

**DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES PARA LA INTEGRACION
DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DEL SOCORRO**

JOSUÉ CALA CALVETE

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2018

**DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES PARA LA INTEGRACIÓN
DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DEL SOCORRO.**

JOSUE CALA CALVETE

**Proyecto de Grado presentado para optar
El Título: Especialista en Gestión Pública**

Director

**JORGE FIGUEROA VARGAS
MSc. en Dirección de Empresas**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2018

AGRADECIMIENTOS

El Autor expresa sus agradecimientos a:

A Dios, por su guía y sabiduría para alcanzar la meta propuesta.

Directivos, Docentes y Administrativos de la Universidad Industrial de Santander Seccional Socorro, por permitirme cursar en este claustro Universitario los estudios de Especialización en Gestión Pública.

Al Ingeniero Jorge Figueroa Vargas Director del Proyecto, por sus aportes y orientaciones, que me permitieron realizar este trabajo.

A la Gerencia y a los Líderes de los Sistemas de Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, por permitirme realizar el trabajo en la entidad y brindarme información y orientación para llevar a cabo el Diagnóstico.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1 PREGUNTA DEL PROBLEMA	17
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
4. MARCO DE REFERENCIA.....	22
4.1 ANTECEDENTES.....	22
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	24
4.2.1 Reseña Histórica de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán.....	24
4.2.2 Misión.....	24
4.2.3 Visión	24
4.2.4 Objetivos Institucionales	25
4.2.5 Estructura de la Entidad.....	25
4.2.6 Filosofía de la Gestión de la Entidad	26
4.2.7 Portafolio de Servicios de la Entidad	30
4.3 MARCO TEORICO	31
4.3.1 La importancia de un Sistema Integrado de Gestión	31
4.4 MARCO CONCEPTUAL	33
4.4.1 Sistemas Integrados de Gestión.....	33
4.5 MARCO LEGAL Y NORMATIVO	34

4.5.1 Constitución política de 1991	34
4.5.2 Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios.....	37
5. METODOLOGIA	39
5.1 MUESTRA POBLACIONAL	40
5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
5.3 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	40
5.4 ANALISIS DEL CONTEXTO DE LA ENTIDAD (NIVEL DE MADUREZ EN EL USO DE LOS SISTEMAS).....	46
5.4.1 Nivel de Madurez o capacidad para la gestión por procesos.....	47
6. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE GESTION EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	48
6.1 ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS EN LA ENTIDAD	49
6.1.1 Estado Actual del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad.....	49
6.1.1.1 Principios de la gestión de la calidad	50
6.1.2 Estado Actual del Sistema de Gestión Ambiental en la entidad.....	59
6.1.2.1 Grupo de Gestión Ambiental.....	60
6.1.3 Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional	67
6.2 PROCESOS DE LA ENTIDAD INVOLUCRADOS EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN Y SU DOCUMENTACIÓN (MAPA DE PROCESOS) PARA TODOS LOS SISTEMAS.....	74
6.3 NIVEL DE RIESGOSQUE SE PUEDEN PRESENTAR ASOCIADOS A LA INTEGRACION DE LOS SISTEMAS EN LA ENTIDAD	75
7. RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL HOSPITAL.....	77
7.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS A CONSEGUIR	77
7.2 VENTAJAS DE CONTAR CON UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTION ...	78

7.3 SELECCIÓN DEL NIVEL DE INTEGRACIÓN ADECUADO A LAS POSIBILIDADES DE LA ORGANIZACIÓN.....	80
7.3.1 Método básico.....	82
7.3.2 Método avanzado	82
7.3.3 Método experto	82
7.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS SEGÚN LA NORMA UNE 66177:2005	83
7.5 PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE LA ALTA DIRECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS	89
7.6 PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL	89
7.7 COORDINACIÓN, COMUNICACIÓN, IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL AFECTADO	80
7.8 PROPUESTA PARA LA UNIFICACION DE LAS POLITICAS DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE LA ENTIDAD.....	81
7.9 PROPUESTA PARA LA REDEFINICIÓN DE LOS PROCESOS Y DOCUMENTACIÓN ASOCIADA	81
8. CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	89

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2. Diferencias entre las Normas ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001	21
Tabla 3. Portafolio de Servicios ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	30
Tabla 4. Resultados encuesta sistema gestión de la calidad ISO 9001:2015.....	42
Tabla 5. Resultados encuesta sistema gestión ambiental ISO 14001:2015	43
Tabla 6. Resultados encuesta sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional OHSAS 18001:2007	44
Tabla 7. Matriz Plurianual del Plan de Desarrollo institucional 2016 – 2020.....	54
Tabla 8. Estado Actual del Sistema de Gestión de la Calidad basado en los criterios de la norma ISO 9001:2015	56
Tabla 9. Estado Actual del Sistema de Gestión Ambiental en la entidad basados en los criterios de la norma ISO 14001: 2015	65
Tabla 10. Estado actual del sistema seguridad y salud ocupacional en la entidad teniendo en cuenta los criterios de la norma OHSAS 18001:2007	71
Tabla 11. Responsables de cada proceso en la entidad	75
Tabla 12. Niveles de evaluación según la norma.....	86
Tabla 13. Método para evaluar el parámetro de madurez	87

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estructura de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro	26
Figura 2. Mapa de Procesos ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	74
Figura 3. Estructura de la norma. Aplicación del Ciclo de Mejora continua al proceso de Integración de Sistemas de Gestión.....	80
Figura 4. Diagrama de Flujo para identificar el método de integración	85
Figura 5. Diagrama para determinar método de integración.....	88
Figura 6. Estructura aprobada	90
Figura 7. Estructura Propuesta	80
Figura 8. Interrelación entre los sistemas de gestión para la operación del Hospital	80
Figura 9. Propuesta actualización Mapa.....	82

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta diagnostico sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015 ESE Hospital Regional Manuela Beltrán.....	89
Anexo B. Encuesta diagnostico sistema de gestión ambiental ISO 14001:2015 ESE Hospital Regional Manuela Beltrán.....	98
Anexo C. Encuesta diagnostico sistema de gestión seguridad y salud ocupacional OHSAS 18001:2007 ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	103

RESUMEN

TITULO: DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DEL SOCORRO.*

AUTOR: CALA CALVETE, Josué.**

PALABRAS CLAVE: Sistemas de Gestión, Integración.

DESCRIPCION:

La monografía “DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DEL SOCORRO”, se fundamenta en la importancia de la implementación de los sistemas de gestión de una manera integral en este caso en una entidad prestadora de servicios en salud.

Para su desarrollo se realizó el diagnóstico de la situación actual de la Entidad, visitando cada una de las áreas de la entidad, enfocando el trabajo en el sistema de gestión de la calidad, sistema ambiental, y el sistema de seguridad y salud en el trabajo. El diagnóstico se fundamentó para su ejecución en las normas internacionales ISO 9001, 14000 y 18000 y de igual manera la norma española UNE 66177 con lo cual se pudo determinar el estado en el cual se encuentra la entidad en cuanto a la implementación de los sistemas integrados de gestión.

Una vez realizado el trabajo de recopilación de información mediante visitas de campo, aplicación de encuestas, seguimiento a procesos, se analizó la información y se pudo determinar las fortalezas, debilidades y oportunidades de la Institución y con dicha información se pudieron ofrecer recomendaciones y sugerencias que de ser implementadas por parte de la Empresa Social del Estado, brindarían herramientas propicias para el desempeño laboral de los trabajadores, mejoramiento en cada uno de los procesos recomendados y resultados satisfactorios que irán en beneficio de usuarios internos y externos e imagen de la Institución.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director Jorge Figueroa Vargas, Msc. En Dirección de Empresas

ABSTRACT

TITLE: DIAGNOSIS AND RECOMMENDATIONS FOR THE INTEGRATION OF MANAGEMENT SYSTEMS OF THE SOCIAL ENTERPRISE OF THE REGIONAL*

AUTHOR: CALA CALVETE, Josué.**

KEY WORDS: Management Systems, integration.

DESCRIPTION:

The monograph "DIAGNOSIS AND RECOMMENDATIONS FOR THE INTEGRATION OF MANAGEMENT SYSTEMS OF THE SOCIAL ENTERPRISE OF THE REGIONAL

HOSPITAL MANUELA BELTRÁN DEL SOCORRO", is based on the importance of the implementation of the management systems in a comprehensive manner; in this case: in a health service provider entity. For its development the diagnosis of the current situation of the Entity was made by visiting each one of the areas of the entity; focusing on the work of the quality of the management system; environmental system: and the safety and health system at work place. The diagnosis was based on its execution in the international standards ISO 9001,14001 and 18001 and likewise the Spanish standard UNE 66177, with which it was possible to determine the condition of the entity in terms of the implementation of integrated management systems.

Once the work of the gathering of information was done through field visits, the application of surveys and follow-up on processes, the information was analyzed and the institution's strengths, weaknesses and opportunities could be determined and with this information, recommendations and suggestions could be offered. If implemented by Social Enterprise of the State, they will provide appropriate tools for the worker's performance; improvements in each of the recommended processes and satisfactory results that will benefit internal and external users and also the image of the Institution.

* Bachelor Thesis

** Faculty of Human Sciences. School of Economics and Administration. Director Jorge Figueroa Vargas, Msc. In Business Management

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de gestión son instrumentos establecidos para desarrollar el cumplimiento de los objetivos de las instituciones, es ahí donde se fortalece el funcionamiento de las empresas, se optimizan los recursos en términos de eficiencia y eficacia, se identifican y establecen mecanismos que permiten minimizar el riesgo tanto para el ambiente físico, como también para quienes laboran y se enfrentan día a día con los riesgos que genera la labor desempeñada.

La articulación de los sistemas de gestión permite que la empresa trabaje sobre principios de planeación para conseguir objetivos propuestos, pero la integración de la calidad, el sistema de gestión ambiental y el de seguridad y salud ocupacional, determina la obtención de resultados en los cuales la unión de los sistemas será el fundamento que proporcione mejores resultados.

En el análisis a realizar se identifica: duplicidad de actividades, responsables de procedimientos y procesos y trabajo articulado, la finalidad del funcionamiento de los sistemas de gestión, es el mejoramiento de los servicios prestados, bajo las directrices y recomendaciones que se pretenden brindar a la institución.

El presente proyecto es un estudio para realizar el “Análisis del Sistema Integrado de Gestión de la Empresa Social del estado Hospital Regional Manuela Beltrán de Socorro Santander”.

Estudio que permite diagnosticar la situación actual de los Sistemas de Gestión (Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo y Gestión Ambiental), evaluar y determinar cuál ha sido el comportamiento durante su implementación y su incidencia en la calidad de los servicios que presta la entidad.

El estudio también debe permitir analizar aspectos relevantes de los sistemas, mostrando la importancia de la integralidad de los mismos, como medio estratégico en busca de mejoras para la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y económicos.

Con el presente estudio lo que se busca es dejar a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro un diagnóstico de la situación actual de los Sistemas de Gestión existentes, para que se desarrollen un Modelo de Sistema Integrado en Gestión de la Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental de acuerdo a las normas ISO 9001:2015, ISO 14000:2015 Y OSHAS 18001:2007.

Estas normas ayudan a mejorar los procesos de calidad al igual que los procesos de control de los recursos naturales con un mejor ambiente de trabajo para los colaboradores que intervienen en la prestación de los servicios del hospital.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, fue creada mediante Decreto Departamental No. 00436 de diciembre 12 de 2007, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander.

En ejercicio de sus fines, se encuentra el de prestar servicios de salud, de primer, segundo y tercer nivel de complejidad a la población de la Provincias Comunera, Guanentina, Véleña y su área de influencia, adicionalmente presta servicios a los habitantes de los Municipios de Landázuri, Santa Helena los cuales corresponden a la provincia de Carare Opón, atendiendo aproximadamente a 350.628 habitantes.

La entidad tiene establecido el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Sistema de Calidad, y el Sistema de Gestión Ambiental, cada sistema tiene un líder a cargo, pero entre ellos no existe articulación en el desarrollo de los procesos y las actividades que se llevan a cabo en la entidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad influye directamente en la prestación de los servicios, el no cumplimiento de los indicadores, los procedimientos y los protocolos establecidos disminuye la productividad en la prestación de estos y el cumplimiento de las metas trazadas.

No existen procesos de inducción y capacitación articulados entre los sistemas, ni evaluación y seguimiento que permitan la integralidad del mismo, cada líder trabaja y orienta sus actividades de manera independiente y de acuerdo a las funciones establecidas por la entidad.

El Sistema de Gestión Ambiental no lleva buenas prácticas ambientales enmarcadas en el control de los recursos, no se desarrollan programas internos que permitan cumplir con las normas y sus requisitos, que disminuyan el impacto al medio ambiente, y el uso inadecuado de los recursos naturales.

Esta implementación de forma independiente de los sistemas, les resta eficiencia a los sistemas de gestión, generando problemas en la duplicidad de la información, aumento de costos, carga de trabajo, sumado a la no asignación de responsables en cada proceso.

Otro factor interno que afecta el desarrollo integral de los sistemas, es el tipo de contratación que realiza del personal que labora en la entidad, ya que esta se da por intermedio de agremiaciones Sindicales y Contratos de Prestación de Servicios, lo que genera de igual forma una alta rotación de personal, esto conlleva a que se presenten inconvenientes por la multiplicidad de contratos y que cada persona realiza las actividades siguiendo los lineamientos de la empresa contratista y en algunos casos desconociendo las directrices de la ESE.

1.1 PREGUNTA DEL PROBLEMA

La ESE Hospital Regional Manuela Beltrán no desarrolla la integralidad de los Sistemas de Gestión de la Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente

1. ¿Al realizar el diagnóstico y análisis de los Sistemas de Gestión (Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo, Gestión Ambiental) se obtiene la información base para la implementación del Sistema Integrado en la entidad que contribuirá a la mejora en la prestación de los servicios de salud?

2. ¿El Diseño y análisis del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo creará una cultura de prevención que buscará mejorar un ambiente laboral para los trabajadores expuestos al riesgo en la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán?
3. El Diseño del Sistema de Gestión del Medio Ambiente ayudará a la conservación de los recursos naturales utilizados para la prestación de los servicios de la ESE conservando el medio ambiente.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar el Diagnostico y formular recomendaciones para la integración de los Sistemas de Gestión de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir cómo operan en la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán los sistemas de gestión (calidad, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental)
- Evaluar la implementación de los Sistemas de Gestión de la Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental bajo las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 Y OHSAS 18001:2007 sobre los grupos de interés.
- Formular las Recomendaciones para la integración de los Sistemas de Gestión en el Hospital.

3. JUSTIFICACIÓN

Los Sistemas de Gestión son una herramienta útil para el logro de los objetivos en las entidades, estos llevan a la satisfacción de los clientes internos, externos y los usuarios, es así que su implementación se enmarca en la integralidad de los mismos que debe comenzar por saber la situación actual de la entidad frente al cumplimiento de lo dispuesto en las normas técnicas de cada sistema de Gestión.

Integrar los Sistemas de Gestión, es un reto para la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, ya que estos interrelacionados permiten el logro de los objetivos, aumenta las utilidades, mejora la prestación de los servicios, mejora las condiciones de salud de los trabajadores, y el control de los recursos naturales.

Los procesos son el conjunto de actividades que mutuamente relacionados interactúan, son la base para la gestión y transforman los elementos de entrada en resultados.

Desde este enfoque, es necesario realizar el diagnóstico y evaluación de la situación actual de los Sistemas de Gestión implementados en la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, con el fin de que sirva como referente para iniciar el proceso de integralidad de los mismos, que permita dimensionar la real importancia, sus costos y beneficios en la entidad y la consecución de los objetivos y metas propuestas.

El Diagnóstico de los Sistemas de Gestión (Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental) es la fase inicial del proceso de integralidad de los Sistemas, el cual se convierte en la radiografía del ESE respecto al grado aplicación de las normas, corresponde a una serie de actividades de recolección de información sobre la entidad y el estado actual de los sistemas.

Realizarlo es conveniente para la entidad porque permite reconocer las diferencias existentes entre lo que la entidad tiene y lo que debería tener frente a los requisitos de las normas y se convierte en el insumo inicial para la integralidad de los sistemas en la ESE.

Tabla 1. Diferencias entre las Normas ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001

	ISO 9001	ISO 14001	ISO 18001
Campo objeto de estudio	Se ocupa de la gestión de calidad	Se ocupa de la gestión del medio ambiente	Se ocupa de la gestión de la seguridad y salud en el lugar de trabajo
Requisitos y reglamentos a seguir	Obliga a cumplir los requisitos reglamentarios que pueden afectar a la calidad	Estipula el compromiso de cumplir la legislación medioambiental relevante, las regulaciones y los códigos industriales vigentes	Obliga a cumplir la legislación y reglamentos destinados a eliminar o minimizar el riesgo de los empleados y otras partes interesadas que puedan estar expuestas a riesgos asociados con la actividad de la empresa
Identificación de impactos significativos en la organización		Estipula el compromiso de cumplir la legislación medioambiental relevante, las regulaciones y los	Si requiere
Preparación y respuesta ante emergencia	No requiere	Si requiere	Si requiere

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES

La E.SE. Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro, está ubicada en la Carrera 16 No. 9-53 del municipio del Socorro, fue creada mediante Decreto No. 00436 del 12 de diciembre de 2007, como entidad Prestadora de Servicios de I, II, III Nivel de Complejidad, brinda servicios de protección específica, demanda inducida, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con seguridad, oportunidad, responsabilidad, asegurando el equilibrio financiero y rentabilidad social ofreciendo servicios de alta tecnología y garantizando la calidad de la atención con personal competente, motivadas y altamente comprometidas, participando en la formación y actualización del talento humano del sector salud en el marco de los convenios docencia - servicios e investigación con Instituciones educativas de carácter nacional tanto públicas como privadas.

Actualmente para la entidad es indudable que los aspectos vinculados a la Calidad, el Medio Ambiente y la Salud y Seguridad en el trabajo se encuentran relacionados e interdependientes, de modo que no atender uno, repercute forzosamente en los otros.

Esto tiene una explicación al advertirse el origen común de estos tres aspectos, ya que tanto cumplir con los requisitos del cliente, mantener un desempeño sustentable respecto del Medio Ambiente y asegurar la Salud y la Seguridad en el Trabajo del personal son el resultado de un trabajo bien hecho, de forma tal que los defectos, impactos ambientales y los accidentes y enfermedades laborales significan que las cosas no se están haciendo bien.

Esto lleva a que la organización busque alternativas que estén orientadas a lograr un único sistema de gestión integrado. Al respecto, en el ámbito académico se han publicado investigaciones que analizan los aspectos más relevantes sobre la integración de sistemas de gestión, basados principalmente en la definición de Sistema Integrado de Gestión (SIG), la metodología de integración, los niveles de integración de la empresa y sus ventajas y desventajas.

Entre las investigaciones realizadas por expertos, los aportes más destacados se encuentran los siguientes:

Aportes en Integración de Sistemas de Gestión	
<i>Único sistema formado por subsistemas de función específica que pierden completamente sus identidades únicas: "sistema de sistemas"</i>	Karapetrovic y Willborn (1998)
<i>Plantea 14 reglas para la integración, destacando importancia del compromiso de gerencia, decisión del tipo de SIG y objetivos comunes. Bases del SIG: política, programas, procedimientos y planificación, comunes para toda la organización</i>	Winder (2000)
<i>Dos categorías: sistemas de gestión y auditorías, con el objetivo de aumentar el rendimiento de la empresa. Tres niveles de integración: documentación, alineación de procesos clave, objetivos y recursos, y sistema "todo en uno"</i>	Karapetrovic (2002)
<i>Integración proporciona sinergias y ahorros para la organización. Dos niveles: alineación estándares e integración en un único sistema. Tres modelos de integración: por procesos, PDCA y armonizando, alineando e integrando los diferentes de sistemas de gestión</i>	Karapetrovic y Jonker (2003)
<i>Combinación de sistemas de gestión basado en análisis de los procesos clave y definición elementos comunes: comprensión de las actividades productivas, planificación sistemática, implementación, control, auditoría y mejora</i>	Fresner y Engelhardt (2004)
<i>Tres niveles integración: correspondencia (entre referencias y coordinación interna), comprensión (procesos y tareas genéricas) e integración (creación cultura de aprendizaje, participación de los stakeholders y mejora continua)</i>	Jorgensen (2007)
<i>Factores internos y externos condicionan la implantación. Internos: recursos humanos, estructura y cultura de la organización. Externos: stakeholders, organismos certificadores y entorno institucional. Modelo de sinergias en tres niveles: estratégico, estructura organizativa y documentación</i>	Zeng et al. (2006)

Fuente: GONZÁLEZ, Hugo. Sistemas Integrados de Gestión Director y Fundador de Calidad y Gestión

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

4.2.1 Reseña Histórica de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán. De conformidad con lo dispuesto por el Decreto número 00436 del 12 de Diciembre del 2007, proferido por el Gobernador de Santander por el cual se crea la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, como una entidad de carácter público descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en la Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 1876 de 1994 y las normas legales y reglamentarias que lo modifiquen o lo complementen y por el Derecho privado en lo que se refiere a contratación. En razón de su autonomía la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán, se organizará, gobernara y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios Constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida. Se encuentra ubicada en el Municipio de Socorro Santander, en la Carrera 16 N° 9 – 53 Barrio Acacias; N° telefónico 7274000.

4.2.2 Misión. La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro Santander, apoyados en una vocación académica y de mejoramiento continuo, presta servicios integrales de salud de alta complejidad; a través de una atención segura, eficiente y humanizada, buscando la satisfacción de nuestros usuarios. Aprobada Según Resolución No. 208 de agosto 4 de 2015

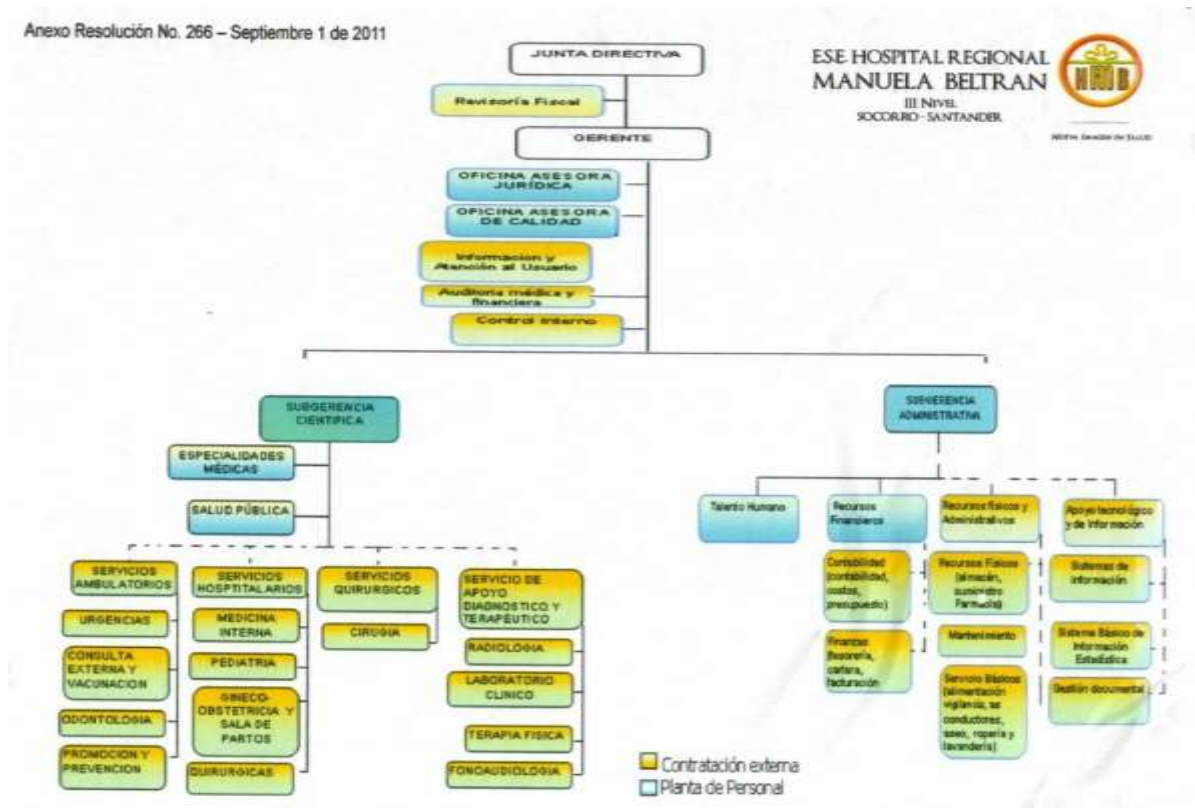
4.2.3 Visión. El Hospital Manuela Beltrán del Socorro será en el 2020 una institución con altos estándares de calidad, seguridad y humanización reconocida por su liderazgo académico y científico en el departamento de Santander que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Aprobada Según Resolución No. 208 de agosto 4 de 2015

4.2.4 Objetivos Institucionales

- **Responsabilidad Social:** Ofrecer servicios asistenciales, de prevención y de rehabilitación en salud con un alto nivel científico y tecnológico, con gran compromiso social en su área de influencia, que abarca las provincias santandereanas Comunera, Guanentina y Veleña.
- **Calidad del Servicio:** Garantizar la prestación de servicios en salud en forma idónea e integral que genere confianza en los usuarios y favorezca el crecimiento institucional basado en eficiencia, eficacia, efectividad y oportunidad.
- **Competitividad:** Disponer el recurso humano idóneo y de gran perfil científico que conjuntamente con el apoyo tecnológico permita a la Empresa posicionarse como líder del sector salud.

4.2.5 Estructura de la Entidad. La estructura organizacional de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán se adoptó mediante Resolución No. 266 de septiembre 1 de 2011

Figura 1. Estructura de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro



Fuente: Oficina de Talento Humano. ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro. Resolución 266 de 2011

4.2.6 Filosofía de la Gestión de la Entidad. La filosofía del Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro Santander se encuentra enmarcada en los siguientes principios y valores:

- **PRINCIPIOS**

Convivencia: La responsabilidad de los Empleados es de servir a la Organización de una manera Armónica con la Constitución Política y con las normas de conducta, no sólo para el logro de sus objetivos, sino también para toda la Organización en General.

Integridad: Los Empleados deben estar comprometidos a la congruencia entre su conocimiento y la finalidad de la organización, formando un todo armónico entre el ser humano que lo ejerce, el saber que aplica y la misión de la Entidad a la cual presta sus servicios.

Objetividad: Los informes y opiniones estarán fundamentados en evidencias confiables competentes, pertinentes y relevantes.

Confidencialidad: Los Empleados deberán respetar el valor y la propiedad de la información que reciben y no divulgar esta sin la debida autorización, a menos que exista una obligación legal o Profesional para hacerlo.

Competencia: Los empleados de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro aplicaran el conocimiento, actitudes y experiencia necesarios en el desempeño de sus funciones; con su único e ineludible compromiso a la defensa de los intereses de la Institución y de la comunidad a la cual, presta sus servicios, por ello se debe tener la suficiente competencia, capacidad y profesionalismo para que le permita presentar informes objetivos, imparciales y alejados de prejuicios que puedan condicionar su ejercicio.

Imparcialidad: Las acciones, conceptos, recomendaciones, y evaluaciones que se realizan en las diferentes áreas deben estar inspirados y fundamentados en conocimientos técnicos, sin tener en cuenta ninguna consideración personal o subjetiva que sacrifique la calidad y consecución de los objetivos previstos.

Publicidad: Todos los actos procedimientos y documentación pueden ser conocidos públicamente, siempre y cuando dicha información no goce de reserva legal o el suministro de la misma no vaya en contra del principio de confidencialidad de la información. Para ello los empleados al emitir un concepto u

opinión, deben contar con evidencias claras y suficientes para garantizar dicha emisión.

Transparencia: Los Empleados deben observar un riguroso cumplimiento en todos sus deberes laborales como servidores de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro. Los empleados no deben utilizar su influencia para inducir tratamiento preferencial a proveedores, Contratistas, y otros.

- **VALORES**

Honestidad: La honestidad es la virtud que se refleja en la dignidad, la pulcritud, en el pensar y en el obrar. La honestidad debe ser practicada en las diversas actividades del servidor público, no buscando obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros, ni tampoco buscando o aceptando compensaciones, que pueda comprometer su desempeño como funcionario de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

Responsabilidad: En asumir y hacerse cargo de sus actos y omisiones en el ejercicio de sus funciones. Cada uno de los miembros de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro se compromete en el manejo eficiente de sus recursos, para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, de manera que se cumplan con excelencia y calidad las metas del Plan Institucional.

Solidaridad: La cooperación y ayuda mutua nos une para ser SOLIDARIOS con la comunidad y nuestros compañeros. No podemos trabajar aislados ni desunidos ya que todos somos responsables del Desarrollo de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

Lealtad: El funcionario de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro debe ser leal a la Institución, debe ser fiel a los principios éticos y al cumplimiento de sus fines con plena conciencia de servicio a la comunidad.

Dignidad: El servidor de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, se caracteriza por ser un profesional digno y valioso, Al reconocer y tolerar las diferencias de cada persona, para que ésta se sienta digna y libre. La dignidad es el resultado del buen equilibrio emocional.

Respeto: El servidor de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, debe ser justo, cuidadoso, respetuoso, amable, culto y considerado, en su relación con los usuarios, con sus jefes, y con sus compañeros. Debe comprender que su condición de empleado institucional implica asumir la más alta y delicada responsabilidad que le encarga la institución para el servicio de la comunidad.

Colaboración: Ante situaciones extraordinarias, el funcionario público debe realizar aquellas tareas que por su naturaleza o modalidad no sean las estrictamente inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar neutralizar o superar las dificultades que se enfrenten.

4.2.7 Portafolio de Servicios de la Entidad

Tabla 2. Portafolio de Servicios ESE Hospital Regional Manuela Beltrán

GRUPO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
URGENCIAS	Servicio de Urgencias
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Transporte Asistencial Básico
	Transporte Asistencial Medicalizado
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Endoscopia Digestiva
	Laboratorio Clínico
	Urología - Litotripsia Urológica
	Radiología e Imágenes Diagnósticas
	Toma de Muestras de Laboratorio Clínico
	Transfusión Sanguínea
	Servicio Farmacéutico
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas
	Electrodiagnóstico
	Terapia Ocupacional
	Terapia Respiratoria
	Fisioterapia
	Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje
	Tamización de Cáncer de Cuello Uterino
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	Protección Específica - Atención del Parto
	Protección Específica - Atención del Recién Nacido
	Detección Temprana - Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menor de 10 años)
	Detección Temprana - Alteraciones del Desarrollo del Joven (10 a 29 años)
	Detección Temprana - Alteraciones del Embarazo
	Detección Temprana - Alteraciones en el Adulto Mayor (mayor 45 años)
	Detección Temprana - Cáncer de Cuello Uterino
	Detección Temprana - Cáncer Seno
	Detección Temprana - Alteraciones de la Agudeza Visual
	Protección Específica - Vacunación
	Protección Específica - Atención Preventiva en Salud Bucal
	Protección Específica - Atención en Planificación Familiar Hombres y Mujeres
PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN	Procesos de Esterilización

Fuente: Oficina de Comunicaciones. ESE Hospital Regional Manuela Beltrán.
Documento Portafolio de Servicios

4.3 MARCO TEORICO

4.3.1 La importancia de un Sistema Integrado de Gestión. La importancia de la implementación de un Sistema de Gestión Integral está basada en la definición integrar que es “formar las partes de un todo”. Esto lo que define es que se está hablando de integrar sistemas tradicionalmente gestionados por separado en una única gestión.

Esto es muy importante para evitar la duplicidad de procedimientos para actividades comunes que, aunque corresponden a diferentes aspectos de la actividad de la entidad, en la realización de un proceso el trabajador haría entonces distinciones entre la calidad, el medio ambiente y la seguridad.

En el desarrollo de los procesos después de que se haya procesado todo correctamente se habrá conseguido que los resultados satisfagan al cliente (Calidad), a las “partes interesadas (Medio Ambiente) y a las personas (Salud y Seguridad).

El proceso de calidad que influye sobre la mejora de los servicios y la satisfacción del cliente, la protección medio ambiental, incluyendo la protección contra la contaminación y los desechos, la seguridad y la salud en los puestos de trabajo, así como podría incluir también la seguridad de los productos y servicios.

La integración, por lo tanto, de dichos elementos en el sistema general de gestión de una organización contribuye a organizar, controlar y optimizar los recursos y el tiempo de ejecución de las actividades, garantizando el cumplimiento de los resultados.

El principal beneficio que produce un Sistema de Gestión Integral es la mejora de la eficiencia y la efectividad de la institución por la adaptación a las necesidades

del entorno y mejora las relaciones con los usuarios, al hacerlos partícipes de la filosofía de la calidad, ambiente y seguridad y salud en el trabajo.

Estas estrategias buscan incrementar el compromiso de los trabajadores en la búsqueda de la excelencia en el trabajo, y lograr el un mayor desempeño de la organización relacionado a los procesos y a la satisfacción de las partes interesadas

Para la implementación de un sistema integrado de gestión, es importante conocer e identificar aspectos diferenciadores entre cada una de las normas en materia de calidad como generador de orden en los procesos y rentabilidad, en cuidado ambiental como control de los posibles impactos y cuidado del medio ambiente y salud y seguridad en el trabajo como el bienestar de los colaboradores.

Un sistema integrado maneja un solo sistema documental, pero cada uno de los elementos de la norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 Y OSHAS: 18001:2007, definen aspectos interrelacionadas enfocados a sus funciones de gestión que las hacen esenciales y características la una de la otra.

La integración de las normas ISO 9001, ISO 14001 Y OSHAS 18001, ha generado en las entidades el logro de un sistema único integrado, las organizaciones inician al momento de implementar un análisis del contexto, de modo que se defina cómo se encuentra operando, en referencia a su capacidad de gestión por procesos, análisis de partes interesadas (clientes y otras partes interesadas), alcance de los sistemas de gestión y los niveles de riesgos asociados a todos los procesos del Sistema de Gestión Integral.¹

Con lo anteriormente expuesto, la entidad se encuentra en la capacidad de seleccionar un método de integración apropiado que permita la mejora continua de

¹ GONZÁLEZ, Hugo. Aspectos Ambientales En ISO 14001:2015. ISO 9001:2015. 015

las políticas, los procedimientos y procesos de la de la organización, las mejores empresas laboran con una visión compartida, donde se engloba la información de manera compartida, evaluaciones comparativas, trabajo en equipo y un funcionamiento acorde con los más rigurosos principios de calidad, medio ambiente y cumplimiento a seguridad y salud en el trabajo.

Es por esto que las empresas que operan en el siglo XXI se enfrentan a muchos retos referentes a su rentabilidad, competitividad, tecnología, capacidad de adaptación, crecimiento, velocidad de los cambios y globalización; donde estos sistemas de gestión integrados permiten equilibrar todos los requisitos empresariales, al permitir aprovechar y desarrollar el potencial existente en la organización.

Las normas son el conocimiento de las personas con experiencia en dichos temas y son quienes conocen las necesidades de las organizaciones.² Estas para su integración pretenden utilizar:

- Una norma de Gestión de Calidad, para ayudarles a trabajar más eficientemente y reducir las fallas en los productos y/o servicios.
- Una norma de Gestión Medioambiental, para ayudar a reducir el impacto ambiental, reducir el desperdicio y ser más sustentable.
- Una norma de Salud y Seguridad en el Trabajo, para ayudar a reducir los accidentes en el lugar de trabajo.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

4.4.1 Sistemas Integrados de Gestión³. La integración de los Sistemas de Gestión es un objetivo cada vez más generalizado de aquellas empresas que ya

² THE BRITISH STANDARDS INSTITUTION. Normas de Gestion ISO.[En línea] 2012. Disponible en: <http://Bsigroup.Com.Mx>

³ QUINTERO RAMÍREZ, Mayoly Alessandra. Sistemas integrados de gestión de la calidad y de seguridad industrial y salud ocupacional, según los lineamientos de la norma NTC ISO 90001:2008 y la norma NTC OHSAS 18001:2007 en la

tienen implantada una norma de gestión de calidad, el medio ambiente y que vienen gestionando la seguridad y salud en el trabajo partir de la propia legislación y normas o modelos publicados.

Con la publicación de la norma ISO 19011 para las auditorias de los Sistemas de Gestión de la Calidad y el Medio Ambiente e implantación cada vez mayor de la especificación OHSAS 18001 y/o las Directrices de la OIT en seguridad y salud, el desarrollo de una norma ISO para la integración de los tres sistemas, parece cada día más lógico, pues con diferentes avances de calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo, las empresas van integrando sus sistemas en mayor o menor medida y no puede decirse que no existan especificaciones, directrices o modelos a su disposición para poder ayudarse en el diseño, implantación y mantenimiento de sus Sistemas Integrados de Gestión.

4.5 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

4.5.1 Constitución política de 1991

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y

cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en

todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

LEY 100 DE 1993. En el artículo 153 en el numeral 9º indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

DECRETO 1011 DEL 3 DE ABRIL DE 2006. Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

RESOLUCIÓN 000123 DE 2012. “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se dictan otras disposiciones establece como propósito del sistema único de acreditación: los estándares de direccionamiento del Sistema Único de Acreditación, definen: “Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.” Y en este sentido se realiza la revisión periódica y replanteamiento del marco estratégico del Hospital.

RESOLUCIÓN 2003 DE 2014. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.

DECRETO 903 DE 2014. “Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud”.

RESOLUCIÓN 2082 DE 2014. “Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud”.

4.5.2 Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios.

DECRETO DEPARTAMENTAL NO. 00436. Por medio del cual se crea la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaría de Salud de Santander.

LEY 1751 DE 2015. Por medio del cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones.

LEY 1753 DE 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”

ORDENANZA 012 DEL 20 DE MARZO DE 2016. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental “Santander Nos Une”

ACUERDO 007 DEL 31 MAYO 2016: Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo del Municipio del Socorro 2016-2019. “Socorro una Nueva Historia”

DECRETO 2145 DE 1999. “Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.”

LEY 872 DE 2003. Se crea el sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. En el artículo 4, literal C se establece como requisito para la implementación del sistema de gestión de la calidad “identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y

críticos de la entidad que resulten determinantes de la calidad en la función que les ha sido asignada, su secuencia e interacción, con base en criterios técnicos previamente definidos por el Sistema explícitamente en cada entidad.

DECRETO 4110 DE 2004. “Por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y decreto 4110 de 2004 y se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública”. Actualizada como NTCGP2009.

DECRETO 4295 DE NOVIEMBRE 6 DE 2007. Reglamenta parcialmente la ley 872 de 2003.

Procedimientos comunes y no comunes de las Normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y OHSAS 18001:20007

PGIRHYS 2017 Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro

DECRETO 1499 DE 2017. Capítulo III Modelo Integral de Planeación de Gestión

5. METODOLOGIA

El estudio esta soportado bajo los criterios de investigación metodológicos de tipo básico exploratorio, con el fin de obtener información suficiente que determinara el diagnóstico actual de los Sistemas de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental, del hospital que permitieran establecer los efectos de la implementación de un Sistema Integrado de Gestión en la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

La información obtenida es de carácter primario, debido a que no se encontró evidencias concretas acerca de un proyecto de estas mismas características, sino tesis de grado de unas investigaciones sobre:

“Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad y de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, según los lineamientos de la Norma NTC ISO) 0001:2008 y la Norma NTC OHSAS 18001:2007 en la Asociación Niños de Papel” Universidad Industrial de Santander, Facultad Fisco – Mecánica año 2012, autora Mayoly Alessandra Quintero Ramírez.

“Tesis de Grado Magíster de Sistema Integrados de Gestión de la Calidad, Ambiente y Seguridad. Diseño del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, Seguridad Salud Ocupacional y ambiental de acuerdo a las normas ISO 9001:2008, OHSAS 18001:2007, ISO 14000:2004 para la Empresa Siembra Nueva S.A. Autor Ing. Geovanny Ponce Alcocer. Guayaquil - Ecuador, 2015.

“Diseño y propuesta de un Sistema de Gestión de Calidad en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca” Universidad Industrial de Santander Facultad de Salud 2004. Autores Maribel Roció Pinto Dueñas y Liz Eliana Silva Pérez.

5.1 MUESTRA POBLACIONAL

La muestra poblacional estará enfocada a los miembros de los Comités:

- Comité de Calidad
- Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Grupo de Gestión Ambiental

5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos para la obtención de información, se determinó utilizando las siguientes herramientas.

- Entrevistas de carácter personal, para obtener información acerca de los factores determinantes en la investigación.

Se realizaron entrevistas personales a cada líder de Sistema de Gestión para obtener información primaria del estado actual de los sistemas teniendo en cuenta los criterios establecidos por cada una de las ISO 9001, 14001 Y 18001 información que fue plasmada en las tablas que se describen en el capítulo siguiente de Análisis de la situación actual de los sistemas en la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán.

5.3 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

- Tabulación de Encuestas, tabulación de la información de la aplicación de las listas de verificación.

Durante el desarrollo del estudio se llevarán a cabo las siguientes etapas:

- Encuestas de carácter personal, para obtener información específica de algunos factores determinantes en la investigación.

Para la recolección de datos se identificó el instrumento aplicar que fue una encuesta general, a los sistema de gestión de la calidad, ambiental y seguridad y salud ocupacional, teniendo como referencia el instrumento encuesta Diagnóstico de Evaluación Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema Seguridad y Salud Ocupacional, según las normas NTC ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y OHSAS 18001:2007 de la Escuela Colombiana de Ingeniería, con los siguientes criterios de Calificación: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S), encuesta que permitió tener los resultados del estado actual delos sistemas obteniéndose los siguientes resultados: (Anexo 1. Encuestas Diagnóstico Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión Ambiental y Sistema Seguridad y Salud Ocupacional)

Las evidencias fueron verbales y documentales de acuerdo a la información entrega por los líderes de cada proceso.

Los resultados obtenidos al ponderar y tabular las respuestas dadas de acuerdo a los criterios de evaluación son:

Tabla 3. Resultados encuesta sistema gestión de la calidad ISO 9001:2015

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	39%	IMPLEMENTAR
5. LIDERAZGO	63%	MEJORAR
6. PLANIFICACION	12%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	55%	MEJORAR
8. OPERACIÓN	72%	MEJORAR
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	52%	MEJORAR
10. MEJORA	68%	MEJORAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	52%	
Calificacion global en la Gestion de Calidad	MEDIO	

En general el sistema obtiene un resultado del 52% en su implementación, ubicándose en un rango Medio.

El mayor porcentaje de implementación lo obtienen los numerales 8, 10, 5, 7 donde sus resultados están por encima del 60% del cumplimiento de los requisitos debiéndose tomar e implementar acciones de mejora que le permita a la entidad mejorar su desempeño y proporcionar una base solidad para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los numerales 4 y 6 que corresponden a contexto de la organización y planificación, numerales base y de gran relevancia en la implementación del sistema, obtienen las calificaciones más bajas 39% y 12% respectivamente, no alcanzando el nivel de implementación de los requisitos, debiéndose tomar acciones rápidas de mejora que le permitan a la entidad lograr el cumplimiento de estos requisitos que establecen acciones para abordar los riesgos y oportunidades, los objetivos de calidad, el contexto y conocimiento de la organización, la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y determinación del alcance del sistema.

Estos resultados se dan teniendo en cuenta que de acuerdo a las afirmaciones entregadas por el encuestado, existen un gran número de criterios y requisitos de la norma que en la entidad se han aplicado, pero estos no han sido previamente documentados, lo que dificulta la identificación y reconocimiento por parte de los líderes de los procesos.

Tabla 4. Resultados encuesta sistema gestión ambiental ISO 14001:2015

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	37%	IMPLEMENTAR
5. LIDERAZGO	83%	MANTENER
6. PLANIFICACION	28%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	36%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	70%	MEJORAR
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	33%	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	52%	MEJORAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	48%	
Calificacion global en la Gestion de Calidad	BAJO	

En general el sistema obtiene un resultado del 48% en su implementación no alcanza a superar el 50%, ubicándose en un rango Bajo.

El mayor porcentaje de implementación lo obtienen los numerales 5 y 8, que corresponden a Liderazgo y Operación, sus resultados están por encima del 70% del cumplimiento de los requisitos.

Se resalta el liderazgo y el compromiso de la Alta Dirección, sin embargo, se deben implementar acciones de mejora que le permitan a la entidad fortalecer el compromiso que tiene con la protección del medio ambiente.

Los numerales 6, 9, 7 y 4 que corresponden a planificación, evaluación del desempeño, apoyo y contexto de la organización, son criterios base y de gran relevancia en la implementación del sistema, obtienen las calificaciones más bajas

28, 33, 36 y 37 por ciento respectivamente, no alcanzando el nivel de implementación de los requisitos, debiéndose tomar acciones de mejora que le permitan a la entidad lograr el cumplimiento de estos requisitos que establecen acciones para abordar los riesgos y oportunidades, el seguimiento, medir, analizar y evaluar el desempeño y cumplimiento del sistema, determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento del mismo, implementación, mantenimiento y mejora continua, mantener los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas, evaluación de los objetivos, el contexto y conocimiento de la organización, la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y determinación del alcance del sistema.

Estos resultados se dan teniendo en cuenta que de acuerdo a las afirmaciones entregadas por el encuestado y lo evidenciado en campo, existen un gran número de criterios y requisitos de la norma que en la entidad se han aplicado, pero estos no han sido previamente documentados, lo que dificulta la identificación y reconocimiento por parte de los líderes de los procesos.

Tabla 5. Resultados encuesta sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional OHSAS 18001:2007

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTION DE S Y SO		
4.1 REQUISITOS GENERALES	75%	MEJORAR
4.2 POLITIVA DE S Y SO	100%	MANTENER
4.3 PLANIFICACION		
4.3.1 Identificacion de peligros, valoracion de riesgos y determinacion de los controles	54%	MEJORAR
4.4 IMPLEMENTACION Y OPERACION		
4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad, rendicion de cuentas y	71%	MEJORAR
4.5 VERIFICACION		
4.5.1 Medicion y seguimiento del desempeño	39%	IMPLEMENTAR
4.6 REVISION POR LA DIRECCION	40%	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	63%	
Calificacion global en la Gestion de Seguridad y Salud Ocupacional	MEDIO	

En general el sistema obtiene un resultado del 63% en su implementación, ubicándose en un rango Medio.

El mayor porcentaje de implementación lo obtienen los numerales 4.2, 4.1, y 4.4, donde sus resultados están por encima del 70% del cumplimiento de los requisitos debiéndose tomar e implementar acciones de mejora que contribuyan al sostenimiento de los requisitos ya establecidos en la Institución.

Se resalta la implementación de la Política que alcanza un resultado del 100%, esto se da por la implicación que tiene el sistema en el ámbito de la protección de la seguridad laboral de los trabajadores de la entidad, que obliga desde el marco legal a las entidades a establecer en gran parte los requisitos de la norma.

La entidad debe continuar implementando acciones de mejora que le permitan a la entidad fortalecer el compromiso que tiene con la seguridad y salud de sus colaboradores.

Los numerales 4.5 y 4.6 que corresponden a la verificación y revisión por la dirección, obtienen las calificaciones más bajas 39 y 40 por ciento respectivamente, no alcanzando el nivel de implementación de los requisitos, debiéndose tomar acciones de mejora que le permitan a la entidad lograr el cumplimiento de estos y establecer acciones para actividades como la medición y monitoreo del desempeño del sistema de forma regular y la revisión por la gerencia en intervalos planeados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. Las revisiones deben incluir oportunidades de evaluación para el mejoramiento y la necesidad de cambios en el sistema.

Estos resultados se dan teniendo en cuenta que de acuerdo a las afirmaciones entregadas por el encuestado y lo evidenciado en campo, existen un gran número de criterios y requisitos de la norma que en la entidad se han aplicado, pero estos

no han sido previamente documentados, lo que dificulta la identificación y reconocimiento por parte de los líderes de los procesos.

Los resultados obtenidos en los tres sistemas permiten determinar que aunque la entidad no tenga formalmente establecido mediante un acto administrativo u otro documento la implementación de los sistemas de gestión de la calidad, ambiental y seguridad y salud en el trabajo, indirectamente bajo el marco normativo que ha venido trabajando, estos han aportado al cumplimiento de los requisitos y criterios de las normas ISO, lo que conlleva a que el proceso de integración de los sistemas se rápido y permita realizar los ajustes necesarios para poder implementar cada sistema y terminar en la integralidad de los mismos.

5.4 ANALISIS DEL CONTEXTO DE LA ENTIDAD (NIVEL DE MADUREZ EN EL USO DE LOS SISTEMAS)

Para realizar el análisis del nivel de madurez en la implementación de los Sistemas de Gestión de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, se tomó como marco de referencia la norma española UNE 66177:2005

La Norma UNE 66177:2005. Es una Guía para la integración de los sistemas de gestión. Esta norma establece que la integración depende del nivel de madurez en la gestión por procesos, y en su apartado 5.3.1 considera la gestión por procesos como mejor método para la integración de los sistemas de gestión.

La norma UNE 66177:2005 es una norma española cuyo objeto es ayudar a las organizaciones a llevar a cabo, total o parcialmente, la integración de los sistemas de gestión (calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo) “en busca de una mayor eficacia en su gestión y de aumentar su rentabilidad”.

5.4.1 Nivel de Madurez o capacidad para la gestión por procesos. En este nivel se identifica la experiencia y eficacia en el uso de los sistemas de gestión y en el uso de herramientas de gestión.

6. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE GESTION EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN

La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, es la única entidad que presta atención de tercer nivel con servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugía, Consulta Externa, Imagenología, Laboratorio Clínico, servicio Transfusión al de toda la región Comunera, Veleña y Guanentina, posee un área de influencia bastante amplia y su crecimiento como entidad prestadora de servicios de salud se ha ido consolidando hasta lo que es hoy.

La entidad cuenta con dos puestos de salud en los municipios del Hato y Palmas del Socorro denominadas Nodos, allí se prestan servicios de primer nivel de atención.

El Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro Santander, cuenta con una distribución de áreas en las cuales se puede identificar los sistemas de gestión, tales como área de calidad encargada de la coordinación de los procesos que van encaminados a la habilitación de los servicios y la satisfacción del cliente, área de gestión ambiental encaminada al proceso ambiental de la Institución en lo relacionado al ambiente, la disposición de los residuos, vertimientos y ahorro y uso eficiente de los recursos naturales, y por último el área de talento humano encargada de los procesos de seguridad y salud en el trabajo, velando por el cumplimiento de las normas que garanticen la prevención, protección y seguimiento de cada uno de los trabajadores de la entidad sin importar el tipo de contratación con la cual estén involucrados.

6.1 ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS EN LA ENTIDAD

El objetivo de esta etapa es el de determinar el nivel alcanzado por los sistemas a integrar y el grado de cumplimiento de los requisitos para el sistema integrado.

6.1.1 Estado Actual del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad. El Sistema de Gestión de la Calidad le permite a la entidad analizar los requisitos de los clientes, definir procesos que contribuyan al logro de los productos y servicios aceptables para el usuario y mantenerlos bajo control, proporciona a la entidad el marco de referencia para la mejora continua con el objetivo principal de aumentar la satisfacción de los clientes y partes interesadas.

El sistema de calidad le permite a la entidad ser un competidor más sólido en el mercado, mejorar la gestión, cumplir con las necesidades del cliente, mejorar el rendimiento operativo, reduce errores y aumenta los beneficios, compromete al personal con los procesos internos más eficientes, y busca usuarios más relevantes con un mejor servicio al cliente.

El Sistema apunta a adoptar una visión estratégica que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional especialmente orientado a mejorar la calidad de los productos y servicios, consolidar estándares que reflejen las necesidades implícitas y obligatorias, proveer información confiable, promover la transparencia, la participación y el control político y ciudadano, garantizar el fácil acceso a la información relativa a resultados del sistema, emprender acciones preventivas y correctivas, tener cultura para la mejora continua, buscar relaciones óptimas entre calidad y costo, satisfacer a los ciudadanos, simplificar procesos y crear un sistema laboral orientado hacia la productividad.⁴

⁴ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Norma Internacional ISO 9001:2015: Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos. ICONTEC. 4ta actualización. Bogotá D.C, 2015

6.1.1.1 Principios de la gestión de la calidad. Los principios permiten la gestión de la calidad como el deber de guiar y manejar una adecuada operación en los procesos y procedimientos.

Principio 1. Enfoque al cliente: La gestión de la calidad tiene como objetivo satisfacer las necesidades de los clientes y superar las expectativas de los mismos

Principio 2: Liderazgo: Los dirigentes establecen las condiciones en que las personas de la institución van a participar en los logros de los objetivos de la ESE Hospital.

Principio 3: Compromiso del personal: Es esencial que la entidad cuente con personas competentes y comprometidas en la labor de mejorar la capacidad de crear de la organización.

Principio 4: Enfoque a procesos: Los resultados se logran con mayor eficacia y eficiencia cuando se entienden las actividades y se gestionan como procesos interrelacionados y coherentes.

Principio 5: Mejora continua: Enfoque de mejora continua en la entidad.

Principio 6: Toma de decisiones basada en la evidencia: Análisis y evaluación de los datos y la información producen los resultados esperados.

Principio 7: Gestión de las relaciones: Gestión de las relaciones con las partes interesadas.

Requisitos del SGC: El SGC de la entidad se implementa a partir de los requisitos establecidos en las normas Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de calidad y la Atención de Salud, ISO 9001:2015.

Líder del SGC: De acuerdo con lo establecido en la Resolución No. 278 del 28 de octubre del 2014, la Asesora de Calidad y Planeación Institucional es la encargada de emitir lineamientos para la implementación del SGC.

Comité de Calidad. Mediante Resolución No. 278 del 28 de octubre de 2014 se creó el Comité de calidad como instancia de dirección encargada de liderar y coordinar el diseño, planeación, implementación y seguimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Está integrado por:

1. Gerente
2. Subgerente Financiero y Administrativo
3. Subgerente Científico
4. Jefe Oficina Asesora Jurídica
5. Jefe Oficina Asesora de Calidad
6. Jefes de Enfermería
7. Coordinador Médico

El Comité de Calidad tiene las siguientes funciones:

1. Formular las políticas, objetivos, planes y estrategias del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
2. Definir y gestionar los recursos necesarios para la implementación y puesta en marcha del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

3. Definir estrategias y mecanismos que propicien en los funcionarios, la interiorización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
4. Fomentar la adopción de un enfoque de gestión basado en procesos y procurar su implementación en la E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN DE SOCORRO.
5. Verificar, coordinar, controlar y dirigir todo el proceso de implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
6. Realizar la revisión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, analizar su desempeño y tomar acciones para su mejoramiento.
7. Fortalecer el equipo gestor de calidad y designar sus integrantes.
8. Aprobar la documentación que surja en el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y velar porque se divulgue y aplique correctamente.
9. Informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y de cualquier necesidad de mejora.

En la actualidad el Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad está liderado por una profesional de la Ingeniería Industrial, su implementación de acuerdo a lo evidenciado en la entrevista personal con la ingeniera Líder del Proceso y los resultados de la Encuesta realizada, muestran que la entidad ha venido trabajando en la implementación bajo las norma ISO 9001:2015, a pesar de que el marco normativo para los hospitales está dado en el Decreto 1011 de 2006 que establece

el “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

De igual forma se pudo determinar que el responsable del Sistema tiene a su cargo otras actividades y funciones como son: el rol de líder de proceso de Gestión de la Calidad y Planeación, es la encargada de la implementación del Sistema de Habilitación y Acreditación, supervisora de procesos contractuales, responsable del envío de informes a los entes de control como lo son la SUPERSALUD y el Ministerio, responsable de los comités de historias clínicas, inspecciones intrahospitalarias, el análisis de satisfacción de usuarios, y preparar los informes correspondientes al Modelo Estándar de control Interno, entre otras.

No tiene un equipo interdisciplinario creado en planta que apoye las actividades de la implementación del Sistema de Gestión de la calidad. Lo que se encontró y se evidencia es que se hace mediante contrato de prestación de servicios a profesionales de la Medicina como lo es un Médico General y una Enfermera Profesional, pero su disponibilidad no es de tiempo completo para el sistema, lo que dificulta las actividades de implementación, seguimiento y evaluación del mismo.

El Plan de Desarrollo institucional 2016 – 2020 de la entidad en su Matriz Plurianual contempla como fortaleza en el Eje de Procesos Internos dos estrategias encaminadas al fortalecimiento y la integración de los Sistemas de Gestión como se evidencia en el cuadro siguiente, sin embargo, las metas propuestas son específicas, no comprometen como tal la implementación de los sistemas basadas en las normas ISO, y su integralidad.

Tabla 6. Matriz Plurianual del Plan de Desarrollo institucional 2016 – 2020

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	PROGRAMADO 2017
2, PROCESOS INTERNOS	Empoderar los líderes de procesos y colaboradores para el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Entidad. (MECI, Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Documental)	Realizar dos (02) capacitaciones anuales de sensibilización a los líderes de procesos y colaboradores para el cumplimiento de los Sistemas de Gestión de la Entidad. (MECI, Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Documental)	Número de sensibilizaciones ejecutadas/Número de Sensibilizaciones planeadas	2
3, PROCESOS INTERNOS	Articular los sistemas de Gestión de la Entidad	Realizar la Actualización del Mapa de Procesos de la Entidad, caracterización y documentación de los procesos, actualización del Manual de Procedimientos	Mapa de Procesos Actualizado, aprobado y socializado	1
			Mapa de Procesos caracterizado y Documentado, socializado	1
			Manual de Procedimientos de la entidad actualizado y socializado	1

Fuente: ESE Hospital Regional Manuela Beltrán. Plan de Desarrollo 2016-2020

El proceso de planeación de las actividades al interior del Sistema, no está dado por un plan de acción, si no determinado por la dinámica de las necesidades que se van presentado, y de acuerdo a los requerimientos que exijan entidades como el Ministerio de Salud o la SuperSalud.

En el ejercicio de evaluación y revisión de la información del sistema en la entidad, se encontró que los Manuales de procedimientos no se encuentran actualizados, muchos de ellos su fecha de elaboración pertenecen a la vigencia 2010 y 2011.

El Mapa de Procesos que es marco base de los tres sistemas, no define claramente el rol del proceso en la parte estratégica, ya que este se encuentra ubicada como parte del control dentro del eje de evaluación, como se evidencia en el Mapa de Procesos que encontraremos más adelante.

El presupuesto de la entidad es generalizado no se encuentra o evidencia de rubro que se haya o establecido para la implementación y fortalecimiento del sistema.

Dentro del plan de capacitación institucional para la vigencia 2017 no se evidencio capacitación, sensibilización o estrategias que evidenciaran el fortalecimiento hacia el sistema de gestión de la calidad en la entidad.

De igual forma se evidencia que no cuenta con grupo de trabajo para la realización de las auditorías internas, siendo la Ingeniera líder del proceso la única encargada de llevarlas a cabo, debilidad que presenta la entidad, ya que al ser ella la encargada de la implementación del sistema no debería realizar las auditorias.

Otra de las falencias encontradas en la entrevista sostenida con la Ingeniera es la poca cultura de los responsables del cumplimiento de los criterios y los requisitos frente al planteamiento de planes de mejoramiento y las acciones de mejora.

- **Estado Actual del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad basados en los criterios de la norma ISO 9001:2015**

En la entrevista y visita de campo se pudo establecer que, de los 20 requisitos transversales requeridos para la integración de los sistemas, la entidad ha venido trabajando en la implementación de 17 de ellos, y 3 no han sido implementados, se evidencia en el trabajo de campo que la debilidad se encuentra en la documentación de los requisitos establecidos, las evidencias de los mismos y la actualización de los procedimientos que ya se tienen establecidos.

En el trabajo de campo realizado junto con el líder de proceso se evidenció que la implementación ha estado basada en el marco del Decreto 1011 de 2006 que establece el “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 se cumplen en gran parte, pero la entidad no tiene un documento o Acto Administrativo que establezca las reglas y los responsables de su implantación.

Tabla 7. Estado Actual del Sistema de Gestión de la Calidad basado en los criterios de la norma ISO 9001:2015

SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION						
SISTEMA GESTION DE LA CALIDAD		ISO 9001:2015				
POLITICA	"Mejorar permanentemente los niveles de calidad en cada uno de los procesos involucrados en la prestación de los servicios de salud, en busca de los más altos estándares de satisfacción de los clientes internos, externos, sus familias y comunidad en general orientado el desarrollo profesional de los integrantes de la ESE Manuela Beltrán, con enfoque en el mejoramiento de las competencias para obtener el mejor desempeño del talento humano. Además propendemos por la innovación, creatividad en cada una de las fases de la cadena de servicio, así como por el uso de los recursos disponibles."	APROBADA		PUBLICADA		
		Resolución 052 Marzo 07 de 2009		Esta publicada en Cartelera Institucional		
LIDER DE PROCESO	INGENIERA INDUSTRIAL	VINCULACION DEL LIDER PROCESO		FECHA IMPLEMENTACION DEL SITEMA		
		Planta		Resolución 066 del 6 de marzo de 2008		
Comité de Calidad	Comité de Calidad	ACTO ADMINISTRATIVO CREACION		NORMATIVIDAD QUE LO RIGE		
		Resolución 066 del 6 de marzo de 2008		Decreto No. 1011 de 2006		
ISO 9001-2015	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
5.1.2 Enfoque al Cliente	5.1.2	P	Se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y legales y reglamentarios aplicables. Se determina y se consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente	SI		Parcialmente Documentado
5.2 Política	5.2	P-H	La política de la calidad debe: a) estar disponible y mantenerse como información documentada; b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización; c) estar disponible para las partes interesadas pertinentes; según corresponda.	SI		Documentada y Adoptada Mediante Resolución
5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	5.3	P-H	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional; b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas; c) informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora (véase 10.1); d) asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización; e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.	SI		Se cumple parcialmente con la asignación de un responsable del sistemas, pero se encuentra parcialmente documentada, con respecto a los demás roles y responsabilidades
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1	P	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	SI		Parcialmente Documentado

ISO 9001-2015	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.2	P	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	SI		Se encuentran Documentados
7.1 Recursos	7.1	P-H	Generalidades La organización debe determinar y proporcionar los recursos-necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	SI		Parcialmente Documentado
7.2 Competencia	7.2	P-H	Competencia La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad; b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas; c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas; d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.	SI		Parcialmente Documentado
7.3 Toma de conciencia	7.3	P-H	Toma de conciencia La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	SI		Parcialmente Documentado
7.4 Comunicación	7.4	H	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) que comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.	SI		Parcialmente Documentado
7.5 Información Documentada	7.5	P-H	Información documentada Generalidades El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir: a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional; b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	SI		La entidad tiene la información pero esta no se encuentra documentada
8.1 Planificación y control operacional	8.1	P-H	Planificación y control operacional La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6	SI		Parcialmente Documentado
8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.2	P-H	Requisitos para los productos y servicios Determinación de los requisitos para los productos y servicios Revisión de los requisitos para los productos y servicios Cambios en los requisitos para los productos y servicios	SI		Se cumple parcialmente y esta documentado parcialmente

ISO 9001-2015	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
8.4 Control de los Procesos, productos y servicios suministrados externamente	8.4	H-V	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente Tipo y alcance del control Información para los proveedores externos	SI		Se aplica para los servicios y productos de la parte asistencial y esta parcialmente documentados
8.5.2 Identificación y trazabilidad	8.5.2	V-A	Identificación y trazabilidad La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios. La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio. La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.	NO		
8.7 Control de Salidas	8.7	V-A	Control de las salidas no conformes	NO		
9.1.1 Generalidades (Seguimiento, medición y análisis)	9.1.1	P-H	La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.	SI		Parcialmente Documentada
9.1.3 Análisis y Evaluación	9.1.3	P-H-V	Análisis y evaluación La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.	SI		Parcialmente Documentada
9.2 Auditoría Interna	9.2	V	Auditoría interna La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas	NO		
9.3 Revisión por la Dirección	9.3	V-A	Revisión por la dirección La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	SI		Parcialmente Documentado
10. Mejora	10	P-H-V-A	Mejora La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente	SI		No se esta llevando a cabo al interior de todos los procesos y se encuentran parcialmente Documentada

6.1.2 Estado Actual del Sistema de Gestión Ambiental en la entidad. El Sistema de Gestión es el conjunto de políticas, planes, programas, proyectos, instrumentos, metodologías, normas, y demás elementos interrelacionados, que permiten a la entidad gestionar los aspectos ambientales, cumplir los requisitos legales, disminuir su huella ecológica y contribuir en los procesos de desarrollo humano sostenible en la ciudad y en la región.

El sistema de gestión ambiental genera un marco de referencia que permite proteger el medio ambiente y responder a las condiciones ambientales cambiantes, en equilibrio con las necesidades socioeconómicas. Los requisitos permiten que la entidad logre los resultados para el sistema de gestión ambiental.

El sistema de gestión ambiental cuenta con tres pilares (Ambiental, Social y Económico) para el desarrollo sostenible.

- El pilar ambiental trata el cuidado de los ecosistemas, conservación de los recursos naturales y la biodiversidad.
- El pilar social trata sobre la sostenibilidad del desarrollo de las actividades eco turísticas y recreativas
- El pilar económico son las actividades que son rentables y construyen fuente de bienestar económico, generando sostenibilidad entre la sociedad y la cultura.

El enfoque del sistema de gestión ambiental es sistémico para la generación y contribución del desarrollo sostenible, la protección del medio ambiente, la mitigación de impactos ambientales, cumplimiento de los requisitos legales, la mejora del desempeño ambiental, el control de la influencia sobre la forma como la entidad diseña, fabrica, distribuye, consume, presta los servicios y lleva a cabo la disposición final de los productos y/o servicios.

Requisitos del SGA: El SGA de la entidad de acuerdo a lo evidenciado en la entrevista y visita de campo se pudo evidenciar que ha venido trabajando bajo la norma ISO 14001: 2015.

Líder del SGA: De acuerdo con la Resolución No. 017 del 17 de enero de 2017, la Profesional en Ingeniera Ambiental adscrita a la Subgerencia Financiera y Administrativa es la encargada de emitir lineamientos para la implementación del SGA, así mismo lidera el Plan Institucional de Gestión Ambiental.

6.1.2.1 Grupo de Gestión Ambiental. Mediante Resolución No. 017 de 2017 se establece el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro

Está integrado por:

- El (a) Gerente del HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN quien lo presidirá o su delegado
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Subgerente Científico
- Enfermera Jefe General
- Profesional Universitario de Talento Humano

El comité tiene las siguientes funciones

1. Realizar el diagnóstico situacional ambiental y sanitario: El Grupo Administrativo realizará el diagnóstico situacional ambiental y sanitario del generador con relación al manejo de los residuos hospitalarios y similares, efectuando la gestión para que se realicen las mediciones y caracterizaciones necesarias confrontando los resultados con la normatividad ambiental y sanitaria vigente. La elaboración del diagnóstico parte de efectuar la caracterización cualitativa y

cuantitativa de los residuos generados en las diferentes secciones de la institución, clasificándolos conforme a lo dispuesto en el decreto 2676 de 2000 y en este manual. El diagnóstico incluirá la evaluación de los vertimientos líquidos al alcantarillado municipal, la evaluación de emisiones atmosféricas, las tecnologías implicadas en la gestión de residuos, al igual que su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia.

