	Título: TRATAMIENTO DE ANOMALIAS EN YPFB REFINACION S.A.	
Código: PG-1-DGSMS-102-E	Aprobador: GGL/DGSMS	Fecha de aprobación: 18/01/2023
	Gestor: GGL/DGSMS	Firma: Aldo Marcelo Reynaga Salazar

1. OBJETIVO

Establecer directrices y lineamientos para la gestión de tratamiento de anomalías (registro y clasificación, análisis, aprobación, implementación, verificación y cierre) en YPFB Refinación S.A.

2. ALCANCE

Aplica únicamente para el tratamiento de anomalías generadas de todas las actividades desarrolladas en las diferentes Unidades Organizativas de YPFB Refinación S.A.

3. DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

3.1. NORMAS

ISO 9001: Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.

ISO 14001: Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientación para su uso

ISO 45001: Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – Requisitos con orientación para su uso

ISO-IEC 17025: Requisitos generales para la competencia de Laboratorios de ensayo y calibración

ISO-IEC 17020: Evaluación de la conformidad — Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan la inspección

NB-12017: Sistema de Gestión de Mantenimiento-Requisitos.

ANSI / API RP-754: Process Safety Performance Indicators for the Refining & Petrochemical Industries

ISO 27001: Sistema de Gestión de Seguridad de la Información

3.2. PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

PG-1-DGSMS-72 GESTION DE AUDITORIAS DE PREVENCION

PP-1-DGSMS-82 IDENTIFICACIÓN y EVALUACIÓN de aspectos/impactos ambientales en ypfb refinacion

PP-1-DGSMS-101 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS/DAÑOS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS y OPORTUNIDADES SST EN YPFB REFINACION S.A.

PG-1-DGSMS-110 GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO Y CONTROL DE REGISTROS EN YPFB REFINACIÓN S.A.

PG-1-DGSMS-106 IDENTIFICACION, APLICABILIDAD, ACTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS

3.3. LEGISLACIÓN

Normas legales aplicables, según la anomalía registrada

4. DEFINICIONES Y SIGLAS

4.1. DEFINICIONES

Acción correctiva: Acción para eliminar las causas de una anomalía con el objetivo de evitarla ocurrencia de anomalías similares o de la misma naturaleza. Se refiere también a las acciones para corregir las consecuencias de una anomalía.

Acción inmediata: Acción para controlar o reducir o eliminar, las consecuencias de una anomalía.

Alta Dirección: Gerencia General y equipo de Gerentes, Directores y Jefes de la empresa dependientes de Gerencia General.

Análisis de causas: Métodos para la investigación y determinación de los factores y circunstancias que llevaron a la ocurrencia de una anomalía. Las metodologías para los análisis de anomalías de la empresa son de preferencia: Árbol de fallas, 5 ¿por qué? o Diagrama de Ishikawa (Espina de Pescado) o combinación de las mismas.

Anomalía: Situación anormal o evento no deseado que ocurre durante las actividades de la empresa que pueda resultar o resulta en:

- Daños que afecten a personas, patrimonio o a las operaciones.
- Impactos al medio ambiente.
- Incumplimientos a normas legales aplicables en materia de Calidad y SMS.
- Incumplimientos a requisitos de las normas de los Sistemas de Gestión Integrados (Certificados y acreditados).
- Incumplimientos a los procedimientos aprobados en la empresa que afecten o puedan afectar a personas, al medio ambiente, al patrimonio, la imagen de la empresa o las operaciones.

Una anomalía puede ser clasificada como: No Conformidad, Incumplimiento Legal de Calidad SMS, Falla de equipos, Ocurrencia Anormal Operativa y Ocurrencia Anormal de SMS.

Actividades de Control Operativo: Son actividades que se realizan por personal operativo

interno o externo a la empresa y que son realizadas en Área de Procesos.

Tipos de anomalía:

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito de las normas certificadas o acreditadas; Incumplimiento a los procedimientos de trabajo aprobados; Quejas formales de las partes interesadas.

NOTA 1: Las quejas formales de partes interesadas incluyen reclamos de clientes externos de los sistemas de gestión certificados y acreditados.

NOTA 2: Incluye Producto, salida no conforme y ensayo no conforme.

NOTA 3: Luego del registro de no conformidad por incumplimiento a los procedimientos de trabajo aprobados, DGSMS determinará la relevancia respectiva

Ensayo No Conforme. Ensayo en el cual se ha detectado fallas en el resultado por diversos motivos; como ser la pérdida de calibración en equipos de Laboratorio o fallas en cuanto a la aplicación del procedimiento o desvíos del método.

Incumplimiento Legal CSMS: Incumplimiento a legislación identificada aplicable a las actividades de la empresa. Los incumplimientos Legales sean de Calidad, Seguridad Medio Ambiente y Salud, incluyen los hallazgos identificados las auditorias de verificación de cumplimiento legal de Calidad y SMS.

OTRAS: Incumplimientos Legales que no han sido detectados en Auditoria de Verificación Legal, (ej. Inspecciones / Verificaciones de Autoridades Competentes, entre otros).

Ocurrencia Anormal Operativa: Evento imprevisto e indeseable que implica la liberación o potencial liberación de la contención primaria, no planeada o no controlada, causada por complicaciones durante los procesos operativos de las Áreas de Proceso que pueden o no afectar las operaciones de las refinerías. Ej. Fallas en equipos, paros de planta, fuga de gases, sopladuras de empaquetaduras, etc.

En caso de clasificar una anomalía como Ocurrencia Anormal Operativa, se debe considerar los criterios descritos en el **ANEXO F:** Ocurrencia Anormal Operativa

Área de Procesos: Son las unidades operativas de producción de Carburantes y Lubricantes, se refiere específicamente a las plantas de Servicios Técnicos, Plantas de Producción de Carburantes, Plantas de Lubricantes y Patios de Tanques.

Accidentes in itinere (en trayecto): Se considera este tipo de accidentes a aquellos ocurridos al personal únicamente durante el trayecto del domicilio del trabajador hacia su lugar de trabajo o viceversa, siempre que el recorrido no hubiera sido interrumpido en interés particular del trabajador o por cualquier razón extraña al trabajo, de acuerdo a reglamento.

Ocurrencia Anormal de SMS: Es una desviación de los procedimientos trabajo asociadas a: normas técnicas, buenas prácticas de SMS, que pudo tener o tuvo impacto sobre las personas, patrimonio o medio ambiente.

Es clasificada en: Accidente, Incidente, Enfermedad Ocupacional, Desvío crítico o Desvío sistémico.

- **Accidente.** - Evento imprevisto e indeseable, instantáneo o no, que ocasionó daño a la persona (enfermedad ocupacional), al patrimonio (propio o de terceros) o impacto al medio ambiente. Los accidentes se clasifican en Clase 1, Clase 2, Clase 3 y Clase 4, siendo Clase 1 la de menor severidad y siguiendo hasta la Clase 4 que es la de mayor severidad, se incluye en este punto los Accidentes in itinere o en trayecto, solamente con vehículos propios de la empresa o proporcionados por la misma, ya que pueden ser gestionados por YPFB Refinación S.A. Para otro tipo de accidentes, es decir, con vehículos propios de cada trabajador, se actuará de acuerdo a la Normativa Boliviana.

Se deben considerar los criterios descritos en el **ANEXO E: Categorización Accidentes**.

- **Enfermedad Ocupacional:** Es contraída a consecuencia directa del trabajo que desempeña, y/o a la exposición repetitiva con agentes nocivos de su entorno laboral, dando como resultado la presencia de lesiones físicas y/o psicosociales, las cuales pueden ser permanentes o temporales.
- **Casi accidente (Incidente):** Evento imprevisto e indeseable que podría haber ocasionado daño a personas, patrimonio (propio o de terceros) o impacto al medio ambiente o provocado una enfermedad ocupacional.

Desvío crítico: Cualquier acción o condición que tenga potencial para causar directa o indirectamente daños al personal, incidente o accidente grave, daños al patrimonio o impacto al medio ambiente que no cumpla requisitos legales o normativos, procedimientos de trabajo o buenas prácticas de SMS.

Desvío Sistémico. - Conjunto de desvíos de SMS similares, que ocurren de forma repetitiva y frecuente.

NOTA 4: Los desvíos críticos o sistémicos serán registrados únicamente por personal SST en ambas refinerías de acuerdo a las estadísticas de registros del GAP.

Riesgos para SST: Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento no deseado o exposición peligrosa relacionada con el trabajo, y la severidad del daño que pueden causar dichos eventos o exposiciones.

Otros riesgos para el SGI: Son circunstancias que podrían afectar negativamente al SGI de la empresa, como ser: crecimiento de la comunidad vecina a las refinerías, falta de materia prima para la producción de los productos, cambios en la normativa legal y otros.

Causa Básica: Causa (s) principal (es), que provocan la ocurrencia de una anomalía.

Causa Inmediata: Causa que llevó directamente a la ocurrencia de la anomalía.

Comité de Gestión Gerencial: Grupo multidisciplinario de personas de la Alta Dirección o personal delegado por ellos, que son responsables de la **validación** de los análisis según solicitud.

NOTA 5: En caso de que el comité de Gestión Gerencial, rechace el análisis o algunas de las acciones, DGSMS volverá el RA a la etapa de ANALIZADO para realizar los cambios que sean solicitados.

Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo: Grupo multidisciplinario de Gerentes Operativos en ambas refinerías.

Comité de Tratamiento de Anomalías de Facilitadores: Grupo multidisciplinario de personas designadas de cada unidad organizativa de ambas Refinerías (Facilitadores SGI u otra persona designada).

Clientes:

- Para el SGC de YPFB Refinación S.A. los clientes externos son los siguientes:
 - CLIENTES CARBURANTES Y PRODUCTOS ESPECIALES
 - YPFB, Air BP Bolivia S.A., YPFB Transporte S.A., Sistemas Aislados o Cooperativas de Generación Eléctrica, Clientes Industriales.

- CLIENTES LUBRICANTES Y PRODUCTOS ESPECIALES

Distribuidores y consumidor final especial, Clientes de mercado externo, Clientes de mercado interno.

- Para el sistema de acreditación de la Unidad de Laboratorio (LAB), el cliente externo es la Gerencia de Distribución y Ventas (GDV) y los internos son: Gerencia de Carburantes (GRSCZ/CAR), Gerencia de Mantenimiento (GRSCZ/ MAN), Gerencia Sectorial de Seguridad, Salud e Higiene (DGSMS/SSTSC), Gerencia de Ingeniería (GRSCZ/ING) y Gerencia de Planificación (GGL/GPL)
- Para el Sistema de acreditación de la Unidad de Inspección de R S C Z (INSP), los clientes son: Gerencia de Carburantes (GRSCZ/CAR), Gerencia de Mantenimiento (GRSCZ/ MAN), Dirección de Gestión, Seguridad, Medio Ambiente y Salud (DGSMS), Gerencia de Ingeniería (GRSCZ/ING) y Unidad de Laboratorio de RSCZ(LAB).
- Para el Sistema de certificación de la Gerencia de Mantenimiento (GRSCZ/MAN), los clientes son: Gerencia de Carburantes (GRSCZ/CAR), Unidad de Inspección (INSP) y Unidad de Laboratorio (LAB).
- Para el Sistema de certificación de DTI (GGL/DTI), los clientes son todas las unidades organizativas de la empresa.
- Para el Sistema de acreditación de la Gerencia de Inspección (GRCBA/INSP), los clientes son: Gerencia de Refinería (GRCBA), Gerencia de Carburantes (GRCBA/CAR), Unidad de Mantenimiento (MAN), Dirección de Gestión, Seguridad, Medio Ambiente y Salud (DGSMS), y Gerencia de Ingeniería (GRCBA/ING).
- Para el Sistema de certificación de la Gerencia de Mantenimiento (MAN), los clientes son: Gerencia de Carburantes (GRCBA/CAR), Gerencia de Inspección (GRCBA/INSP) y Gerencia de Laboratorio (GRCBA/LAB).

Grupo de análisis: Grupo multidisciplinario (personal administrativo y/o personal operativo, según corresponda) cuya función es **realizar el análisis e identificación** de causas de la anomalía y definición de acciones para evitar la repetición la misma.

Falla de equipos: Finalización de la capacidad de un activo físico para realizar una función requerida (por actividades operativas), las fallas se pueden clasificar por su impacto de la siguiente manera:

- **Falla Menor:** Es aquella falla que no afecta a los objetivos de la producción o del servicio.
- **Falla Mayor:** Es aquella falla que afecta parcialmente a los objetivos de la producción o del servicio.
- **Falla Crítica:** Es aquella falla que afecta totalmente a los objetivos de la producción o del servicio.

Gestor: Es el responsable de la unidad organizativa, que debe realizar toda la gestión de tratamiento de las anomalías (aprobación en cada etapa del RA). Se debe definir el Gestor en función al responsable del Proceso o Dueño del área involucrada.

GRA: Abreviación del Sistema Gestión de Registro de Anomalías, que es un sistema informatizado que ofrece soporte a la gestión de tratamiento de las anomalías, (incluye las etapas de análisis e investigación de accidentes, incidentes y desvíos críticos y sistémicos).

Persona que Registra: Trabajador que identifica la anomalía, la registra en sistema GRA y asigna el GESTOR correspondiente.

Coordinador del RA: Lidera el análisis de la anomalía, debe ser designada por el GESTOR (Responsable de la Unidad Organizativa). Esta persona debe pertenecer a la Unidad Organizativa responsable del tratamiento de la anomalía.

Parte Interesada: Persona u Organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad, ej.: clientes, comunidades, proveedores, entidades de gobierno, inversionistas y empleados.

Registro de Anomalía (RA): Formulario utilizado por el Sistema GRA para registrar y tratar las anomalías.

Reporte/Comunicación: Actividad de transmitir o recibir información de los tipos de anomalías clasificadas como accidente, incidente o enfermedad ocupacional.

Sitio: Lugar geográfico en el que se encuentran los predios de la Refinería Guillermo Elder Bell (RSCZ) ubicada en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y Refinería Gualberto Villarroel (RCBA) ubicada en la ciudad de Cochabamba.

Unidad Gestora: Unidad organizativa responsable por el tratamiento de una determinada anomalía.

Unidad Organizativa: Subdivisión de la Estructura de la empresa creada para atender las necesidades de la misma, con responsabilidades propias (Gerencias, Direcciones, Coordinaciones, Gerencias Sectoriales y Jefaturas), con actividades y procesos específicos que se interrelacionan para alcanzar los objetivos estratégicos.

4.2. SIGLAS

GRA: Gestión de Registro de Anomalías

GAP: Gestión de Auditorías de Prevención

CSMS: Calidad, Seguridad, Medio Ambiente y Salud

RA: Registro de anomalías

SMS: Seguridad Medio Ambiente y Salud

GGL: Gerencia General

DGSMS: Dirección de Gestión, Seguridad, Medio Ambiente, Salud y Responsabilidad Social

DTI: Dirección de Tecnologías de la Información

GDV: Gerencia de distribución y ventas

RCBA: Refinería Gualberto Villarroel

RSCZ: Refinería Guillermo Elder Bell

SST: Seguridad y Salud en el Trabajo

GRSCZ: Gerencia de Refinería Guillermo Elder Bell

LAB: Unidad de Laboratorio de Refinería Guillermo Elder Bell

GRSCZ/MAN: Gerencia de Mantenimiento de Refinería Guillermo Elder Bell

INSP: Unidad de Inspección de Refinería Guillermo Elder Bell

GRCBA/ING: Gerencia de Ingeniería de Refinería Gualberto Villarroel

GRCBA: Gerencia de Refinería Gualberto Villarroel

MAN: Unidad de Mantenimiento de Refinería Gualberto Villarroel

GRCBA/INSP: Gerencia de Inspección de Refinería Gualberto Villarroel

TENC: Trabajo de Ensayo no Conforme

PDCA: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

ING: Unidad de Ingeniería en RSCZ

5. RESPONSABILIDADES

Todo el personal:

- Identificar cualquier anomalía y registrar la misma en la herramienta GRA.
- Designar al Gestor del RA, a quien considera será el que dará tratamiento a la anomalía registrada.
- En caso de ser necesario, solicitar el apoyo del personal de DGSMS para el correcto registro de una anomalía (redacción, clasificación, etc.)

