBA/CCMG/01	Egreso del usuario
Satisfacción de estudiantes en formación	SAS/CCMG/01	Egreso del estudiante
Análisis estadístico de las evaluaciones	AEST/CCMG/01	Egreso del estudiante
Lista de estudiantes horas	LISTEH/CCMG/01	Egreso del estudiante
Constancias	N/A	Egreso del estudiante
Copia de Oficio de cuotas	N/A	Difusión y control de cuotas
Informe mensual estadístico	IMES/CCMG/01	Difusión y control de cuotas
Reporte mensual	RPM/CCMG/01	Difusión y control de cuotas
Solicitud única de compra	N/A	Gestión de recursos humanos y materiales
Vale de salida del almacén	N/A	Gestión de recursos humanos y materiales
Solicitud de transporte	N/A	Gestión de recursos humanos y materiales
Control de procesos externos	PROEX/CCMG/01	Tabla de control de calidad
Validación del programa de prácticas	VALPRAC/CCMG/01	Tabla de control de calidad
Verificación de estudiante inscrito	VEREST/CCMG/01	Tabla de control de calidad
Desempeño del estudiante del servicio social	DESSCCMG/01	Tabla de control de calidad

Tabla 50 Registros de los procedimientos de calidad del SGC del CC

REGISTROS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD (últimas versiones)		
Nombre del formato o registro	Clave	Procesos con el que se relaciona
Control de documentos	CDOC/CCMG/01	Control y actualización de documentos
Bitácora de cambios	BCAM/CCMG/01	Control y actualización de documentos
Plan anual de auditoría	CCMG_PAAUIN-1	Auditoría interna
Plan de auditoría	CCMG_PLANAUD2012-1	Auditoría interna
Lista de asistencia	CCMG_LISTSGC	Auditoría interna
Guía para la entrevista de la auditoría interna	CCMG_GUIAAUDIT-1	Auditoría interna
Informe de auditoría	CCMG_INFAUDIT	Auditoría interna
Acciones preventivas y correctivas	CCMG_ACORRECTIVAS	Auditoría interna y acciones correctivas
Listado de registro por área	CCMG_LIST_REGIST	Control de registros
Formato de ingreso a archivo muerto	AMUERT/CCMG/01	Control de registros
Formato de eliminación de registros	ELIR/CCMG/01	Control de registros
Formato de falla	CCMG_FALLAS	Acción correctiva y acción preventiva
Formato de no conformidad	CONF/CCMG/01	Acción correctiva
Revisión por la jefatura	CCMG_REVJEF	Revisión por la jefatura
Calendario de auditoría	CALAU/CCMG/01	Revisión por la jefatura
Registro del producto no conforme	REGPNC/CCMG/01	Producto no conforme
Registro de acción preventiva	REGAP/CCMG/01	Producto no conforme

Tabla 51 Otros Registros del SGC del CC.

OTROS REGISTROS DEL SISTEMA		
Nombre del formato o registro	Clave	Procesos con el que se relaciona
Bitácora del sistema de gestión de calidad	CCMG_BITSGC	Sistema de gestión de calidad
Registros de educación y capacitación del personal	N/A	Sistema de gestión de calidad
Listado de registros del SGC	CCMG_LIST_REGIST	Sistema de gestión de calidad
Listado de documentos del SGC	CCMG_LIST_DOC	Sistema de gestión de calidad
Responsabilidad, Autoridad y comunicación	RAC	Sistema de gestión de calidad
Nombramiento Comité de Calidad	CCMG_NOMCCALID	Sistema de gestión de calidad
Nombramiento del Representante de Calidad	CCMG_NOMRC	Sistema de gestión de calidad
Nombramiento Auditor	CCMG_NOM_AUDIT	Sistema de gestión de calidad
Carta Auditado	CCMG_AUDITA_1	Sistema de gestión de calidad
Acta Circunstanciada de cierre de auditoría	CCMG_ACTCIR_CIE	Sistema de gestión de calidad
Acta Circunstanciada de cierre de auditoría	CCMG_ACTCIRCUNS	Sistema de gestión de calidad

5.4 Resultados de las acciones correctivas implementadas en auditorías Internas

Los resultados que se presentan en esta sección, forman parte de las diversas actividades emprendidas por el CC para mejorar la calidad de los servicios que ofrece y para dar solución a las no conformidades detectadas en las revisiones del sistema a través de los procedimientos de calidad: Primera y Segunda Auditoría Interna y Revisión por la Jefatura.

5.4.1 Resultados de la Primera Auditoría Interna del Centro Comunitario

El Centro Comunitario realizó diversas acciones para dar solución a los hallazgos de no conformidad con la norma, manifestados en el documento "Informe de la Primera Auditoría" (Clave: CCMG_INFAUDIT_1). De las acciones correctivas emprendidas, las cuales se indican en el documento "Acciones correctivas" (Clave: CCMG_ACORRECTIVAS), la mayoría de ellas dieron una solución satisfactoria para resolver las no conformidades detectadas en esta verificación del sistema. La Tabla 52, presenta los resultados de las acciones correctivas implementadas en el Centro a partir de las no conformidades detectadas en la Primera Auditoría Interna.

Tabla 52. Resultados Primera Auditoría Interna del CC.

RESULTADOS DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS EN LA PRIMERA AUDITORÍA INTERNA DEL CENTRO COMUNITARIO	
Resultado	Fecha de cierre
1. A raíz de las juntas de sensibilización realizadas con personal académico, estudiantes y personal administrativo, se logró como resultado un mayor involucramiento del personal del CC en el SGC.	23/08/12
2. Se obtuvo la versión definitiva del manual de calidad Versión 2 y se entregó a los profesores el prontuario del SGC, logrando con esto un mejor conocimiento de conceptos y de lo que es la calidad en el servicio que se otorga.	23/08/12
3. En las juntas de sensibilización se explicó el procedimiento de actualización de documentos el cual quedó claro para los asistentes a las reuniones.	20/10/12
4. Se pegaron en áreas estratégicas del CC, la política de calidad, objetivos de calidad, los procedimientos operativos.	28/06/12
5. Se enviaron los correos correspondientes al personal del CC y se insistió en que revisaran los diferentes manuales con los que se cuenta e identificaran los procedimientos en los que participan.	02/07/12
6. Se estableció el documento: responsabilidad, autoridad y comunicación, donde se establecen las formas de comunicación entre el personal del CC. Se pusieron avisos en áreas estratégicas para indicar quienes conforman el comité de calidad y quien es el representante de la calidad. De forma personalizada se ha entregado el perfil de puesto a cada miembro del CC.	30/08/12
7. Se llevó a cabo la revisión por la jefatura y se cuenta con datos de la misma.	25/10/12
8. Se cuenta con nuevos procedimientos que se incluyeron en la versión 2 del manual de procedimientos	23/09/12
9. Se asignaron los espacios requeridos al inicio del semestre.	10/07/12
10. Los académicos ya están programando la calendarización de su plan de trabajo con los estudiantes para el semestre que iniciará en febrero 2013.	20/02/13
11. Ya se cuenta con el manual de calidad en V2 y en las reuniones con el personal del CC han quedado claros los requisitos de los clientes, tanto internos como externos.	30/10/12

Tabla 52. (Continuación)

12. Se facilitó la integración de los expedientes a través de diferentes acciones como: Color del expediente para cada área (Clínica, Psicopedagógica) Expediente por programa y por alumno. Archivero para formatos y expedientes en área específica. Archivero para profesores y alumnos en área de la Jefatura.	20/02/13
13. Se implementaron expedientes de estudiantes en formación con los registros requeridos (evaluaciones, datos personales, etc.).	20/02/13
14. Se elaboró una lista de espera del pre-registro de usuarios de forma electrónica, la cual nos ha permitido llevar un mejor control y registro de los solicitantes del servicio, identificar de forma inmediata datos del solicitante, su estatus, persona que lo atiende, motivo de consulta, etc. También nos ha permitido conocer nuestra capacidad de atención, poder cerrar el registro en el momento adecuado y comunicarle al solicitante la falta de espacio en nuestro CC y otras opciones de atención en otra institución.	20/02/13
15. Los diferentes formatos implementados a partir del SGC ya se están utilizando de forma regular. Se tiene un área específica para su localización.	31/08/12
16. Se han asignado lugares específicos para los expedientes de usuarios, estudiantes, profesores y para los formatos, (2 archiveros), con la finalidad de una fácil localización. Se han ordenado de forma alfabética y por color de expediente. Todo esto ha permitido la mejor organización de los mismos.	29/10/12
17. Se han entregado los prontuarios del SGC a profesores para que difundan la información con sus alumnos. Se pegaron avisos en las áreas estratégicas del CC para dar a conocer los procedimientos de calidad.	20/08/12
18. Ya se cuenta con algunos registros, tanto de satisfacción de clientes externos como internos. Al finalizar los programas de formación se contará con la totalidad de los registros de satisfacción de estudiantes en su formación.	20/02/13
19. Ya se tiene al plan anual de auditoría y se han completado en su totalidad la primera y segunda auditorías interna así como la revisión por parte de la jefatura	31/10/12
20. Ya se conocen los indicadores de calidad, los cuales están plasmados en el manual de calidad y la información se ha dado a conocer en las reuniones realizadas.	31/10/12
21. Se pegaron en partes estratégicas del CC avisos para el llenado del formato de fallas. Se ubicaron los formatos de fallas en un lugar estratégico para su llenado. Se mandó correo electrónico al personal del CC con las instrucciones para su llenado.	31/08/12
22. En las juntas realizadas en el CC se ha dado la información de lo que es un producto no conforme, por lo que la mayoría del personal tiene clara su definición.	20/11/12
23. El personal del CC conoce lo que es una falla y cómo reportarla.	30/08/12
24. Ya se han implementado acciones correctivas, la cuales se señalan en este informe.	30/08/12

