# PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVASY DE MEJORA

## I. Objetivo

Establecer una metodología que permita detectar, analizar y eliminar causas de No Conformidad potenciales en la FEN, con el fin de evitar que estas ocurran y promover el mejoramiento continuo.

## II. Alcance

Aplica a todas las áreas involucradas en el sistema de gestión de la calidad, en donde es necesario implementar Acciones Preventivas y de Mejora.

## II. Responsabilidad

El Representante de la Dirección: Revisar periódicamente el estado que guardan las Acciones Preventivas y de Mejora, el avance de las acciones; así como establecer, cuando corresponda, Acciones Correctivas. En caso de quejas o insatisfacciones de los usuarios, establecer y dirigir las acciones a toma para su solución.

## IV Política de Operación

1. Todo el personal de la Facultad de Enfermería y Nutriología debe identificar las No Conformidades potenciales que puedan afectar el desempeño satisfactorio del SGC.
2. Persona que detecte una No Conformidad potencial debe asegurarse que el responsable del área afectada llene un formato para análisis y solución de problemas.
3. La identificación de No Conformidades potenciales pueden surgir de las siguientes fuentes de información, sin estar necesariamente limitadas a ellas:
   a. Quejas y sugerencias de usuarios
   b. Desempeño insatisfactorio de los procesos.
   c. Resultados de Auditorias de Calidad Internas y Externas.
   d. Resultados de las mediciones de Satisfacción del Usuario.
   e. Análisis derivados de los resultados de los registros de Calidad, estadísticas e indicadores de los objetivos de Calidad, y de los Procesos.
   f. Resultados de la Revisión por Dirección.
   g. Cuando la información recopilada indique una tendencia desfavorable.
   h. En todos los casos anteriores.
4. Las no conformidades presentadas pueden ser reales (que se estén presentando) o potenciales (que se puedan presentar).
5. Si la clasificación de hallazgos se realiza como resultado de una Auditoria Interna la persona que encuentra el hallazgo es un auditor interno y la clasificación la realizara con supervisión del Auditor Líder.
6. Una vez que el responsable del área afectada sea informado de una no-conformidad tendrá los siguientes plazos para entregar el formato para análisis y solución de problemas FOR 8.4. RD 01 con todos los datos que se le soliciten, a la Unidad de Calidad.
   a) Acción preventiva o correctiva: 7 días naturales para entregar al RD el plan de acción:
7. La verificación de la efectividad de las acciones preventivas se llevan bajo los siguientes criterios:
   a. Verificar el cumplimiento de las actividades del Plan de acción y sus fechas de inicio y duración especificadas en el FOR 8.4 RD 01.
   b. Si la acción preventiva significa cambios en la infraestructura (edificios, espacios de trabajo, telefonía, equipo de cómputo, mobiliario, cuando sea aplicable) esperar a que se presenten las situaciones pronosticadas de las posibles causas de la No Conformidad, para verificar su efectividad. Ejemplo: si se instala equipo firewall para contrarestar los ataques de virus informáticos, esperar a que se de un ataque masivo de virus y verificar la efectividad de la prevención. Si se realiza una impermeabilización de un edificio, esperar a la siguiente temporada de lluvias para

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA

verificar la efectividad de la prevención y de presentarse una No conformidad, se considerará no efectiva la acción implantada y se realizará una Acción Correctiva según el PRO 8.5 RD 01.

8. Es responsabilidad del Director de la Facultad y todos los jefes de Departamento dar el Soporte y guía para asignar y priorizar estas actividades, otorgando el soporte necesario a su personal en caso de estar asignados a actividades o proyectos de prevención y mejora continua.

### V. Definiciones y terminología

**Acción preventiva.-** Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable las cuales pueden ser:

- Puede haber más de una causa para una No conformidad potencial.
- La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.

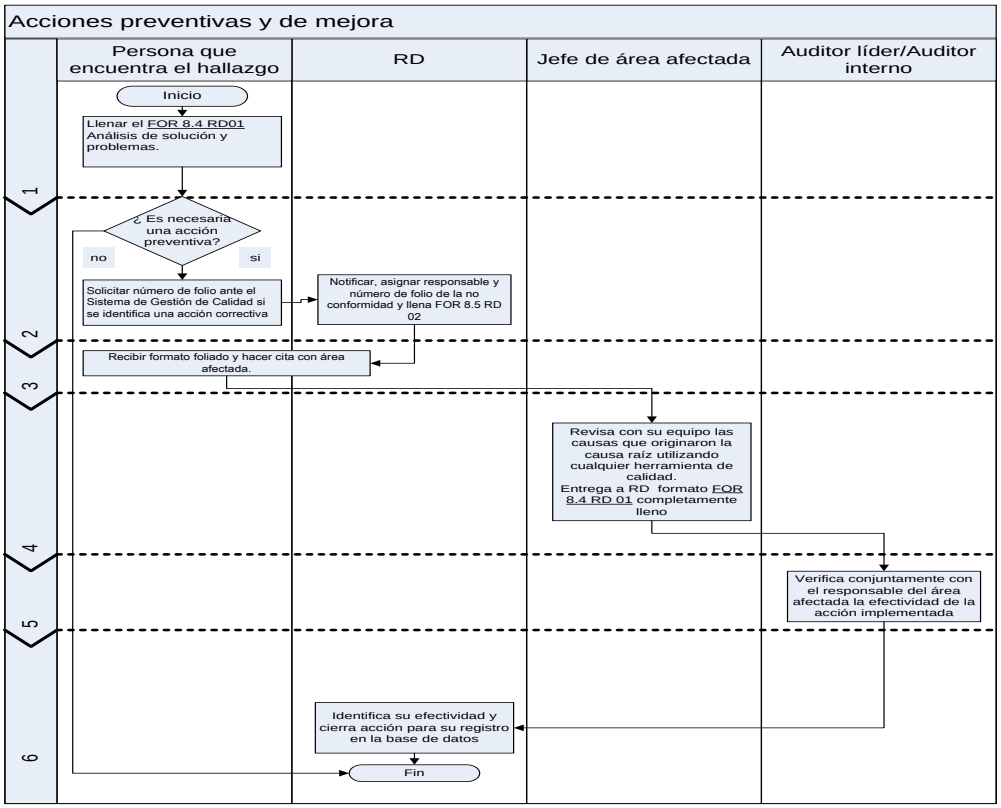
**Acción Correctiva.-** Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