Gestor del RA

- Verificar que la Anomalía haya sido registrada y clasificada correctamente
- Definir y designar mediante la Herramienta de Gestión GRA, a la persona Coordinadora, la cual liderará el análisis de la anomalía, se recomienda que esta persona tenga habilidades para llevar a cabo el análisis de manera efectiva asegurándose de obtener toda la información para la realización del mismo.
- Asegurarse que los responsables de las acciones sean las personas más idóneas para poder realizar las mismas.
- Asegurarse de que la anomalía registrada en su unidad no sea recurrente.
- Velar por el cumplimiento del proceso de tratamiento de las anomalías de su unidad organizativa en todas las etapas.
- Mantener actualizados los RA's asignados a su persona en todas las etapas.
- Hacer cumplir los plazos establecidos para las acciones definidas para cada anomalía.
- Rechazar las evidencias de acciones que no correspondan o no cumplan con el requerimiento de la respectiva acción.
- Validar la correcta implementación de las acciones propuestas en base a la evidencia adjunta.
- Reasignar a los responsables de las acciones según sea necesario previo consenso.
- Colocar fecha de verificación de la efectividad, una vez que todas las acciones hayan sido implementadas y validadas.
- En caso de accidente / incidente, debe revisar sus planillas de Peligros y Daños si correspondiera.
- En caso de accidente / incidente de personas, debe gestionar que se priorice la conformación de grupo de análisis y su presentación en el comité respectivo.

Coordinador del RA:

- Coordinar y participar en el grupo de análisis en función al nombramiento realizado por el Gestor de la anomalía.
- Coordinar con las personas designadas la fecha y hora para ejecución del análisis.
- Liderar la realización del análisis donde se identifican las causas, acciones responsables y plazos para atender la anomalía identificada.
- Ingresar la información y resultados de la investigación en la herramienta GRA para posterior aprobación del Gestor.
- Coordinar y validar con los responsables definidos, las acciones y los plazos propuestos para las mismas, **antes** de pasar al estado Analizado.
- Invitar a un representante del Comité Mixto para que participe en el análisis en caso de que la anomalía se trate de incidentes o accidentes.
- Invitar a un representante del Comité de Seguridad de procesos para que participe en el análisis en caso de que la anomalía se trate de Ocurrencias anormales operativas en los tres niveles.
- **Invitar a experto(s) externo(s) (tecnólogos, fabricantes, etc.) de sistemas o de equipos (cuando se trate de Ocurrencias anormales operativas o Fallas de equipo en los tres niveles, si corresponde).**
- **Invitar a profesionales técnicos de la empresa, que tengan el conocimiento específico de la anomalía cuando se trate de Ocurrencias anormales operativas o Fallas de equipo en los tres niveles.**
- Presentar ante Comité de Tratamiento de anomalías correspondiente, el análisis de las causas, las acciones propuestas, los responsables y plazos para atender la anomalía identificada, en la Herramienta GRA en estado ANALIZADO.
- Informar y validar una vez realizado el análisis, las fechas con responsables definidos antes de que el RA pase a etapa de análisis aprobado, con el objetivo de asegurar que las acciones puedan ser ejecutadas.
- Presentar los avances de los análisis de las anomalías en el Comité de Tratamiento de Anomalías respectivo, en caso de que por la naturaleza de la misma no pueda realizarse en el tiempo mínimo hasta la siguiente reunión de Comité de Tratamiento de Anomalías que corresponda.
- Revisar la Herramienta GRA para asegurarse de que la anomalía registrada NO es recurrente.
- Debe ser moderador de la reunión de análisis, motivador a la participación y sobre todo asegurarse de que la anomalía se investigue a profundidad para evitar su recurrencia.

DGSMS

- Verificar la correcta clasificación y llenado de la información cada vez que se reciba la notificación de Registro de una nueva anomalía.

- Coordinar y gestionar la ejecución del Comité de Gestión Gerencial.
- Elaborar y presentar indicadores de GRA del proceso de tratamiento de anomalías de toda la empresa según sea requerido.
- Generar los reportes de los incumplimientos a los plazos de las acciones en los RA en las Reuniones de Análisis Crítico de RSCZ y RCBA; así como en Comité de Gestión Gerencial, según requerimiento gerencial.
- Brindar soporte a solicitud de las diferentes unidades en la ejecución de todas las etapas del proceso de Tratamiento de Anomalías y el uso de la herramienta GRA.
- Administrar y gestionar las mejoras en la herramienta GRA.
- Asesorar al personal sobre la identificación, registro y clasificación de una anomalía. Deberá guiar al personal para que registre eventos o situaciones que sean verdaderamente anomalías, caso contrario direccionar al uso de otras herramientas de gestión.
- Programar los RA's a ser presentados y llevar adelante la reunión del respectivo Comité.
- Coordinar los Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo y Comité de Tratamiento de Anomalías de Facilitadores, según corresponda.
- Definir cuales No conformidades, Ocurrencias Anormales Operativas Nivel I y Nivel II y accidentes clase 3 y 4; Incumplimientos Legales, Enfermedades Ocupacionales y Fallas Mayor y Crítica se presentarán para validación en el Comité de Gestión Gerencial según requerimiento de los comités Operativos o según requerimiento de la Alta Dirección.

Comité de Gestión Gerencial:

Validar los análisis de causas y planes de acción, de No Conformidades de auditorías externas del SGI, Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I y Nivel II) y accidentes clase 3 y 4; Incumplimientos Legales; Enfermedades Ocupacionales y Falla Mayor y Crítica que hayan sido agendados por DGSMS, según solicitud.

NOTA 6: Los gestores de las Anomalías que serán presentadas al Comité de Gestión Gerencial, deben presentar previamente el análisis de causas al Comité Tratamiento Anomalías Operativo para su aprobación.

Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo:

- **Aprobar o rechazar** los análisis de causas de: No Conformidades Operativas de las Auditorías Internas de los sistemas de Gestión certificados y acreditados; No Conformidades Operativas de las Auditorías externas de los sistemas de Gestión certificados y acreditados (los que se presentarán para validación en Comité de Gestión Gerencial); queja de clientes operativos; Incumplimiento de procedimientos operativos; Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I, Nivel II e Incidentes (Casi accidente) de Seguridad de procesos y accidentes clase 3 y 4; Enfermedades Ocupacionales y Fallas Mayor y Crítica, los Gerentes Administrativos serán convocados **según requerimiento**, de acuerdo a la Anomalía que deba ser aprobada en el comité.

- Reunirse periódicamente para realizar seguimiento a los RA's.
- Proponer y aprobar nuevas acciones preventivas y/o correctivas complementarias a las propuestas.
- Informar a DGSMS si se tuvieron RA de No Conformidades Operativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I y Nivel II) y Ocurrencias Anormales de SMS (accidentes clase 3, 4 y Enfermedades Ocupacionales); Incumplimientos Legales y Falla (Fallas Mayor y Critica) para que sean agendados en el Comité de Gestión Gerencial para su validación.
- Gestionar la presentación en el comité de Gestión Gerencial de las No Conformidades Operativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I y Nivel II) y Ocurrencias Anormales de SMS (accidentes clase 3, 4 y Enfermedades Ocupacionales); Incumplimientos Legales y Falla (Fallas Mayor y Critica) que hayan sido agendadas.

Comité Tratamiento Anomalías Facilitadores:

- Aprobar o rechazar los análisis de No Conformidades Administrativas de Auditorías Interna y Externas del SGI, Ocurrencia Anormal de SMS (Incidentes y Accidentes Clase 1 y 2) y Falla (Falla Menor)
- Reunirse periódicamente para realizar seguimiento a los RA's.
- Proponer y aprobar nuevas acciones preventivas y/o complementarias a las propuestas.
- El acta de los incumplimientos de los RA en sus diferentes etapas por parte de los gestores.
- Informar a DGSMS si se tuvieron RA de No Conformidades Administrativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencia Anormal de SMS (Incidentes y Accidentes Clase 1 y 2) y Falla (Falla Menor) para que sean agendados en el Comité de Gestión Gerencial para su validación o formar un Comité especial para la validación respectiva.
- Gestionar la presentación en el comité de Gestión Gerencial de las No Conformidades Administrativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencia Anormal de SMS (Incidentes y Accidentes Clase 1 y 2) y Falla (Falla Menor) que hayan sido agendadas y requeridas.
- Para los hallazgos de los sistemas de certificación de GRSCZ/MAN, GRCBA/MAN y acreditación de INSP, LAB y GRCBA/INSP se procederá de la siguiente manera:
 - a) Auditorías internas (no conformidades) serán presentados en Comité de Tratamiento de anomalías de Facilitadores.
 - b) Auditorías externas (no conformidades) en el Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo.

Gerentes Operativos. -

En caso que los análisis realizados con personal propio no lleguen a la causa básica y existala posibilidad de que la anomalía vuelva a ocurrir, se gestionará la participación de los expertos técnicos externos en los análisis operativos.

Grupo de Análisis:

Realizar el análisis de la anomalía de forma imparcial y objetiva según la naturaleza y clasificación de la misma, determinando las causas básicas y proponiendo las acciones, responsables y fechas correspondientes.