5.4.2 Resultados de la Segunda Auditoría Interna del Centro Comunitario

En la segunda revisión del sistema de calidad del CC, se realizaron nuevas acciones correctivas para dar solución a las no conformidades detectadas. De las acciones correctivas emprendidas, las cuales se indican en el documento "Acciones correctivas", versión 2 (Clave: CCMG_ACORRECTIVAS2), se obtuvieron resultados positivos que dieron solución a gran parte de los hallazgos encontrados. La Tabla 53, presenta los

resultados de las acciones correctivas implementadas en el Centro Comunitario a partir de las no conformidades detentadas en la Segunda Auditoría Interna.

Tabla 53. Resultados obtenidos en acciones correctivas de la Segunda Auditoría Interna del CC

Resultados de las acciones correctivas implementadas en la segunda auditoría interna del Centro Comunitario.	Fecha de cierre
1. Se ha logrado la integración de expedientes de profesores, los cuales contienen su currículum, documentos probatorios y su programa de trabajo.	28/02/13
2. Se ha efectuado la capacitación al personal de recepción para el correcto manejo de la base de datos del pre-registro.	24/01/13
3. Se integraron puntos de control de calidad en el manual de procedimientos los cuales han permitido medir la calidad de nuestros procesos y evitar errores en los procedimientos.	28/01/13
4. Se logró tener la identificación de los expedientes por área, verdes para atención psicológica y rosas para el área psicoeducativa.	20/11/12
5. Se exhiben dentro del CC: Los objetivos de calidad, los ocho principios de la gestión de calidad, el círculo de calidad de Deming.	28/06/12
6. Se está elaborando el instrumento "Escala para valorar competencias" (Clave ESCOMP/CCMG/01). Se está realizando el documento "Lista de Cotejo" (Clave: LCESCOM/CCMG/01) para esta escala y el documento "Definiciones Operacionales de las Competencias" (Clave DEFCOM/CCMG/01 el cual contendrá las definiciones de las competencias que se evalúan a los estudiantes.	28/02/13
7. Se logró tener un expediente de cada estudiante de formación en la práctica, el cual incluye: La evaluación de sus competencias básicas profesionales, la satisfacción del estudiante con su formación.	28/02/13
8. Se realizó la revisión por la jefatura y se terminó la nueva versión 2 del manual de procedimientos con los controles de calidad incluidos.	20/11/12
9. Se revisó el estado de las acciones implementadas en la Primera auditoría interna y se cerraron las diferentes acciones llevadas a cabo, como lo muestra el documento CCMG_ACORRECTIVAS en poder de la jefatura del CC.	28/01/13

5.4.3 Resultados de la Revisión por la Jefatura del Centro Comunitario

En el procedimiento de calidad "Revisión por la jefatura" se analizó la implantación y efectividad del sistema de gestión de calidad del CC, se plantearon diferentes acciones que dieran solución a aquellos aspectos del sistema que no se habían solucionado con las acciones correctivas efectuadas y se pusieron en marcha nuevas acciones para darles solución. La Tabla 54, presenta los resultados de las acciones correctivas implementadas en el CC a partir de las no conformidades detectadas en el procedimiento de calidad "Revisión por la jefatura".

Tabla 54. Resultados obtenidos en acciones correctivas de la Revisión por la Jefatura.

Resultados de las acciones implementadas a partir de la revisión por la jefatura del Centro Comunitario:	Fecha de cierre
1. Se solicitó a las autoridades competentes recursos humanos y materiales necesarios para el CC.	28/02/13
2. Se están realizando análisis de datos estadísticos de satisfacción de usuarios del servicio que ofrece el CC.	15/01/13
3. Se cuenta con datos estadísticos de satisfacción de estudiantes en formación.	15/01/13
4. Se cuenta con el formato "Escala para valorar competencias" (Clave ESCOMP/CCMG/01) el cual permite a los profesores tener una evidencia de las competencias adquiridas por los estudiantes. Se realizó el documento "Lista de Cotejo" (Clave: LCESCOM/CCMG/01) para esta escala y el documento "Definiciones Operacionales de las Competencias" (Clave DEFCOM/CCMG/01 el cual contiene las definiciones de las competencias que se evalúan a los estudiantes.	15/01/13
5. Se le está dando seguimiento puntual a la lista del pre-registro de usuarios, con el cual se está identificando la capacidad de atención del CC. Se cierra el registro, una vez que se identifica a usuarios con más de un mes de espera.	14/12/12
6. Se está recopilando la información para verificar el cumplimiento de los objetivos de calidad planteados, los cuales se medirán a finales del 2013.	05/12/13
7. El CC logró contar con expedientes por programas y por estudiantes en formación.	05/11/12
8. Se encuentra planificada la encuesta telefónica a usuarios, la cual se realizará en los próximos meses a los usuarios del Centro Comunitario.	05/11/13
9. Se aplicarán las evaluaciones correspondientes al personal del CC, las cuales buscarán mostrar la efectividad de las capacitaciones realizadas a los largo implantación del SGC.	22/10/12
10. Se planeó la elaboración de las constancias de los cursos de capacitación realizados en el CC con respecto a la implantación del SGC.	5/11/13
11. Se entregó la segunda versión de la guía para los procesos de auditoría y certificación para que el personal pueda revisarlo.	08/02/13
12. El Centro Comunitario exhibe los 8 principios de calidad, su misión y visión.	26/10/12
13. Se solicitó formalmente al departamento correspondiente de la Facultad de Psicología (URIDES), el respaldo de la información en forma digital, así como se le ha pedido la instalación de un sistema de Red interna en el CC.	15/02/13
14. Se terminaron de elaborar los puntos de control de cada proceso del CC, los cuales se encuentran incluidos en la Tabla de control de procesos del Plan de calidad. (ANEXO 8).	14/01/13
15. Se cuenta con la totalidad de expedientes de cada profesor, los cuales contienen: curriculum, sus documentos probatorios y el plan de trabajo de su programa. Estos expedientes se encuentran clasificados en un archivero de la oficina de la jefatura.	28/02/13
16. Se están integrando carpetas con el plan de trabajo de los alumnos de residencia de maestría con sus datos personales y se cuenta ya con la supervisión documentada por parte de los supervisores de las residencias de sus estudiantes.	05/02/13
17. Se cuenta con el instrumento de evaluación de competencias profesionales: "Escala para valorar competencias" (Clave: ESCOMP/CCMG/01), el cual ya es utilizado por todos los programas de formación en la práctica.	14/01/13
18. En la junta de trabajo llevada a cabo el 25 de enero de 2013 (Registrada en la Bitácora de implantación del sistema con Clave: CCMG_BITGC), se informó a los profesores acerca de los nuevos procedimientos y formatos que han implementado a partir de las nuevas acciones correctivas implementadas en el sistema del CC.	25/01/13

5.5 Resultados de las acciones correctivas implementadas en Auditorías Externas

Los siguientes resultados forman parte de las diversas acciones emprendidas por el Centro Comunitario a partir de las auditorías externas aplicadas por el IMNC a su sistema de gestión de calidad. Son el producto de las acciones correctivas llevadas a cabo para solucionar las no conformidades detectadas a través de las revisiones externas: Pre-auditoría Etapa 2, Auditoría de Etapa 1 y Auditoría Etapa 2.

5.5.1 Resultados de la Pre-auditoría externa de Etapa 2

El CC efectuó diferentes acciones para dar solución a las no conformidades señaladas en el documento del IMNC "Informe Etapa 2" de Pre-auditoría, así mismo tomó en cuenta las oportunidades de mejora que señala este documento. La Tabla 55, indica los principales resultados obtenidos con las acciones realizadas.

