

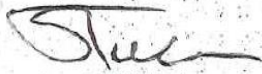
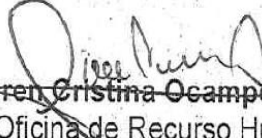

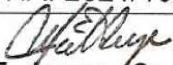


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	



ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA

 ELABORA: Carlos Samuel Rosado Sarabia Profesional Apoyo Oficina de Planeación	 REVISAS: Stella Medina Solano Jefe de Planeación  Loren Cristina Ocampo C. Jefe Oficina de Recurso Humano	 APRUEBA: JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO Gerente Resolución No.625 de 2021/10/07
FECHA: 2021/10/04	FECHA: 2021/10/05	
Vo.Bo:  Martha E. Amaya Cruz Oficina de Calidad	FECHA: 2021/10/06	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			 DEPARTAMENTO DEL META
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES.	3
2.1	ALCANCE.	3
2.2	RESPONSABILIDADES.	4
3.	GENERALIDADES.	5
3.1	Acciones Correctivas y Preventivas.....	6
3.1.1	¿Qué es una No Conformidad?.....	7
3.1.2	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).....	8
3.1.2.1	Condiciones Generales	8
3.1.3	En qué casos se puede emprender una acción correctiva:	9
3.1.4	En qué casos se puede emprender una acción preventiva:	9
3.1.5	En qué casos se puede emprender una oportunidad de mejora:	9
3.2	Fuentes de identificación de no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.	9
3.3	Métodos para identificación de Causas.	10
3.3.1	Causas raíz del problema.....	10
3.3.2	Lluvia de ideas.....	11
3.3.3	Los Cinco por QUE`S.....	12
3.3.4	Diagrama Causa Efecto o Espina De Pescado	12
3.3.5	Diagrama de Pareto.....	13
3.4	Redacción de Oportunidades de mejora.....	15
3.5	Responsables de las etapas de aplicación de acciones correctivas.....	16
4.	FLUJOGRAMA.....	17
5.	ANEXOS.....	18
6.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	18
7.	REGISTRO DE CALIDAD.	19
8.	NORMATIVIDAD.....	19
9.	BIBLIOGRAFIA.....	20
10.	CONTROLES	20

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

1. OBJETIVO.

Establecer la metodología para la identificación, análisis y eliminación de las causas de No conformidades reales o potenciales, detectadas en la ejecución de los procesos del mapa de procesos de la Empresa social del Estado del Departamento del Meta ESE “Solución Salud”, y poder Tomar acciones para eliminar las causas de los hallazgos detectadas (No Conformidades, Observaciones), para evitar que vuelvan a ocurrir y de las causas potenciales para prevenir su ocurrencia, permitiendo la disminución de costos y el desarrollo efectivo en todos los procesos que realiza la Entidad, buscando el mejoramiento continuo en los procesos que conforman el Sistema Integrado de Gestión.



2. ALCANCES Y RESPONSABLES.

Este procedimiento aplica para todos los procesos, subprocesos y/o actividades de la Empresa social del Estado del Departamento del Meta ESE “Solución Salud” y aprobados el Sistema de Gestión de la Calidad. Decreto 1072 de 2015 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo*”, capítulo 6. Resolución 0312 de 2019 “*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*”, artículo 16 según aplique y demás sistemas de gestión que implemente la empresa.

2.1 ALCANCE.

Este procedimiento inicia con la identificación de los hallazgos reales o potenciales en los procesos del SIG y el SG-SST (Sistema de Gestión de la Calidad - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo), la formulación e implementación del plan de mejoramiento (FR-GQ-21, cuando correspondan al SG-SST FR-RH-83 y culmina con el cierre de la no conformidad real o potencial por las acciones tomadas y elaboración del informe final de cierre.

Los riesgos son una fuente para establecer acciones preventivas en la entidad, los controles de los riesgos permiten establecer planes de acción que mitiguen la probabilidad de ocurrencia y el impacto del mismo, por lo tanto, el registro del mapa de riesgos es validado como un registro de acción preventiva dentro del Sistema de Gestión de la Calidad. Sin embargo, cuando el riesgo se ha materializado se deberá documentar la acción correctiva en el plan de mejoramiento de cada proceso.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

2.2 RESPONSABILIDADES.



Este procedimiento es transversal a todos los procesos de la empresa. Es responsabilidad de los líderes de proceso junto con el jefe del área analizar los hallazgos (No Conformidades, Observaciones) previamente identificados a través de las diferentes fuentes de medición y seguimiento, como son: Auditorías, seguimiento al producto/servicio no conforme, revisión por la dirección, quejas y reclamos, resultados de las mediciones de satisfacción del cliente, resultados de seguimiento a riesgos e indicadores, para definir y establecer las acciones preventivas, correctivas y oportunidades de mejora que garanticen el cumplimiento de los requisitos del SIG y el SG-SST (Sistema de Gestión de la Calidad - Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo) y de los Productos y/o Servicios que ofrece la Entidad.