NOTA 1: Se debe tener en cuenta los límites de competencia al momento de proponer una acción, es por esta razón que, en lo posible, y cuando se requiera gran cantidad de recursos y/o presupuesto, las acciones deben llegar hasta la gestión del presupuesto, para que los niveles superiores tomen la decisión de aprobación.

NOTA 2: Para asignar las acciones, se debe previamente consensuar con la unidad responsable de la realización de la acción y el plazo en que la misma debe ser ejecutada.

NOTA 3: Los Participantes de los grupos de análisis deben ser totalmente competentes y especialistas en la anomalía registrada. Si durante el análisis no se encuentran las personas idóneas, el mismo se debe postergar hasta que se encuentren las personas necesarias y competentes para llegar a la(s) causa(s) que originaron la anomalía, con la finalidad de que la misma no vuelva a ocurrir.

NOTA 4: No se deben colocar acciones correctivas ni preventivas antes de encontrar las causas básicas que originaron la anomalía.

NOTA 5: Se debe realizar un relevamiento previo para y llegar a la reunión de análisis con información de lo ocurrido y que originó la anomalía.

NOTA 6: Las personas que comienzan el análisis de la anomalía deben permanecer en el grupo hasta la conclusión del mismo y deben participar las veces que sean necesarias, exceptuando a los especialistas que hayan sido convocados en el ínterin del análisis.

Responsable de Acciones

- Realizar todas las gestiones necesarias para implementar la acción que le fue asignada.
- Cargar las evidencias en el sistema GRA antes del cumplimiento de los plazos establecidos y consensuados para la(s) acción(es) a su cargo, en el caso de incumplir los plazos establecidos, el responsable deberá detallar las acciones que se están realizando en el reporte de seguimiento a acciones dentro de la misma herramienta GRA.
- En caso de que una acción sea rechazada, el responsable debe cargar la evidencia correcta según indicación del gestor.

Responsabilidades del grupo de análisis

Es responsabilidad de los integrantes del grupo de análisis consensuar las acciones de responsabilidad de la unidad organizativa que corresponda, para la ejecución de las mismas.

6. MEDIDAS DE SMS

No Aplica

7. DESARROLLO

7.1 PROCESO DE TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS

El proceso de tratamiento de anomalías se divide en las siguientes etapas:

1. REGISTRO Y CLASIFICACIÓN
2. ANÁLISIS
3. APROBACIÓN
4. IMPLEMENTACIÓN
5. VERIFICACIÓN
6. CIERRE

El registro de las anomalías y sus consecuentes etapas, se realizarán a través de la herramienta GRA que se encuentra disponible en el portal Intranet de la empresa.

El manual de uso y aplicación de la herramienta GRA se encuentra detallado en el **Anexo G**.

Todo usuario con acceso al sistema de la empresa (personal propio y/o Contratista) puede realizar el registro de una anomalía.

La descripción completa del proceso de tratamiento de anomalías se encuentra detallada en la **TABLA 1: Proceso de Gestión de Anomalías**; se debe verificar el mismo para comprender la secuencia y etapas del tratamiento de anomalías.

Tabla 1 - Proceso de Gestión de Anomalías					
Ítem	¿QUE?	¿QUIEN?	¿CÓMO?	CUANDO?	ESTADO DE REGISTRO HERRAMIENTA GRA
1	Identificación de Anomalía y respaldar la información	Cualquier persona de la empresa y/ o contratista NOTA: Cuando la persona que identifica la anomalía tiene las competencias necesarias, puede tomar las acciones correctivas y mitigadoras de forma inmediata.	Auditorias Inspecciones Observación Queja de clientes Actividades de Control Operativo y Otros NOTA: Toma de fotografías, testimonios, inspección visual y otras evidencias según correspondan, cargar estas evidencias en la Herramienta GRA.	En cualquier momento.	Sin Registro
2	Registro en GRA	Personal que identificó la anomalía	Registro de un RA al responsable de la unidad organizativa en la herramienta GRA	Luego de verificar la ocurrencia de una anomalía	EN REGISTRO

3	Revisión del Registro en GRA	Gestor de la anomalía	Revisando los campos en la Herramienta GRA (clasificación, tipo de anomalía, redacción, etc.)	Una vez recibida la notificación de la anomalía mediante correo electrónico, El gestor tiene 7 días calendario para realizar esta actividad	EN REGISTRO
4	Transferencia como GESTOR de la anomalía (si correspondiera) y designación del COORDINADOR DEL RA según definición interna	Gestor de la anomalía	En la herramienta GRA se delegará al personal competente para que sea el "nuevo Gestor" de la anomalía y al " Coordinador del RA" que podrán ser dos personas distintas	Luego del Registro Inicial	EN REGISTRO
5	Pasar a estado "REGISTRADO" y asignar coordinador	Gestor de la anomalía	A través de la herramienta GRA OPCIÓN "Pasar a la siguiente etapa"	Luego de realizada la verificación	REGISTRADO
6	Conformación de Grupo de Análisis	El Comité de Tratamiento de Anomalías respectivo en RSCZ y Coordinador del GRA en RCBA	Durante la Reunión de Comité de Tratamiento de anomalías respectivo en RSCZ Luego de su designación como coordinador del GRA en RCBA	Una vez asignada la anomalía	REGISTRADO
7	Conformación de Grupo de Análisis Internos	Coordinador del RA	Convocar al grupo de análisis	Una vez asignada la anomalía	REGISTRADO
8	Análisis de la anomalía	Grupo de análisis	Mediante el uso de una Metodología de Análisis para la identificación de las causas.	En reunión (es) específica (s)	REGISTRADO

9	CIERRE SIN TRATAMIENTO	DGSMS	Al momento de recibir la información del gestor o coordinador del análisis	Una vez realizada la reunión de análisis de la anomalía y detectada la necesidad de cierre sin tratamiento. El Gestor debe presentar la necesidad de cierre sin tratamiento en el Comité de Tratamiento de Anomalías respectivo, para que se tenga esta definición en el Acta de Reunión respectiva como respaldo.	REGISTRADO
10	Cargar el análisis y acciones propuestas	Coordinador del RA	Adjuntando el análisis en la herramienta GRA y llenando los campos de acciones y plazos consensuados.	Una vez realizada la reunión de análisis de la anomalía	REGISTRADO
11	Pasar estado "ANALIZADO"	Coordinador Del RA	A través de la herramienta GRA OPCIÓN "Pasar a la siguiente etapa"	Luego de haber realizado el paso anterior	ANALIZADO
12	Presentación de los resultados del análisis, cuando corresponda	Coordinador Del RA	Presentación de resultados del análisis, las causas identificadas y las acciones propuestas para evitar la repetición de la anomalía	las reuniones de los comités respectivos	ANALIZADO
13	Aprobación de análisis, cuando corresponda NOTA: Si el análisis es rechazado se debe volver a realizar el análisis del RA	Comité de Tratamiento de anomalías respectivo	Presentación de las conclusiones del análisis	En los Comités respectivos	ANALIZADO

14	Rechazo del análisis	Comité de Tratamiento de anomalías respectivo	Corrección conforme las observaciones indicadas en el acta de la reunión	En los Comités respectivos	ANÁLISIS REPROBADO Nota: se deben realizar las correcciones para que el Gestor pueda aprobar el análisis
15	Aprobación en análisis en herramienta GRA	Gestor de la anomalía	Pasar a la etapa de Aprobación en la herramienta GRA	Una vez se haya validado el análisis y realizado las modificaciones propuestas por el mismo si corresponde.	ANÁLISIS APROBADO
16	Ejecución de acciones	Responsables por la ejecución de las acciones definidas en la herramienta GRA		En el plazo establecido	ANÁLISIS APROBADO
			Durante el tiempo asignado para la ejecución de las acciones correspondientes antes del cumplimiento de los plazos establecidos. incluyendo la evidencia respectiva. NOTA: Cuando por factores externos no se puede cumplir con la Acciones se debe justificar en GRA el Retraso.		
17	Verificación y seguimiento de la ejecución de las acciones	Gestor de la anomalía	Inspección en campo o verificación de evidencia objetiva que respalde la ejecución de la o las acciones. Aprobación o rechazo de las acciones en la herramienta GRA.	Se recomienda un plazo no mayor a 10 días hábiles. NOTA: En el plazo se debe considerar la última acción	ANÁLISIS APROBADO
18	Definición de plazo para verificación de la efectividad y cierre del registro de	Gestor de la anomalía	Luego de verificada la última acción, se deberá definir un plazo razonable para verificar que la anomalía no se ha	Después de verificary aprobar la implementación de todas las acciones correctivas y preventivas	IMPLEMENTADO

	implementación		repetido (tres meses como mínimo).		
19	Verificación de la efectividad	Gestor de la anomalía	Verificación de que la anomalía no se haya repetido adjuntando un acta en la herramienta SIAR en la que se evidencie que las acciones correctivas y preventivas han sido efectivas, se pueden incluir, si aplica, informes, indicadores o fotografías.	Una vez cumplido el plazo establecido para la verificación.	IMPLEMENTADO
20	Cierre del RA	Gestor de la anomalía	1.- Cierre del RA con tratamiento EFFECTIVO en la herramienta GRA	Una vez realizada la verificación de la efectividad de las acciones y asegurando que la anomalía no se volvió a repetir	CERRADO CON TRATAMIENTO EFFECTIVO
			2.- Cierre del RA con tratamiento INEFFECTIVO en la herramienta GRA	Una vez realizada la verificación de la efectividad y la anomalía volvió a ocurrir O una de las acciones no se pudo cerrar por factores externos (ver nota 1) La Herramienta GRA genera la siguiente versión de la Anomalía en etapa REGISTRADO. En caso de recurrencia de la anomalía, se volverá a analizar el RA.	CERRADO CON TRATAMIENTO INEFFECTIVO