Tabla 55. Resultados a las no conformidades de la Pre-auditoría de Etapa 2

Resultados de las acciones correctivas implementadas a partir de la Pre-auditoría de Etapa 2	Fecha de cierre
1. Se señalaron los procesos externos en el manual de calidad, además de indicarse en los esquemas del manual de procedimientos. Se describió el control interno que puede llevar a cabo el CC en la parte que lo corresponde de tales procesos externos. Se terminó la versión 3: Manual de procedimientos y calidad.	14/01/13
2. Se dio respuesta para las exclusiones que no fueron permitidas (7.2.1., 7.2.2. y 7.4) y se realizó una mejor fundamentación de las que fueron permitidas relativas a la cláusula 7.3 y se incluyeron en la versión 3 del Manual de calidad.	14/01/13
3. Se realizaron las correcciones solicitadas por el auditor del IMNC al documento "Informe de la jefatura" (Clave: CCMG_REVJEF), además de las observaciones hechas al manual de calidad sobre los elementos que pide la norma tomar en cuenta, los cuales se incluyeron en la versión 3 del manual de calidad.	14/01/13
4. Se terminaron de integrar los expedientes de académicos/supervisores con las evidencias de su formación y competencia para sus tareas en el CC.	14/01/13
5. Se mejoraron las redacciones del Plan de Calidad y del Manual de Calidad acerca de los requisitos de los clientes (cláusulas 7.2.1 y 7.2.2).	30/01/13
6. Se documentó en la versión 3 del Manual de Calidad los controles internos que lleva el CC sobre los recursos en general que le son otorgados a través de procesos externos.(cláusula 7.4.2. y 7.4.3.).	14/01/13
7. Se realizó el instrumentos de medición de competencias "Escala para valorar competencias" (Clave: ESCOMP/CCMG/01) el cual ya está siendo aplicado a los estudiantes por lo que se dio cumplimiento a la cláusula 7.5.1.	14/01/13
8. Se corrigieron los controles de calidad en la tabla de control anexa en el "Plan de calidad" (Clave: PLC/CC-12) quedando la versión 3 de este documento.	14/01/13
9. Se confirmó con los responsables de formación en la práctica el adecuado uso de los nuevos registros elaborados para la supervisión de los estudiantes, en la reunión realizada el 25 de enero de 2013.	25/01/13
10. Se incluyó en el manual de calidad (Clave: MC/CC-12, versión 3) una descripción del producto no conforme y las acciones correctivas que se tomarán al respecto.	30/01/13

Tabla 55. (Continuación)

11. Se estableció un control para darle seguimiento a la lista del pre-registro de usuarios, el cual permitirá determinar el cierre y apertura del registro de los solicitantes del servicio del CC.	14/12/13
12. Se realizaron los análisis de las satisfacción de los estudiantes y de los usuarios que terminaron su proceso de enseñanza o terapéutico respectivamente.	30/01/13
13. Una vez que se realizaron las correcciones a los diferentes documentos del sistema de gestión de calidad de CC, se imprimieron las nuevas versiones de los mismos, quedando de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Calidad (Clave: MC/CC-12, Versión 3). • Manual de Procedimientos (Clave: MP/CC-12, Versión 3). • Manual de Organización (Clave: MO/CC-12, Versión 3). • Plan de Calidad (Clave: PLC/CC-12, Versión 3). 	30/01/13

5.5.2 Resultados de la Auditoría externa de Etapa 1

El documento "Informe de Auditoría de Etapa 1" del IMNC, no reportó hallazgos de no conformidades del sistema de gestión de calidad con la Norma. Las acciones llevadas a cabo por el Centro Comunitario, se efectuaron en respuesta a las observaciones realizadas por el auditor durante el ejercicio de la revisión del SGC. La Tabla 56, indica los principales resultados obtenidos con dichas acciones.

Tabla 56. Resultados a las no conformidades de la Auditoría de Etapa 1

Resultado de las acciones implementadas a partir de la Auditoría de Etapa 1:	Fecha de cierre
1. Se eliminó la cláusula 7.4.1 del manual de calidad y se justificó por qué no aplica para los procesos del CC. Los resultados se plasman en el Manual de calidad (Clave: MC/CC-12, versión 3), en la cláusula correspondiente.	30/01/13
2. En la cláusula 7.3, se dividió la justificación para la formación de los estudiantes en planes y programas. En lo que respecta al servicio para usuarios se dividió en marcos teóricos de los terapeutas. Los resultados se plasman en el Manual de calidad (Clave: MC/CC-12, versión 3), en la cláusula correspondiente.	30/01/13
3. Se excluyó la cláusula 7.6 del manual de calidad, debido a que el CC no usa equipos. Los resultados se plasman en el Manual de calidad (Clave: MC/CC-12, versión 3), en la cláusula correspondiente.	30/01/13
4. En los perfiles de puestos del manual de organización, se especificó la experiencia que requiere el CC para cada puesto. Los cambios se plasman en el Manual de Organización (Clave: MO/CC-12, versión 3), en el apartado correspondiente.	30/01/13
5. Se integró la Minuta de la revisión por la jefatura al informe, se elaboró un diagrama de Gantt que muestra el avance de las acciones acordadas por la jefatura y el comité de calidad. Los resultados se muestran en el documento "Revisión por la jefatura" (CCMG_REVJEF), con los avances de las acciones.	30/01/13
6. El documento "Revisión por la jefatura" (Clave: CCMG_REVJEF), plantea en sus conclusiones, que las decisiones tomadas fueron adecuadas, eficaces convenientes y que se cumplieron con las metas propuestas.	30/01/13

5.5.3 Resultados de la Auditoría externa de Etapa 2

El documento "Informe de Auditoría de Etapa 2" del IMNC, no reportó hallazgos de no conformidades del sistema de gestión de calidad con la Norma. Asegura que el sistema de gestión de calidad implantado en el Centro Comunitario es eficaz, ya que se ha logrado el cumplimiento de los objetivos de calidad y como parte de la revisión por la jefatura se tienen documentado acuerdos que permiten definir nuevas estrategias para mejorar cada uno de los elementos contemplados en dicha revisión.

Este informe de auditoría recomienda algunos aspectos que deberá considerar el grupo auditor en la próxima auditoría que se realice al Centro Comunitario:

- Evaluación de la planeación estratégica a implementar en el 2013.
- Medición de los indicadores de medición de los procesos.
- Revisar la competencia del personal en la prestación del servicio.

Así mismo señala las siguientes fortalezas encontradas:

- ✓ El compromiso que asume desde la Jefatura del CC hasta personal académico se evidencia a través de la actitud asumida en el sistema de gestión de calidad.
- ✓ La auditoría interna permite encontrar las áreas de oportunidad que el sistema de gestión de calidad requiere para fortalecer la implementación.
- ✓ Se destaca la capacitación realizada a todo el personal en temas del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.6 Certificación

Al no haberse encontrado hallazgos de no conformidades en el sistema de gestión de calidad del Centro Comunitario en las auditorías Etapa 1 y 2, y como lo refiere la guía de certificación del IMNC, la decisión de otorgar o no la certificación, estuvo en manos de un comité dictaminador integrado por personal independiente al grupo técnico que realizó las auditorías.

Una vez que el comité dictaminador del IMNC revisó los informes entregados por el equipo técnico que llevó a cabo las auditorías, dicho comité decidió emitir el dictamen y certificado de conformidad que atestiguaron que el sistema de gestión de calidad del centro comunitario "Dr.

Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" cumplió con los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y con los requisitos del esquema de certificación del IMNC.

De acuerdo a este Instituto, la certificación tendrá un periodo de vigencia de tres años, pero será un requisito obligatorio para el CC la realización de auditorías de vigilancia para mantener la certificación y demostrar que continúa cumpliendo con los requisitos de la Norma. En el **ANEXO 9** se muestra el Certificado entregado al Centro Comunitario por el IMNC.

CONSIDERACIONES FINALES

Debido a que el programa de servicio social del Centro Comunitario estaba contemplado para la prevención y atención a la salud mental en la comunidad, la jefatura de esta institución se dio a la tarea de plantear un subprograma, diseñó los objetivos y trazó las nuevas actividades asignadas al prestador del servicio social. Esto con la finalidad de responder a las necesidades de organizar, sistematizar y mejorar los servicios que se ofrecen, tanto a estudiantes de grado y posgrado, así como a los usuarios de la comunidad, se decidió por tanto implantar un sistema de gestión de calidad.

El sistema de gestión de calidad implementado en el Centro Comunitario, es un método de trabajo que, de acuerdo con Carro y Carro, (2008), está basado en los ocho principios de la calidad (Enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque en procesos, enfoque a la administración, mejora continua, toma de decisiones basada en hechos, etc.), mismo que tuvo como meta la satisfacción a las necesidades o requerimientos de los estudiantes y usuarios con el servicio que ofrece esta organización.

Esta implementación se realizó para cumplir con uno de los objetivos que contiene el Plan de Desarrollo Institucional 2009-2013 de la Facultad de Psicología, el cual propone consolidar los escenarios para la realización de prácticas supervisadas. Asimismo se puso énfasis a los señalamientos del Plan de Estudios 2008 de la licenciatura en Psicología, en lo relativo a la formación práctica, en este se indica que la realización de prácticas supervisadas deberá fomentar competencias académicas de alto nivel profesional.