**No Conformidad.-** Incumplimiento de un requisito.

**Requisito.-** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**Evidencia objetiva.-** Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

### VI Diagrama del proceso



# PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVASY DE MEJORA

### VII. Descripción del Procedimiento

| RESPONSABLE | SECUENCIA | ACTIVIDADES |
|---|---|---|
| Persona que encuentra el hallazgo | 1 | Llenar el formato FOR 8.4 RD 01 "Formato para análisis y solución de problemas según la ITR 8.4 RD 01 |
| Persona que encuentra el hallazgo | 2 | Para una Acción Correctiva se llena el formato FOR 8.5 RD 02 solicita al RD agregarlo al FOR 8.4. RD 02 |
| Representante de Dirección | 2 | Registra FOR 8.4. RD 02. |
| Persona que encuentra el hallazgo/RD | 3 | Recibir formato foliado y notifican al área afectada. |
| Área afectada | 4 | Revisar la posible no conformidad, determinar la causa raíz y el plan de acción utilizando el formato FOR 8.4 RD 01.<br>Redactar lo más detallado y sencillo posible, de preferencia con evidencias anexas. |
| Área afectada/Equipo de trabajo | 5 | Revisar con su equipo de trabajo la(s) causa(s) que originaron la no-conformidad y determinarán las acciones a implementar, utilizando cualquier método para analizar las causas de la no-conformidad presentada.<br>Entregar el formato FOR 8.4 RD 01 "Análisis y solución de problemas" al Representante de Dirección debidamente lleno anexando registros ó evidencias de sus acciones y/o plan de acción. |
| Persona que encuentra el hallazgo | 6 | Verificar el seguimiento del plan de acción y la implantación de acciones Firmar de conformidad en el formato FOR 8.5 RD 01 Formato para "Análisis y solución de problemas" cuando ya revise y verifique la efectividad de dichas acciones |
| Auditor Interno/Auditor Líder | 6 | Verificar conjuntamente con el responsable del Área la efectividad de la Acción. |
| Representante de Dirección | 7 | Se procede al cierre del reporte firmado identificando su efectividad y se registra en Base de datos.FOR 8.4 RD 02 y FOR 8.5 RD 02 |

### VIII. Normatividad

| DOCUMENTO | CÓDIGO |
|---|---|
| Manual de Calidad | MAN 4.2.2 DFEN |
| Norma ISO 9001:2008 Requisitos | DOC. EXT. |
| Norma ISO 9000:2005 Fundamentos y vocabulario | DOC. EXT. |
| Norma ISO 9004:2000 Recomendaciones para la mejora del desempeño | DOC. EXT. |
| Norma ISO 19011:2002 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental | DOC. EXT. |

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA

# PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVASY DE MEJORA

**IX. Procedimientos relacionados**

| DOCUMENTO | CODIGO |
|---|---|
| Procedimiento para Control de Documentos | PRO 4.2.3 CD 01 |
| Procedimiento para Control de Registros | PRO 4.2.4 CD 01 |
| Procedimiento para la Administración de indicadores | PRO 5.4 DFEN 01 |
| Procedimiento para la realización de las Auditorías internas. | PRO 8.2 RD 02 |
| Procedimiento para Seguimiento de Sugerencias y quejas | PRO 8.2.1 RD 01 |
| Procedimiento para satisfacción del cliente | PRO 8.2.1 RD 02 |
| Procedimiento para Auditoría Interna | RO 8.2.2 RD 01 |
| Procedimiento para Acciones Correctivas | PRO 8.5.2 RD 01 |

**X Control de los Registros**

| NOMBRE | CÓDIGO | TIEMPO DE RETENCIÓN | RETENIDO POR: | DISPOSICIÓN FINAL |
|---|---|---|---|---|
| Formato para Análisis y solución de problemas. | FOR 8.4 RD 01 | Más de 5 años | Representante de la dirección | Triturar |
| Formato para Estado de acciones correctivas y preventivas. | FOR 8.5 RD 02 | Más de 5 años | Representante de la dirección | Triturar |

**IX CONTROL DE CAMBIOS**

| FECHA | REVISION | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| 16/11/2010 | 4 | Se corrigió el recuadro de firmas por mejora visual |
| 25/02/2011 | 5 | Se corrigió el Código de los formatos, se agrego responsabilidad, normatividad. Y documentos relacionados |
| 17/01/2012 | 6 | Se atendieron indicaciones AI11,se agrega encabezado, se corrigen códigos, tiempo y disposición |

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA