

ELABORACIÓN	REVISIÓN Y APROBACIÓN
Subdirección General de Gestión	Grupo de Trabajo Asesor de Ética Asistencial de los Centros del Imerso (GT)

## ÍNDICE

<b>1. OBJETO</b> .....	<b>2</b>
<b>2. DEFINICIONES Y SIGLAS</b> .....	<b>2</b>
<b>3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b> .....	<b>3</b>
<b>3.1. Control de las No Conformidades</b> .....	<b>3</b>
3.1.1 Detección, identificación y documentación de las No Conformidades...3	
3.1.2 Decisión sobre el tratamiento de las No Conformidades..... 3	
3.1.3 Notificación..... 4	
3.1.4 Seguimiento y cierre..... 4	
<b>3.2 Reclamaciones de personas usuarias</b> ..... 4	
<b>3.3. Propuestas de Mejora</b> ..... 5	
<b>3.4. Acciones de Mejora</b> ..... 6	
3.4.1 Origen .....	6
3.4.2 Registro de Acción de Mejora .....	7
3.4.3 Seguimiento y cierre de la acción de mejora .....	7
<b>3.5. Codificación</b> .....	7
<b>4. REGISTRO Y ARCHIVO</b> .....	<b>8</b>
<b>5. RESPONSABILIDADES</b> .....	<b>8</b>
<b>6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b> .....	<b>9</b>
<b>7. FORMATOS</b> .....	<b>9</b>
<b>8. DIAGRAMA DE FLUJO</b> .....	<b>9</b>

Nº Edición	Fecha	Modificaciones respecto edición anterior
1ª	12/06/2014	Acta Reunión del GT Ética Asistencial de 9/07/2015

## **1. OBJETO**

El presente documento describe la metodología a seguir para el tratamiento de las no conformidades o incumplimientos -detectados internamente o por personas usuarias o familiares- de los requisitos aplicables a los servicios que presta el centro y a los especificados internamente, así como su resolución, análisis y el establecimiento de las consiguientes acciones de mejora que procedan.

El alcance de aplicación abarca todos los incumplimientos producidos en cualquiera de las actividades integradas en los servicios respecto de:

- Requisitos establecidos internamente
- Compromisos con las personas usuarias
- Requisitos de carácter legal y/o reglamentario, Análisis de Puntos Críticos (APPCC), etc, aplicables a los procesos relacionados con los servicios
- Repetición de incidencias detectadas en la organización(según parte de incidencias Formato)

No se contemplan en este protocolo las no conformidades detectadas en las revisiones del Sistema de Gestión de Calidad.

## **2. DEFINICIONES Y SIGLAS**

- **Situación de No Conformidad de Servicio.** Falta de cumplimiento con los requisitos especificados (ver epígrafe 1), imputable a la organización del Centro y sus proveedores o colaboradores. Incluye productos (alimentos, medicamentos, productos de apoyo) o servicios no conformes, así como las reclamaciones de la persona usuaria o su familia en servicios y compromisos establecidos con el mismo.

No tendrán la consideración de No Conformidad:

- Aquellos incumplimientos cuya solución esté prevista en los documentos del SGC.
  - Las situaciones que se solucionen de forma inmediata o sin quebranto de la calidad del servicio, que se recogerán en los registros de supervisión o seguimiento de procesos y servicios.
- **Acción Correctiva.** Acción tomada para eliminar las causas asignables analizadas de una No Conformidad, o Reclamación con el fin de evitar su repetición o recurrencia.
  - **Acción Preventiva.** Acción tomada para eliminar las causas de una situación potencial de No Conformidad de Servicio, por lo que procederá su establecimiento en situaciones como:
    - Fases de Planificación para evitar incumplimientos experimentados en servicios similares
    - Análisis de tendencias negativas en seguimiento y medición de procesos y servicios

- Observaciones de Auditoría, Recomendaciones de mejora recibidas, propuestas de Mejora, etc.
- **Incidencia.** Imprevisto no imputable a la organización ni a falta de cumplimiento de requisitos, que puede tener o no influencia en el servicio. Sus causas se analizan y se establecen acciones de mejora para cortar su recurrencia.

