



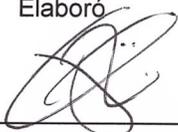
ACCIONES
CORRECTIVAS

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
---------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

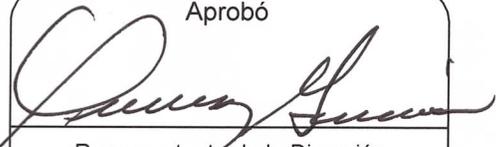
Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación

Acciones Correctivas

PGC-8-05

Elaboró 
Coordinador de Calidad

Revisó 
Responsable de la Coordinación de Calidad

Aprobó 
Representante de la Dirección

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
---------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

1.0 OBJETIVO.

Establecer el método para implementar las acciones correctivas a fin de eliminar las causas de las no conformidades u observaciones que se presenten y prevenir que vuelva a ocurrir.

2.0 ALCANCE.

Este procedimiento es aplicable a todas las áreas del Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación donde se detecten no conformidades u observaciones reales o potenciales en el proceso, producto, servicio o Sistema de Gestión de la Calidad.

3.0 RESPONSABILIDADES.

Presidente del Consejo de Administración:

- Proporcionar los recursos humanos, materiales o económicos cuando se requiera.

Representante de la Dirección:

- Verificar la implementación y la efectividad de las acciones correctivas, así como las que generan los Coordinadores de Calidad.

Responsable de la Coordinación de Calidad:

- Dirigir y supervisar las acciones de los Coordinadores de Calidad.

Coordinadores de Calidad:

- Registrar todas las acciones correctivas que se generen.
- Además tienen la autoridad para darle seguimiento y verificar su efectividad e implementación.

Todo el personal involucrado en el SGC que elabore acciones correctivas:

- Analizar las diversas fuentes de información y dar inicio a la acción correctiva.
- Coordinar al personal involucrado en el problema y su solución.
- Asignar y distribuir el trabajo a ejecutar para la solución del problema.
- Analizar conjuntamente con el personal que él considere necesario, cada uno de los pasos para la solución definitiva del problema en el menor tiempo posible.

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
---------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

4.0 DEFINICIONES.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

No conformidad: Son aquellos incumplimientos a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, o bien, no conformidades menores recurrentes identificadas en auditorías de calidad internas.

Observación: Impacta real o potencialmente el cumplimiento de la calidad del servicio, el desempeño de los procesos; sin embargo no representa riesgo irreversible o riesgo para el cliente.

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad, observación detectada u otra situación indeseable.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad u observación detectada.

SerMed: Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación.

5.0 PROCEDIMIENTO GENERAL.

5.1 ACCIONES CORRECTIVAS.

5.1.1 Las acciones correctivas pueden ser generadas a partir de:

- **Desviaciones de los procesos o servicios:**

Las desviaciones de los procesos son detectadas por el personal del SerMed o responsable del proceso.

Cuando surge alguna desviación de algún proceso, la persona indicada de dar inicio a la acción correctiva, es el Responsable de área en conjunto con los Coordinadores de Calidad, decidiendo así, quiénes son las personas indicadas para realizar el análisis y de llevar a cabo la implementación de acción correctiva.

- **Quejas de los clientes:**

Las quejas y sugerencias pueden ser generadas por los usuarios o personal del Servicio Médico, a través del buzón de sugerencias, página web, *e-mail* y *teléfono*.

✓ Las quejas recibidas por *e-mail* y página web se recolectan en el área de Sistemas y el Responsable del Departamento lo turna a la Alta Dirección para su seguimiento.

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
--------------------	---------------	---------------------------	----------------------

- ✓ Las quejas recibidas por *teléfono* son recolectadas por el Empleado Administrativo de Información, las cuales son turnadas a la Alta Dirección para que éstas a su vez sean turnadas al área correspondiente para el seguimiento.
- ✓ Las quejas recibidas por buzón de *sugerencias* las recolecta la Asistente Administrativo de *Presidencia* de Confianza y se turnan a la Alta Dirección para el seguimiento.