En este sentido y como lo señala Valenzuela (2011), la supervisión resulta necesaria durante la formación práctica, ya que representa una experiencia significativa de aprendizaje, permite al supervisado identificar sus propias capacidades, sentimientos y recursos, pero también sus limitaciones personales y profesionales. Por otro lado otorga a los estudiantes en formación el desarrollo de estrategias y recursos de enfrentamiento que favorecen la adquisición de competencias para su desempeño profesional.

Para tal efecto, se plantearon los criterios de aceptación de competencias básicas que deberá adquirir el estudiante en formación, los cuales será una tarea del supervisor evaluarlos y otorgar la retroalimentación necesaria al supervisado. Esto a través de un instrumento de evaluación desarrollado por el Centro Comunitario para este fin (ANEXO 3), el cual pretende identificar el nivel de logro de competencias adquiridas por los estudiantes a lo largo de su formación práctica. Las competencias básicas a evaluar por el supervisor son; diseño y elaboración de entrevistas, implementación de la evaluación diagnóstica, empatía, implementación de programas de intervención, integración de expedientes y elaboración de reportes profesionales que contenga la información observada dentro del proceso terapéutico.

Asimismo se elaboró un formato general para el registro de la supervisión, en el cual el supervisor documentará las habilidades o técnicas supervisadas y la retroalimentación otorgada al estudiante supervisado (ANEXO 4), ya que como sugieren Minle y James (2002, en Valenzuela, 2011), algunas acciones del supervisor contribuyen positivamente al proceso de supervisión y a la adquisición de competencias, tales como; escucha y observación activa, contener y alentar al supervisado, ofrecer retroalimentación, sintetizar, clarificar y focalizar puntos relevantes, sugerir revisión teórica, etc.

Si bien es cierto que el sistema de gestión de calidad implantado en el Centro Comunitario busca organizar y optimizar las actividades que se realizan en éste, uno de sus principales objetivos es el que sus estudiantes en formación adquieran las competencias básicas necesarias para su trabajo profesional. De tal manera que, al buscar mejores y más adecuadas formas de supervisión, contribuirá al logro de dichos objetivos y a la mejora en el servicio que se ofrece al usuario externo.

No obstante que se alcanzaron las metas planteadas para el prestador de servicio social en su participación en esta propuesta, y que el sistema de gestión de calidad implementado en el Centro Comunitario logró grandes avances en un corto periodo, este todavía se encuentra inmaduro, aún queda un largo camino por recorrer. Se requiere de un mayor involucramiento de los coordinadores de las diferentes residencias de posgrado que se imparten en el Centro

y de los supervisores, principalmente en lo referente a la forma en que se realiza y registra la supervisión, se evalúan las competencias y se otorga la retroalimentación a los estudiantes.

Participar como prestador del servicio social en este proyecto, contribuyó a la consolidación de conocimientos y habilidades adquiridas durante la formación académica, así mismo favoreció el logro de nuevos conocimientos y habilidades profesionales que se realizan en un centro de enseñanza práctica. Adicionalmente, el tomar parte como representante de calidad y auditor líder en esta implementación, permitió al prestador de servicio social el fortalecimiento en la capacidad de relación con sus pares, al tener contacto directo con supervisores y estudiantes, escuchar sus inquietudes y aclarar sus dudas respecto al sistema de gestión de calidad.

Algunas desventajas que se encontraron en esta implementación fueron: insuficiente capacitación otorgada al personal del Centro Comunitario que participó en el proyecto, principalmente en lo referente a los sistemas de gestión de calidad y a la norma ISO 9001:2008; falta de recursos humanos que se involucraran en el proyecto, esto debido a la poca plantilla de base con la que cuenta la organización, lo que implicó una mayor carga de trabajo para el personal que participó en todo el desarrollo del Sistema.

De igual manera se generaron una multitud de formatos y documentos que, como señala Nava (2010), se corre el riesgo de documentar cosas innecesarias. En este sentido se recomienda para las futuras revisiones del Sistema, identificar aquellos procedimientos de actividades o documentos irrelevantes, teniendo siempre como objetivo la mejora continua.

Entre las ventajas que se identificaron en esta implantación se encuentra: una mejora en la organización administrativa del Centro Comunitario, lo que redundó en un progreso en la planeación de las actividades que se realizan, tanto de formación de estudiantes como de atención a usuarios; involucramiento de la mayoría del personal en el sistema de gestión de calidad, lo que buscó hacer más eficientes los servicios que se prestan en el Centro.

De esta forma se logró cumplir con los objetivos y metas planteadas en lo referente a la implantación del sistema de gestión de calidad en el Centro Comunitario, que se demostró con el otorgamiento de la certificación a la norma ISO 9001:2008 por parte del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación (IMNC), el cual acreditó que el sistema de gestión de calidad implantado cumplió con los requisitos de calidad requeridos.

Por otro lado se sugieren las siguientes acciones para la mejora: mayor capacitación al personal involucrado en el sistema de gestión de calidad, asignación de recursos humanos suficientes por parte de las autoridades de la Facultad, dar seguimiento oportuno a las diferentes mediciones que requiere el Sistema.

Finalmente se propone que los diferentes programas que colaboran en el Centro Comunitario, ya sea de formación en la práctica, residencias de maestría o especialización, participen en forma colegiada en la propuesta de modelos de evaluación y supervisión sistematizados, que permitan evaluar las competencias de sus estudiantes y con esto promover una profesionalización que, como lo señala el Código Ético del Psicólogo, garantice en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos que requieran de los servicios de un Psicólogo (Código Ético del Psicólogo, 2007).

REFERENCIAS

- AENOR (2008). *Conjunto de documentos para la introducción y el soporte de la serie de normas ISO 9000: Orientación sobre los procesos contratados externamente*. España: Asociación Española de Normalización y Certificación.
- AENOR (2005). *Norma española UNE-ISO 1005: Sistemas de gestión de calidad-Directrices para los planes de calidad*. España: Asociación Española de Normalización y Certificación.
- Alexander, A. (1998). *Manual para documentar sistemas de calidad*. México: Prentice Hall.
- Buendía, A. (2007). El concepto de calidad: una construcción en la educación superior. *Reencuentro*, UAM, México, 50(Dic.): 28-34.
- ISO 9001:2008. *Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua*. México, Limusa.
- Carro, J.C., Carro, J.R. (2008). La inteligencia empresarial y el Sistema de Gestión de calidad ISO 9001:2000. *Ciencias de la Información*, 39(1): 31-44.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2013). *Acciones Correctivas*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Bitácora de implantación del sistema de gestión de calidad*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2013). *Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Informe de primera auditoría*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Informe de segunda auditoría*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2013). *Manual de Calidad*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2013). *Manual de Organización*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.

- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2013). *Manual de Procedimientos*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2010). *Manual Institucional*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2010). *Nombramiento Representante de la Jefatura*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2010). *Nombramiento Comité de calidad*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2010). *Nombramiento Auditor*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Plan anual de auditorías*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Plan de auditoría interna*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2013). *Plan de Calidad*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Planeación estratégica*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Planeación operativa*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Prontuario para la certificación ISO 9001:2008*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (2012). *Revisión por la jefatura*. Facultad de Psicología, UNAM. *Documento interno*.
- Díaz, N. (2010). *Modelo para la formación de profesionales de la psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja*. Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Facultad de Psicología, UNAM (2010). *Plan de Desarrollo Institucional 2009 – 2013*. Recuperado el día 12 de marzo de 2013, <http://www.psicologia.unam.mx>
- Facultad de Psicología, UNAM (2008). *Plan de Estudios 2008 de la licenciatura en Psicología*. Recuperado el día 22 de febrero de 2013, <http://www.psicologia.unam.mx>

- Fernández, J., Alatorre, B. (1999). ISO 9000. Implantación y Certificación del Sistema. México, Porrúa.
- Folgar, O.F. (1996). *Aseguramiento de calidad ISO 9000*. Buenos Aires: Ediciones Macchi.
- González A., González R. (2008). Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad con un enfoque de Ingeniería de Calidad. *Industrial*, 39(3):1-6
- IMNC (2003). *Documento de soporte: Orientación sobre el concepto y uso del "Enfoque basado en procesos" para los sistemas de gestión*. México: Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.
- IMNC (2011). *Guía de certificación de sistemas de gestión*. Recuperado el 8 de julio de 2013, <http://www.imnc.org.mx>
- IMNC (2013). *Informe de Auditoría Etapa 1 del Centro*. México: Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.
- IMNC (2012). *Informe de Pre-auditoría Etapa 2 del Centro*. México: Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.
- IMNC (2013). *Informe de Auditoría Etapa 2 del Centro*. México: Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.
- IMNC (2008). *Norma mexicana ISO 9000:2005: Sistemas de gestión de calidad-Fundamentos y vocabulario*. México: Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.
- IMNC (2008). *Norma mexicana ISO 9001:2008: Sistemas de gestión de calidad-Requisitos*. México: Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. México: Editorial Norma.
- Juran, J.M. y Gryna, F.M. (1995). *Análisis y planeación de la calidad*. México: McGraw-Hill.
- Le Boterf, G., Barzucchetti, S., Vincent, F. (1993). *Cómo gestionar la calidad de la formación*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Malo, S., Velázquez, A. (1998). *La calidad en la educación Superior en México*. UNAM.
- Nava, V.M. (2010). Elementos para conocer e implantar la norma de calidad para la mejora continua. México: Limusa.
- Ojeda, M. (2013). La planificación estratégica en las instituciones de educación superior mexicanas: De la retórica a la práctica. *Revista de Investigación Educativa*, 16, 119-129.
- Ponce, H. (2007). La Matriz FODA: Alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias

de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 12(1): 113-130.

Senlle A. y Stoll G. (1994). *Calidad total y normalización ISO 9000, Las normas para la calidad en la práctica*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Editorial Trillas.

Valenzuela, M.A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. Tesis de Maestría en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Vázquez, G. (2004). *Calidad en Educación e ISO 9001:2000; una herramienta para mejorar la calidad de la escuela*. México, Facultad de Psicología: UNAM.

Recursos electrónicos:

<http://lema.rae.es/drae/?val=calidad> (Consultado el 11 de febrero 2013)

<http://www.degoserwer.unam.mx/portaldgose/servicio-social> (Consultado 5 de febrero 2013)

<http://www.iso.org/iso/home> (Consultado 18 de febrero 2013)

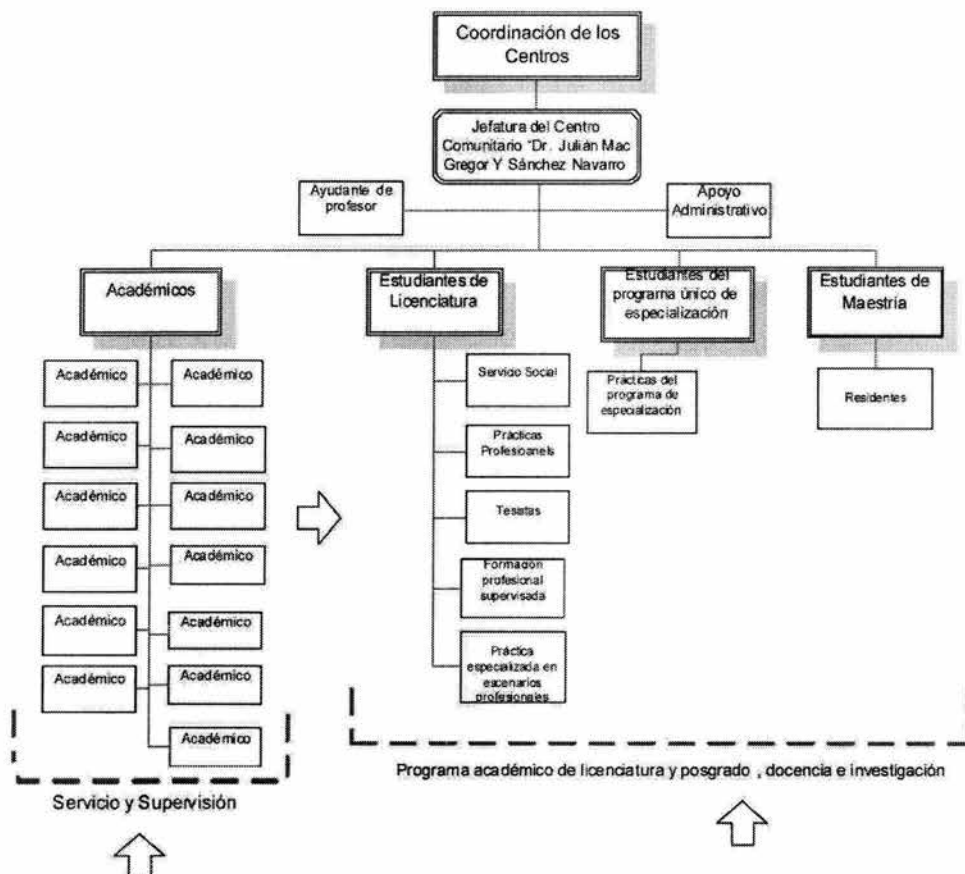
<http://www.sepi.upiicsa.ipn.mx/tesis/169>, (consultado el 16 de julio de 2013)

<http://www.interamericas.com.mx/Page.asp?id=17> consultado en 18 de julio de 2013)

ANEXOS


ANEXO 1

ORGANIGRAMA DEL CENTRO COMUNITARIO



ANEXO 2

PROCEDIMIENTO OPERATIVO

Nombre de la institución	CENTRO COMUNITARIO DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO	 Facultad de Psicología VER. 3
Área de aplicación del procedimiento	INGRESO DEL USUARIO	
Nombre del procedimiento	PRIMERA SESIÓN CLÍNICA	
Clave del procedimiento	CCMG10	

1. Propósito.

1.1 Permitir una atención oportuna a las y los solicitantes del servicio terapéutico, posibilitando una atención equitativa en todos los casos.

2. Alcance.

2.1 El procedimiento involucra al usuario o paciente, recepcionista del Centro Comunitario, responsable del programa y estudiante en supervisión.

3. Marco jurídico.

3.1 Lineamientos Internos del Centro Comunitario.

4. Políticas y/o Normas de Operación.

4.1 Deberá ser respetado el orden de los solicitantes independientemente de que el caso sea del interés o no del responsable de programa.

4.2 Los usuarios serán atendidos de acuerdo a la problemática que presenten; por lo que estudiante del programa asignado deberá tener un amplio conocimiento sobre el enfoque que atienda la problemática del usuario.

4.3 El estudiante deberá estar en constante supervisión, adecuado al grado de estudios que tenga y habilidades que posea ya sea de grado o posgrado.

4.4 Los formatos que serán proporcionados a los usuarios difieren de acuerdo a la edad y al tipo de atención individual o familiar.

4.5 Se canalizará a los pacientes que presente indicios de problemas severos de adicción, padecimientos psiquiátricos, del área de educación especial y con daño neurológico.

4.6 La canalización se puede llevar a cabo mediante una entrevista personal con el paciente o por vía telefónica.

4.7 En caso de presentar un daño neurológico o ser menor de edad se entrevistará al tutor legal.

4.8 En caso de ser una entrevista personal se debe realizar un resumen del diagnóstico claro y conciso especificando los instrumentos utilizados.

4.9 Cuando se canaliza se deben corroborar los siguientes datos de la Institución o Centro a referir o canalizar: Atiende a pacientes con la problemática referida, Tiempo promedio de espera para recibir atención, Costo y Requisitos de la Institución.

4.10 Si es un usuario que está dado de alta en el Centro Comunitario se usará también su expediente para la realización del resumen diagnóstico.

5. Responsables.

Responsables del cumplimiento de este procedimiento	
Usuario (Paciente)	Recepción
Responsable del programa	Estudiante

6. Descripción del procedimiento.

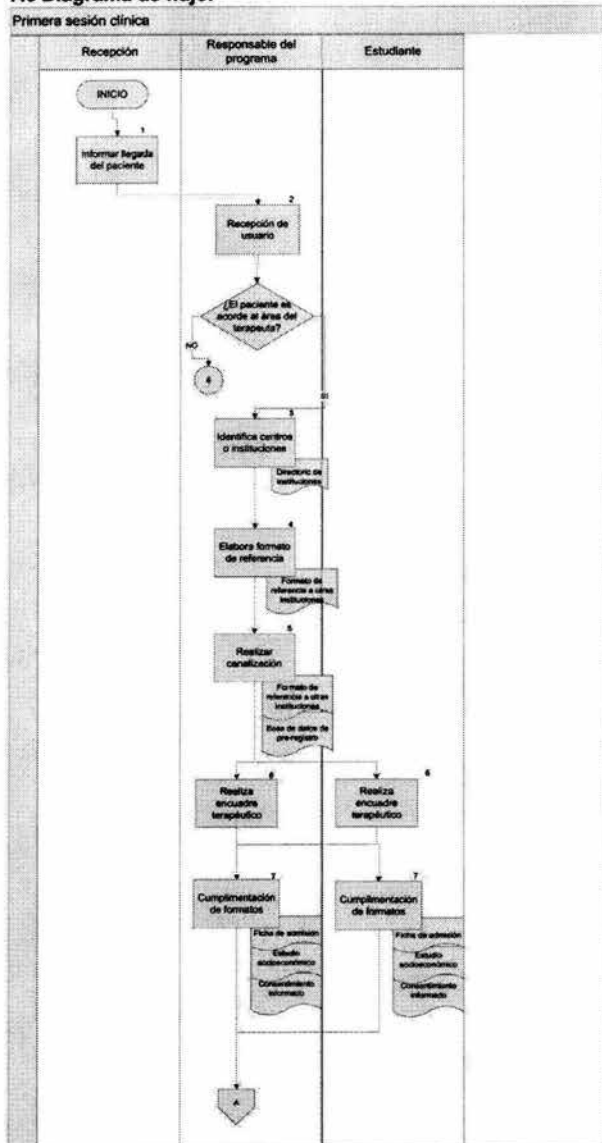
Etapas	Actividades	Responsable
1.0 Informar llegada de paciente	1.1 Informa al responsable del programa la presencia del usuario en el Centro.	Recepción
2.0 Recepción de usuario	2.1 Recibe a usuario 2.2 Realiza entrevista de primera cita. 2.3 Determina objetivo terapéutico ¿El usuario es acorde al área del terapeuta? Si: Continúa procedimiento. Paso 6 No: Lo canaliza a otra área dentro del Centro o Institución. Continúa procedimiento.	Responsable del programa
3.0 Identifica Centros o instituciones	3.1 Se identifica los Centros o Instituciones que puedan atender al usuario • Directorio de instituciones	Responsable del programa
4.0 Elaborar formato de referencia.	4.1 Llenar formato de hoja de referencias con los datos del paciente • Formato de referencia a otras instituciones	Responsable del programa
5.0 Realizar canalización	5.1 Entrega al usuario formato de canalización 5.2 Entrega a recepción datos para registro de canalización ¿Son correctos los datos en el formato de referencia? Si: Informa a usuario. Termina procedimiento. No: regresa a paso 4. • Formato de referencia a otras instituciones • Base de datos	Responsable del programa
6.0 Realizar encuadre terapéutico	6.1 Realiza encuadre terapéutico	Responsable del programa y estudiantes