### **3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

#### **3.1. Control de las No Conformidades**

##### **3.1.1. Detección, identificación y documentación de las No Conformidades**

Cualquier persona del Centro puede identificar una No Conformidad.

Las no conformidades pueden referirse a título de ejemplo a:

- **Ingresos:** Errores de identificación, fechas, coordinación con personas usuarias, familias, servicios externos, falta de documentación imputable al Centro, etc
- **Área Asistencial:** Falta o retraso en las informaciones, falta de planificación de recursos a emplear en los servicios a la persona usuaria, errores de información o coordinación.
- **Área Residencial:** falta de control, deterioro o pérdida de bienes o información prestados o depositados por personas usuarias o familias, falta de limpieza o higiene en habitación o manutención, incumplimiento de criterios legales o reglamentarios, incompleto registro de datos, incumplimiento de planes de nutrición, etc.
- **Equipos de Atención Médica:** incumplimiento de planificaciones vigentes en procesos de Atención y/o Rehabilitación, faltas de coordinación o información interdisciplinar, faltas de coordinación con familias, incompleto registro de evolución, etc

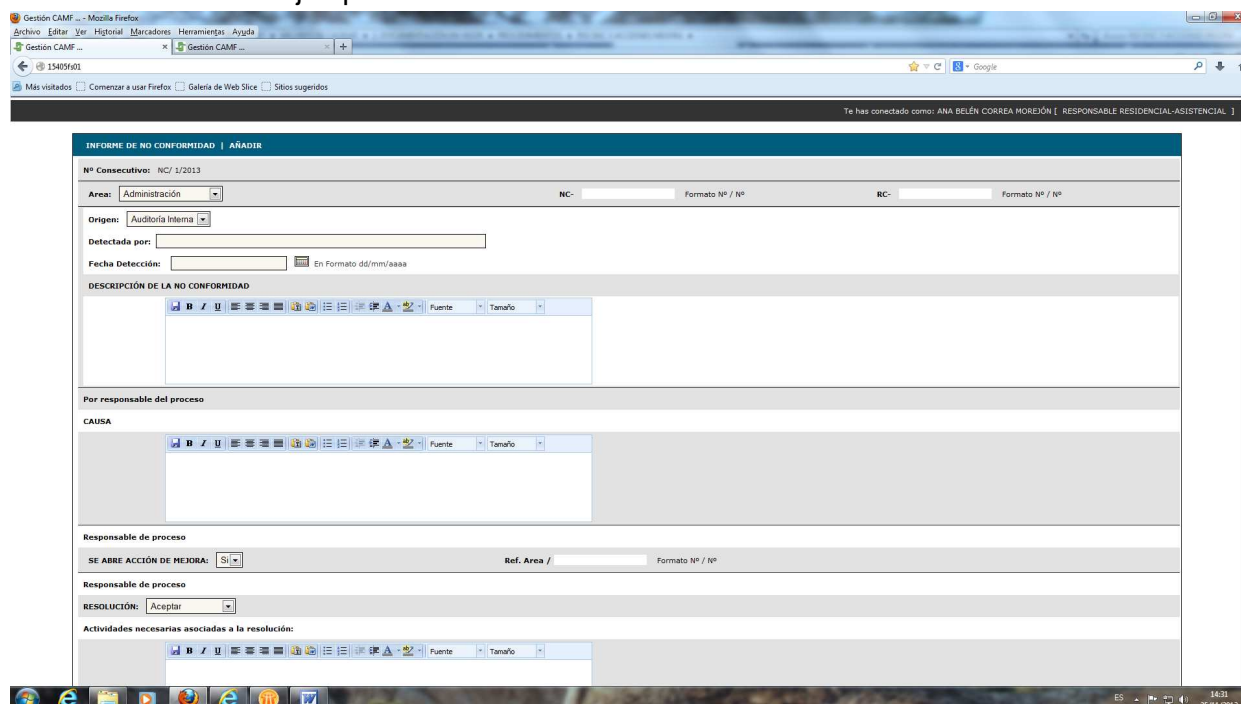
##### **3.1.2. Decisión sobre el tratamiento de las No Conformidades**

Cuando se detecte una situación de incumplimiento cuya resolución no sea inmediata, el responsable del proceso afectado lo comunicará a Gestión de Calidad, mediante correo interno, que abrirá **No Conformidad en la aplicación informática**, donde se describirá su alcance, se analizarán las causas que la puedan haber producido, se tomará una resolución y se decidirá por el Área afectada, en coordinación con Gestión de Calidad la apertura de una Acción de Mejora Correctiva.