Gerente, Es responsable de apoyar la implementación de las acciones preventivas, correctivas y de mejora definidas, y, de asignar los recursos para tal fin cuando sea necesario.

El Jefe de la Oficina de Asesora de Planeación, como representante de la Alta Dirección, es el responsable de socializar el procedimiento y garantizar su cumplimiento, así como de asegurar el entrenamiento del personal para el conocimiento y aplicabilidad de este. Así como del seguimiento al plan de mejoramiento y del cierre de las acciones implementadas.

Oficina de Calidad, La oficina de Calidad de la Empresa social del Estado del Departamento del Meta ESE “Solución Salud”, es la responsable de la actualización del documento, el Jefe de la Oficina de Recurso Humano como responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud (SG-SST) realizarán la actualización del presente documento en lo relacionado con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

El Jefe de la Oficina de Recurso Humano como responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), debe garantizar la aplicación por parte del líder de SG-SST de este procedimiento, para definir e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias para garantizar la eficacia del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

3. GENERALIDADES.



La necesidad de implementar acciones correctivas, preventivas y de mejora según sea el caso, surgen de la detección de las no conformidades derivadas de: servicios no conformes, quejas y sugerencias de los usuarios, auditorías internas y externas, revisión por la dirección, análisis de datos, mediciones de satisfacción, análisis de indicadores del proceso y retroalimentación u observaciones del personal.

La planificación de estas acciones incluye la evaluación de la importancia de los problemas, y se hace en términos del impacto potencial en aspectos tales como costos de operación, costos de no conformidad (Incumplimiento de un requisito), desempeño del servicio, seguridad de funcionamiento y satisfacción del cliente y de otras partes interesadas. En este proceso se enfatiza la eficacia y eficiencia de los procesos cuando se toman las acciones, y estas deben estar enfocadas a eliminar las causas de las no conformidades para evitar que vuelvan a suceder.

La información relacionada con la implementación de acciones correctivas y preventivas se registra en el formato de Acciones Correctivas, Preventivas (FR-GQ-21), o el (FR-RH-83) cuando correspondan al SG-SST y se archiva como evidencia del tratamiento y cierre de la no conformidad real o potencial, siguiendo las directrices dadas en el apartado control de cambios del presente documento.

Se debe identificar plenamente el tipo de acción para el adecuado planteamiento de las acciones a seguir.

- **Corrección:** se usa para eliminar la no conformidad identificada. También se le conoce como acciones inmediatas. Es posible realizar una corrección junto a una acción correctiva, un ejemplo de ello sería una rectificación o una reclasificación.
- **Acción correctiva:** se emplea para eliminar la causa raíz de una no conformidad identificada o de cualquier otra situación no deseada. Además, con ella se previene la repetición del problema. Se debe generar una acción correctiva inmediata, analizar las causas para eliminar la raíz del problema y definir acciones realizables que impidan que éstas vuelvan a ocurrir
- **Acción Preventiva:** se adopta esta acción para eliminar la causa de una no conformidad potencial, así como de otra situación potencialmente no deseada. se procede a identificar las acciones que puedan impedir la materialización de una no conformidad potencial o el incumplimiento de un requisito que aún no se haya hecho evidente. Este procedimiento está enmarcado bajo las normas nacionales e internacionales de calidad, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.22.3.12 y es obligatorio cumplimiento para demostrar las acciones orientadas a la mejora continua de los procesos

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	Página 6 de 20	

La principal diferencia entre estas dos últimas acciones es que la acción correctiva se adopta para prevenir que se repita el problema, mientras que la preventiva se lleva a cabo para prevenir que ocurra ese problema potencial, dicho de otra manera, esta acción tiene como finalidad evitar que potenciales problemas, que están previstos, lleguen a ocurrir, es decir, el problema no se ha materializado aún pero puede ocurrir cualquier día.

En cuanto a las diferencias entre corrección y acción correctiva, la más importante es que la corrección solo arregla la no conformidad, mientras que la acción correctiva trabaja sobre la causa que originó de raíz el problema y evita que vuelva a repetirse

El líder de cada proceso y/o el líder del SG-SST, son responsables de asegurar se tomen las acciones pertinentes sin demora injustificada para eliminar los hallazgos detectados y sus causas o las posibles ocurrencias de situaciones no deseadas.

Cuando se considere pertinente se aplicarán técnicas de solución de problemas, entre ellas: Lluvia de ideas, espina de pescado, cinco por qué? y diagrama de Pareto, entre otras, para identificar las causas que originan el hallazgo y permitan establecer los planes de acción que eliminarán las mismas.

El líder del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud (SG-SST), dará cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, lo anterior no lo exima de implementar otros controles implementados por la empresa.



3.1 Acciones Correctivas y Preventivas.

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una **no conformidad** potencial u otra situación potencial no deseable.