(Continuación Anexo 2)

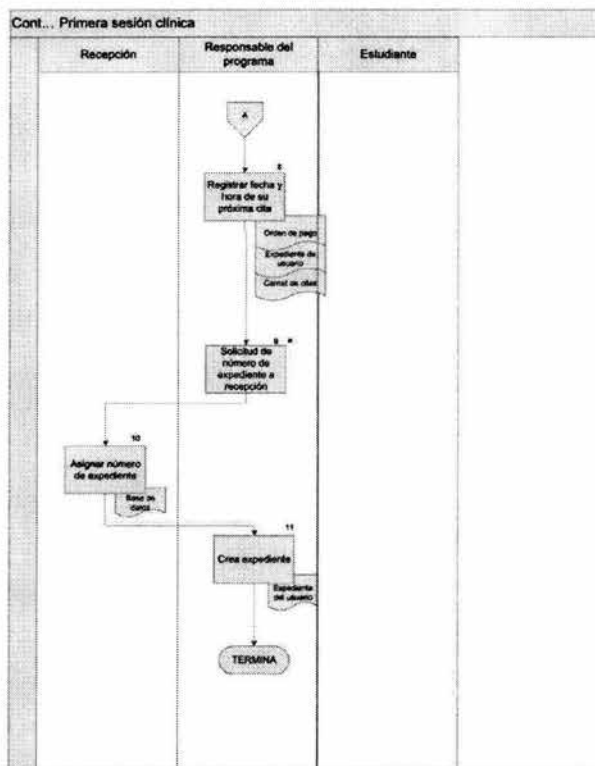
7.0 Cumplimentación de formatos	7.1 Cumplimenta formatos para formar expediente. • Ficha de admisión • Estudio socioeconómico • Consentimiento informado	Responsable del programa y estudiante
8.0 Registrar fecha y hora de su próxima cita	8.1 Integra carnet de citas al usuario 8.2 En el carnet del usuario anotar fecha y hora de su próxima cita. 8.3 Expide orden de pago al Usuario. • Orden de pago • Expediente del Usuario • Carnet de citas	Responsable del programa
9.0 Solicitud de No. de expediente	4.1 Pide número de expediente a recepción.*	Responsable del programa
10.0 Asignar número a expediente	10.1 Da número de folio para expediente a responsable del programa. • Base de datos	Recepción
11.0 Crea expediente	1.1 Abre expediente para el Usuario con el número que se le asignó en recepción 1.2 Archiva expediente • Expediente del usuario TERMINA PROCEDIMIENTO	Responsable del programa

(Continuación Anexo 2)

7.0 Diagrama de flujo.



(Continuación Anexo 2)

**8.0 Controles.**

Acción	Responsable	Fecha de revisión
Registro de ingreso del paciente	Responsable del programa	Primeros 10 días de cada mes

9.0 Glosario.

* Los asteriscos en el diagrama de flujo representan los controles del procedimiento, los cuales se explican en el punto 8.

10.0 Registros.

Documento	Tiempo de conservación	Responsable de conservación	Clave del documento
Base de datos	3 Años	Recepción	BPR/CCMG/02
Expediente del usuario	3 Años	Psicólogo responsable del usuario	EXPUS/CCMG/01
Orden de pago	1 Semana	Recepción	OP/CCMG/01
Carnet		Usuario	CA/CCMG/01
Ficha de admisión	3 Años	Jefatura del Centro Comunitario	FA/CCMG/01
Estudio socioeconómico	3 Años	Jefatura del Centro Comunitario	EST/CCMG/01
Consentimiento informado	3 Años	Jefatura del Centro Comunitario	CI/CCMG/01
Formato de referencia a otras instituciones	3 años	Jefatura del Centro Comunitario	REF/CCMG/01
Directorio de instituciones	3 años	Jefatura del Centro Comunitario	DIC/CCMG/01

ANEXO 3

ESCALA PARA VALORAR COMPETENCIAS



CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM



ESCALA PARA VALORAR COMPETENCIAS

CLAVE: ESCOMP/CCMG/01

DATOS PERSONALES Y ACADÉMICOS:

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

PROGRAMA: _____ SEMESTRE: _____

RESPONSABLE ACADÉMICA/O: _____

INSTRUCCIONES: En primer lugar, complete los datos de identificación del alumno. En segundo lugar, indique el grado de logro que el alumno ha tenido de la competencia señalada asignando en cada fila el número de nivel que corresponda: por debajo del básico(1), básico(2), intermedio(3) y avanzado(4). Una vez asignado el nivel de logro de cada competencia, realice la suma de cada columna y obtenga la sumatoria total. Se adiciona una columna de observaciones en cada elemento.

INDIQUE:

- EVALUACIÓN INICIAL
 SEGUIMIENTO
 EVALUACIÓN FINAL

ESCALA PARA VALORAR LAS COMPETENCIAS BÁSICAS DEL ALUMNO

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

COMPETENCIAS PROFESIONALES	NIVEL DE LOGRO				Observaciones
	POR DEBAJO DEL BÁSICO (1)	BÁSICO (2)	INTERMEDIO (3)	AVANZADO (4)	
Diseña entrevistas como herramienta para obtener información y evaluación de la situación.					
Lleva a cabo entrevistas para obtener información y evaluación de la situación.					
Implementa una evaluación diagnóstica.					
Comprende las emociones, vivencias y experiencias de las personas que atiende, y comunica lo que ha comprendido al usuario (empatía).					
Implementa programas de intervención.					
Integra expedientes o portafolios de los usuarios atendidos.					
Elabora reportes profesionales para informar a las personas interesadas sobre la situación psicológica observada.					
PUNTAJE:					TOTAL:

Marque con una "X" el intervalo de las competencias adquiridas por el alumno que corresponda al total.

NIVEL DE LOGRO DE COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	POR DEBAJO DEL BÁSICO (0 a 7)	BÁSICO (8 a 14)	INTERMEDIO (15 a 21)	AVANZADO (22 a 28)

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad

ANEXO 4

RETROALIMENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM



RETROALIMENTACIÓN DEL ESTUDIANTE
 (SUPERVISIÓN)

CLAVE: RETRO/CCMG/G1

DATOS PERSONALES Y ACADÉMICOS:

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

PROGRAMA: _____ SEMESTRE: _____

RESPONSABLE ACADÉMICA/O: _____

INDIQUE ACTIVIDAD A SUPERVISAR:

- SESIÓN TERAPÉUTICA
 SESIÓN PSICOPEDAGÓGICA
 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL (ESPECIFIQUE)

MODALIDAD DE SUPERVISIÓN:

- INDIVIDUAL
 GRUPAL
 EN VIVO
 NARRADA

HABILIDAD(ES) O TÉCNICAS SUPERVISADAS:

RETROALIMENTACIÓN AL ESTUDIANTE:

La retroalimentación al estudiante deberá ser: **Específica:** Que indique la técnica o habilidad y el desempeño del estudiante. **Respetuosa:** Que indique las fallas sin juicios ni valoración. **Propositiva:** Que se señalen en forma concreta acciones para la mejora.

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad

(Continuación Anexo 4)

RETROALIMENTACIÓN DEL ESTUDIANTE

DESEMPEÑO DEL ESTUDIANTE PARA LA RETROALIMENTACIÓN:

Instrucciones: De acuerdo a la supervisión realizada al estudiante, evalúe cada una de las siguientes competencias y escriba en la columna de "puntaje" el número que corresponde. Haga la sumatoria y ponga el puntaje final en el total. Por último marque en la escala de desempeño la calificación que corresponda de acuerdo a la supervisión realizada. Es indispensable dar retroalimentación escrita al estudiante.