				En caso de que una o varias de las acciones no se pueda realizar por factores externos, se realizará un acta explicando los motivos y en la siguiente versión del RA solo se colocarán las acciones pendientes de ejecución con un plazomayor.	
--	--	--	--	--	--

NOTA 1 : En casos específicos en los que por variables externas donde no se tiene control, por ejemplo: atrasos de contratistas, proveedores, presupuestos no aprobados o trámites con autoridades externas y no se puedan ejecutar las acciones definidas, la Gerencia Gestora deberá exponer en el Comité de Tratamiento de Anomalías de Facilitadores, Operativos o el Comité de Gestión Gerencial, según aplique para validación del cierre de la anomalía con tratamiento inefectivo, se debe registrar un acta en la Herramienta SIAR, explicando la respectiva justificación para el cierre de la anomalía con tratamiento inefectivo.

7.2. ETAPA “EN REGISTRO”

Toda anomalía puede ser clasificada según la siguiente figura:

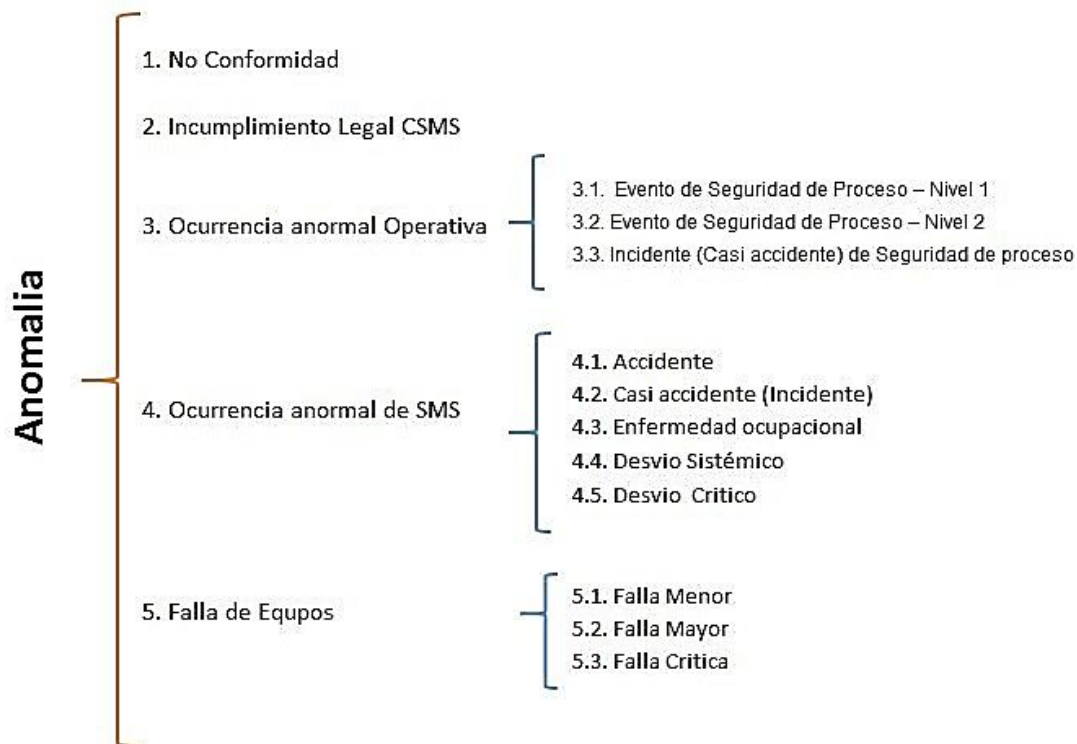


Figura 1: Clasificación de Anomalia

En el caso de los Desvíos sistémicos y Desvíos críticos, los mismos deben ser registrados en la herramienta GRA y pasar por todas las etapas del tratamiento de anomalías descritas en este procedimiento.

Para los desvíos que no se encuentren en la clasificación de sistémicos o críticos, se deberá registrarlos en el sistema GAP. El personal de DGSMS/SST en ambas refinerías, asesorará sobre esta diferenciación y registro.

Una vez registrada la anomalía, el sistema enviará automáticamente la notificación de registro al gestor de la anomalía para iniciar su tratamiento.

El tiempo máximo en el cual un registro debe estar en esta etapa, es de 7 días calendario, tiempo en el cual, el GESTOR deberá revisar, clasificar y pasar de etapa.

7.2.1. CLASIFICACIÓN DE ANOMALÍAS Y FORMA DE IDENTIFICACIÓN

Para una realizar una **correcta Clasificación de Anomalías**, así como determinar la correcta forma de identificación de las mismas se debe tener en cuenta este cuadro y las respectivas definiciones que lo acompañan:

TIPO DE ANOMALÍA	Sub Clasificación	FORMA DE IDENTIFICACIÓN
1. No Conformidad		Auditoria Interna
		Auditoria Externa

		Queja de cliente
		Incumplimiento a procedimientos
		Ensayo no conforme
2. Incumplimiento Legal CSMS		Auditoria de Verificación Legal
		Otras
3. Ocurrencia Anormal Operativa	3.1. Evento de Seguridad de Procesos -Nivel 1	Actividades de Control Operativo
	3.2. Evento de Seguridad de Procesos -Nivel 2	
	3.3. Incidente (casi accidente) de Seguridad de Procesos	
4. Ocurrencia Anormal de SMS	4.1. Accidente	Reporte / Comunicación
	4.2. Casi Accidente (Incidente)	
	4.3. Enfermedad Ocupacional	
	4.4. Desvío Sistémico	Estadísticas GAP
	4.5. Desvío Crítico	Auditorias GAP
5. Falla de Equipos	5.1. Falla Menor	Actividades de Control Operativo
	5.2. Falla Mayor	
	5.3. Falla Crítica	

Donde las definiciones son las siguientes:

OTRAS. -

Corresponde a Incumplimientos Legales que no han sido detectados en Auditoria de Verificación Legal, (ej. Inspecciones / Verificaciones de Autoridades Competentes, entre otros).

ACTIVIDADES DE CONTROL OPERATIVO. -

Las actividades de Control Operativo son las siguientes:

- Inspecciones In Situ
- Monitoreo y Medición
- Situaciones de Emergencia
- Actividades Operativas Rutinarias
- Reportes de personal operativo
- Reporte de personal externo
- Implementación de planes de Mantenimiento Correctivo y Preventivo.

NOTA: Reporte, aplica para los tipos de Anomalías siguientes: Accidente, Incidente o Enfermedad Ocupacional

Aclaraciones:

- ✓ El RA que sea registrado como OCURRENCIA ANORMAL DE SMS y sub clasificado como: ENFERMEDAD OCUPACIONAL, debe ser registrado solo por personal de DGSM/SST.
- ✓ El RA que sea registrado como OCURRENCIA ANORMAL DE SMS y sub clasificado como:

DESVÍO SISTÉMICO, debe ser registrado solo por personal de DGSMS, en función al análisis de estadísticas reportadas en el sistema GAP. Este análisis de estadísticas debe ser realizado cuatrimestralmente por las unidades de SST de la empresa.

- ✓ Una vez realizado el análisis de OCURRENCIA ANORMAL DE SMS, si fuera apropiado debe incluir como acción del RA la revisión y actualización de peligros y/o evaluación de riesgos y/u otros riesgos, así como también revisar y actualizar la planilla de aspectos/impactos ambientales y cuando corresponda realizar cambios en el Sistema de Gestión Integrado.