2. Formular el compromiso institucional sanitario y ambiental: El compromiso de carácter sanitario y ambiental: El compromiso de carácter sanitario y ambiental debe ser claro, realista y verdadero, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos, orientando a la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. El compromiso debe ser divulgado ampliamente y responder a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y con quién.
3. Diseñar el PGIRH – componente interno: El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares – Componente interno debe contener los programas, proyectos y actividades, con su correspondiente presupuesto y cronograma de ejecución, para la adecuada gestión interna de los residuos hospitalarios, de conformidad con los lineamientos que se establecen en el presente capítulo.
4. Diseñar la estructura funcional (organigrama) y asignar responsabilidades específicas: Corresponde al grupo Administrativo de Gestión Ambiental y sanitaria, establecer la estructura organizativa (organigrama) de las áreas funcionales y personas involucradas en el desarrollo del PGIRH - Componente interno, asignando funciones y responsabilidades específicas, para garantizar su ejecución.
5. Definir y establecer mecanismos de coordinación: Le corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, como coordinador y gestor del

Plan de Gestión Ambiental y Sanitaria, como coordinador y gestor del Plan de Gestión Integral PGIRH – componente interno, definir y establecer los mecanismos de coordinación a nivel interno (con las diferencias áreas funcionales) y externo (con las entidades de control sanitario y ambiental, los prestadores de servicios, proveedores. Etc.) Para garantizar la ejecución del Plan.

6. Gestionar el presupuesto para ejecución del Plan: Durante el diseño del Plan de Gestión Integral PGIRH – Componente interno el grupo administrativo las inversiones y fuentes de financiación, gestionando los recursos necesarios para su ejecución, haciendo parte del mismo el correspondiente presupuesto de gastos e inversiones.
7. Velar por la ejecución del PGIRH: El grupo de Gestión ambiental y Sanitaria, observará atentamente que se ejecuten todas y cada una de las actividades contempladas en el PGIRH- componente interno, estableciendo instrumentos de seguimiento y control tales como auditorías internas, listas de chequeo, etc. y realizando los ajustes que sean necesarios.
8. Elaborar informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control: El Grupo preparará los informes y reportes requeridos en este manual y aquellos que las autoridades ambientales y sanitarias consideren pertinentes de acuerdo con sus competencias, la periodicidad de los reportes deberá ser concertada con la autoridad competente y debe hacer parte del cronograma de ejecución del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

El sistema de Gestión Ambiental en la entidad está liderado por un profesional de la Ingeniería Ambiental, contratada mediante agremiación sindical de trabajadores en periodos mensuales, trimestrales y semestrales, lo que evidencia que al no existir una continuidad y estabilidad laboral del líder del proceso, no existe una

responsabilidad asignada que garantice el cumplimiento de las acciones trazadas y metas por desarrollar en la implementación del sistema ambiental, y adicional a esto los procesos a desarrollar y cumplimiento de tareas no se encuentran documentados y su implementación se basa en las normas y leyes en materia ambiental y hospitalaria inmersa en el cumplimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la institución y la resolución 014 de 2017, Por medio del cual se establece el grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria de la E.S.E social del estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

Dentro de las funciones que se le asignan en la institución se encuentra: Liderar y coordinar todas las actividades del Sistema de Gestión Ambiental de la ESE , apoyar y acompañar las visitas de los entes de vigilancia, control e inspección del Sistema de Gestión Ambiental, asesorar, administrar, gestionar, auditar e intervenir en actividades ambientales, desarrollar de forma integral la gestión de los residuos hospitalarios, realizar Estudio de Impacto Ambiental, gestión y auditorías que se requieran, participar en la búsqueda de soluciones integrales a los problemas de contaminación del área de influencia de la ESE, participar en el desarrollo de nuevos procesos de tratamiento, eliminación, reciclaje y revalorización de desechos, apoyar las actividades de disponibilidad del servicio para las urgencias, minimizar los efectos negativos y cumplir las normas sobre calidad ambiental, realizar estudios de impacto ambiental de los procesos productivos, desarrollar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad Ambiental de la ESE, apoyar las estrategias de optimización de los recursos agua y energía, apoyar los métodos de control y vigilancia de la contaminación como sistemas de monitoreo, con la finalidad de minimizar emisiones y residuos, apoyar el cumplimiento de la legislación vigente para proteger el medio ambiente, verificar el cumplimiento de las normas, instructivos y procedimientos del Sistema de Gestión Ambiental, velar por lo relacionado a la disposición final y segregación de los residuos hospitalarios, vertimientos, contaminantes atmosféricos y ahorro y

uso eficiente de los recursos naturales, y participar de manera activa en los diferentes comités donde lo requieran.

En el diagnóstico realizado se puede evidenciar que el proceso de gestión ambiental no cuenta con un presupuesto asignado para desarrollar los distintos procesos limitándose a cubrir lo de obligatorio cumplimiento como contratación de la disposición final de residuos, análisis de vertimientos, fumigación trimestral, dejando de un lado la verdadera implementación del sistema por falta de personal y presupuesto para realizar acciones que cumpla con la política planteada en el proceso de gestión ambiental.

Los requisitos de la Norma ISO 14001:2015 no se cumplen en gran parte, y no se tiene un documento o Acto Administrativo que establezca las reglas y los responsables de su implantación.

- **Estado Actual del Sistema de Gestión Ambiental en la entidad basados en los criterios de la norma ISO 14001: 2015**

En la entrevista y visita de campo se pudo establecer que, de los 17 requisitos transversales requeridos para la integración de los sistemas, ha venido trabajando en la implementación de 8 de ellos, y 9 no han sido implementados, se evidencia que la debilidad se encuentra en la documentación de los requisitos establecidos, las evidencias de los mismos, y la actualización de los procedimientos que ya se tienen establecidos.

Este sistema no tiene un acto administrativo que evidencie los responsables del Sistema, un plan de implementación, ni control y seguimiento del mismo, el ejercicio en el área ambiental está dada en las actividades que se realicen en cumplimiento del PGIRSH

Tabla 8. Estado Actual del Sistema de Gestión Ambiental en la entidad basados en los criterios de la norma ISO 14001: 2015

SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION						
SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL			ISO 14001:2015			
POLITICA	La E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán de Socorro, institución prestadora de servicios de tercer nivel se compromete a desarrollar una estrategia ambiental preventiva y de mejoramiento continuo mediante la implementación de oportunidades de tecnologías más limpias, la promoción de una cultura respetuosa y amigable con el medio ambiente, a establecer prácticas ambientales que permitan un manejo integral de los residuos hospitalarios, el fortalecimiento de las prácticas de orden, aseo, el uso adecuado de los recursos naturales, el cumplimiento estricto de la legislación ambiental, con el propósito de mantener una cultura ambiental con la comunidad, el personal interno, los pacientes y sus familias.		APROBADA	PUBLICADA		
			Resolución 321 Noviembre 15 de 2016	En cartelera Institucional		
LIDER DE PROCESO	INGENIERA AMBIENTAL		VINCULACION DEL LIDER PROCESO	FECHA IMPLEMENTACION DEL SITEMA		
			CONTRATISTA	No tiene acto Administrativo		
GRUPO DE GESTION AMBIENTAL	Existe el Grupo de Grupo de Gestión Ambiental		ACTO ADMINISTRATIVO CREACION	NORMATIVIDAD QUE LO RIGE		
			Resolución No. 017 del 18 Enero de 2017	Resolución 1164 de 2002		
ISO 14001-2015	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
6.1.3 Requisitos Legales y otros requisitos	6.1.3	P	La organización debe mantener información documentada de sus requisitos legales y otros requisitos.	SI		Esta Documentada
5.2 Política Ambiental	5.2	P-H	La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política ambiental que, dentro del alcance definido de su sistema de gestión ambiental	SI		Esta Documentada
6.1.2 Aspectos Ambientales	6.1.2	PH	la organización debe determinar los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida	SI		Esta Documentada
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1	P	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	NO		
6.1.4 Planificación Acciones	6.1.4		La organización debe planificar: a) la toma de acciones para abordar sus: 1) aspectos ambientales significativos; 2) requisitos legales y otros requisitos; 3) riesgos y oportunidades identificados en el apartado b) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en los procesos de su sistema de gestión ambiental o en otros procesos de negocio; 2) evaluar la eficacia de estas acciones	NO		

ISO 14001-2015	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
6.2 Objetivos Ambientales	6.2	P	La organización debe establecer objetivos ambientales para las funciones y niveles pertinentes, teniendo en cuenta los aspectos ambientales significativos de la organización y sus requisitos legales y otros requisitos asociados, y considerando sus riesgos y oportunidades	NO		
7.1 Recursos	7.1	P-H	RECURSOS La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión ambiental	SI		Se cumple parcialmente y no está documentado
7.2 Competencia	7.2	P-H	La organización debe conservar información documentada apropiada, como evidencia de la competencia	NO		
7.3 Toma de Conciencia	7.3	P-H	La organización debe asegurarse de que las personas que realicen el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia la política ambiental; b) los aspectos ambientales significativos y los impactos ambientales reales o potenciales relacionados, asociados con su trabajo; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión ambiental, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño ambiental; d) las implicaciones de no satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental, incluido el incumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos de la organización	SI		Se cumplen algunos requisitos pero no están documentados
7.4 Comunicación	7.4	H	La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión ambiental	SI		Parcialmente Documentado e implementando

ISO 14001-2015	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
7.5 Información Documentada	7.5	P-H	Información Documentada	NO		
8.1 Planificación y Control Operacional	8.1	P-H	La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del sistema de gestión ambiental y para implementar las acciones determinadas en los apartados 6.1 y 6.2	NO		
8.2 Preparación y Respuesta ante Emergencias	8.2	P-H	La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios acerca de cómo prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia identificadas en el apartado 6.1.1	SI		Parcialmente Documentados
9.1 Generalidades (Seguimiento, medición y análisis)	9.1	P-H	La organización debe hacer seguimiento, medir, analizar y evaluar su desempeño ambiental	NO		
9.2 Auditoria Interna	9.2	V	La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión ambiental	NO		
9.3 Revisión por la Dirección	9.3	V-A	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión ambiental de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas	SI		Parcialmente se cumple a través de las sesiones del Grupo de Gestión Ambiental
10. Mejora	10	P-H-V-A	La organización debe determinar las oportunidades de mejora (véanse 9.1, 9.2 y 9.3) e implementar las acciones necesarias para lograr los resultados previstos en su sistema de gestión ambiental	NO		

6.1.3 Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional. El sistema de seguridad y salud ocupacional garantiza un ambiente de trabajo donde prima la seguridad personal de la entidad, por medio de la evaluación y control de los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo.

La Seguridad y Salud en el Trabajo - SST procura la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

El Sistema Seguridad y Salud Ocupacional, se desarrolla a través de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo. El SG-SST es liderado e implementado por el empleador o contratante, con la participación de los trabajadores y/o contratistas, garantizando a través de dicho sistema, la aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo, el mejoramiento del comportamiento de los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo

Contar en la entidad con el sistema de salud y seguridad en el trabajo le permite satisfacer las necesidades de las partes interesadas, dar cumplimiento a los requisitos legales, reducir el índice de rotación de personal, mejora de tiempos y recursos en labores de los colaboradores.

Requisitos del SG-SST en la entidad: El SG-SST de la entidad se implementa a partir de los requisitos de la norma OHSAS 18001:2007 y el Decreto 1572 de 2015.

Líder del SG-SST en la entidad: De acuerdo con la Resolución 289 del 23 de noviembre de 2015, la Profesional Universitario de Gestión del Talento Humano es la encargada de emitir lineamientos para la implementación del SG-SST.

Comité COPASST de la entidad: Mediante Resolución 289 del 23 de noviembre de 2015 se conforme el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

La entidad no tiene constituido comité encargado de la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

En el trabajo de campo junto con el líder de proceso se evidencio que la implementación ha estado basada en el marco de la Resolución 1111 de 2017 la cual define los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo.

En la actualidad el Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo está liderado por un profesional de la Medicina especialista en Salud Ocupacional, su vinculación a la entidad está dada por un contrato de prestación de servicios, y su disponibilidad y dedicación no es solo para el Sistema.

El profesional asignado está adscrito como apoyo a la oficina de Talento Humano y cumple además funciones y actividades inherentes a su ejercicio como médico, lo que no le permite llevar a cabo todas las actividades relacionados con la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El rol y responsabilidades no están previamente definidas con respecto a la implementación del sistema en la entidad, de tal manera que ni el Líder del Proceso de Talento Humano, ni el Profesional Médico asumen la responsabilidad de su implementación, seguimiento y evaluación.

De igual manera el Líder de proceso no tiene un equipo interdisciplinario creado en planta que apoye las actividades de la implementación del Sistema.

El proceso de planeación de las actividades al interior del Sistema, no estaba dado por un plan de acción, si no determinado por la dinámica de las necesidades que se van presentando, y de acuerdo a los requerimientos que exijan entidades como el Ministerio de Salud o la SuperSalud.

En el ejercicio de evaluación y revisión de la información del sistema en la entidad, se encontró que los Manuales de procedimientos no se encuentran actualizados, muchos de ellos su fecha de elaboración pertenecen a la vigencia 2010 y 2011.

Dentro del plan de capacitación institucional para la vigencia 2017 no se evidenció capacitación, sensibilización o estrategias que evidenciaron el fortalecimiento hacia el sistema.

De igual forma se evidencia el líder de proceso de apoyo es quien realiza las auditorías internas, del sistema.

- **Estado Actual del Sistema Seguridad y Salud Ocupacional basados en los criterios de la norma OHSAS 18001:2007**

El sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional en la entidad está liderado por una profesional de la Medicina Especialista en Salud Ocupacional y Seguridad y Salud en el Trabajo, en la entrevista y visita de campo se pudo establecer que, de los 15 requisitos transversales requeridos para la integración de los sistemas, ha venido trabajando en la implementación de 4 de ellos, y 11 se encuentran en implementación.

Se evidencia en el trabajo de campo que la debilidad se encuentra en la documentación de los requisitos establecidos, las evidencias de los mismos.

Este sistema es uno de los que presenta menor porcentaje de implementación de la Norma ISO 18001:2007.

La entidad no tiene establecido mediante acto administrativo o documento alguno los lineamientos para la implementación del sistema el rol de los involucrados y quiénes son sus responsables.

Tabla 9. Estado actual del sistema seguridad y salud ocupacional en la entidad teniendo en cuenta los criterios de la norma OHSAS 18001:2007

SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION						
EL TRABAJO		OSHA 18001:2007				
POLITICA	La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán como institución prestadora de servicios de salud I, II Y III NIVEL establece dentro de sus Prioridades la implementación y el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo cumpliendo con las normas legales vigentes en Colombia en Seguridad y Salud en el Trabajo, comprometida con el mantenimiento de un bienestar físico, mental y social de todos los trabajadores independiente de su modalidad de contratación generando desde todos los niveles de dirección la responsabilidad de mantener su propia seguridad y la de la empresa, la de su personal a cargo con lugares de trabajo seguros y adecuados de acuerdo con la normatividad vigente; minimizando la ocurrencia de accidentes de trabajo y de enfermedades mediante mejora continua del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo los controles y seguimiento respectivos de los riesgos desde la promoción y prevención del mismo	APROBADA		PUBLICADA		
		Resolución 017 de enero 20 de 2017		Carteleras Institucionales		
		VINCULACION DEL LIDER PROCESO		FECHA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA		
		CONTRATISTA		No se realizo Acto Administrativo		
LIDER DE PROCESO	MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	ACTO ADMINISTRATIVO CREACION		NORMATIVIDAD QUE LO RIGE		
Comité	Esta constituido el COPASS	Resolución		Ley 1562 del 2012		
ISO 18001 - 2007	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
4.3.2 Requisitos Legales y otros	4.3.2	P	La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para identificar y acceder los requisitos legales y otros requisitos S&SO que son aplicables a ella.	SI		Esta Documentado
4.2 Política S y SO	4.2	P-H	La gerencia debe definir y autorizar la política S&SO de la organización y asegurar que dentro del alcance definido del Sistema de Gestión S&SO	SI		Esta Documentado
4.3.3 Objetivos y Programas	4.3.3	P	La organización debe establecer, implementar y mantener documentados los objetivos S&SO, en las funciones y niveles relevantes dentro de la organización. Los objetivos deben ser medibles, siempre que sea práctico y consistentes con la política S&SO, incluyendo los compromisos para la prevención de lesión y enfermedad, y estar conformes con los requisitos legales aplicables y con otros requisitos que la organización suscribe, y al mejoramiento continuo	SI		Esta Documentado