Acción correctiva: acción para eliminar la causa de una **no conformidad** real y evitar que vuelva a ocurrir.

Corrección: acción para eliminar una **no conformidad** detectada

Cualquier Servidor público o contratista, puede reportar una No Conformidad real o potencial u oportunidad de mejora.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

- El líder del proceso o líder del SG-SST identifica, trata y redacta la no conformidad real o potencial, utilizando el formato “Acciones Correctivas y Preventivas (FR-GQ-21), o el (FR-RH-83) cuando correspondan al SG-SST”.
- El Jefe del Área, o quién él delegue:
 - ✓ Evalúa el tratamiento dado a la no conformidad, con el fin de identificar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir; en caso afirmativo, conforma un equipo de mejoramiento para la identificación de las posibles causas.
 - ✓ Inicia el análisis de las posibles causas que originaron la no conformidad real o potencial, con el grupo de personas convocadas, teniendo en cuenta los componentes del proceso según el diagrama causa-efecto o de Ishikawa: personas (usuarios y personal de cada Área Administrativa), Identifican y registran la(s) causa(s) fundamental(es) o causa(s) raíz, en el formato “Acciones Correctivas y Preventivas (FR-GQ-21), o el (FR-RH-83) cuando correspondan al SG-SST
 - ✓ Registra el resumen de la información de las acciones correctivas, preventivas y de mejora en el formato “Consolidado de Acciones Correctivas y Preventivas (FR-GQ-21), o el (FR-RH-83) cuando correspondan al SG-SST, para ser analizada en las reuniones de Las Áreas Administrativas y en la Revisión por la Dirección del SG, con el fin de recopilar las acciones correctivas, preventivas y de mejora de todos Áreas Administrativas.

Se establecen las acciones correctivas y/o preventivas para eliminar la(s) causa(s) de la no conformidad real(es) o potenciales, la(s) cual(es) se registra(n) en el plan de mejoramiento FR-GQ-41 (acciones, responsables de la ejecución y verificación de las acciones y fechas de implementación y verificación programadas y reales).



3.1.1 ¿Qué es una No Conformidad?

Según la norma ISO 9000, una No Conformidad (3.6.9) es un incumplimiento de un requisito del sistema, sea este especificado o no. Se conoce como requisito una necesidad o expectativa establecida, generalmente explícita u obligatoria.

La ISO 17021, norma que rige a las casas certificadoras, establece un criterio para “no conformidad menor” y “no conformidad mayor”

No conformidad mayor: No conformidad que afecta a la capacidad del sistema de gestión para lograr los resultados previstos. *“Nota 1: a la entrada: Las no conformidades pueden ser clasificadas como mayores en las siguientes circunstancias:*

- *Si existe una duda significativa de que se haya implementado un control eficaz de proceso, o de que los productos o servicios cumplan los requisitos especificados;*

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

- *En el evento en que exista una cantidad de no conformidades menores asociadas al mismo requisito o cuestión podría demostrar una desviación sistemática y por tanto, constituyen una no conformidad mayor”.*

No conformidad menor: No conformidad que no afecta la capacidad del sistema de gestión para lograr los resultados previstos.

3.1.2 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

La empresa garantiza que se definen e implementan las acciones preventivas y correctivas necesarias, con base en los resultados de la supervisión y medición de la eficacia del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), de las auditorías y de la revisión por la alta dirección.

Estas acciones entre otras deben estar orientadas a:

1. Identificar y analizar las causas fundamentales de las no conformidades.
2. La adopción, planificación, aplicación, comprobación de la eficacia y documentación de las medidas preventivas y correctivas.



Todas las acciones preventivas y correctivas deben estar documentadas, ser difundidas a los niveles pertinentes, tener responsables y fechas de cumplimiento.

Cuando el tratamiento de los hallazgos detectados corresponda a procesos diferentes, el registro de las No Conformidades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo se realiza en el formato Acciones Preventivas, Correctivas, y de Mejora (FR-GQ-21), o el (FR-RH-83) cuando correspondan al SG-SST. El registro debe enviarse al líder del SG-SST en la forma y modo como lo establece el artículo 2.2.4.6.33. parágrafo 2 del Decreto 1072 de 2015 para su conocimiento y seguimiento de las acciones definidas.

3.1.2.1 Condiciones Generales

Responsable del SG-SST: Es el responsable de identificar No conformidades reales y potenciales, documentar e implementar solicitudes de acciones preventivas, correctivas y de mejora en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como hacer seguimiento al cierre de las mismas.

Profesional de Salud Ocupacional: Es el responsable de centralizar las solicitudes de acciones preventivas y correctivas en materia de seguridad y salud en el trabajo proveniente de los diferentes dueños de proceso, así como hacer seguimiento al cierre de las mismas y comunicar sus resultados cuando se le requiera.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

COPASST O VIGÍAS DEL SG-SST: Es responsable de vigilar el cumplimiento del presente procedimiento, así como de apoyar la implementación y seguimiento al cierre de las acciones definidas, se cuenta con vigías en cada Centro de Atención.