Una vez recibida la notificación, el gestor debe asegurarse del correcto registro y llenado de **todos los campos** y luego pasar de etapa REGISTRADO.

En el **ANEXO A: CATEGORIZACIÓN DE ANOMALÍAS**, se encuentra una descripción detallada de cómo se deben clasificar las anomalías.

7.3. ETAPA “REGISTRADO”

En esta etapa se convoca al grupo de análisis para detectar las causas que originaron la anomalía.

El Gestor y Coordinador del RA, se deben asegurar de la correcta utilización de las metodologías sugeridas de análisis (Árbol de fallas, 5 ¿porqués?, Diagrama de Ishikawa o combinación de las mismas)

El **Anexo B: Árbol de Causas** y el **Anexo C: Diagrama de Ishikawa**, **Anexo D: 5 PORQUÉS**, detallan las técnicas sugeridas para realizar el análisis.

En caso de que el RA deba ser cerrado sin tratamiento se deberá adjuntar el respaldo con la justificación correspondiente, esta justificación debe ser aprobada por el comité de Tratamiento de anomalías respectivo y se debe adjuntar el acta de la reunión.

7.4. ETAPA “ANALIZADO”

En esta etapa se presentará el análisis y sus conclusiones al Comité correspondiente para su aprobación, toda la información deberá estar cargada en la herramienta GRA.

En esta etapa se debe tener en cuenta que cuando las acciones correctivas vayan a ser implementadas en plazos mayores o iguales a 6 meses, se deben tomar acciones correctivas y/o preventivas a corto plazo, de manera que se garantice que mientras se llega a la última acción se minimice la posibilidad de que la anomalía vuelva a ocurrir en la empresa.

Para la asignación de plazos acciones correctivas y preventivas se deben tomar en cuenta

los siguientes parámetros:

- Compra y contratación de materiales o servicios: 1 año y medio aproximadamente.
- Cambio de equipo o herramienta operativa: De acuerdo a programación de intervenciones o parada de planta programadas.
- Implementación de una nueva sistemática: 6 meses aproximadamente.
- Implementación de un cambio en una sistemática: 3 meses aproximadamente.
- Capacitaciones o inducciones internas: 3 meses aproximadamente (de acuerdo a coordinación con la Gerencia de Talento Humano).

- Capacitaciones externas que requieran presupuesto: 1 año aproximadamente.
- Para acciones con plazos de ejecución mayores a 1 año se deberán establecer acciones intermedias de seguimiento que permitan verificar que se llegará al objetivo trazado.
- Acciones que requieran el desarrollo de un estudio o proyecto deberá previamente registrarse una SEP y ser priorizados según procedimiento PG-2-ING-13 ADMINISTRACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS, además de elaborar un cronograma de desarrollo tomando en cuenta lo establecido en procedimiento PP-2-ING-14 ELABORACIÓN DE PROYECTOS.

Nota: No todos los estudios o proyectos requerirán la reunión de priorización de proyectos, cuando estos son de bajo impacto en uso de recursos podrán ser incluidos automáticamente como prioritarios.

En esta etapa también debe considerarse que cuando se realice el análisis de una anomalía todas las áreas implicadas en la misma deben participar y en caso de que en el desarrollo de la reunión se verifique que otra unidad forma parte de las causas contribuyentes a la anomalía, se deberá reprogramar una nueva reunión de manera que la unidad que no estaba considerada inicialmente sea invitada al nuevo análisis y se garantice que todas las unidades estén presentes y queden conformes con el análisis y las acciones propuestas.

Es responsabilidad del Coordinador del RA una vez realizado en análisis informar y validar las acciones y fechas con responsables definidos antes de que el RA esté en etapa de análisis aprobado, con el objetivo de asegurar que las acciones puedan ser ejecutadas.

En caso de que el análisis no sea aprobado el Gestor y/o Coordinador del RA, podrán realizar cambios en el RA, es decir, podrá cargar nuevamente el archivo correspondiente con el nuevo análisis y nuevas acciones.

7.5. ETAPA “ANÁLISIS APROBADO”

En esta etapa se deben cargar las evidencias de todas las acciones antes del cumplimiento del plazo fijado.

El gestor debe aprobar o rechazar cada una de las acciones (un plazo no mayor a 10 días hábiles) implementadas por los responsables de las mismas. En caso de rechazar alguna acción se debe justificar claramente el motivo.

En caso de que las evidencias sean rechazadas por el Gestor, el sistema GRA notificará al responsable de las acciones, para que la evidencia sea revisada y cargada nuevamente, hasta que sea validada por el Gestor.

En caso de que una acción no se pueda realizarse por variables externas, se debe cargar la justificación correspondiente y ésta debe ser validada por el Gestor del RA.

En esta etapa, El Gestor del RA debe definir la fecha para la verificación de la efectividad de las acciones, la fecha debe ser posterior a la implementación de las acciones y adicionado el tiempo mínimo y coherente que permita verificar la efectividad de las acciones (tres meses como mínimo para realizar dicha verificación) se debe considerar el tiempo que duraría un ciclo de este proceso.

7.6. ETAPA “IMPLEMENTADO”

En esta etapa, el Gestor debe verificar que la anomalía no haya vuelto a ocurrir antes de pasar a la etapa de Cierre de la misma.

7.7. ETAPA DE “CIERRE”

Una vez cumplida la fecha de verificación de la efectividad, el Gestor debe realizar la evaluación de la efectividad de las acciones implementadas con el objetivo de definir si el tratamiento fue Efectivo o Inefectivo y registrar la justificación.

Para la Verificación de la efectividad de las acciones tomadas se debe colocar como evidencia actas (en la Herramienta SIAR) que pueden, si aplica, incluir informes, indicadores o fotografías que especifiquen y garanticen que las acciones correctivas y preventivas han sido efectivas.

Los criterios de verificación de efectividad de la anomalía se describen de la siguiente manera:

- a) Si al evaluar el resultado de las acciones implementadas, se concluye que se eliminaron las causas básicas **y la anomalía no volvió a ocurrir**, la misma debe ser **cerrada con Tratamiento Efectivo**.
- b) Si al evaluar el resultado de las acciones se concluye que NO se eliminaron las causas básicas y la anomalía vuelve a ocurrir, o una de las acciones no se pudo cerrar por factores externos entonces la anomalía debe ser **cerrada con Tratamiento Inefectivo**.

En el caso que el RA sea **cerrado con Tratamiento Inefectivo**, inmediatamente la herramienta GRA creará la versión siguiente del mismo RA y el gestor deberá volver a realizar nuevamente al ciclo completo hasta que el RA sea cerrado con Tratamiento efectivo.

8. ESPECIFICAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DETRABAJO NO CONFORME DE LA UNIDAD DE LABORATORIO, POR ACREDITACION DE LA ISO 17025

Un trabajo no conforme es aquel servicio realizado que no cumple con los propios procedimientos establecidos por el laboratorio y/o no satisface los requisitos del cliente. Los trabajos no conformes se pueden presentar en: quejas, control de calidad, calibración de instrumentos, control de consumibles, supervisión de personal, informes de resultados, revisiones por la dirección, auditorías internas o externas, etc.

El Gerente Técnico o el Supervisor de Calidad tiene la responsabilidad y autoridad para gestionar el trabajo no conforme detectado y las acciones requeridas, evaluar su importancia, coordinar que la corrección se realice inmediatamente, tomar decisiones respecto a su aceptabilidad o rechazo, notificar al cliente (de ser necesario), detener, repetir, anular o reanudar el servicio realizado o los informes de resultados emitidos.

El trabajo no conforme puede ser identificado por cualquier miembro del personal del laboratorio.