Los responsables de las Áreas involucradas en coordinación con Gestión de Calidad definirán el tratamiento a dar las No Conformidades, según los siguientes criterios que procedan:

- Mantener la situación
- Corregirla
- Solicitar concesión (autorización) a la persona usuaria/familia, si es procedente
- Iniciar Actividades de Mejora (en infraestructura, en RR-HH, organización, etc)

A modo de ejemplo:



Pantalla de gestión de No conformidades

### 3.1.3. Notificación

Las resoluciones de las No Conformidades serán comunicadas por los responsables de actividad ó Gestión de Calidad a las personas designadas para su resolución, cuando proceda.

Si el análisis de los Informes da lugar al establecimiento de acciones de mejora, éstas se tratarán según lo expuesto más adelante en este documento.

### 3.1.4. Seguimiento y cierre

Se realizará un seguimiento de la No Conformidad por el Responsable del Área afectada o Gestión de Calidad si afecta a varias áreas, para comprobar si se ha solucionado, y procederá a su cierre con la eficaz corrección de la misma.

## 3.2. Reclamaciones de personas usuarias

Los incumplimientos detectados por personas usuarias/familias y sus quejas, serán recogidos en el buzón de Quejas/Sugerencias y se registrarán de forma similar a la indicada para las no conformidades.

Los pasos a seguir para proceder a la resolución de la reclamación son similares al caso de no conformidad, estando previsto que si existiesen varias reclamaciones de una persona usuaria, podrán recogerse en el mismo registro, figurando separadamente los distintos motivos y su resolución.

El cierre de la reclamación se efectuará con la confirmación transmitida por cualquier medio por

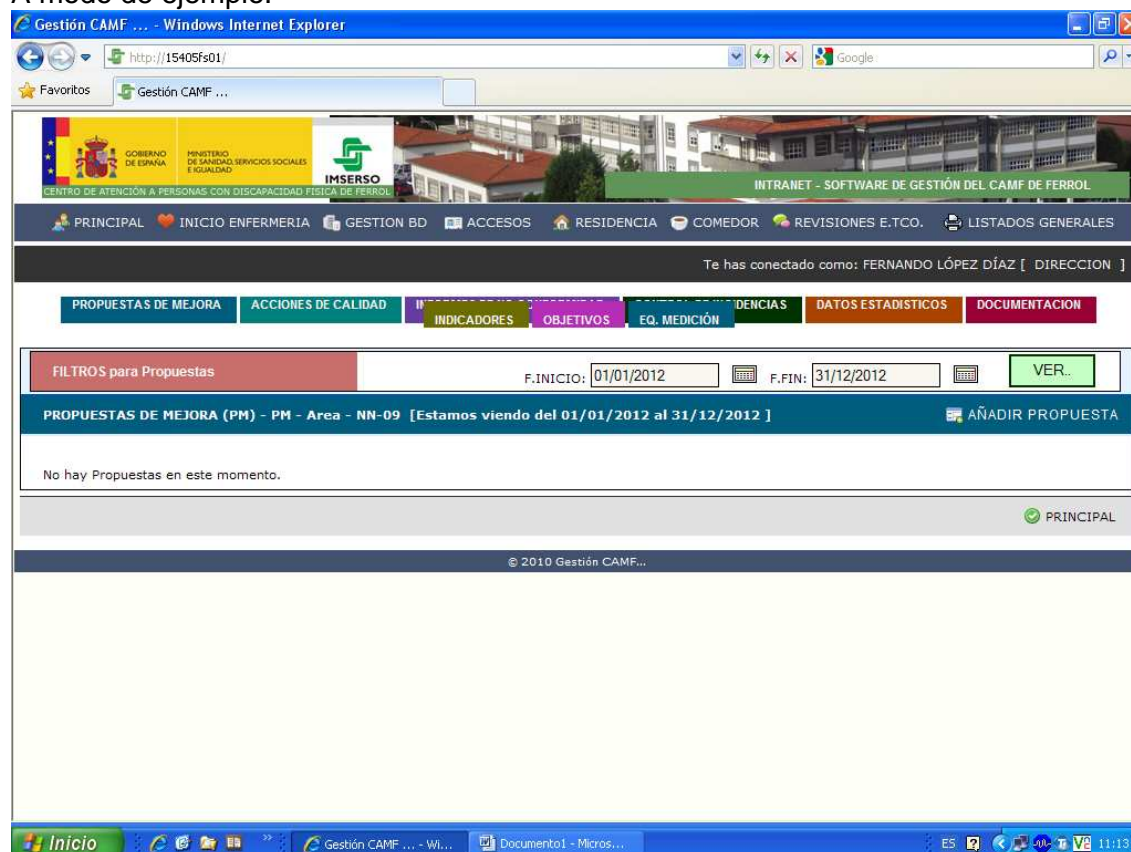
la persona usuaria con la resolución adoptada. Para el estudio de posibles acciones de mejora se seguirá lo establecido en el punto 3.5.