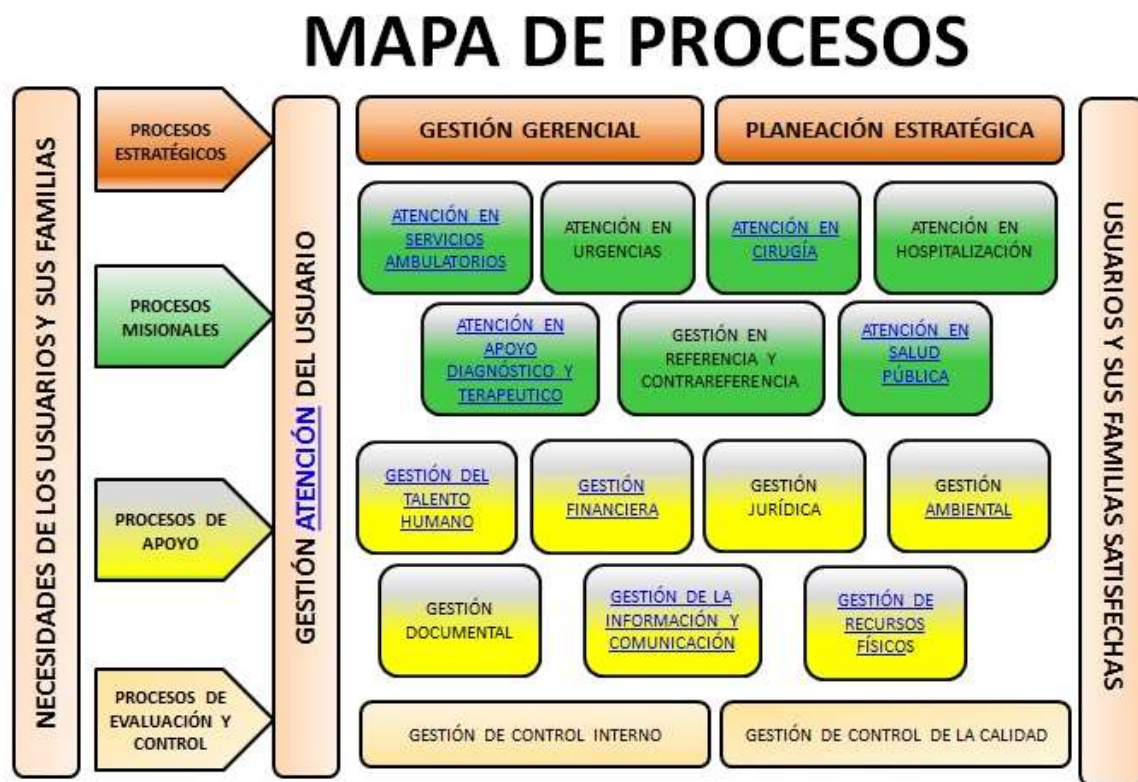
ISO 18001 - 2007	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
4.4.2 Competencia, formación y forma de conciencia	4.4.2	P-H	La organización debe asegurar que cualquier persona(s) bajo su control que realice tareas que pueden impactar sobre S&SO es (son) competente con base a educación apropiada, entrenamiento o experiencia, y debe tener los registros asociados.	SI		Parcialmente Documentada
4.4.3 Comunicación, participación y consulta	4.4	H	Comunicación, participación y consulta			Esta en implementación
4.4.4 Documentación	4.4.4	P-H	La documentación del sistema de gestión S&SO debe incluir: a) Política y objetivos S&SO; b) Descripción del alcance del sistema de gestión S&SO; c) Descripción de los elementos principales del sistema de gestión S&SO y su interacción, y referencia de los documentos relacionados; d) Documentos, incluyendo registros, requeridos por la norma OHSAS; y e) Documentos, incluyendo registros, determinados por la organización como necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de procesos que se relacionan con la gestión de sus riesgos S&SO.			Esta en implementación
4.4.5 Control de Documentos	4.4.5		Los Documentos requeridos por el sistema de gestión S&SO y por esta norma OHSAS deben ser controlados. Los registros son un tipo especial de documento y deben ser controlados de acuerdo con los requisitos dados en 4.5.4.			Esta Implementación
4.5.4 Control de Registros	4.5.4		La organización debe establecer y mantener registros necesarios para demostrar la conformidad con los requisitos de su sistema de gestión S&SO, con esta norma OHSAS, y los resultados alcanzados. La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición de los registros. Los registros deben ser legibles, identificables y trazables.			Esta en implementación
4.3 Planificación	4.3	P-H	Planificación			Esta Implementación

ISO 18001 - 2007	REQUISITOS	CICLO PHVA	CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	EVIDENCIA
4.4.6 Control de Registros	4.4.6		La organización debe determinar las operaciones y actividades que están asociadas con el peligro(s) identificado donde la implementación de controles es necesaria para manejar el riesgo(s) S&SO. Esto debe incluir la gestión del cambio			Esta en implementación
4.5.3.1 Investigación de Incidente	4.5.3.1	V	Investigación de incidentes. La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para registrar, investigar y analizar incidentes de manera que: a) Se determine las deficiencias S&SO encontradas y otros factores que puedan ser la causa o contribuyan en la ocurrencia de incidentes; b) Identificar la necesidad de acción correctiva; c) Identificar la necesidad de acción preventiva; d) Identificar oportunidades para el mejoramiento continuo; e) Comunicar los resultados de estas investigaciones. Las investigaciones deben ser realizadas a tiempo.			Esta en implementación
4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias	4.4.7	P-H	La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s): a) Para identificar el potencial de situaciones de emergencia; b) Para responder a tales situaciones de emergencia. La organización debe responder a situaciones de emergencia actuales y prevenir o mitigar consecuencias S&SO adversas asociadas.			Esta Implementación
4.5.5 Auditoria Interna	4.5.5	V	La organización debe asegurar que las auditorias internas del sistema de gestión S&SO se realicen a intervalos planificados			Esta Implementación
4.6 Revisión por la Dirección	4.6	V-A	La alta gerencia debe revisar el sistema de gestión S&SO de la organización, a intervalos planeados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuos. Las revisiones deben incluir oportunidades de evaluación para el mejoramiento y la necesidad de cambios en el sistema de gestión S&SO, incluyendo la política y objetivos S&SO. Se deben mantener los registros de las revisiones por la gerencia			Se realiza a través de las sesiones del COPASS
4.5.3.2 No conformidades, acción correctiva, acción preventiva	4.5.3.2	P-H-V-A	La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento(s) para manejar las no conformidad(es) actuales y potenciales y para tomar acción correctiva y preventiva. El procedimiento(s) debe definir requisitos			Esta en implementación

6.2 PROCESOS DE LA ENTIDAD INVOLUCRADOS EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN Y SU DOCUMENTACIÓN (MAPA DE PROCESOS) PARA TODOS LOS SISTEMAS

A continuación, se presenta el mapa de procesos de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, el cual consiste en la representación gráfica de los procesos que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión.

Figura 2. Mapa de Procesos ESE Hospital Regional Manuela Beltrán



Fuente: ESE Hospital Regional Manuela Beltrán. Manual de Procesos. Oficina de Calidad. 2017.

El mapa de procesos contiene 18 procesos, 7 de ellos de tipo misional, 7 de apoyo, 2 estratégicos y 2 de evaluación y control.

A continuación, se relacionan los responsables de cada proceso:

Tabla 10. Responsables de cada proceso en la entidad

TIPO DE PROCESO	PROCESO	LIDER DE PROCESO
ESTRATEGICOS	Gestión Gerencial	Gerente
	Planeación Estratégica	Asesor Calidad
MISIONALES	Atención en Servicios Ambulatorios	Subdirección Científica
	Atención en Urgencias	Coordinador Servicio Urgencias
	Atención en Cirugía	Enfermera Jefe del Servicio
	Atención en Hospitalización	Enfermera Jefe de cada Servicio
	Atención en Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Subdirección Científica
	Gestión en Referencia y Contra referencia	Subdirección Científica
	Atención en Salud Pública	Enfermera Jefe Salud Pública
APOYO	Gestión del Talento Humano	Profesional Universitario
	Gestión Financiera	Profesional Universitario
	Gestión Jurídica	Asesora Jurídica
	Gestión Ambiental	Ingeniero Ambiental
	Gestión Documental	Técnico de Archivo
	Gestión de la Información y la Comunicación	Coordinador Tecnología y Comunicaciones
	Gestión de Recursos Físicos	Subdirección Administrativa
EVALUACION	Gestión de Control Interno	Asesor Control Interno
	Gestión de Control de la Calidad	Asesor Calidad

Fuente: ESE Hospital Regional Manuela Beltrán. Oficina de Calidad. 2017

6.3 NIVEL DE RIESGOSQUE SE PUEDEN PRESENTAR ASOCIADOS A LA INTEGRACION DE LOS SISTEMAS EN LA ENTIDAD

- Resistencia al cambio por parte de algunos miembros de la Alta Dirección y el personal de la entidad.
- Recursos insuficientes para planificar y ejecutar el plan de integración
- Mayor costo de implantación respecto de un solo sistema particular de gestión.

- Mayor esfuerzo en materia de formación, de organización y cambio de cultura, al requerir la realización de un mayor número de actividades para garantizar la formación del personal en varias materias.
- Dificultad para elegir el nivel de integración adecuado al nivel de madurez de la organización
- Se requiere mayor esfuerzo en la planificación, el control de los procesos y en la toma de decisiones, ya que se deben tener a consideración aspectos relacionados con los tres sistemas.

7. RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL HOSPITAL

7.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS A CONSEGUIR

Un sistema integrado de gestión, es la solución a las necesidades de un mercado competitivo y cada vez más exigente, surge como una forma para que la entidad pueda asegurarse de que se cumplan de manera eficaz y eficiente con los requisitos de varios sistemas de gestión.

El Sistema Integrado de Gestión puede contribuir con todos los aspectos de la gestión institucional, desde la calidad del producto y el servicio al cliente, que generan rentabilidad, mantienen el bienestar laboral y social, controlan los aspectos ambientales generados por la operación de la entidad, retribuyendo al medio ambiente y a la comunidad.

La semejanza en los principios de gestión con los diferentes aspectos de la entidad brinda oportunidades para aumentar la eficacia y eficiencia, integrándolos.

⁵Los principios de un Sistema Integrado de Gestión están basados en:

- **Enfoque por procesos.** Se alcanza los resultados de manera eficaz y eficiente, ya que las actividades se gestionan como procesos interrelacionados que funcionan como sistema coherente, permitiendo optimizar el sistema y aumentar su desempeño.
- **Compromiso del personal de la entidad.** La entidad necesita personal competente y comprometido, de esta manera aumenta la capacidad de generar valor, reconocimiento, empoderamiento y la

⁵ Ibíd.

mejora, facilitan el compromiso de las personas en el logro de los objetivos de la calidad.

- **Liderazgo.** Capacidad de influir en el grupo para alcanzar las metas, el líder establece un propósito y la orientación de la organización, y tienen como responsabilidad crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización
- **Decisiones basadas en evidencias.** El análisis de datos de los hechos y evidencias conduce a mayor objetividad y confianza en la toma de decisiones, conduciendo a resultados deseados.
- **Gestión de relaciones.** Para el éxito sostenido la entidad gestiona sus relaciones con las partes interesadas (proveedores, socios, clientes, inversionistas, empleados y la sociedad).
- **Mejora Continua.** La mejora es fundamental para que la entidad mantenga niveles adecuados de desempeño, reaccione fácil ante cambios internos y externos, generando nuevas oportunidades.
- **Enfoque al Cliente.** Entender las necesidades actuales y futuras de los clientes, superando así sus expectativas y contribuyendo al éxito sostenido de la entidad.

7.2 VENTAJAS DE CONTAR CON UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

- Se satisfacen las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas.
- La Política y objetivos están integrados
- Se integran los procesos gerenciales de planificación de objetivos y revisión del sistema, lo que permite solucionar los conflictos de responsabilidades, y optimizar y simplificar el proceso de toma de decisiones basadas en datos integrales.

- Se maneja un solo sistema documental, se alcanza una mayor coherencia, facilidad y manejo y reducción de los costos de mantenimiento de la documentación, al integrarse en un solo documento (procedimientos, instrucción, registro, etc.)
- Mejora la efectividad operativa, se incrementa el rendimiento, las competencias y el entrenamiento de los miembros de la entidad.
- Se logra un ahorro significativo en los recursos para el desarrollo e implementación del Sistema integrado de Gestión.
- Las Auditorías internas se realizan de manera integrada, con lo cual se reducen los costos que para la entidad supone la preparación y realización del plan de auditorías.
- Se requiere una sola revisión por el Comité Directivo
- Elimina las Barreras de la Competencia
- Los aspectos ambientales y los riesgos laborales se convierten en una forma de vida al igual como lo es la calidad, en los procesos productivos y/o en el ciclo de atención al servicio.
- Aumenta la satisfacción de clientes y partes interesadas
- Mayor eficiencia en la toma de decisiones por la Alta Dirección, al disponer de una visión global de los sistemas.

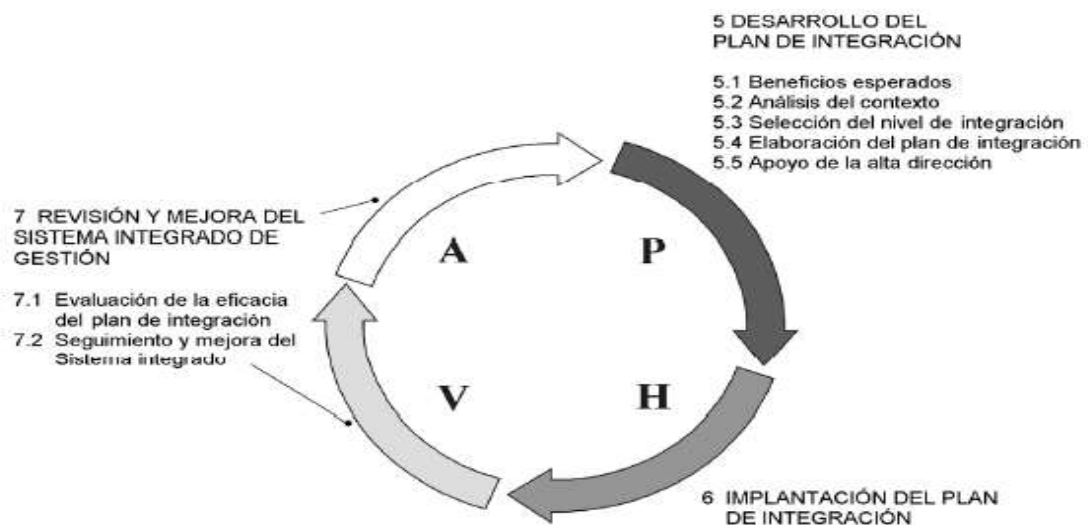
- Mejora la comunicación interna como la imagen externa, alcanzando mayor confianza de clientes y proveedores.

7.3 SELECCIÓN DEL NIVEL DE INTEGRACIÓN ADECUADO A LAS POSIBILIDADES DE LA ORGANIZACIÓN.

La Norma UNE 66177:2005 es una norma española cuyo objeto es ayudar a las entidades a llevar a cabo total o parcialmente, la integración de os sistemas de gestión (calidad, medio ambiente y seguridad y salud en el trabajo), ayuda a la implantación integrada de los mismos.

Esta norma aporta un conjunto de orientaciones y métodos que se estructuran en aspectos concretos como el desarrollo de un Plan de Integración, su implementación y la revisión y mejora del sistema integrado.

Figura 3. Estructura de la norma. Aplicación del Ciclo de Mejora continua al proceso de Integración de Sistemas de Gestión



Fuente: Norma Española UNE 66177:2005. Sistemas de Gestión Guía para la Integración

Revisadas referencias bibliográficas la norma UNE 66177 no es la única existentes en materia de integración de sistemas, existen otras normas como lo son la norma Británica HB 10173 Management System Integration (norma de la BSI British Standards Institution), que identifica los elementos comunes a los tres sistemas de gestión, y aporta una visión de tales elementos, o la norma ASNZS 4581, el principio de la gestión por procesos como base para la integración.

La norma UNE 66177 no trata de identificar los elementos ni describirlos elementos similares, esta norma ofrece una metodología para que la entidad identifique tales sinergias considerando tanto los procesos como la vía para lograr la integración.

La norma UNE 66177 permite ver que la gestión por procesos es la vía para la integración de los sistemas.

Esto teniendo en cuenta que un proceso está constituido por un conjunto de actividades que transforman unas entradas en salidas que buscan una transformación generando un valor agregado.

Un proceso interacciona con varias partes interesadas, como lo son los clientes del proceso, las personas de la entidad y la sociedad, al tener influencia en la calidad del servicio o producto, en la seguridad y salud de las personas y en los aspectos ambientales, respectivamente.

La gestión por procesos es el fundamento que rige la norma UNE 66177:2005, su apartado 5.3.1 afirma que “la aplicación de la gestión por procesos productivos normalmente conlleva cambios organizativos (organigrama, responsabilidades, etc.) derivados de la necesidad de dotar a los líderes de los procesos de la responsabilidad, autoridad y capacidad necesaria para su gestión, así como para

la gestión unificada de los requisitos y factores de los diferentes sistemas que se encuentran en cada proceso.

Lo anterior se hace visible a través de la norma UNE 66177:2005 de los tres métodos de integración posibles que presentamos a continuación.

7.3.1 Método básico. Es un método muy rentable ya que requiere una inversión pequeña y se obtienen resultados importantes a corto plazo, debido a la optimización de los recursos destinados a la gestión de la documentación y la gestión integrada de algunos procesos.