CONDUCTA	EVALUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN	PUNTAJE
1. Interés en el usuario(s) y en sus preocupaciones y problemas.	(1) No muestra interés en el usuario(s) y en sus preocupaciones o problemas. (2) Muestra poco interés en el usuario(s) y en sus preocupaciones o problemas. (3) Muestra cierto interés en el usuario(s) y en sus preocupaciones o problemas. (4) Muestra interés en el usuario(s) y en sus preocupaciones o problemas. (5) Se muestra muy interesado en el usuario(s) y en sus preocupaciones o problemas.	
2. Acercamiento hacia el usuario(s) y tipo de relación que establece.	(1) Es muy rígido, mecánico y superficial. (2) Es rígido. A veces es mecánico y superficial. (3) Es desigual, a veces rígido, a veces relajado. (4) Se muestra relajado y espontáneo la mayor parte del tiempo. (5) Se muestra siempre relajado, espontáneo y flexible.	
3. Empatía del estudiante hacia el usuario(s).	(1) Nada empático, no se da cuenta de las necesidades del usuario(s). (2) Poco empático, rara vez se da cuenta de las necesidades del usuario(s). (3) Algunas veces es empático y otras veces se muestra insensible. (4) Es empático y se muestra sensible hacia las necesidades del usuario(s). (5) Es muy empático y se muestra muy sensible hacia las necesidades del usuario(s).	
4. Escucha	(1) El terapeuta no interviene ni clarifica puntos necesarios durante el discurso del usuario(s). (2) Da pocas opiniones y sus críticas no son constructivas. (3) Algunas veces interviene pero en ocasiones sus ejemplos son poco claros. (4) Interviene y da opiniones constructivas pero en ocasiones no clarifica puntos necesarios. (5) Sus intervenciones y opiniones siempre son constructivas y clarifica puntos necesarios.	
5. Habilidad para darse cuenta del contenido y de los sentimientos en la sesión.	(1) No se da cuenta del contenido ni de los sentimientos expresados por el usuario(s). (2) Se da cuenta de parte del contenido. No se da cuenta de los sentimientos. (3) Se da cuenta del contenido. No se da cuenta de los sentimientos. (4) Se da cuenta del contenido expresado pero pierde detalle de los sentimientos. (5) Se da cuenta tanto del contenido como de los sentimientos expresados.	
6. El lenguaje es adecuado para el usuario(s).	(1) Utiliza tecnicismos y palabras poco comunes, no adecuadas al vocabulario de acuerdo al usuario(s). (2) Algunas veces utiliza tecnicismo y en ocasiones adecuadas al vocabulario al usuario(s). (3) Su lenguaje es adecuado de acuerdo al paciente pero a veces utiliza muletillas. (4) Su lenguaje es adecuado, no utiliza muletillas pero en ocasiones utiliza tecnicismos. (5) Evita el uso de palabras poco comunes y su lenguaje es adecuado al usuario(s).	
7. Habilidades del participante para enfocar los problemas del paciente o grupo.	(1) No puede enfocar, brinca de un tema a otro. (2) Enfoca el problema muy brevemente y salta de tema. (3) Enfoca el problema brevemente, no puede mantener el enfoque. (4) La mayor parte del tiempo enfoca el problema. (5) Se centra en el problema y profundiza en él.	
8. Habilidad del estudiante para comunicar al usuario(s) aceptación y entendimiento.	(1) No da retroalimentación que comunique aceptación y entendimiento. (2) Da poca retroalimentación que comunique aceptación y entendimiento. (3) Algunas veces da retroalimentación que comunique aceptación y entendimiento. (4) Casi siempre da retroalimentación que comunique aceptación y entendimiento. (5) Siempre da retroalimentación que comunique aceptación y entendimiento.	
9. Habilidad del estudiante para expresar sus pensamientos.	(1) Siempre tiene dificultad para expresarse en la sesión. (2) Casi siempre tiene dificultad para expresarse en la sesión. (3) Algunas veces se expresa con claridad en la sesión. (4) Casi siempre se expresa con claridad en la sesión. (5) Siempre se expresa con claridad en la sesión.	
10. Habilidad para proporcionar información clara y precisa.	(1) No proporciona la información que se le solicita. (2) Casi nunca proporciona la información que se le solicita. (3) A veces proporciona la información que se le solicita. (4) Casi siempre proporciona la información que se le solicita. (5) Siempre proporciona la información que se le solicita.	
TOTAL		

*De acuerdo al total del puntaje de la supervisión realizada, evalúe al estudiante en la siguiente escala respecto a su desempeño.

Deficiente (10 - 19)	Regular (20 - 29)	Buena (30 - 39)	Excelente (40 - 50)
----------------------	-------------------	-----------------	---------------------

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad

ANEXO 5

SATISFACCIÓN DE ESTUDIANTES EN FORMACIÓN



CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM



SATISFACCIÓN DE ESTUDIANTES EN FORMACIÓN

Clave: SAS/CCMG/01

FECHA: _____

SEXO: F M

SEMESTRE: _____

SISTEMA: ESCOLARIZADO ABIERTO

NOMBRE DEL

PROGRAMA:

PROFESOR

RESPONSABLE DEL

PROGRAMA: _____

Con el objetivo de mejorar cada vez los programas de prácticas, te pedimos que señales del 0 al 5, considerando:

0 - menos favorable _____ 5 - más favorable

Tus respuestas serán anónimas, tu sinceridad será muy importante.

Con relación al profesor responsable del programa:

1. Puntualidad	
2. Asistencia	
3. ¿Te dio a conocer el programa de prácticas?	
4. ¿Cubrió el programa que planteó?	
5. ¿Consideras que el profesor tiene conocimientos suficientes sobre el tema?	
6. ¿Te brindó la capacitación que necesitabas para realizar tu práctica?	
7. ¿Te supervisó en la práctica que realizaste?	
8. ¿Te brindó retroalimentación sobre tu desempeño?	

Con relación a las prácticas:

9. ¿El tiempo asignado para la revisión teórica fue suficiente?	
10. ¿El tiempo asignado para la práctica (intervención) fue suficiente?	
11. ¿Fue adecuado el escenario en el que se realizaron?	
12. ¿Es relevante este programa en la formación profesional del psicólogo?	

(Continuación Anexo 5)

SATISFACCIÓN DE ESTUDIANTES EN FORMACIÓN

Con relación a tus aprendizajes:

13. ¿Las habilidades que adquiriste serán de utilidad en tu práctica profesional?	
14. ¿El programa cubrió tus expectativas?	
15. ¿Recomendarías este Programa de Prácticas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?	

¿Cuál fue el aprendizaje más importante que tuviste en este año de trabajo?

¿Cuáles fueron tus principales dificultades en el trabajo?

¿Qué sugerencias harías para las futuras generaciones?

¿Algún comentario adicional que quieras compartir?

Para ser llenado por el responsable del control

Marque con una "X" el intervalo de satisfacción manifestado por del estudiante.

INSATISFECHO (0 a 18)	REGULARMENTE SATISFECHO (19 a 37)	SATISFECHO (38 a 56)	MUY SATISFECHO (57 a 75)
---------------------------------	---	--------------------------------	------------------------------------

ALTA/BAJA Y SEGUIMIENTO



CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**ALTA/BAJA Y SEGUIMIENTO**

CLAVE: ALBA/CCMG/01

NOMBRE: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____
 ALTA BAJA FECHA: _____
 PERIODO DE ATENCIÓN: _____ NÚMERO DE SESIONES: _____

METAS TERAPÉUTICAS

RESULTADOS

LOGRO DE METAS TERAPÉUTICAS ALCANZADAS	(1) Insuficientes	(2) Parciales	(3) Suficientes
Resolución de problemática inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios conductuales favorables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejoría en relaciones familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mayor estabilidad emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mayor autonomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con una "X" el intervalo de la suma de las metas alcanzadas. (Cada columna indica el valor de las metas)

INSUFICIENTE (5 a 7)	PARCIALES (8 a 10)	SUFICIENTES (11 a 15)
----------------------	--------------------	-----------------------

OBSERVACIONES: _____

EN CASO DE BAJA, EXPLIQUE MOTIVO

SEGUIMIENTO

FECHA	OBSERVACIONES

RESPONSABLE ACADÉMICO (NOMBRE Y FIRMA) _____

TERAPEUTA (NOMBRE Y FIRMA) _____

Este documento forma parte del Sistema de Gestión de Calidad

ANEXO 7

SATISFACCIÓN DE USUARIOS/AS



CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
 COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAH



SATISFACCIÓN DE USUARIOS/AS

CLAVE: FORSA/CCMG/01

NOMBRE: _____

TERAPEUTA: _____

FECHA: _____

Por favor ayúdenos a mejorar nuestra atención contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Nos interesa conocer sus opiniones sinceras ya sean positivas o negativas. Por favor conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. Señale cómo se siente en general desde el último encuentro con su terapeuta:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Mucho peor	Bastante peor	Algo peor	Igual	Algo mejor	Bastante mejor	Mucho mejor

2. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

(4)	(3)	(2)	(1)
Mucho	Bastante	Poco	Nada

3. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería al centro comunitario?