Para reclamaciones formales se utilizará el impreso oficial de reclamación. El receptor entregará el Impreso a Dirección. Todas las reclamaciones oficiales se contestan desde la Dirección que mantiene un archivo histórico de las mismas.

### 3.3. Propuestas de Mejora

Con carácter interno, cualquier persona, en cada actividad, puede emitir una **Propuesta de Mejora** de servicios, o recogerla de la persona usuaria o familia, haciéndola llegar el responsable de área de aplicación a Gestión de Calidad, identificando su alcance y la información que considere oportuna para argumentar la propuesta, que la documentará en el Registro.

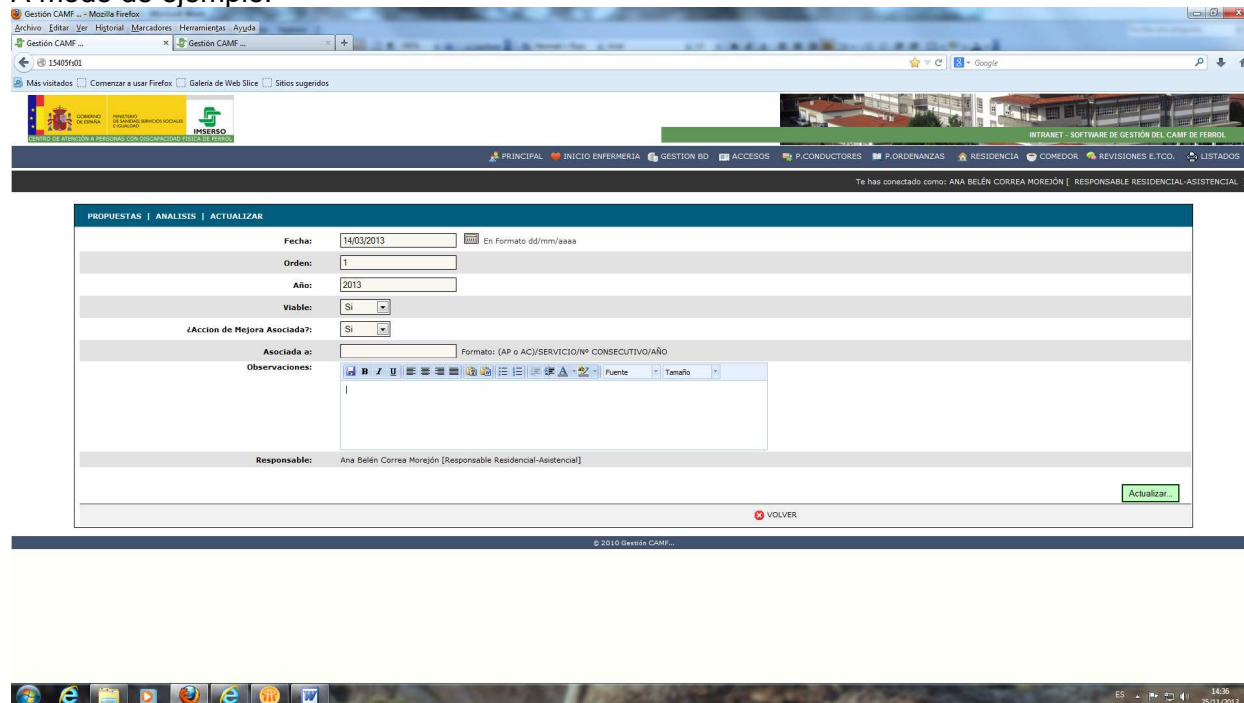
A modo de ejemplo:



