	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

Procedimiento de Acciones Correctivas



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL REGISTRO FEDERAL DE
 ELECTORES

TABLA DE RESPONSABLES			
Elaboró:	Sistema de Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Ing. Ricardo Sánchez Sánchez. 	
Revisó	Dirección de Operación y Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Mtra. Elsa Etelvina Sánchez Díaz 	
Aprobó:		<ul style="list-style-type: none"> Mtro. Leobardo Mendoza Castillo 	

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

1. OBJETIVO

Establecer una metodología que permita detectar, analizar y eliminar las causas de no conformidades reales, estableciendo acciones orientadas a la mejora continua a partir de las salidas no conformes y no conformidades identificadas.

2. ALCANCE


Aplica a los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad.

3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

- ✓ ISO 9000 ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario.
- ✓ ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad Requisitos.
- ✓ Manual de Gestión de la Calidad.

4. ROLES Y RESPONSABILIDADES.

No.	Rol	Responsabilidades
4.1	Dueños de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> Registrar, identificar y analizar las no conformidades y oportunidades de mejora de los procesos y notificar al Coordinador del SGC. Asegurar el cumplimiento de las acciones tomadas para eliminar las no conformidades. Generar evidencia para el cumplimiento de la Cédula de No Conformidad y Plan de Cambios y Mejoras y dar seguimiento hasta el cierre.
4.2	Coordinador del SGC	<ul style="list-style-type: none"> Revisar y analizar las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas. Registrar y analizar las no conformidades y oportunidades de mejora del SGC identificadas en auditorías internas y externas. Dar seguimiento y cerrar las no conformidades y/o oportunidades de mejora identificadas en el SGC Comunicar el estatus de las no conformidades en las revisiones por la dirección Mantener y resguardar la evidencia de la implementación de las acciones tomadas de manera digital y/o física.
4.3	Equipo Auditor	<ul style="list-style-type: none"> Identifican y analizan las no conformidades y oportunidades de mejora del SGC y notificar a la Alta Dirección. Verificar la efectividad de la acción implementada. Cerrar las no conformidades.
4.4	Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> Aprobar la Cédula de No Conformidad y Plan de Cambios y Mejoras para su ejecución.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

No.	Rol	Responsabilidades
		<ul style="list-style-type: none"> Validar estatus de las no conformidades y oportunidades de mejora al SGC en la revisión por la dirección


5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Termino	Definición
No Conformidad	Evidencia que no da cumplimiento de un requisito solicitado por la Norma de Calidad ISO 9001:2015.
Hallazgos de la Auditoría	Resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de ésta.
Acción Preventiva	Acción tomada para eliminar la causa de una No conformidad potencial u otra situación no deseable.
Acción correctiva	Acción tomada para eliminar las causas de una No conformidad detectada u otra situación indeseable.
Corrección	Acción para eliminar una No conformidad detectada.
Cédula de No Conformidad	Formato del SGC donde se incluyen las acciones correctivas de No conformidades.
Auditoría	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia del desempeño de los procesos, que permite evaluar de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los requerimientos de la norma ISO 9001:2015.
Mejora	Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad del cumplir con los requisitos de la calidad.

6. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

El Coordinador del SGC debe asegurarse que se mantenga un registro actualizado de cada una de las **Cédulas de No Conformidad y Planes de Cambios y Mejoras** emitidas en el SGC.

Para la **Cédula de No Conformidad y Planes de Cambios y Mejoras** que no se ejecute en el tiempo establecido, se debe generar la justificación del desfase de tiempo y adecuar las fechas de la **Cédula de No Conformidad** para cerrar la no conformidad.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

7. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

7.1 Identificación y registro.

En este procedimiento se resalta la eficacia y eficiencia de los procesos cuando se toman acciones enfocadas a eliminar las causas de las no conformidades, observaciones para evitar que vuelvan a suceder y/o evitar que ocurran, así como tomar acciones enfocadas a aprovechar las oportunidades de mejoras internas y externas que potencialicen la eficacia y eficiencia del SGC.