Cualquiera que sea el medio por la que se recibe la queja, se debe informar a la Alta Dirección, para tener un reporte sobre el estado y seguimiento de la queja.

Una vez solucionada la situación, la Alta Dirección o quien éstos asignen, notifican al usuario por cualquier medio el resultado de la acción.

Los reportes de las quejas son conservados por el responsable al que se le turno la queja por un periodo mínimo de 6 meses.

- **Auditorías internas o externas de calidad:**

De las no conformidades u observaciones detectadas los Coordinadores de Calidad, proceden a dar inicio al “Reporte de acción correctiva y/o preventiva” F-SGC-C-30, determinando junto con el Representante de la Dirección a las personas o las áreas involucradas para darle solución al problema.

- **Las generadas por el personal de las diferentes áreas del SerMed durante la realización de las actividades cotidianas:**

La persona que detecta la no conformidad u observación, acude con los Coordinadores de Calidad para dar inicio a la acción correctiva. Una vez realizado el reporte, los Coordinadores de Calidad involucran a las personas o las áreas involucradas para darle solución al problema.

5.1.2 Análisis e implementación.

- 5.1.2.1 El análisis de las acciones correctivas implica definir las posibles causas que están originando la no conformidad u observación y encontrar la causa-raíz del problema. Este análisis se facilita invitando a todos los que de alguna manera están involucrados en el problema o desviación, utilizando herramientas que se encuentran descritas en el “Manual de Herramientas Estadísticas” M-HES-SGC-01.
- 5.1.2.2 Una vez definida la causa raíz del problema, el Responsable de la Coordinación de Calidad, los Coordinadores de Calidad y el Responsable o Jefe de departamento correspondiente definen las acciones correctivas necesarias para asegurar la eliminación de los hallazgos y evitar que éstos se repitan, registrando en el formato de “Reporte de acciones correctivas

Código	Versión	Fecha Emisión	Vigencia
PGC-8-05	05	12/05/18	12/05/20

y/o preventivas” F-SGC-C-30, el número de folio, la descripción de la acción, el responsable, la fecha de ejecución y en donde se puede anexar toda la información de soporte necesaria.

- 5.1.2.3** La implantación de una acción correctiva incluye toma de medidas que eliminan, minimicen y eviten la repetición del problema; así como también, si es aplicable, la revisión de procedimientos y/o Manual de Gestión de la Calidad.

Nota: Por cada no conformidad u observación se genera un registro o bien se agrupan varias de la misma naturaleza (por ejemplo dos no conformidades u observaciones detectadas en auditoría interna en distintas áreas que se refieren a lo mismo).

5.1.3 Seguimiento.

- 5.1.3.1** Los Coordinadores de Calidad, Responsable de la Coordinación de Calidad y/o el Representante de la Dirección verifican la implantación y la efectividad de la acción correctiva validando la eliminación de la causa raíz y la conclusión de las acciones. Cuando las no conformidades u observaciones sean detectadas en auditorías internas, los Coordinadores pueden apoyarse para dicha actividad en los Auditores de Calidad Internos.

- 5.1.3.2** Para llevar a cabo el control de las acciones generadas, el Responsable de la Coordinación de Calidad y/o Coordinadores de Calidad, utiliza el formato “Control de acciones correctivas y/o preventivas” F-SGC-C-27, donde registra el estado en el que se encuentra la acción correctiva, terminada o no terminada.

- 5.1.3.3** La frecuencia de la verificación es mensual y la realiza el Representante de la Dirección, esto es para analizar el avance de las acciones correctivas y verificar su implantación.

- 5.1.3.4** Así mismo los auditores internos verifican nuevamente durante las auditorías que las acciones correctivas establecidas sean efectivas.

5.1.4 Revisión de la Dirección.

- 5.1.4.1** En la siguiente “Revisión de la Dirección” PGC-5-01, los Coordinadores de Calidad, Responsable de la Coordinación de Calidad y/o Representante de la Dirección presentan los resultados o avances de la implementación de dichas acciones.