QUÉ	QUIÉN	COMO	CUÁNDO
-----	-------	------	--------

Identificación del TENC	<p>Cliente Interno, Cliente externo</p> <p>Técnicos</p> <p>Supervisor de Calidad</p> <p>Jefatura de LAB</p>	En cualquier parte del proceso de análisis, reporte de resultados, resultados de inter comparación, etc.	Cuando se identifiquen cualquier desvío respecto del trabajo de ensayo, o un resultado de estos ensayos, no estén conformes con los procedimientos, con los requisitos acordados con el cliente, o no cumplan especificaciones del producto
Descripción del TENC	<p>Técnicos</p> <p>Supervisor de Calidad</p> <p>Jefatura de LAB</p>	Mediante análisis del TENC	Cuando se tenga definido el desvío de TENC.
Asignación de responsabilidades y autoridades para la gestión del TENC	Jefatura de LAB o el supervisor de calidad	<p>El Gerente Sectorial o el supervisor de calidad definirán el responsable asignado, para la gestión del TENC</p> <p>Mediante correo electrónico o llenado de registro de anomalía</p>	Cuando se tenga definido el desvío de TENC.
Definición de acciones	Jefatura de LAB o supervisor de calidad	El Gerente sectorial o supervisor de calidad, Definirán las acciones a tomar.	Según se defina la situación y la magnitud del desvío
Detención del trabajo y retención de informes de ensayo	Jefatura de LAB o supervisor de calidad	El Gerente sectorial o supervisor de calidad, al momento de detectar un desvío en calidad, de manera inmediata y según sea necesario se deberá detener el trabajo, se analiza el impacto y se deberá retener los informes de ensayos	Según se defina la situación y la magnitud del desvío
Evaluación de la importancia del TENC	Responsable asignado , supervisor de calidad o Jefatura de LAB	Se evaluará la importancia del TENC, en una análisis de impactos sobre resultados previos	Según se defina la situación y la magnitud del desvío

Corrección para el TENC	Responsable asignado , supervisor de calidad o Jefatura de LAB	Responsable asignado , supervisor de calidad o el gerente Sectorial deberán gestionar la corrección inmediata del desvío y tomar una decisión respecto de la aceptabilidad de los trabajos no conformes	Luego de haber hecho la evaluación del TENC
Notificación al Cliente	Gerente sectorial o supervisor de calidad	Según la evaluación del TENC y de ser necesario se notificará al cliente y se anulará el trabajo	Luego de haber hecho la evaluación del TENC
Reanudación del trabajo.	Responsable asignado , supervisor de calidad o Jefatura de LAB	Luego de haber subsanado el desvío se define la responsabilidad por parte del gerente de laboratorio o supervisor de calidad para reanudar el trabajo	Luego de haber subsanado el desvío
Acciones Correctivas y Preventivas sobre TENC	Responsable asignado , supervisor de calidad o Jefatura de LAB	Cuando la evaluación indique que el TENC podría volver a ocurrir o existan dudas sobre el cumplimiento de las operaciones del laboratorio con sus propias políticas y procedimientos, se registrará un RA para encontrar la causa básica del desvío y toma de acciones correctivas y preventivas	Luego de ver el impacto y la probabilidad de repetición del desvío.

8. 1. ENSAYO NO CONFORME EN UNA INTERCOMPARACIÓN

Tal y como se señala en el procedimiento PE-2-LAB-2 Aseguramiento de la validez de los resultados generados por el laboratorio, en caso de producirse un desvío del resultado del inter comparación en un valor ≥ 3 sigma o que se encuentre en la zona de duda ≥ 2 Sigmas, se procederá a realizar el análisis de TENC según indica el punto 7.4.1. y se procederá a registrar un RA, en el cuál se analizarán las causas o la causa raíz del ensayo no conforme

en base a una sistemática establecida por ASTM que nos permita evaluar de manera global las posibles causas de la siguiente manera:

QUE	QUIEN	COMO
Documentar el desvío.	Gerente Técnico, Supervisor de Calidad.	Documentar el Incidente en el GRA para evitar la reincidencia en el futuro.
Verificar Procedimiento	Signatarios y Supervisor de Calidad.	Repasar el procedimiento de la prueba y asegurarse que la versión utilizada sea la última. Comprobar el procedimiento con el analista.
Comprobar la Calibración del instrumento o equipo.	Signatarios y Supervisor de Calidad.	Revisando los certificados y efectuando una verificación.
Verificar Estadística de resultados.	Signatarios y Supervisor de calidad.	Verificar los indicadores para constatar si los resultados fueron desviando en el tiempo.
Detectar posibles errores en los datos.	Signatarios y Supervisor de Calidad.	Verificando posibles errores en el registro de datos, errores de cálculo y de transcripción.
Reanalizar la muestra, Verificar.	Signatarios.	Volver a analizar la muestra de la Inter comparación y verificar la capacidad de repetición de los resultados.
Verificar la Integridad de la Muestra	Signatarios	Comprobando homogeneidad, la posible contaminación de la misma y que se haya analizado un espécimen representativo.
Verificar la Calidad del Material de Referencia.	Signatarios	Comprobar la calidad de los materiales utilizados frente a similares para verificar su vigencia.
Verificar la Operación del Equipo o Instrumento.	Signatarios y Supervisor de Calidad.	Con el manual de operación verificar que se opera correctamente en el sitio.
Solicitar Mantenimiento	Signatarios, Supervisor de calidad.	Si es necesario, ponerse en contacto con proveedor o fabricante para el mantenimiento reparaciones.
Proporcionar Entrenamiento	Supervisor de Calidad	Proporcionar entrenamiento de refresco a los analistas experimentados para fijar nuevamente conceptos.

ANEXOS

NRO	ANEXO	TITULO DEL ANEXO
1	ANEXO A	ANEXO A CATEGORIZACION DE ANOMALÍAS REV 03 VF.XLSX
2	ANEXO B	ANEXO B - ARBOL DE CAUSAS-.XLS
3	ANEXO C	ANEXO C -ESPINA DE PESCADO-.DOC
4	ANEXO D	ANEXO D - TÉCNICA 5 POR QUÉ--.DOC
5	ANEXO E	ANEXO E - CATEGORIZACIÓN DE ACCIDENTES-.XLSX
6	ANEXO F	ANEXO F - OCURRENCIA ANORMAL OPERATIVA-.DOCX
7	ANEXO G	ANEXO G MANUAL DEL USUARIO GESTION DE REGISTROS DE ANOMALIAS.DOCX

REGISTROS

NRO	REGISTRO	TITULO DEL REGISTRO
1	RG-160-A-PG-1-DGSMS-102	TRATAMIENTO DE ENSAYOS NO CONFORMES - LABORATORIO

REGISTROS COMPLEMENTARIOS

No Aplica.

SUMARIO DE REVISIONES

REVISION	FECHA	DESCRIPCION
A	30/11/2021	Emisión original
B	07/03/2022	<p>En el punto 4.1. se elimina la NOTA 3.</p> <p>Se adecuó la redaccion de la NOTA 4: <u>Los desvíos críticos o sistémicos</u> serán registrados únicamente por personal, SST en ambas refinerías de acuerdo a las estadísticas de registros del GAP.</p> <p>Se adecuo la redaccion de la definicion de Comité de Gestión Gerencial: Grupo multidisciplinario de personas de la Alta Dirección o personal delegado por ellos, que son responsables de la validación de los análisis según solicitud.</p> <p>Se incluye NOTA 5: <i>En caso de que el comité de Gestión Gerencial, rechace el análisis o algunas de las acciones, DGSMS volverá el RA a la etapa de ANALIZADO para realizar los cambios que sean solicitados.</i></p>

Este documento sin el sello de "COPIA CONTROLADA" se constituye en "COPIA PARA DIVULGACION" y se debe consultar a YPFB Refinación S.A. para verificar su vigencia.

		<p><i>SE adecuaron las siguientes definiciones:</i></p> <p>Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo: Grupo multidisciplinario de Gerentes Operativos en ambas refinerías.</p> <p>Comité de Tratamiento de Anomalías de Facilitadores: Grupo multidisciplinario de personas designadas de cada unidad organizativa de ambas Refinerías (Facilitadores SGI u otra persona designada).</p> <p><i>En el punto 4.2. SIGLAS, se incluye:</i></p> <p>GAP: Gestión de Auditorías de Prevención</p> <p><i>En el punto 5. RESPONSABILIDADES, Se incluye:</i></p> <p>- Gestor del RA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Asegurarse de que la anomalía registrada en su unidad no sea recurrente</i> • <i>Reasignar a los responsables de las acciones según sea necesario previo consenso.</i> <p>Coordinador del RA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Presentar los avances de los análisis de las anomalías en el Comité de Tratamiento de Anomalías respectivo, en caso de que por la naturaleza de la misma no pueda realizarse en el tiempo mínimo hasta la siguiente reunión de Comité de Tratamiento de Anomalías que corresponda.</i> • <i>Revisar la Herramienta GRA para asegurarse de que la anomalía registrada NO es recurrente.</i> • <i>Debe ser moderador de la reunión de análisis, motivador a la participación y sobre todo asegurarse de que la anomalía se investigue a profundidad para evitar su recurrencia.</i> <p><i>Se adecuo la redaccion del Comité Tratamiento de anomalías Operativo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprobar o rechazar los análisis de causas de: No Conformidades Operativas de las Auditorías Internas de los sistemas de Gestión certificados y acreditados; No Conformidades Operativas de las Auditorías externas de los sistemas de Gestión certificados y acreditados (los que se presentarán para validación en Comité de Gestión Gerencial); queja de clientes operativos; Incumplimiento de procedimientos operativos; Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I, Nivel II e Incidentes (Casi accidente) de Seguridad de procesos y accidentes clase 3
--	--	--