La identificación de no conformidades, riesgos, observaciones y las oportunidades de mejora toma en cuenta como posible origen algunas de las siguientes fuentes según aplique:

- Las quejas o reclamos de los ciudadanos y/o partes interesadas (que procedan e impacten de manera directa la imagen de la Institución o la calidad del servicio ofrecido).
- Los informes de auditorías internas o externas.
- Los resultados de la revisión del SGC por la Alta Dirección.
- Los resultados de las Juntas del Comité de la Calidad.
- Los resultados del seguimiento, medición, análisis y evaluación de datos.
- Los resultados de las mediciones y tendencias de la satisfacción de la ciudadanía.
- El análisis, mediciones y tendencias de los procesos.
- Fallas repetitivas en los procesos.
- Incumplimiento de algún indicador de proceso, en el **Tablero de control de indicadores**.
- Análisis de Riesgos y Oportunidades.


Dueños de procesos y personal involucrado en el SGC de la entidad tienen la responsabilidad y autoridad de realizar una **Cédula de No Conformidad** con el fin de prevenir la recurrencia y ocurrencia de situaciones de no conformidad; así como **solicitar una mejora** con el fin de aprovechar las oportunidades tanto internas como externas relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.

7.1.2 No conformidades, riesgos, observaciones y/o mejoras.

El Coordinador del SGC en conjunto con el personal involucrado, revisa las no conformidades, riesgos, observaciones u oportunidad de mejora detectadas por cualquier canal para verificar el establecimiento de las acciones pertinentes según proceda (corrección, acción correctiva, riesgo oportunidad de mejora).

Solamente se puede declarar improcedente una solicitud cuando:

- El problema real o potencial u observación descrita no tenga ninguna relación con el SGC.
- Cuando se compruebe que no existe ningún problema real o potencial u observación.
- Cuando ya exista una acción previamente establecida relacionada con la no conformidad, observación u oportunidad de mejora.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

En caso de no proceder la no conformidad, riesgo, observación u oportunidad de mejora, se realiza la aclaración pertinente, se comunica a las personas involucradas la situación y se da por cerrada la solicitud.

Cuando sí proceda la no conformidad, riesgo, observación o mejora, el Coordinador del SGC junto con el (los) involucrado(s), debe realizar el análisis correspondiente para encontrar la **causa raíz**.

7.1.3 Análisis de causa raíz.

Para la identificación de la(s) causas(s) de no conformidades, riesgos, observaciones u oportunidades de mejora, se pueden utilizar diferentes herramientas estadísticas y/o de calidad, tales como:

- Lluvia de ideas.
- Espina de Pescado o Ishikawa.
- Histogramas.
- Pareto.
- Diagrama de árbol.
- FODA.
- La Técnica de los 5 ¿Por qué?
- Entre otras.


Es importante tomar en cuenta que la herramienta utilizada para encontrar una causa raíz, debe ser congruente con la descripción de la no conformidad, riesgo, observación u oportunidad de mejora encontrada.

La herramienta elegida debe ser utilizada con la participación de los dueños de proceso e involucrados afectados junto con el Coordinador del SGC para darle la mayor utilidad a la técnica. Se debe conservar la evidencia de la aplicación de la herramienta utilizada para llegar a la (s) causa (s) raíz como información documentada. Dicha evidencia puede estar realizada en físico o en electrónico.