(1)	(2)	(3)	(4)
No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí

4. ¿Si un/a amigo/a necesitara una ayuda similar ¿le recomendaría nuestro servicio?

(1)	(2)	(3)	(4)
No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí

Comentarios adicionales:

Para ser llenado por el supervisor del programa

Marque con una "X" el intervalo de la suma de los puntos marcados por el usuario.

NO SATISFECHO (4 a 6)	REGULARMENTE SATISFECHO (9 a 14)	SATISFECHO (15 a 19)
-----------------------	----------------------------------	----------------------

Firma Verificador

ANEXO 8

TABLA DE CONTROL DE PROCESOS

Proceso	Procedimiento	Característica de calidad a ser controlada	Controles	Criterios de medición	Criterios de aceptación	Responsable	Fecha de control
INGRESO DEL ESTUDIANTE	CCMG01	Cumplimiento de las metas planteadas	Verificar en las tablas de la Planeación Estratégica el cumplimiento de metas planteadas	Medición semestral	Cumplimiento > al 80 % en la medición semestral	Jefatura del Centro	Diciembre de 2013, 2014 y 2015
	CCMG02	Cumplimiento de las metas planteadas	Verificar a través del formato de Planeación Operativa en la columna de evaluación el cumplimiento de las metas	Medición anual	Cumplimiento > al 80 % en la medición anual	Jefatura del Centro	Diciembre de 2013
	CCMG03	Validación del programa de prácticas	Lista de cotejo. Verificar a través del cotejo que el programa contenga los elementos que lo constituyen: -Datos identificación -Resumen -Justificación -Obj. Gen., -Obj. Específicos -Temario -Metodología -Rec. materiales -Evaluación -Requisitos constancia -Referencias	Puntaje obtenido en la lista de cotejo. Rango: 0 a 16	16 puntos. Programa aceptado. >16 puntos. Programa no aceptado.	Jefatura del Centro	Última semana de noviembre
	CCMG04	Validación de estudiantes inscritos	Lista de cotejo. Validar a través de los comprobantes de registro que el estudiante está inscrito en un programa de prácticas.	Puntaje obtenido en la lista de cotejo. Rango 0 a 4	4 puntos. Alumno inscrito. >4 puntos Alumno no inscrito	Responsable del programa	Primera semana de inicio del programa
	CCMG05	Desempeño del estudiante de servicio social	Calificación obtenida en el reporte de Servicio social.	Puntaje obtenido en los 3 rubros que conforman el informe. Rango: 40 a 90	45-55 Desempeño deficiente. 56-66 Desempeño Suficiente 67-77 Buen desempeño. 78-90 Excelente desempeño	Responsable del programa	Al finalizar cada mes de servicio social
ENTRENAMIENTO Y EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE	CCMG06	Retroalimentación del estudiante (supervisión)	Verificar a través del formato Retroalimentación del estudiante, el desempeño de las habilidades supervisadas	Desempeño del estudiante supervisado 10-19 Deficiente 20-29 Regular 30-39 Bueno 40-50 Excelente	Desempeño del estudiante: Bueno o Excelente	Responsable del programa	Semestral
	CCMG07	Evaluación(es) del estudiante	Escala de competencias: Verificar a través de la escala para valorar competencias el grado de logro alcanzado por el estudiante.	Puntaje obtenido en las 7 competencias básicas planteadas 7 Por debajo del básico 8-14 Básico 15-21 Intermedio 22-28 Avanzado	100% de alumnos con 3 evaluaciones: inicial, seguimiento y final. Alumno con competencias adquiridas: Puntaje de la evaluación final > o = a 15. Producto no conforme: Puntaje de la evaluación menor a 15	Responsable del programa	Al mes de iniciado el programa en el segundo semestre y al finalizar el programa

(Continuación Anexo 8)

Proceso	Procedimiento	Característica de calidad a ser controlada	Controles	Criterios de medición	Criterios de aceptación	Responsable	Fecha de control
INGRESO DEL USUARIO	CCMG08	Base de datos del pre registro	Verificar en la base de datos del pre registro: No. de pacientes atendidos. No. de pacientes sin atender	Incremento en el número de pacientes atendidos mensualmente.	¿Incrementó el número de pacientes atendidos? Si= adecuado No=Inadecuado	Servicio Social	Dentro de los 10 primeros días de cada mes
	CCMG 10 CCMG11	Registros de ingreso de pacientes	Verificar que el expediente contenga: consentimiento informado, estudio socioeconómico, ficha de admisión No. Expediente	Número de formatos Número de expediente	Contiene los 3 formatos y el no. de expediente: : Si= Adecuado No= Inadecuado	Responsable del programa	Dentro de los 10 primeros días de cada mes
INTERVENCIÓN SUPERVISADA Y EGRESO	CCMG12	Integración de expedientes	Evaluación diagnóstica y reportes de sesión clínica	Inclusión de evaluación diagnóstica y reportes de sesión clínica en el expediente	Evaluación diagnóstica y reportes de sesión Si=Adecuado No= inadecuado	Responsable del programa	Dentro de los 10 primeros días de cada mes
		Satisfacción de usuarios	Revisión de la satisfacción de usuarios	Puntaje obtenido en el formato satisfacción de usuarios 4-8 No satisfacto 9-14 Regularmente satisfacto 15-19 Satisfacto	Usuario satisfecho: Puntaje > o = a 15.	Responsable del programa	Al término del tratamiento
	CCMG13	Integración de portafolios	Revisión de portafolios	Inclusión de actividades de sesión	Documentos del usuario integrados al portafolio con datos completos. Si= Adecuado No= Inadecuado	Responsable del programa	Dentro de los 10 primeros días de cada mes
	CCMG14	Carta descriptiva	Revisión de carta descriptiva	Formato de carta descriptiva	Cumple con formato de carta descriptiva: Si: Adecuado No: Inadecuado	Responsable del programa	Una semana antes del inicio de cada actividad
EGRESO DEL USUARIO	CCMG17	Logro de metas terapéuticas	Revisión del formato Alta/Baja y seguimiento	Metas terapéuticas alcanzadas 5-7 Insuficiente 8-10 Parcialmente 11-15 Suficientemente	11-15 Suficientemente alcanzadas	Responsable del programa	Al término del tratamiento
EGRESO DEL ESTUDIANTE	CCMG18	Satisfacción del estudiante	Revisión de la satisfacción de los estudiantes	Puntaje obtenido en la satisfacción de estudiante 0 -18 Insatisfecho 19- 37 Regularmente satisfacto 38- 56 Satisfecho 57- 75 Muy satisfacto	≥ 36 Estudiante satisfecho ≤ 35 Producto no conforme	Jefatura del Centro	Al término del programa de formación
	CCMG19	Constancias	Revisar la lista de constancias	Número de constancias Número de estudiantes acreditados	La lista de constancias vs. lista de estudiantes-horas Si: Adecuado No: Inadecuado	Secretaría técnica	Al término del programa de formación

CERTIFICADO DEL IMNC

Certificado

El Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A. C.

Ruiz de Alarcón 133, sexto piso, colonia Cuauhtémoc, Alameda Cuauhtémoc, 06500, México, Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Organismo de Certificación de sistemas de gestión de la calidad acreditado por la entidad mexicana de acreditación s. l.

Certifica a:

**CENTRO COMUNITARIO DR. JULIÁN MAC
GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO**

Tecacoalo Mz. 21, Lote 24
Col. Ruiz Cortines
Del. Coyoacán, C.P. 04369
México, Distrito Federal
Estados Unidos Mexicanos

Por haber implementado y mantener un sistema de gestión de la calidad de conformidad con:

**ISO 9001:2008
COPANT/ISO 9001-2008
NMX-CC-9001-IMNC-2008**

Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos.

Alcance de la Certificación:

Servicio de apoyo a la formación práctica de los
estudiantes de grado y posgrado de la Facultad de
Psicología y la prestación de servicios psicológicos a la
comunidad.

Acreditado por
el Instituto del
IAP MEX
para QMS

IQNet
www.iqnet.com.mx

ema
Entidad Mexicana de
Acreditación

Frijol
Ing. Viviana Fernández Camargo
Dirección General.



RSGC 775

Numero de acreditación 04/10
Acreditado a partir de 2009-07-19

Fecha de Inicio: 2019.02.15

Fecha de Terminación: 2018.02.15

El presente certificado de conformidad es válido salvo suspensión o cancelación notificada en tiempo por el IMNC.

IMNC
Instituto Mexicano
de Normalización y
Certificación, A.C.

ISO 9001 : 2008