Nota: En las acciones correctivas correspondientes al área de Coordinación de Calidad, en la verificación de la implantación y la

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
---------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

efectividad de las mismas, el seguimiento lo lleva a cabo el Representante de la Dirección y/o Responsable de la Coordinación de Calidad.

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

IDENTIFICACIÓN	TÍTULO
PGC-5-01	Revisión de la Dirección
M-HES-SGC-01	Manual de Herramientas Estadísticas

7.0 DISTRIBUCIÓN Y REGISTRO.

7.1 Distribución.

Este documento se distribuye en forma oficial con acuse de recibo al:

- *Presidente* del Consejo de Administración.
- *Vocal* del Consejo de Administración (Representante de la Dirección).
- *Secretario* Técnico del Consejo de Administración.
- *Responsable del Almacén general de medicamentos.*
- Responsable de Sistemas.
- Responsable de Proveduría.
- Responsable de Afiliación.
- Responsable de Prestaciones.
- Responsable de Control de Gestión.
- Responsable de Cuentas por Cobrar.

7.2 Registro.

IDENTIFICACIÓN	TÍTULO	RESPONSABLE	TIEMPO MÍNIMO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN
F-SGC-C-27	Control de acciones correctivas y/o preventivas	Responsable de la Coordinación de Calidad / Coordinadores de Calidad	1 Año	Destrucción
F-SGC-C-30	Reporte de acción correctiva y/o preventiva	Responsable de la Coordinación de Calidad / Coordinadores de Calidad	1 Año	Destrucción

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
---------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------------

8.0 CONTROL DE MODIFICACIONES.

No. DE VERSIÓN MODIFICADA	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	IDENTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN
01	09/05/2007	Cambio en la portada del documento, en el nombre de la Institución.
		Cambio de Servicio Médico Sección 38 por Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación en todo el documento.
		Cambio de la definición de SM Secc.38 por SerMed: Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación.
		Cambio de SM Secc.38 por SerMed en todo el documento.
		Se agrego la definición de Observación en el punto 4.0
		Se modificaron los tres últimos párrafos del punto 5.1.1 "Quejas de los Clientes".
		Cambio de No conformidad por No conformidad u Observación en todo el documento donde aparezca, excepto concepto de No conformidad.
		Cambio de No conformidades por No conformidades u Observaciones en todo el documento donde aparezca, excepto concepto de No conformidad.
02	04/11/2013	Cambio en las 2 ultimas viñetas del punto 7.1.
		En la portada se elimina el primer recuadro de "Elaboró"
		Se sustituye en todo el Documento ISO 9001:2000 por ISO 9001:2008
		Se sustituye en todo el Documento: -Presidente por Director -Tesorero por Subdirector Financiero -Secretario por Subdirector Técnico -Jefe de Control de Gestión por Responsable de Control de Gestión -Coordinador de Cuentas por Cobrar por Responsable de Cuentas por Cobrar -Presidencia por Dirección
03	25/11/2015	7.1 Se elimina "(Responsable de la Coordinación de Calidad)" al Responsable de Informática.
		De acuerdo al MGO se cambian: Informática por Sistemas Responsable de información por Empleado

Código PGC-8-05	Versión 05	Fecha Emisión 12/05/18	Vigencia 12/05/20
		Administrativo de Información Secretaria de Dirección por Asistente Administrativo de Dirección de Confianza. Responsable de informática por Responsable de Sistemas.	
04	12/05/2018	7.1 Se cambia Administrador del Almacén General de Medicamentos por Responsable de Material de Curación. Se cambian los puestos de acuerdo a la última reforma de la Ley del Servicio Médico, El Vocal del Consejo es el Representante de la Dirección y Cambia el Responsable de Material de Curación por el Responsable del Almacén general de medicamentos. Se cambia ISO 9001:2008 por ISO 9001:2015 Se realizan cambios en el 5.1.1, quejas de los clientes	