Políticas de Gestión integradas, un solo Manual de Gestión, definición de responsabilidades y funciones en los procesos críticos.

Algunos procesos integrados: identificación de aspectos legales, gestión documental, auditorías.

7.3.2 Método avanzado. Este método supone la continuación natural del método Básico y su rentabilidad se consigue normalmente a mediano plazo, ya que se requiere experiencia para implantar eficazmente la gestión por procesos.

Mapa de Procesos que integra todos los procesos en las diferentes áreas de gestión, definición completa de factores en los procesos (líderes, objetivos, indicadores).

Revisión y mejora sistemática de los procesos considerando los requisitos de cada sistema.

7.3.3 Método experto. Este método supone la continuación natural del método avanzado, y es un método muy rentable, ya que supone extender la integración a

corto plazo del sistema de gestión por procesos existente a otras áreas o aspectos no contemplados hasta ahora, sin inversión adicional. Se pueden conseguir grandes resultados si se alimentan los procesos con las estrategias de la organización.

Los objetivos e indicadores están integrados, y se despliegan en los procesos.

Los procesos consideran la participación de todos los grupos de interés, la gestión por procesos se extiende a otras actividades, administrativas y económicas y se involucran a proveedores.

La norma UNE 66177, además de ofrecer información sobre los métodos de integración, aporta una metodología para la selección del método más apropiado, basándose de manera previa en un análisis del contexto.

7.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS SEGÚN LA NORMA UNE 66177:2005

La norma UNE 66177:2005 considera necesario que la entidad conozca sus propias características antes de desarrollar el plan de integración.

Esto trata de obtener aquellos datos relevantes para llevar a cabo la toma de decisiones acerca de la estrategia de integración.

Para ello propone un análisis del contexto en el que se analicen cuatro parámetros:

- **Madurez**
- **Complejidad**

- **Alcance**
- **Riesgo**

El método de análisis del contexto para la integración busca que la entidad tenga conocimiento acerca de:

- Que capacidad y experiencia posee para realizar la integración de los sistemas.
- Cuáles son las necesidades y expectativas de sus clientes y otras partes interesadas a las que debe satisfacer el sistema integrado.
- Qué sistema de gestión tiene la entidad para dar respuesta a esas necesidades
- Que riesgos tiene la integración de los sistemas en la entidad

La adopción de uno de los métodos de integración depende de los resultados del análisis del contexto de la entidad basados en los cuatro parámetros anteriormente mencionados.

La norma UNE 66177: 2005 contempla El Diagrama de flujo para identificar el método de integración apropiado.

Figura 4. Diagrama de Flujo para identificar el método de integración

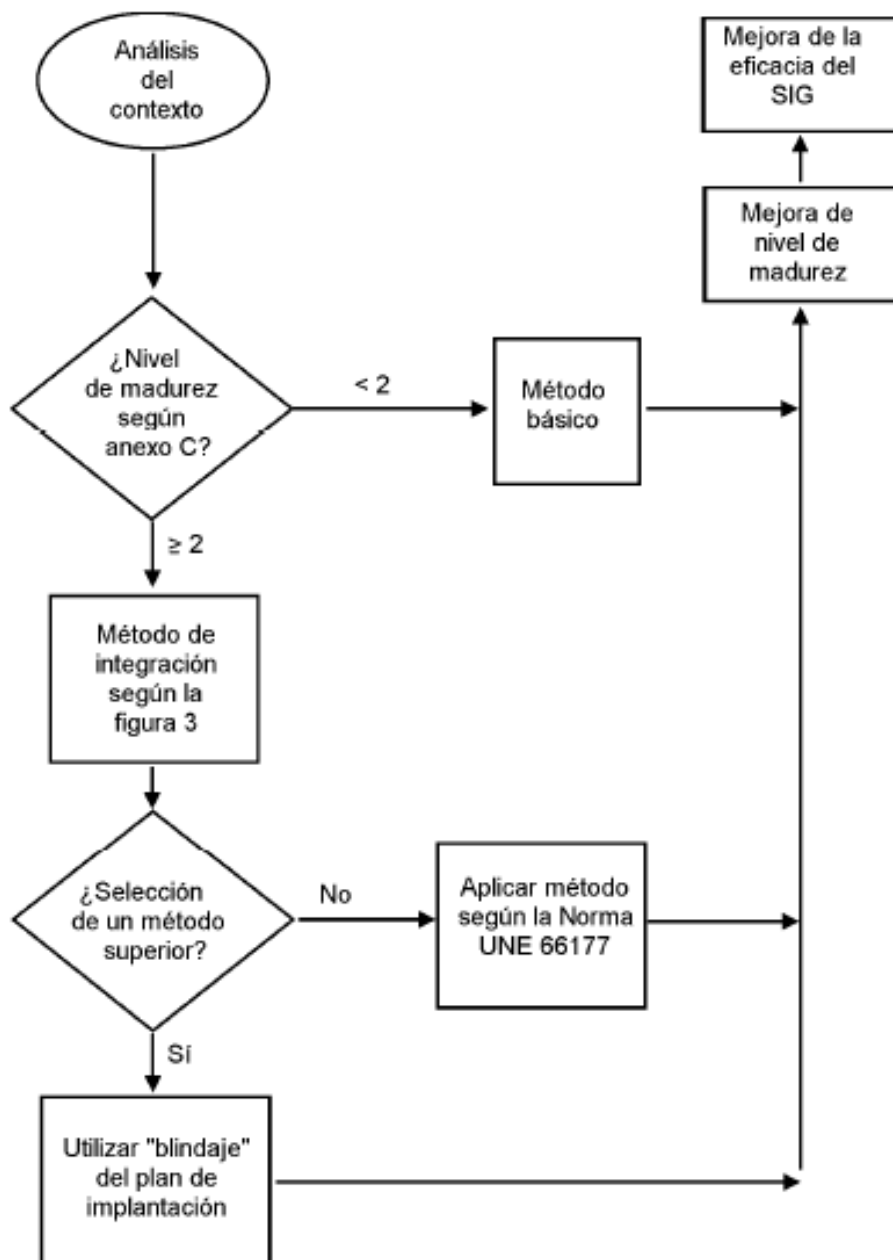


Fig. 2 – Diagrama de flujo para identificar el método de Integración apropiado

Fuente: Norma Española UNE 66177:2005. Guía para la Integración de los Sistemas de Gestión

Para aplicar el diagrama, la norma propone evaluar inicialmente cada uno de los parámetros mencionados anteriormente.

- **Madurez**

Se entiende el nivel de madurez como la capacidad para la gestión por procesos, este parámetro es el más determinante de los cuatro.

Se refiere según la norma a la experiencia y eficacia en el uso de los sistemas de gestión y el uso de herramientas de gestión, estructura organizativa y funcional de la entidad, nivel de competencias del personal.

La norma establece un método de evaluación mediante una tabla que puede utilizar la entidad, para evaluar el parámetro de madurez en uno de los cinco niveles posibles.

Tabla 11. Niveles de evaluación según la norma

1	Inicial
2	Básico
3	Avanzado
4	Experto
5	Premio

- **Complejidad.**

Se refiere al nivel de exigencia de necesidades y expectativas de clientes, otras partes interesada y los grupos de interés. La norma UNE 66177:2995 identifica este parámetro e ilustra el mismo con la indicación de que existen diferentes tipos de requisitos: de clientes (ISO 9001), SOCIEDAD (ISO 14001), PERSONAS (OSHAS 18001), requisitos de los accionistas, propietarias o societarios y otros sectoriales.

También se encuentran dentro de este parámetro el análisis de los requisitos establecidos internamente por la entidad.

- **Alcance.**

Se refiere a cuan extenso son los sistemas de gestión aplicados o que se desean aplicar. Inventario de Sistemas de Gestión y normas de gestión implantados, productos y/o servicios afectados por los sistemas de gestión actuales y futuros, procesos involucrados en los sistemas de gestión y su documentación (mapa de procesos) para todos los sistemas)

- **Riesgo**

Se refiere al grado de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios asociados a los productos y servicios, a los aspectos ambientales y a la seguridad de los trabajadores y entornos de trabajo, nivel de riesgo y valoración de las consecuencias inherentes al incumplimiento legal.

En este caso, se refiere a los posibles efectos que la implantación de un plan de integración tendría en la entidad.

La norma UNE 66177:2005 detalla método para evaluar el parámetro de madurez, e insta a evaluar cada parámetro de la siguiente manera.

Tabla 12. Método para evaluar el parámetro de madurez

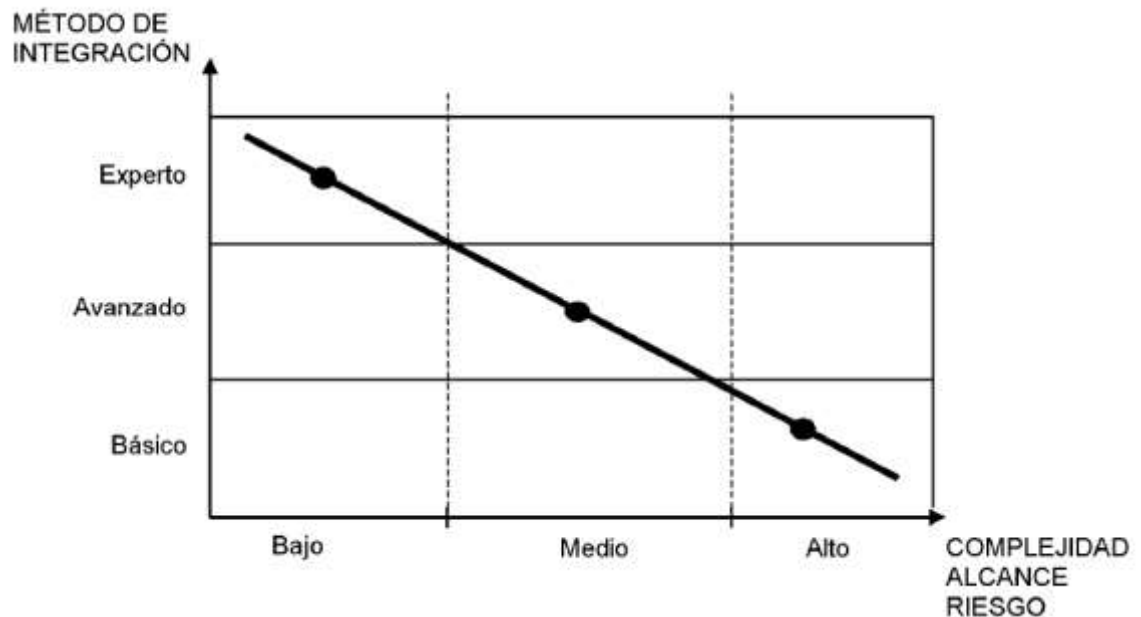
Parámetro	Escala	Método de Evaluación
Madurez	5 Niveles (Inicial, Básico, Avanzado, Experto y Premio)	Según Anexo C Norma UNE 66177:2005
Complejidad	3 Niveles (Bajo, Medio y Alto)	No se aporta Método
Alcance	3 Niveles (Bajo, Medio y Alto)	No se aporta Método
Riesgo	3 Niveles (Bajo, Medio y Alto)	No se aporta Método

Atendiendo los lineamientos de la norma UNE 66177 primero se considera el valor obtenido del parámetro de Madurez y si este es inferior a 2, entonces sólo es posible optar por el método de integración básico.

Si el parámetro de Madurez es igual o superior a 2, como lo muestra El Diagrama de flujo para identificar el método de integración apropiado, pasa a depender de los otros tres parámetros.

En este caso se hace necesario utilizar la gráfica que aparece en la siguiente figura:

Figura 5. Diagrama para determinar método de integración.



Fuente: Norma Española UNE 66177:2005. Guía para la Integración de los Sistemas de Gestión

Los niveles de cada uno de los parámetros permiten la identificación del método de integración más apropiado, entrando por el eje de las abscisas.

Se puede deducir del procedimiento, que es posible identificar más de un método de integración, si los niveles de los parámetros de complejidad, Alcance y riesgo son diferentes, se tendrían tres entradas en la gráfica, una por parámetro con posibles métodos de integración diferentes.

Ante esto la norma UNE 66177:2005 propone seleccionar el método de integración más bajo de entre los resultantes. También sugiere que sí, se decide adoptar un método superior, éste sea blindado a fin de asegurar que el proyecto se aplica con éxito.

Para el caso del hospital de acuerdo a lo establecido en la norma y lo evidenciado en los resultados de campo obtenido de entrevistas y encuestas de campo se recomendaría el nivel de integración Básico.

7.5 PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE LA ALTA DIRECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS.

El apoyo por parte de la Alta Dirección en el proceso de integración de los sistemas de gestión, es especialmente necesario dados los cambios que puede provocar y las funciones que se pueden afectar durante el proceso de integración.

Los cambios que se puedan prestar requieren del liderazgo y compromiso ineludible de la Dirección, ya que este aporta los recursos necesarios para llevar a cabo el Plan de Integración, apoya las acciones previstas y realiza el seguimiento del proyecto.

7.6 PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL

La entidad debe realizar algunos ajustes en su estructura, ya que se evidencia que la establecida, no está acorde a lo aprobado por la Junta Directiva. A

continuación, se propone un modelo que se ajusta a lo establecido en el Acto Administrativo aprobado.

Figura 6.Estructura aprobada

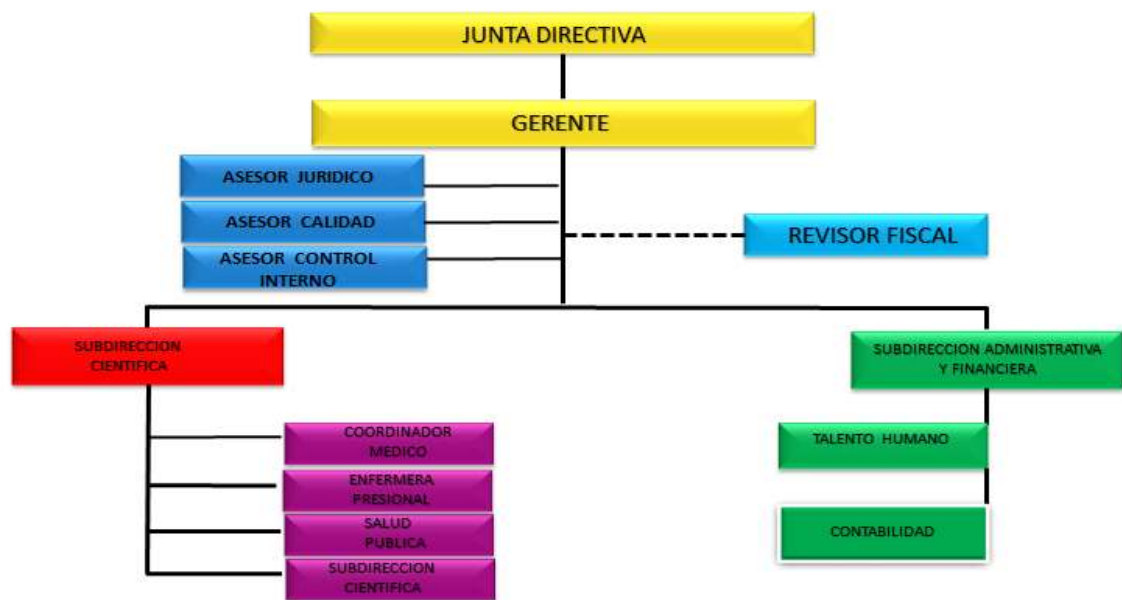
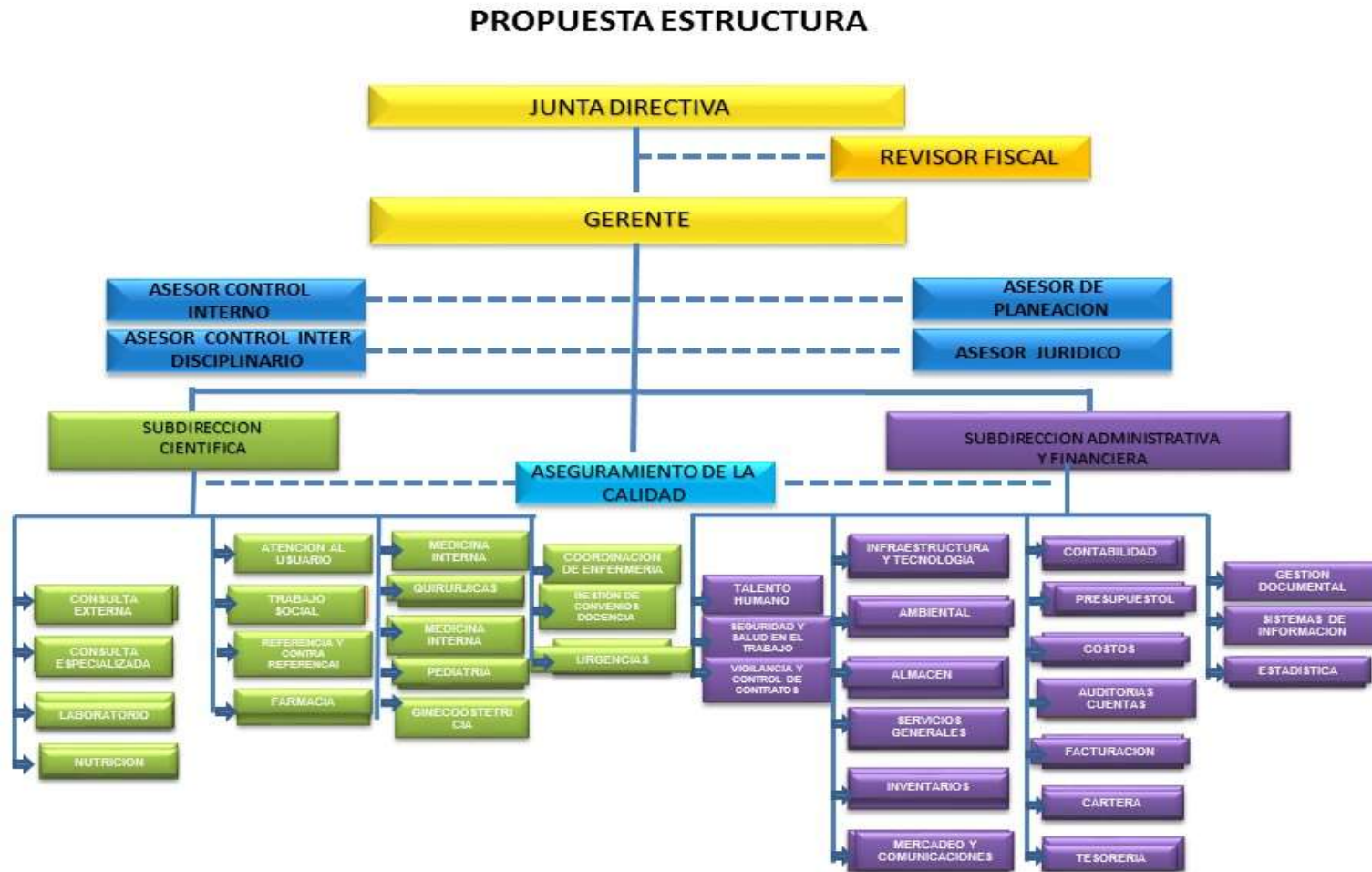