3.1.3 En qué casos se puede emprender una acción correctiva:

- Una no conformidad detectada y confirmada en auditoría.
- Quejas, reclamos y sugerencias sistemáticas o recurrentes por parte de los usuarios o funcionarios de la institución.
- Indicadores de gestión y de proceso con resultados insatisfactorios.
- Resultados de evaluación insatisfactoria por parte de los usuarios.
- Fallas en la prestación del servicio recurrente o sistemática.
- Hallazgos insatisfactorios reportados en informes de evaluación independiente internos y externos.
- Resultados insatisfactorios en la revisión por la dirección.

3.1.4 En qué casos se puede emprender una acción preventiva:

- Identificación de debilidades reportadas en informes de evaluación independiente internos y externos.
- Identificación de debilidades reportadas en la revisión por la dirección.
- Observaciones identificadas en una auditoría.
- Desviación parcial en detrimento del cumplimiento de las metas establecidas sin que haya incumplimiento de las mismas.
- Planes de tratamiento de riesgos.



3.1.5 En qué casos se puede emprender una oportunidad de mejora:

Cuando se identifica a partir de las diferentes fuentes de análisis de datos, resultados de auditorías, resultados de seguimiento y medición, revisión por la dirección, entre otras, que es posible incrementar la capacidad de cumplimiento de un proceso.

- Sugerencias de mejoramiento de servidores o usuarios.
- Propuestas de mejoramiento resultado del autocontrol.

3.2 Fuentes de identificación de no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.

- Auditorías internas.
- Auditorías externas.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

- Análisis de datos del sistema (Indicadores de Gestión).
- Análisis del reporte de las fallas en la prestación del servicio.
- Autogestión y autoevaluación.
- Evaluación de satisfacción de usuarios.
- Resultados de la revisión por la dirección.
- Seguimiento y medición de procesos/productos/servicios.
- Quejas, reclamos y sugerencias de servidores o usuarios.
- Administración del Riesgo.
- Evaluación independiente de la Oficina de Control Interno.
- Evaluación Independiente de Entes Externos.
- Requerimientos proceso de Certificación y Habilitación Institucional.
- Requerimientos proceso Acreditación Institucional y de Programas.
- Cumplimiento de los objetivos de calidad

3.3 Métodos para identificación de Causas.



Fuente: <https://es.slideshare.net/enlaceconsultores/ayuda-redaccion-hallazgosauditoria2003>



3.3.1 Causas raíz del problema.

Para realizar una identificación de causas fiable y eficaz, es necesario trabajar con la siguiente secuencia de actividades:

- Analizar en profundidad los síntomas y el entorno del problema, de forma que se adquiera el conocimiento suficiente para poder intuir las posibles causas del mismo.

Para ello:

Se estratifica o segmentan los valores que permiten cuantificar los síntomas en función de las variables que pueden influir en los mismos. Se analiza en detalle el proceso en el que se produce el problema.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

Se analiza en detalle la morfología del problema, cuando éste se traduce en un elemento físico defectuoso.

- b) Formular las posibles causas en las que los responsables de la resolución del problema pueden pensar a raíz del análisis de síntomas.
- c) Contrastar la veracidad de cada una de dichas posibles causas mediante pruebas objetivas, y evaluar el grado de contribución, de cada causa contrastada, al problema, ya que, en general, los problemas responden a más de una causa.

Los líderes de los procesos podrán utilizar la técnica que mejor comprendan para la identificación de las causas, las descritas a continuación son algunas de las que se pueden utilizar.



3.3.2 Lluvia de ideas.

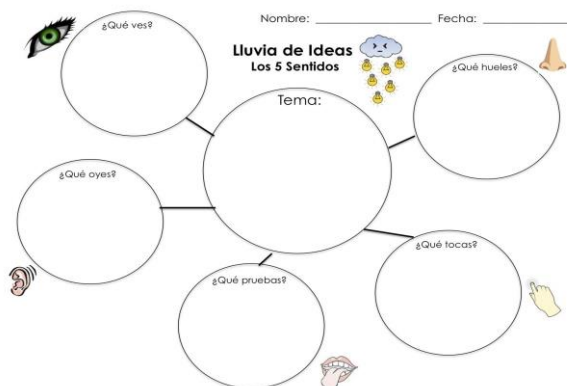
Estructurada: cada persona del grupo debe dar una idea, cuando le toque el turno de participar, en el caso de no aportar alguna deberá esperar su turno en la vuelta siguiente.

No estructurada: Los miembros del grupo aportan ideas tan pronto como se les viene a la mente.