		<p>y 4; Enfermedades Ocupacionales y Fallas Mayor y Critica, los Gerentes Administrativos serán convocados según requerimiento, de acuerdo a la Anomalía que deba ser aprobada en el comité.</p> <p>Se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a DGSMS si se tuvieron RA de No Conformidades Operativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I y Nivel II) y Ocurrencias Anormales de SMS (accidentes clase 3, 4 y Enfermedades Ocupacionales); Incumplimientos Legales y Falla (Fallas Mayor y Critica) para que sean agendados en el Comité de Gestión Gerencial para su validación. • Gestionar la presentación en el comité de Gestión Gerencial de las No Conformidades Operativas <u>de Auditorías Externas del SGI</u>, Ocurrencias Anormales Operativas (Nivel I y Nivel II) y Ocurrencias Anormales de SMS (accidentes clase 3, 4 y Enfermedades Ocupacionales); Incumplimientos Legales y Falla (Fallas Mayor y Critica) que hayan sido agendadas. <p>Comité de Tratamiento de Anomalías de Facilitadores: Se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a DGSMS si se tuvieron RA de No Conformidades Administrativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencia Anormal de SMS (Incidentes y Accidentes Clase 1 y 2) y Falla (Falla Menor) para que sean agendados en el Comité de Gestión Gerencial para su validación o formar un Comité especial para la validación respectiva. • Gestionar la presentación en el comité de Gestión Gerencial de las No Conformidades Administrativas de Auditorías Externas del SGI, Ocurrencia Anormal de SMS (Incidentes y Accidentes Clase 1 y 2) y Falla (Falla Menor) que hayan sido agendadas y requeridas. • Para los hallazgos de los sistemas de certificación de GRSCZ/MAN, GRCBA/MAN y acreditación de GRSCZ/INSP, GRSCZ/LAB y GRCBA/INSP se procederá de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Auditorías internas (no conformidades) serán presentados en Comité de Tratamiento de anomalías de Facilitadores ○ Auditorías externas (no conformidades) en el Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo. <p>Gerentes Operativos. -</p> <p>En caso que los análisis realizados con personal propio no lleguen a la causa básica y exista la posibilidad de que la anomalía vuelva a ocurrir, se gestionará la participación</p>
--	--	---

de los expertos técnicos externos en los análisis operativos.

Grupo de Análisis, se incluyen las siguientes notas:

NOTA 3: Los Participantes de los grupos de análisis deben ser totalmente competentes y especialistas en la anomalía registrada. Si durante el análisis no se encuentran las personas idóneas, el mismo se debe postergar hasta que se encuentren las personas necesarias y competentes para llegar a la(s) causa(s) que originaron la anomalía, con la finalidad de que la misma no vuelva a ocurrir.

NOTA 4: No se deben colocar acciones correctivas ni preventivas antes de encontrar la o las causas básicas que originaron la anomalía.

NOTA 5: Se debe realizar un relevamiento previo para y llegar a la reunión de análisis con información de lo ocurrido y que originó la anomalía.

NOTA 6: Las personas que comienzan el análisis de la anomalía deben permanecer en el grupo hasta la conclusión del mismo y deben participar las veces que sean necesarias, exceptuando a los especialistas que hayan sido convocados en el interin del análisis.

Responsable de Acciones, se incluye:

- En caso de que una acción sea rechazada, el responsable debe cargar la evidencia correcta según indicación del gestor.

7. DESARROLLO

En la **TABLA 1: Proceso de Gestión de Anomalías**, se incluye:

En la etapa Revisión del Registro en GRA: Una vez recibida la notificación de la anomalía mediante correo electrónico, **El gestor tiene 7 días calendario** para realizar esta actividad.

		<p>En la etapa de Cierre sin tratamiento: El Gestor debe presentar la necesidad de cierre sin tratamiento en el Comité de Tratamiento de Anomalías respectivo, para que se tenga esta definición en el Acta de Reunión respectiva como respaldo.</p> <p>En la etapa de Definición de plazo para verificación de la efectividad y cierre del registro de implementación: Luego de verificada la última acción, se deberá definir un plazo razonable para verificar que la anomalía no se ha repetido (tres meses como mínimo).</p> <p>En la Etapa Verificación de la efectividad: Verificación de que la anomalía no se haya repetido adjuntando un acta en la herramienta SIAR en la que se evidencie que las acciones correctivas y preventivas han sido efectivas, se pueden incluir, si aplica, informes, indicadores o fotografías.</p> <p>7.6 ETAPA IMPLEMENTADO: se incluye: el Gestor debe verificar que la anomalía no haya vuelto a ocurrir antes de pasar a la etapa de Cierre de la misma.</p> <p>7.7. Se redacta de manera mas clara los dos tipos de cierre: Efectivo o Infeectivo.</p>
C	16/08/2022	<p>SE VA INTEGRAR AL PROCEDIMIENTO PG-1-DGSMS-102-B TRATAMIENTO DE ANOMALIAS EN YPFB REFINACION S.A. EL MANUAL MT-1-DGSMS-109-B GESTION DE REGISTRO DE ANOMALIAS -GRA- MANUAL DEL USUARIO COMO UIN ANEXO (ANEXO F)</p> <p>NO SE MODIFICÓ EL PROCEDIMIENTO, SOLO SE AGREGA UN ANEXO Y SE LO MENCIONA EN EL DOCUMENTO..</p>
D	14/10/2022	<p>Se incluyeron los siguientes puntos:</p> <p>8. ESPECIFICAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE <u>TRABAJO NO CONFORME DE LA UNIDAD DE LABORATORIO, POR ACREDITACION DE LA ISO 17025</u></p> <p>8. 1. ENSAYO NO CONFORME EN UNA INTERCOMPARACIÓN</p> <p>Se incluyó el Registro: RG-160-A-PG-1-DGSMS-102 TRATAMIENTO DE ENSAYOS NO CONFORMES - LABORATORIO</p>
E	18/01/2023	<p>En el punto 5. RESPONSABILIDADES, se incluyó lo siguiente:</p>

		<p>Gestor del RA</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de accidente / incidente de personas, debe gestionar que se priorice la conformación de grupo de análisis y su presentación en el comité respectivo. <p>DGSMS</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar y presentar indicadores de GRA del proceso de tratamiento de anomalías de toda la empresa según sea requerido. Generar los reportes de los incumplimientos a los plazos de las acciones en los RA en las Reuniones de Análisis Crítico de RSCZ y RCBA; así como en Comité de Gestión Gerencial, según requerimiento gerencial. <p>Y de Comité de Tratamiento de Anomalías Operativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se eliminó: El acta de los incumplimientos de los RA en sus diferentes etapas por parte de los gestores, se reportarán con copia sus niveles superiores después de cada reunión
--	--	---

LISTA DE DISTRIBUCION

DAL/PTO, DAL/SAL, DGSMS/MARSE, DGSMS/SSTLO, DGSMS/SSTSC, DTH/GETH, DTI/DES, DTI/INFRA, GAF/CONT, GAF/PRTE, GCO/COBI, GCO/COSE, GCO/GPYA, GDV/LUPE, GDV/OPDI, GDV/SERV, GDV/VENT, GGL, GGL/CEM, GGL/DAI, GGL/DAL, GGL/DGSMS, GGL/DTH, GGL/DTI, GGL/GAF, GGL/GCO, GGL/GDV, GGL/GPL, GGL/USP, GGL/UTR, GPL/DDN, GPL/PLES, GPL/PPRT, DGSMS/SSTCB, DTH/UTH, GAF/ADMC, GGL/GRCBA, GRCBA/CAR, GRCBA/INSP, GRCBA/LAB, GRCBA/LUB, GRCBA/LUB/LUT, GRCBA/SET, ING, MAN, MAN/MEC, MAN/MEI, GGL/GRSCZ, GRSCZ/CAR, GRSCZ/ING, GRSCZ/MAN, GRSCZ/MAN/MEC, GRSCZ/MAN/MEI, GRSCZ/SET, INSP, LAB

FECHA DE ANALISIS CRITICO

La próxima fecha de análisis crítico es **05/08/2025**