7.1.4 Determinación de las acciones.

Dependiendo de la naturaleza y los resultados de la no conformidad, riesgos, observación u oportunidad de mejora detectada, se procede a tomar cualquiera de las siguientes acciones:

- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad o cuando es un evento aislado, por lo que no se requiere determinar una causa raíz. Estas acciones deben ser inmediatas y sin demora alguna. Sin embargo, cuando se identifiquen más de 3 correcciones al mismo criterio no importando el periodo, se debe establecer una acción inmediata, así como una acción correctiva.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

- **Acción correctiva:** Acción tomada para evitar la ocurrencia y recurrencia de una no conformidad detectada o de una situación potencialmente indeseable, ésta puede incluir acciones específicas según la causa raíz identificada.
- **Riesgo:** Acción tomada para evitar la ocurrencia derivada del efecto de la incertidumbre sobre los objetivos y/o procesos del SGC.
- **Oportunidad de mejora:** Acción tomada para potencializar y/o efficientar alguna(s) parte(s) o en su totalidad del SGC.

El tiempo estipulado para documentar las correcciones realizadas es de máximo **5 días** hábiles después de haber identificado las no conformidades.

El tiempo estipulado para documentar las acciones correctivas, riesgos y mejoras al SGC a realizar, es de máximo **10 días** hábiles después de haberlas identificado por cualquier canal existente.

Las acciones pueden ser a corto, mediano o largo plazo las cuales deben ser apropiadas a la magnitud de los problemas u oportunidades de mejora, proporcional al impacto ocasionado, así como a las características y recursos de la Institución.

Cualquiera que sea(n) la(s) acción(es) que se determine(n), debe(n) documentarse en la **Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras**.

Si las acciones correctivas, riesgos y mejoras al SGC a implementar implican la modificación de algún documento del SGC, el Coordinador del SGC realiza los cambios correspondientes de acuerdo con lo establecido en el **Procedimiento de Información Documentada**.

7.1.5 Aprobación por la Alta Dirección.


La Alta Dirección aprueba las acciones para la atención de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas.

7.1.6 Seguimiento a la implementación de las acciones.

El Coordinador del SGC revisa periódicamente el **Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC** para analizar el estatus que guardan las correcciones, acciones correctivas, riesgos y de mejora al SGC, para su envío a la Alta Dirección.

Nota: En el **Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC** debe colocarse las fechas de acuerdo con lo siguiente:

- Fecha de cumplimiento: colocar fecha máxima de cumplimiento total de la acción aplicada.
- Fecha de detección, colocar la fecha cuando inicia la acción a aplicar.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

- Fecha de cierre, colocar la fecha cuando se termina de implementar la acción aplicada; ésta puede o no coincidir con la fecha de cumplimiento, sin embargo, no puede exceder de más de 15 días hábiles de la fecha de cumplimiento establecida.

7.1.7 Validación de la eficacia de las acciones.

De acuerdo a la naturaleza y al impacto de la no conformidad, riesgo, observación u oportunidad de mejora, el Coordinador del SGC registra en el **Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC**, en la columna **Eficacia de las acciones tomadas**, la información documentada generada a partir de la toma de acciones y se pueda constatar que éstas fueron eficaces (es necesario que se demuestre que existe un muestreo o una revisión física de la evidencia de las acciones realizadas para verificar la eficacia de la acción implementada en cualquiera de los casos), registrando en la columna **Resultado de la eficacia** como **eficaz**.

Una vez que se tiene evidencia de la eficacia, respecto de las acciones tomadas, el Coordinador del SGC y/o Auditor Líder cierra las no conformidades, riesgos, observaciones u oportunidades de mejora en el **Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC**, en la columna **estatus** como **cerrada**. Actualiza y comunica el reporte a la Alta Dirección en la **Minuta de Revisión por la Dirección**.

Nota: La información documentada generada como evidencia física o electrónica, deberá ser resguardada por el Coordinador del SGC.