APLICACIÓN

- Se debe escoger un moderador.
- Se debe concretar el tema que se va a tratar.
- Se debe solicitar ideas a los participantes (en el proceso de generación de ideas no está permitido evaluar las ideas, ni criticar, ni minimizarlas)
- Cuando se agote la generación de ideas se procede a clasificarlas y a efectuar un análisis crítico para asegurar que todas las ideas se comprenden y destacar las que no son convenientes.
- Para la selección es importante considerar las ideas más significativas y factibles (si no hay consenso se procede a votar para la selección definitiva de ideas).

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	Página 12 de 20	



Fuente: <https://co.pinterest.com/pin/15833036167623716/>

3.3.3 Los Cinco por QUE`S

Esta herramienta es útil cuando el grupo requiere encontrar la causa raíz, cuando requiere un análisis más profundo y cuando existen muchas causas. Ante la presencia de un problema hacemos cinco veces seguidas la pregunta ¿Por qué? (se termina de realizarse esta pregunta cuando no haya más respuestas, puesto que esto nos indica que ya identificamos la causa del problema).

¿POR QUÉ?

↳ ¿POR QUÉ?

↳ ¿POR QUÉ?

↳ ¿POR QUÉ?

↳ ¿POR QUÉ?
La Solución Real Se Encuentra Aquí

Paso 1: Identifique el dato, la oportunidad, problema o situación.

Paso 2: Pregunte el por qué del dato, de una oportunidad, un problema o una situación.

Paso 3: Pregunte por qué respecto de la respuesta dada en el primer por qué.

Paso 4: Pregunte por qué respecto de la respuesta dada en el segundo por qué.

Paso 5: Pregunte por qué respecto a la respuesta dada en el tercer por qué.



Paso 6: Continúe este proceso hasta que llegue a un punto donde se vislumbre una idea o solución creativa posible.

Paso 7: Analice e interprete los resultados

<https://slideplayer.es/slide/16876006/>

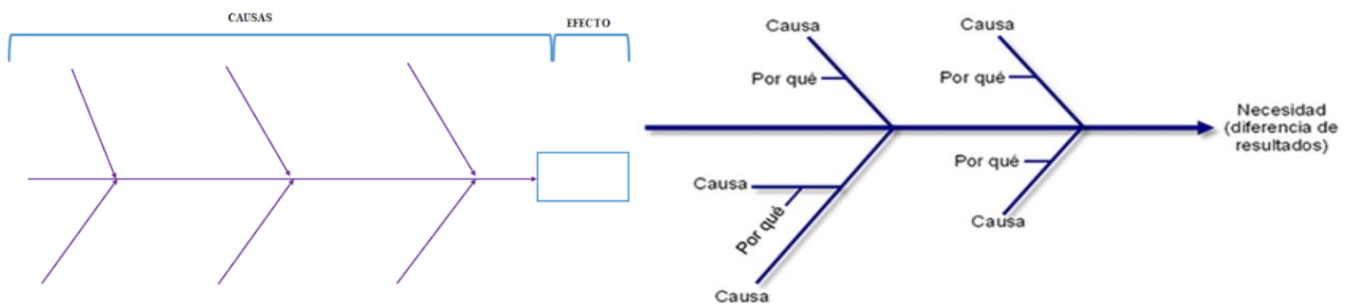
3.3.4 Diagrama Causa Efecto o Espina De Pescado

Son trazados para ilustrar claramente las causas que afectan un proceso, identificándolas y relacionándolas unas con otras, para cada caso pueden identificarse categorías de causas principales.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

APLICACIÓN

- Se definen las distintas categorías para poder agrupar las causas, estas categorías son conocidas como las 5M's (Maquinas, Método, Mano de obra, Materiales, Medio ambiente)
- Se anotan las distintas causas según las distintas categorías.
- Se selecciona las causas que se consideren más probables.
- Se organizan las causas remarcadas en el orden de importancia

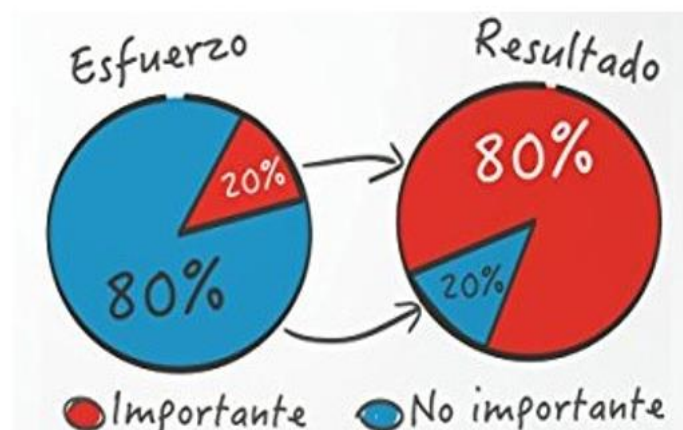




3.3.5 Diagrama de Pareto

El principio o regla de Pareto nos dice que para diversos casos, el 80% de las consecuencias proviene del 20% de las causas. No son cifras exactas, pues se considera un fundamento empírico observado por Vildredo Pareto y confirmado posteriormente por otros expertos de diversas áreas del conocimiento.