Pantalla Propuestas de mejora

Todas las propuestas serán analizadas y admitidas, si procede, bien a través de los responsables de actividad, o bien Gestión de Calidad o Dirección, si afectan a más de un área o son de tipo global y, en caso de ser viables, sometidas a aprobación de Dirección.

A modo de ejemplo:



Las Propuestas de mejora procedentes de la persona usuaria serán transmitidas igualmente a Gestión de Calidad por los responsables de las Áreas.

Para el caso de propuestas recurrentes recogidas en cuestionarios de satisfacción, se abrirán Mejoras si procede con origen en persona usuaria.

En cualquiera de los casos, tanto si se estima procedente la propuesta como si se desestima en cualquiera de las fases de análisis, Gestión de Calidad, o el responsable de Área, informarán al proponente de la decisión tomada.

Las propuestas de mejora aceptadas darán origen a apertura de acciones de mejora, según el contenido de este documento.

### 3.4. Acciones de Mejora

#### 3.4.1. Origen

Una acción de mejora puede originarse como consecuencia de:

- Recurrencia de incumplimientos detectados en los procesos,
- No conformidades detectadas
- Reclamaciones de personas usuarias y partes interesadas
- Seguimiento de Objetivos vigentes. Evolución de indicadores
- Seguimiento y medición procesos y servicios
- Resultados de Auditoría
- Seguimientos y Revisiones del Sistema de Gestión de Calidad con todo su alcance de análisis

- Propuestas de Mejora

### 3.4.2. Registro de Acción de Mejora

En el **registro de Acción de Mejora**, que emiten los responsables de actividad o Gestión de Calidad, se hará constar al menos los siguientes datos:

- Clasificación en Acción de mejora Correctiva o Preventiva
- Origen (Área, nº secuencial/año de la reclamación: no conformidad, propuesta de mejora, acta de reunión, análisis de incidencias, etc.)
- Causa
- Descripción de Acción a implantar para paliar o evitar la causa identificada.
- Responsable de la ejecución y plazo de compromiso asociado
- Seguimientos y
- Comprobación del cierre eficaz de la acción