7.1.8 Replanteamiento de la Cédula de No Conformidad y Plan de Cambios y Mejoras.

Cuando se detecte que las acciones durante la implementación no están dando el resultado esperado antes de que se concluya la fecha de cumplimiento, debe replantearse dicha **Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras**, colocando en la columna de observaciones la fecha con la que se considera como cancelada la implementación. Posteriormente debe volverse a replantear la **Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras** y ésta nueva debe registrarse en el **Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras del SGC**, realizando un replanteamiento desde la causa raíz y revisando la información que se generó

Nota: No se puede reprogramar ninguna fecha derivada del atraso o nulo seguimiento a la **Cédula de No Conformidad y/o Plan de Cambios y Mejoras**.

8. CONTROL DE CAMBIOS

Número de Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
6.6	Noviembre 2021	Se realiza el cambio de versión del documento por actualización del SIIRFE-MAC a la versión 6.6.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

9. ANEXOS

ANEXO A.

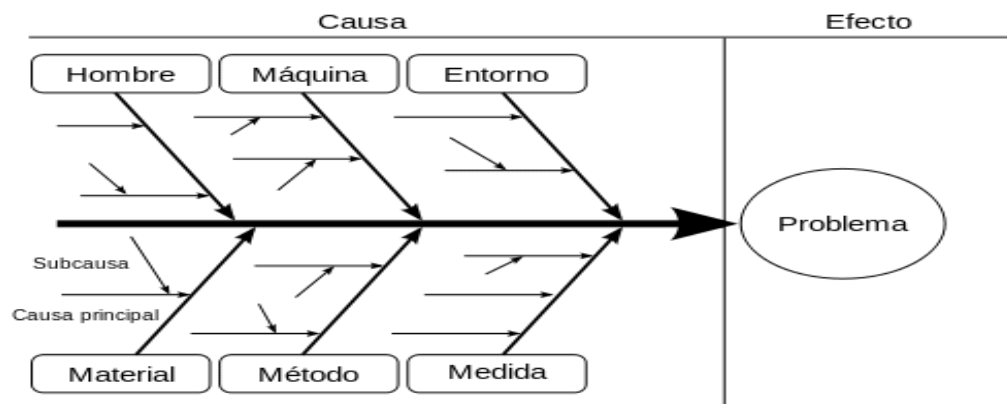
Herramientas para Identificar las Causas de las Acciones Correctivas

Diagrama de Causa-Efecto


El **Diagrama de Ishikawa** o **Diagrama de Causa Efecto** (conocido también como **Diagrama de Espina de Pescado** dada su estructura) consiste en una representación gráfica que permite visualizar las causas que explican un determinado problema, lo cual la convierte en una herramienta de la **Gestión de la Calidad** ampliamente utilizada dado que orienta la toma de decisiones al abordar las bases que determinan un desempeño deficiente.

La estructura del Diagrama de Ishikawa es intuitiva: identifica un problema o efecto y luego enumera un conjunto de causas que potencialmente explican dicho comportamiento. Adicionalmente cada causa se puede desagregar con grado mayor de detalle en sub-causas. Esto último resulta útil al momento de tomar acciones correctivas dado que se deberá actuar con precisión sobre el fenómeno que explica el comportamiento no deseado.

Una representación del Diagrama de Causa Efecto o Diagrama de Espina de Pescado tiene la siguiente forma:



1. Hacer un diagrama en Blanco.
2. Escribir de forma concisa el problema o efecto.
3. Escribir las categorías que se consideren necesarias apropiadas al problema; **maquina, mano de obra, materiales y métodos** que son los más comunes y se aplican en muchos procesos.
4. Realizar una lluvia de ideas de posibles causas y relacionarlas con cada categoría.
5. Preguntarse ¿Por qué? A cada causa, nomás de dos o tres veces. ejemplo: ¿Por qué no se dispone de tiempo necesario?
6. Empezar por enfocar las variaciones en las causas seleccionadas como fácil de implementar y de alto impacto.
7. Todas las espinas deben de ser causas posibles.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

8. Todas las causas deben ser presentadas en las vías que indiquen de cómo se relaciona con el problema.
9. La disposición de las espinas debe de reflejar las relaciones entre las causas.