Algunos enunciados clásicos de la ley:

- El 20% del esfuerzo que le dediques a lo importante te da el 80% del resultado deseado.
- El 80% del esfuerzo que le dediques a lo no importante te da el 20% del resultado deseado.





	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

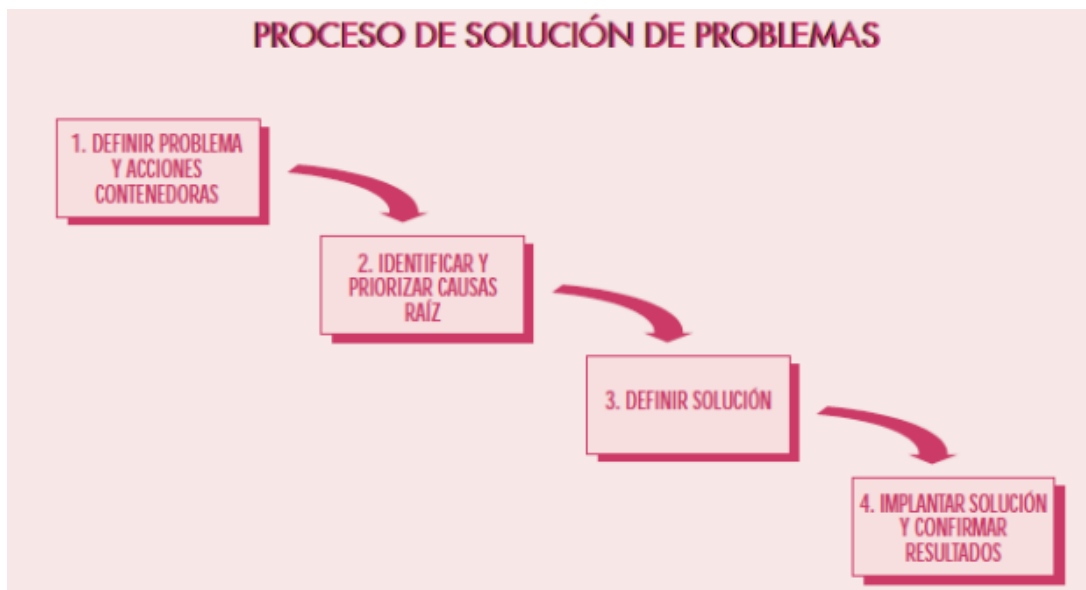
- Es una técnica de cálculos simples.
- Analiza las características de un grupo y reconoce los puntos más importantes dentro de él para darles prioridad.
- Observa los elementos y enfoca los esfuerzos hacia un solo objetivo.
- Permite tomar decisiones objetivas que se basen en los datos y no en opiniones personales.
- Analiza los elementos y la frecuencia con la que sucede cada uno de los datos.

Cómo hacer el diagrama de Pareto.

1. **Determina la situación problemática:** ¿Hay un problema? ¿Cuál es?
2. **Determina los problemas (causas o categorías)** en torno a la situación problemática, incluyendo el período de tiempo.
3. **Recolecta datos:** Hay una situación problemática presentándose y tienes las posibles causas que lo generan, pues entonces comienza a recolectar los datos. Estos dependerán de la naturaleza del problema. Por ejemplo número de defectos si analizamos averías en un producto, costo de desperdicios de acuerdo al tipo de desperdicio, kilogramos de carga por tipo de producto. Recuerda que las unidades deben ser las mismas, nada de mezclar peras con manzanas. Recuerda también que el periodo de tiempo es el mismo para todos, si vas a recolectar los datos pertenecientes a un trimestre, debe ser igual para todas las causas.
4. **Ordena de mayor a menor:** Ordenamos de mayor a menor las causas con base en los datos que recolectamos y su medida. Si es el número de veces que se presenta un evento será por cantidad, si es por costo de desperdicios según el tipo de producto, será en unidades monetarias, por ejemplo.
5. **Realiza los cálculos:** A partir de los datos ordenados, calculamos el acumulado, el porcentaje y el porcentaje acumulado. En el ejemplo te muestro detalladamente cómo hacerlo.
6. **Graficamos las causas:** El eje X lo destinamos a colocar las causas. Vamos a usar eje Y izquierdo y eje Y derecho. El izquierdo es para la frecuencia de cada causa, lo usamos para dibujarlas con barras verticales.
7. **Graficamos la curva acumulada:** El eje Y derecho es para el porcentaje acumulado, por lo tanto va desde 0 hasta 100%. Lo usamos para dibujar la curva acumulada.
8. **Analizamos el diagrama.**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	Página 15 de 20	

3.4 Redacción de Oportunidades de mejora.





<http://www.cmicvictoria.org/wp-content/uploads/2012/06/GU%C3%8DA-MEJORA-CONTINUA.pdf>

Independientemente del origen de las oportunidades de mejora que se vayan a realizar, es necesario establecer una planificación de las acciones a llevar a cabo para poder alcanzar la meta (plazo de tiempo, recursos, acciones, responsabilidades...). De igual modo, se deben analizar los riesgos asociados, tanto a la oportunidad de mejora en sí, como de las diferentes acciones a realizar, una vez finalizadas las acciones y ejecutada la oportunidad de mejora, se debe analizar los beneficios (económicos, estructurales...) que ha aportado.