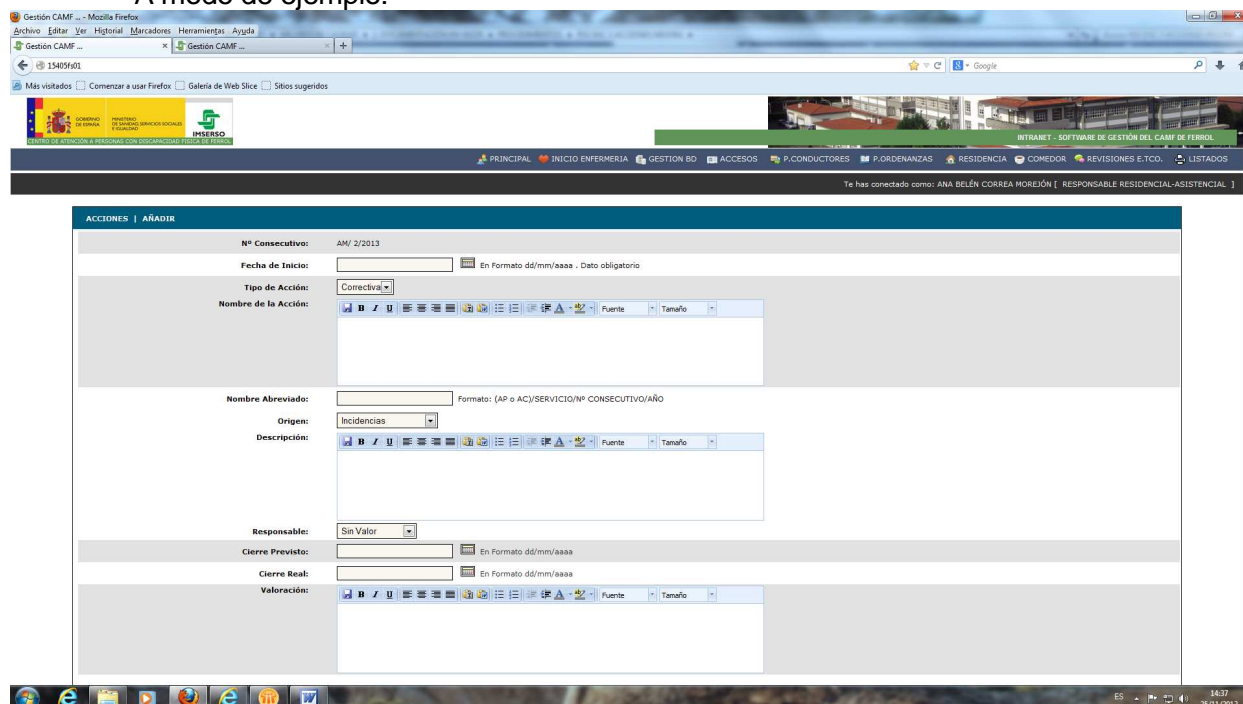
Una vez emitido el Informe de Acción de Mejora, el Responsable de actividad enviará copia a la persona/s designadas para su implantación y a Gestión de Calidad.

### 3.4.3. Seguimiento y cierre de la acción de mejora

La acción no se considerará cerrada hasta que no se constate la eficacia de la misma. En ese momento, Gestión de Calidad procede al cierre del informe.

Si al realizar el seguimiento se deduce que la acción tomada no es adecuada, se identificará e implantará una nueva o modificada, de acuerdo con el responsable de actividad, registrando en su seguimiento la identificación de la acción sustitutoria.

A modo de ejemplo:



### 3.5. Codificación

Para la identificación de los registros de No conformidad, Reclamaciones, Propuestas de mejora y Acciones de Mejora, se utiliza un código RR-AREA-NN-AA -, donde:

- RR identifican el registro (NC, RC, PM, AC, AP para no conformidad, reclamación, Propuesta de mejora, Acción Correctiva y Acción Preventiva respectivamente).
- AREA identifica al área de emisión (D: Dirección, M: MEDICA, A. Administración, AR: ASISTENCIAL-RESIDENCIAL, RH: Recursos Humanos, etc).
- NN. Numeral desde 00 en adelante para cada año.
- AA: dos últimos dígitos del año en curso

## 4. REGISTRO Y ARCHIVO

El Registro será mantenido por Gestión de Calidad y se conservarán todas las acciones y las evidencias aportadas en la puesta en marcha y cierre de acciones de mejora como registros del Sistema.

## 5. RESPONSABILIDADES

### Gestión de Calidad

- Gestionar si procede las Acciones de mejora que afecten a más de un Área, generadas a raíz de No conformidad/Reclamación, Propuesta de Mejora o actividades de seguimiento del Sistema.
- Comunicar a la persona usuaria Soluciones de carácter Global relativas a las reclamaciones habidas
- Mantener el Archivo de NC/reclamaciones, Propuestas y Acciones de Mejora en APICE

### Toda la Plantilla

- Informar a los responsables sobre las Situaciones de No Conformidad tanto reales como posibles que detecten.
- Identificar propuestas de cierre o mejora en su ámbito de actividad.

