1. **OBJETIVO**:

Este procedimiento tiene como objetivo establecer una metodología para la identificación y control de las no conformidades y servicios no conformes así como la toma de acciones que permitan la gestión del autocontrol y evidencien el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los atributos de calidad de los productos o servicios de la ESE Hospital La Inmaculada

.

1. **ALCANCE:**

Esta metodología inicia con la identificación de las no conformidades y servicios no conformes hasta la estandarización de las acciones eficaces en los procedimientos. Este se aplica a todos los procesos de la ESE Hospital La Inmaculada, cuando se realiza el mejoramiento continuo de ellos.

1. **RESPONSABLES:**

Son responsables de la adecuada implementación de este procedimiento los líderes de los procesos. La Asesora de Control Interno verifica la adecuada utilización y apoya en su entrenamiento.

1. **TÉRMINOS Y DEFINICIONES:**

**Equipo primario:** es un grupo de personas con alto desempeño y que comparten un objetivo de desempeño común, toman decisiones en conjunto mientras planifican el proceso de mejoramiento. Las necesidades de mejoramiento determinan la estructura del equipo.

**Estandarización de procesos:** establecer en relación con problemas actuales o potenciales, soluciones para aplicarlas en forma repetitiva y común, con el objeto de lograr en grado óptimo los resultados planeados para ese conjunto de actividades.

**Herramientas de calidad:** instrumentos que permiten identificar y analizar las causas de las fallas en la atención así como para desarrollar, probar e implementar las soluciones a estos problemas.

**Mejoramiento continuo:** conjunto de principios que deben llevar las organizaciones más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos, es un proceso de autocontrol que involucra al cliente y sus necesidades, la identificación permanente de aspectos susceptibles de mejoramiento

**Observaciones de la auditoria:** declaración hecha durante la auditoria y sustentada mediante evidencia objetiva.

**Problema:** un problema es el resultado indeseable de un proceso, es algo que se quiere controlar o mejorar.

**Producto no conforme:** producto o servicio que no cumple con los requisitos internos o con las condiciones para ser utilizado por los clientes.

**Reparación:** es la acción tomada sobre un producto no conforme, para que cumpla con las condiciones básicas de uso.

**Producto para dar de baja:** es la acción tomada para prevenir el uso no intencional del producto que no puede reprocesarse y que afecta los requisitos de calidad y/o los requerimientos hechos por el cliente.