Diagrama de Pareto

Es una herramienta que se utiliza para priorizar los problemas o las causas que lo generan. El nombre de Pareto fue dado por el Dr. Juran, en honor del economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923) quien realizó un estudio sobre la distribución de la riqueza, en el cual descubrió que la minoría de la población poseía la mayor parte de la riqueza y la mayoría de la población poseía la menor parte de la riqueza. El Dr. Juran aplicó este concepto a la calidad, obteniéndose lo que hoy se conoce como **la regla del 80/20**. Según este concepto, si se tiene un problema con muchas causas, podemos decir que el 20% de las causas resuelven el 80% del problema y el 80% de las causas solo resuelven el 20% del problema.

Se recomienda el uso del diagrama de Pareto

- Para identificar oportunidades de mejora.
- Para identificar un producto o servicio para el análisis de mejora de la calidad.
- Cuando existe la necesidad de llamar la atención a los problemas o causas de una forma sistemática.
- Para analizar las diferentes agrupaciones de datos.
- Al buscar las causas principales de los problemas y establecer la prioridad de las soluciones.
- Para evaluar los resultados de los cambios efectuados a un proceso comparando sucesivos diagramas obtenidos en diferentes momentos (antes y después).
- Cuando los datos se pueden clasificar en categorías.
- Cuando el rango de cada categoría es importante.
- Para comunicar fácilmente a otros miembros de la Institución las conclusiones sobre causas, efecto y costes de errores.


Los propósitos Generales del Diagrama de Pareto

- Analizar las causas.
- Estudiar los resultados.
- Planear una mejora continua.

La Gráfica de Pareto es una herramienta sencilla pero poderosa al permitir identificar visualmente en una sola revisión las **minorías de características vitales** a las que es importante prestar atención y de esta manera utilizar todos los recursos necesarios para llevar a cabo una acción de mejora sin malgastar esfuerzos ya que con el análisis descartamos las **mayorías triviales**.

Algunos ejemplos de tales minorías vitales son:

- La minoría de clientes que representen la mayoría de las ventas.
- La minoría de productos, procesos, o características de la calidad causantes del desperdicio de los costos por retrabajos.

	INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 6.6
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2021

- La minoría de rechazos que representan la mayoría de las quejas de los clientes.
- La minoría de vendedores que están vinculados a la mayoría de las ventas rechazadas.
- La minoría de problemas causantes del retraso de un proceso.
- La minoría de ventas que representa la mayoría de las ganancias obtenidas.
- La minoría de materia prima que representa la mayor parte del costo de un inventario.

La Técnica de los 5 ¿Por qué?

Es un método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 5 Por qué es determinar las causas raíz de un defecto o problema.

Esta técnica se utilizó por **primera vez en Toyota** durante la evolución de sus metodologías de fabricación, que luego culminaría en el Toyota Production System (TPS). Esta técnica se usa actualmente en muchos ámbitos y también se utiliza dentro del Six Sigma.

Ejemplo:

El siguiente ejemplo sencillo nos muestra el uso de este método. Partimos de un Postulado:

El problema: **Mi auto no Arranca.**

1. ¿Por qué no arranca? Porque la batería está muerta.
2. ¿Por qué la batería está muerta? Porque el alternador no funciona.
3. ¿Por qué el alternador no funciona? Porque se rompió la cinta.
4. ¿Por qué se rompió la cinta? Porque el alternador está fuera de tiempo útil de vida y no fue remplazado.
5. ¿Por qué no fue remplazado? Porque no estoy manteniendo mi auto de acuerdo con las recomendaciones dadas por el fabricante.

Evidentemente, este ejemplo podría seguirse más aún, con más preguntas. Esto sería correcto, ya el “cinco” en la técnica de los “5 Por qué”, no es fijo, sino más bien una invitación a hacer varias iteraciones para encontrar la causa raíz.