Los resultados pueden evidenciar el cumplimiento o desviación respecto al criterio de evaluación considerado, objetivo o meta propuesta. Si se evidencia el cumplimiento, se revisa si aplican oportunidades de mejora; si se trata de desviaciones o incumplimientos, se analiza la aplicación de acciones correctivas; si el hallazgo parte de observaciones o tendencias que adviertan sobre una posible no conformidad, aplican acciones preventivas.

Para una correcta redacción de la oportunidad de mejora, se recomienda tener en cuenta que el texto incluya la información que dé respuesta a las siguientes preguntas, respecto al hallazgo:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

REQUISITOS DEL C L O N

Cliente	Legal	Organización	Norma
"El usuario requiere una atención en salud".	"La prestación de los servicios de salud requiere habilitación previa"	"Si hay incumplimiento de la norma no se puede prestar el servicio"	"La normatividad establecidas para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)".

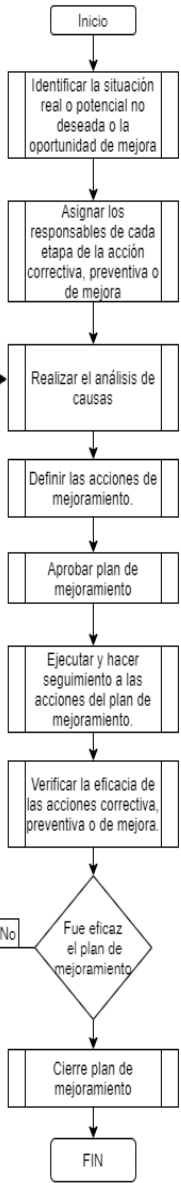
3.5 Responsables de las etapas de aplicación de acciones correctivas.



Tanto en el Sistema de Gestión de Calidad como en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se deben identificar los responsables de realizar:

- Análisis de causas e identificación de causa raíz.
- Definir el plan de acción.
- Aprobar el plan de acción.
- Hacer seguimiento y evaluación de las acciones implementadas.
- Realizar el cierre de las acciones una vez comprobada su eficacia.

En el registro de la oportunidad de mejora no se registra el responsable de la validación de la eficacia de las acciones, ya que esta validación se realiza a solicitud de la Alta Dirección o su representante quienes determinan la fuente de oportunidades de mejora a validar, el responsable y el medio para realizar la validación.

4. FLUJOGRAMA.

Procedimiento		Acciones Preventivas, Correctiva y de Mejora				
No	ACTIVIDAD	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
		Inicio.				
1		Identificar la situación real o potencial no deseada o la oportunidad de mejora.	Entes de control, líder del proceso, funcionario o usuario.	Durante la auditoria, autoevaluación u otros	Puestos de trabajo.	Mediante la identificación de situaciones reales o potenciales no deseadas y/u oportunidades de mejora
2		Asignar los responsables de cada etapa de la acción correctiva, preventiva o de mejora	Jefe de área junto con su equipo de trabajo.	Durante el análisis e identificación de la situación real o potencial no deseada o la oportunidad de mejora	Puestos de trabajo.	Los responsables de asignan según el tipo acción de mejoramiento a implementar, especificando las etapas de análisis de causas, planificación, aprobación de la planificación, plan de mejoramiento y verificación de eficacia, cuando corresponda, y asignando los tiempos máximos para dar cumplimiento a la ejecución de dichas etapas.
3		Realizar el análisis de causas	Jefe de área junto con su equipo de trabajo.	Luego de confirmar la situación real o potencial no deseada o la oportunidad de mejora. Se debe determinar la causa raíz y las causas potenciales siguiendo alguna de las herramientas disponibles	Puestos de trabajo.	Se debe determinar la causa raíz y las causas potenciales siguiendo alguna de las herramientas disponibles
4		Definir las acciones de mejoramiento.	Jefe de área junto con su equipo de trabajo.	Una vez el plan de actividades ha sido definido y registrado	Puestos de trabajo.	Describiendo las actividades a ejecutar para cerrar la situación real o potencial no deseada o mejorar el proceso.
5		Aprobar el plan de mejoramiento	Jefe de área y jefe de Oficina de planeación directamente o a través de la oficina de calidad.	Una vez definida las acciones de mejoramiento por parte del jefe del área	Oficina de planeación	Mediante la firma del plan de mejoramiento FR-GQ-41
6		Ejecutar y hacer seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.	Jefe de área junto con el Líder del proceso	Una vez aprobado el plan de mejoramiento por parte la oficina de planeación.	Puestos de trabajo.	Mediante el seguimiento al plan de mejoramiento FR-GQ-47