### Responsables de Áreas, Procesos y Actividades del Centro

- Recoger y analizar incumplimientos de su ámbito, estableciendo acciones inmediatas y formular propuestas de mejora si proceden
- Identificar, registrar, analizar e informar de las No Conformidades/Reclamaciones y proponer las Acciones Correctoras y/o Preventivas que consideren necesarias, derivadas del análisis de causas.
- Implantar Acciones Correctivas/Preventivas que se hayan establecido
- Notificar las acciones a implantar y seguir a los afectados, cuando proceda
- Identificar y realizar el seguimiento de las acciones de mejora correctivas o preventivas fijadas, cuando proceda
- Mantener evidencias de implantación de Acciones de mejora





- Comunicación y/o apoyo a los responsables de actividad en la identificación de soluciones a no conformidades y análisis de sus causas.

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

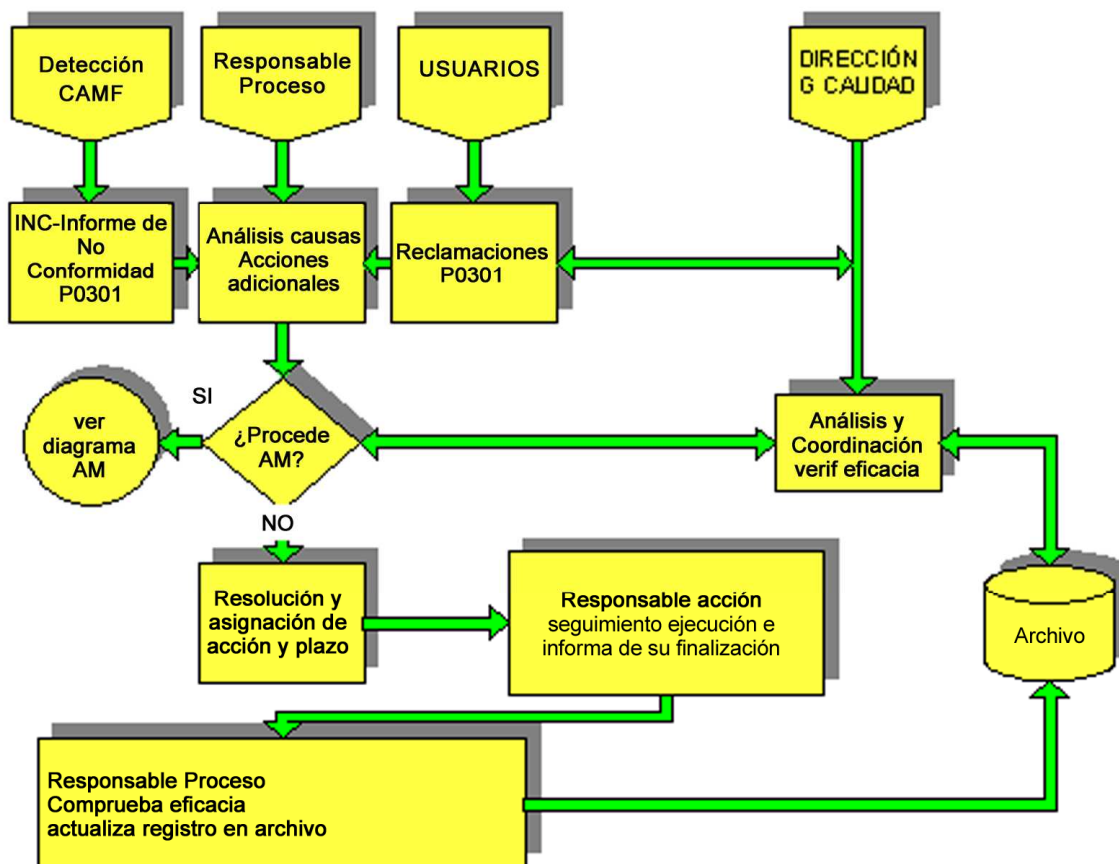
Manual de Gestión de la Calidad  
Control de Documentos y Registros del SGC  
Revisiones y auditorías del SGC

## 7. FORMATOS

Los formatos recogidos a continuación son los generados por este documento y se controlan y actualizan en el Directorio de Formatos:

- Parte de incidencias
- Impreso oficial de Reclamación para personas usuarias

## 8. DIAGRAMAS DE FLUJO





### Diagrama de actividades de gestión de Acciones de Mejora