**Acción correctiva:** Acción tomada a las causas de una no conformidad u otra situación no deseable.

**Acción preventiva:** Acción tomada a las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable.

1. **POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

|  |
| --- |
|  |

1. **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

| **No** | **ACTIVIDADES** | **RESPONSABLE** | **REGISTROS / PUNTOS DE CONTROL** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Identificación de las no conformidades y servicios no conforme en los Procesos** |  |  |
| **1** | La identificación de las no conformidades se puede realizar a través de diferentes fuentes como auditorias, gestión de peticiones, gestión de los procesos, medición de indicadores, evaluación de la satisfacción del usuario, autoevaluación de acreditación y habilitación. | Todo el personal |  |
|  | Las no conformidades en el servicio o en el producto pueden ser detectadas a través de diferentes fuentes, pero fundamentalmente se clasifican en dos tipos: No Conformidades en el proceso, relativas al incumplimiento de requisitos del servicio o producto en etapas donde el cliente aún no se ha visto afectado por la no-conformidad y no Conformidades en el Servicio, relativas al incumplimiento de requisitos del servicio o producto los cuales están afectando al cliente. |  |  |
|  | Los requisitos del servicio o producto son aquellos que aparecen definidos en los procedimientos, fichas técnicas, especificaciones, protocolos, documentos legales o contractuales o en los requisitos que el Hospital ha comunicado a sus usuarios para el acceso a los servicios de salud o a sus clientes internos y externos para el acceso a los productos de los procesos. Cualquier empleado del Hospital, puede identificar proactiva o reactivamente estas situaciones e iniciar la aplicación del presente procedimiento |  |  |
| **2** | Para el reporte de las no conformidades y servicios no conformes se utiliza el formato **Plan de Mejoramiento.**  Cuando se presenten varios incumplimientos relacionados o iguales se registran como una sola no conformidad o servicio no conforme haciendo claridad en la descripción del número de eventos y las fuentes de donde se obtuvo la información. |  | Reporte de no conformidades |
| **3** | Registrar los efectos que puede tener la no conformidad o incumplimiento, esto ayuda al análisis posterior para la toma de acciones. |  |  |
|  | **Aplicar corrección** |  |  |
| **4** | Cuando se detecten las no conformidades y servicios no conformes se deben tratar con el fin de evitar la insatisfacción del cliente o disminuir su impacto sobre él. La corrección implica tratar el problema puntual cuando haya posibilidad de hacerlo. | Líder del proceso  Responsable del proceso | Plan de mejoramiento |
| **5** | Registrar en el formato el responsable de realizarla.  Puede haber varios tipos de corrección:   * El reproceso, es decir volver a hacer la actividad que se incumplió. * La concesión, el cliente acepte recibir el servicio con el grado de incumplimiento generado, esto debe contar con la autorización del líder del proceso. * Desviación del uso: cuando no se puede utilizar el producto o servicio para lo que fue diseñado y se utiliza para otro fin. * Descarte o eliminación del servicio que no cumple con los criterios de calidad. * Liberación, la entidad decide entregar el servicio con las no conformidades identificadas, esto debe contar con la autorización del líder del proceso. |  |  |
| **6** | Verificar que las acciones tomadas lograron la conformidad del servicio o se mitigaron los efectos cuando el servicio no conforme ya está siendo usado por el usuario.  Las acciones y la verificación de las mismas se registran en el formato plan de mejoramiento en la columna corrección. |  |  |
|  | **Análisis de la información** |  |  |
| **7** | Se evalúa si el incumplimiento amerita la toma de acciones correctivas o preventivas y se lleva al grupo primario del proceso para su análisis. | Líder del proceso  Equipo de mejoramiento |  |
| **8** | A la no conformidad se le realiza el análisis de las causas que la originaron apoyado en los datos estadísticos disponibles, el conocimiento de los miembros del equipo y los recopilados en la fase de identificación de las no conformidades. | Equipo de mejoramiento |  |
| **9** | De acuerdo a la meta que se quiere lograr con la solución de la no conformidad el equipo de mejoramiento define el mecanismo o indicador que identifica que el problema se resolvió, o el impacto de las acciones de mejoramiento. | Equipo de mejoramiento | Plan de mejoramiento del proceso |
| **10** | El equipo de mejoramiento puede utilizar diferentes herramientas de calidad de manera que se haga un análisis exhaustivo de las causas generadoras del problema a tratar.  Pasos a seguir:   * El responsable del proceso se encarga de planear la reunión con las personas claves de acuerdo al problema a resolver, recolecta la información de las fuentes. En lo posible hace llegar esta información a los miembros del equipo con suficiente anticipación para que tengan mejor conocimiento de los datos y sea mejor el aporte al análisis. * El equipo define claramente el problema, en lo posible descríbalo como el aspecto que se quiere mejorar o controlar y no como la carencia o falta de algo. | Equipo de mejoramiento | Plan de mejoramiento del proceso |
| **11** | El equipo de mejoramiento analiza los datos y la información recolectada para ello utiliza la herramienta técnica de los cinco porque?, el diagrama causa efecto o cualquier herramienta que permita hacer un análisis adecuado | Equipo de mejoramiento | Plan de mejoramiento del proceso |
| **12** | Una vez identificadas las causas raíces, registrarlas en el formato plan de mejoramiento | Líder del proceso | Plan de mejoramiento del proceso |
|  | **Toma de acciones** |  |  |
| **13** | El equipo de mejoramiento define las acciones correctivas o preventivas teniendo en cuenta que si afecten las causas raíces identificadas y los efectos de las no conformidades. | Equipo de mejoramiento | Plan de mejoramiento del proceso |
| **14** | Señalar con un X en la casilla respectiva si es una acción correctiva AC, acción Preventiva AP o Acción de Mejora AM no está en el instructivo | Líder del proceso | Plan de mejoramiento del proceso |
| **15** | El responsable, la fecha de ejecución, la descripción las actividades necesarias para llevar a cabo las acciones definidas se registran en el formato plan de mejoramientoIdentificando el mecanismo de seguimiento y medición (indicador) para evidenciar la eficacia de las acciones. | Líder del proceso | Plan de mejoramiento del proceso |
|  | **Seguimiento a las acciones tomadas** |  |  |
|  | Realizar seguimiento al cumplimiento y medición de la eficacia de las acciones tomadas. El seguimiento se realiza con la periodicidad necesaria al impacto de las acciones o a la disponibilidad de recursos de acuerdo a lo definido en el plan de mejoramiento, se recomienda máximo cada trimestre. | Líder del proceso y Equipo de mejoramiento | Plan de mejoramiento del proceso |
|  | Producto del seguimiento se podrán realizar ajustes al plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados encontrados, incluido el volver a analizar las causas cuando no se evidencie la eficacia de las acciones. | Líder del proceso | Ajustes al Plan de mejoramiento del proceso |
|  | **Estandarizar las acciones** |  |  |
|  | Cuando se demuestre la eficacia de las acciones correctivas y preventivas, producto del seguimiento y la medición, que demuestre que la no conformidad no se ha vuelto a presentar si fue real o no se ha presentado si fue potencial, se deben incorporar estas acciones en los procedimientos con el fin de mantener su efecto en el futuro. Considerándose cerrada la no conformidad. | Líder del proceso |  |

1. **DOCUMENTOS DE REFERENCIA:**

Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008

1. **ANEXOS:**

Plan de mejoramiento por proceso

1. **NOTAS DE CAMBIO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Versión** | **Breve descripción del cambio** | **Fecha** |
| 1 | 01 | Elaboración del documento | 03 febrero 2016 |
| 2 | 02 | Cambio en la normatividad | 20 diciembre 2020 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaboró: Gerente | Revisó: Asesor | Aprobó: Gerente |