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

7		Verificar la eficacia de las acciones correctiva, preventiva o de mejora.	Jefe de área junto con el responsable del plan de mejoramiento en compañía de la Oficina de planeación directamente o a través de la oficina de calidad.	Terminada la implementación de las acciones de mejoramiento.	Puestos de trabajo.	En caso de que el plan de mejoramiento no haya sido eficaz, debe finalizarse como Ineficaz y se debe crear una nueva ocurrencia que se clasifica como “Reincidente”, e implementar nuevas acciones de mejoramiento
8		Cierre plan de mejoramiento.	Oficina de planeación directamente o a través de la oficina de calidad,	Verificada la Eficacia o no de las acciones de mejoramiento.	Oficina de planeación	Cierre acción correctiva, preventiva o de mejora verificando la eficacia respondiendo inicialmente si el plan de mejoramiento fue eficaz o no
9		Fin.				

5. ANEXOS

No aplica.

6. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

Acción correctiva: Conjunto de actividades orientadas a la eliminación de las causas de una no conformidad real (detectada) u otra situación indeseable detectada.

Acción de mejora: acción tomada para mejorar una situación que no representa una no conformidad real ni potencial, pero que puede hacerse de una mejor manera para aumentar la eficacia o calidad del servicio.



Acción preventiva: Conjunto de actividades orientadas a la eliminación de las causas de una no conformidad potencial (detectada) u otra situación indeseable con probabilidad de ocurrencia.

Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.

Causa: Es la razón por la cual se ha presentado, o es posible que se presente una no conformidad.

Corrección: Acción tomada de manera inmediata para dar solución a la no conformidad, sin atacar las causas que lo generan.

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. (Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de la auditoría u oportunidad de mejora).

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

- La acción correctiva se toma para evitar la recurrencia de la no conformidad.
- Puede haber más de una causa para una no conformidad.

Mejora Continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

No conformidad potencial: Riesgo de no cumplimiento de los requisitos o exigencias especificadas en producto, servicios o procesos.

No conformidad real: No cumplimiento de los requisitos o exigencias especificadas en el producto, servicio o proceso.

Plan De Acción: Conjunto de actividades que se implementan para eliminar la causa de las no conformidades reales o potenciales.

Problema. Resultado no esperado en la ejecución de una actividad.

Queja: Manifestación de insatisfacción o no conformidad de los usuarios acerca del incumplimiento de un requisito.



Riesgo: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

7. REGISTRO DE CALIDAD.

Nombre del formato	Código.	Proceso.	Responsable del almacenamiento.	Tiempo de almacenamiento.	Disposición final.
Acciones Preventivas Correctivas y/o de mejoramiento SGC.	FR-GQ-21	SGC	Oficina de Calidad	2 Años	Archivo
Acciones Preventivas Correctivas y/o de mejoramiento SG-SST.	FR-RH-83	SG-SST	SG-SST- Oficina calidad	2 Años	Archivo
Plan De Mejoramiento Por Procesos	FR-GQ-41	SGC	Oficina de Calidad	2 Años	Archivo
Seguimiento Plan De Mejoramiento De Procesos	FR-GQ-47	SGC	Oficina de Calidad	2 Años	Archivo

8. NORMATIVIDAD

- Código Sustantivo del Trabajo Título XI. Art. 348.
- Ley 9 de 1979, Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.
- Ley 1295 de 1994, Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Decreto 1083 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”			
	ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA			
	Código PR-GQ-05	Versión 3	Fecha Vigencia 2021/10/07	

- Decreto 1072 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.
- Decreto 1499 DE 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
- Resolución 312 de 2019 Estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Guía técnica auditoría NTC ISO 9001, Sistemas De Gestión De La Calidad. Requisitos.
- Guía técnica auditoría NTC ISO 19011, Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- Norma Técnica NTC-ISO Colombiana 14001 Sistemas de gestión ambiental. Requisitos con orientación para su uso.
- NTC ISO 45001 Sistemas de Gestión de la Seguridad y salud en el trabajo- Requisitos.
- Modelo Estándar de Control Interno (MECI) para el Estado Colombiano.
- PR-GQ-04 Auditoria de la Primera y Segunda línea Defensa V3.
- Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.

9. BIBLIOGRAFIA

No aplica.

10. CONTROLES

No aplica

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
2	Se revisa documento en su totalidad	Gerencia	2016/10/19
3	Se realiza actualización general y se integra SGC y SG-SST	Gerencia	2021/10/07