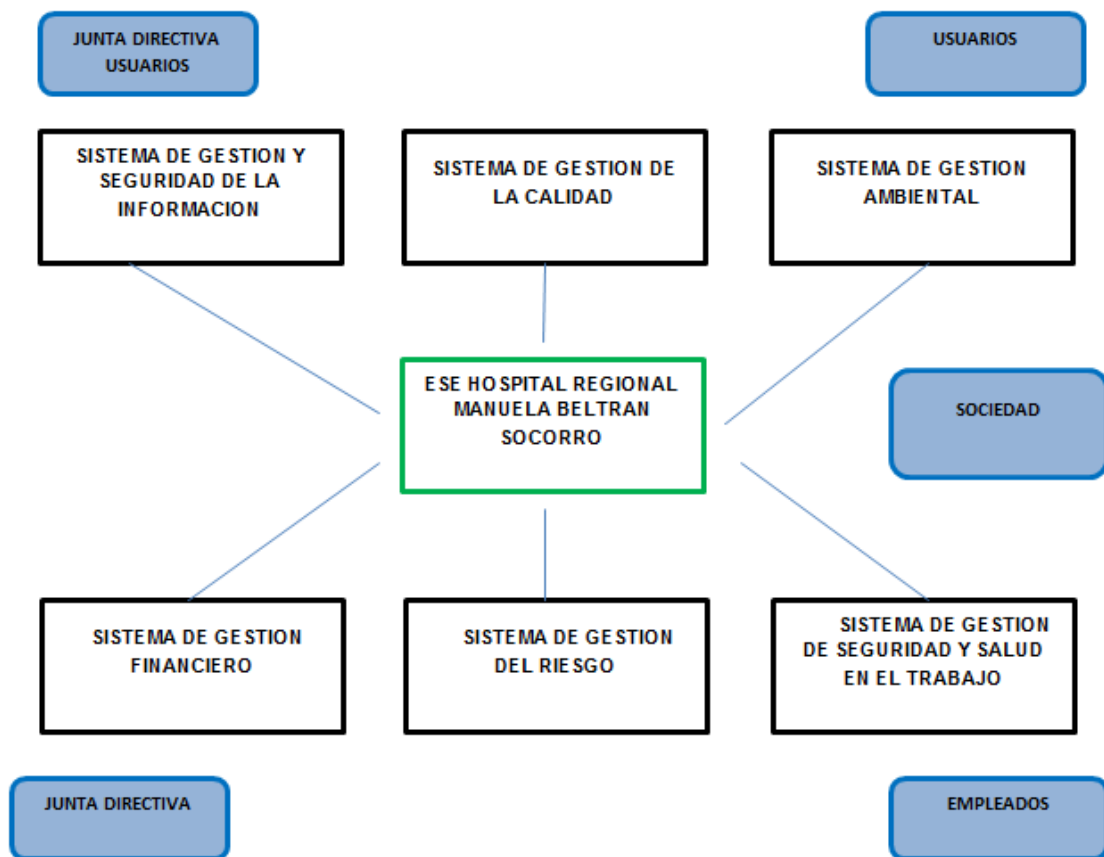
Figura 7. Estructura Propuesta



7.7 COORDINACIÓN, COMUNICACIÓN, IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL AFECTADO

La relación entre la entidad y sus partes interesadas juega un papel transcendental en el proceso de integración de los sistemas, la satisfacción de las partes interesadas y la medición adecuada de la función de los procesos y procedimientos, con una sola visión global de los movimientos del hospital alineado sus entradas con sus salidas.

Figura 8. Interrelación entre los sistemas de gestión para la operación del Hospital



7.8 PROPUESTA PARA LA UNIFICACION DE LAS POLITICAS DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE LA ENTIDAD.

- **Política Sistemas de Gestión ESE Hospital Regional Manuela Beltrán**

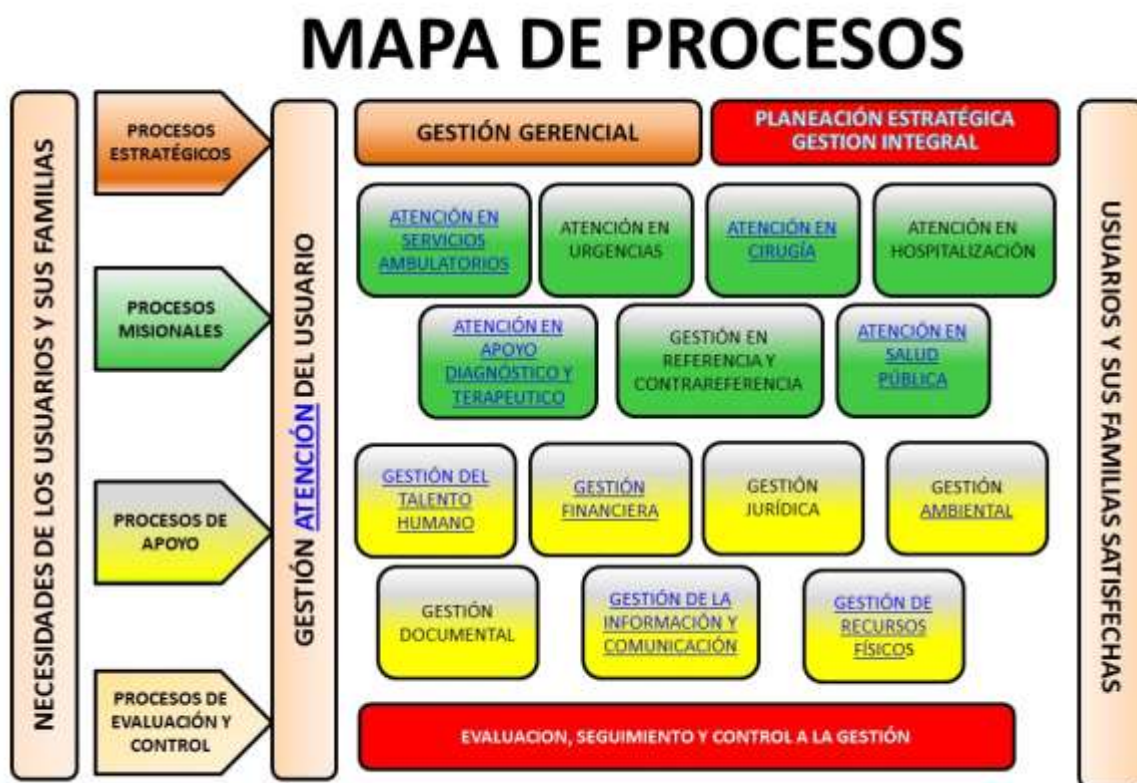
La E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN DEL SOCORRO, entidad líder en salud, propende por la satisfacción de los usuarios y partes interesadas cumpliendo con las normas legales, organizacionales y del Sistema Integrado de Gestión (SIG), con oportunidad, efectividad y accesibilidad, garantizando el acceso a los servicios de salud enfocado en la calidad de la prestación para la satisfacción de cada uno de sus usuarios, está comprometida en:

- Garantizar la seguridad de la información, y los datos almacenados mediante controles preventivos para garantizar la atención con oportunidad a nuestros usuarios.
- Identificar, evaluar y mitigar de manera sistemática los riesgos y peligros que puedan ocasionar accidentes de trabajo o afectaciones de la salud, encaminado en brindar ambientes sanos y seguros.
- Mitigar, prevenir y/o compensar los impactos ambientales generados,

7.9 PROPUESTA PARA LA REDEFINICIÓN DE LOS PROCESOS Y DOCUMENTACIÓN ASOCIADA.

Se recomienda ajustar el Mapa de Procesos de la entidad, de acuerdo a la integralidad de los sistemas de gestión, y se replante la posición del Proceso de Gestión de la Calidad, ya que este encuentra en el eje de Evaluación, cuando es un proceso clave y fundamental en la parte estratégica de la entidad.

Figura 9. Propuesta actualización Mapa



8. CONCLUSIONES

En el diagnóstico realizado se pudo establecer que la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán no tiene implementado los sistemas de Gestión de la Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, bajo los criterios de las normas ISO, ha venido realizando un ejercicio de implementación basada en normas que la regulan y que le han permitido establecer los criterios base para la implementación de los mismos.

Su debilidad se encuentra en la falta de documentación, ya que no se encuentran evidencias de algunos requisitos y la asignación de responsables al interior de cada sistema y de cada proceso, que le permita obtener los resultados esperados en el transcurso de la integración de los sistemas.

Se evidencia que los sistemas en la entidad están basados o tienen como marco base, la ISO 9001:2015 del sistema de calidad, sin embargo, en su gran mayoría su debilidad está en la falta de documentación y evidencias de su implementación.

En el ejercicio realizado y basados en los parámetros de la norma UNE 66177:2005 la entidad estaría en un nivel de implementación Básico, lo cual permitiría iniciar el proceso de fortalecimiento de los requisitos y criterios ya establecidos, la documentación de los mismos, la generación de los actos administrativos, el compromiso y la designación de responsables al interior de la entidad.

Teniendo cuenta el diagnóstico realizado en la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán, se puede concluir que la integración de los sistemas de gestión en la entidad es una alternativa que le permitiría aumentar la eficacia de la entidad.

El enfoque normalizado para la Gestión de la Calidad, el Medio Ambiente, y la Seguridad y Salud en el Trabajo, le permite a la entidad tener elementos comunes relaciones con los enfoques y principios de la entidad.

Los Sistemas de Gestión, ayudarían a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán al logro de los objetivos de la entidad mediante estrategias que llevan a resultados en la innovación en su parte operativa, puesto que basados en un pensamiento disciplinado con enfoque centrado en la gestión optimiza los procesos.

El liderazgo y el compromiso de la Alta Dirección son indispensables para establecer del desempeño del Sistema Integrado de Gestión.

La implementación del Sistema Integrado de Gestión en la entidad, permitiría una gestión más horizontal, con el propósito de interactuar con todos los procesos y unificar sus enfoques hacia las principales metas y objetivos de la ESE.

Es importante que en el proceso de integración de los sistemas la entidad establezca los responsables o líderes de cada sistema y que a su vez estos sean creados dentro del planta de personal de la entidad, para que estos sean los encargados de examinar y comprender la incidencia de cada etapa o actividad relacionada con la implementación que lleve a la obtención de resultados satisfactorios para la ESE y el alcanzar los objetivos propuestos por la entidad en su Plan de Desarrollo.

La implementación del Sistema Integrado de Gestión en la ESE, le permite integrar todos los aspectos comunes de los sistemas para mejorar la eficiencia y la eficacia en la prestación del servicio.

La integralidad de los sistemas en la entidad permite la estandarización de los procesos y procedimientos y genera una estructura sólida en resultados efectivos, mejora continua, reducción de costos.

Se recomienda realizar la actualización y ajuste a la conformación del comité de calidad acorde a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACION ESPAÑOLA DE NORMALIZACION Y CERTIFICACION. Norma Española 66177:2005. Sistema de Gestión. Guía para la Integración de los Sistemas de Gestión, 2005.

ATEHORTÚA ROSSO, Paula Marcela y RAMÍREZ SÁNCHEZ, Jeannette del Pilar. Diseño de un sistema de gestión integral aplicable a la empresa ALICO S.A. para su fortalecimiento organizacional. Trabajo de Grado, en mención a Especialista en Sistemas Integrados de Gestión. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Ingeniería Industrial, 2013.

BSI GROUP, Pasando de ISO 9001:2008 A ISO:9001:2015. El nuevo estándar internacional para los sistemas de gestión de calidad. España, 2014.

CARMONA CALVO. Miguel Ángel. La integración de Sistemas de Gestión Normalizados sobre la base de los procesos. Estudio a partir de un panel de expertos en el ámbito del Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión, 2008 [Septiembre, 2008].

CEPYME – ARAGON. Los sistemas integrados de gestión: Gestión de la Calidad total, Gestión Medio Ambiental y Gestión de la Prevención. [Estudio: Financiado por Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales].

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN. Manual de funciones. Resolución No. 018 de 2014. Socorro: Santander, 2014.

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN. Plan de capacitación vigencia 2017, Socorro: Santander, 2017

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN. Plan de desarrollo 2016-2020. Socorro: Santander, 2016. [Agosto de 2016].

E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN. Plan de desarrollo y gestión 2016 -2020. Socorro: Santander.

GONZÁLEZ, Hugo. ISO 9001:2015. Enfoque basado en procesos. [En línea]. 2015. [Publicado el 30 junio de 2015]. Disponible en: <https://calidadgestion.wordpress.com/2015/06/30/iso-9001-2015-enfoque-basado-en-procesos/>

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Norma Internacional ISO 9001:2015: Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos. ICONTEC. 4ta actualización. Bogotá D.C, 2015.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Norma Internacional ISO 14001:2015: Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientaciones para su uso. ICONTEC. 4ta actualización. Bogotá D.C, 2015.

OHSAS PROJECT GROUP. Normas Técnica Colombiana NTC-OHSAS 18001:2007: Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional. [En línea]. British Standards Institution, 2007. [Publicada en Julio de 2007]. Disponible en: <https://manipulaciondealimentos.files.wordpress.com/2010/11/ohsas-18001-2007.pdf>

TOR, Dámaso. Sistemas Integrados de Gestión. OSHAS 18001:1999. [Documento de investigación]

ZAYAS RAMOS, Ana María, FROMETA VÁZQUEZ, Gioivys, PÉREZ MARTÍNEZ, Armenio. Los sistemas integrados de gestión. [En línea]. "Contribuciones a la

Economía" es una revista académica con. ISSN 16968360 Disponible en:
<http://www.eumed.net/ce/2008b/rvm.htm>

ANEXOS

Anexo A. Encuesta diagnostico sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015
ESE Hospital Regional Manuela Beltrán

DIAGNOSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NTC ISO 9001-2015					
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALLIFICACION			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		10	5	3	0
4.1 COMPRENSION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO					
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.			3	
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.			3	
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS					
SE HAN DETERMINADO LAS PARTES INTERESADAS QUE SON PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SST DE LA ORGANIZACIÓN					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.			3	
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.			3	
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD					
Primer Párrafo					
Se tiene determinado el alcance según:					
Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica.					
Debe estar documentado y disponible.					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica		5		
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?		5		
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.		5		

8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?			3		
4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS						
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización		5			
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.			3		
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.		5			
SUBTOTAL			0	25	18	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			39%			
5. LIDERAZGO						
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL						
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	10				
5.1.2 Enfoque al cliente						
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen.	10				
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.				0	
5.2 POLITICA						
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA						
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.		5			
5.2.2 Comunicación de la política de calidad						
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	10				
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN						
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.			3		
SUBTOTAL			30	5	3	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			63%			
6. PLANIFICACION						
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES						
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.				0	
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.				0	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS						
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestión?			3		
4	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos			3		
6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS						
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?				0	
SUBTOTAL			0	0	6	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)			12%			
7. APOYO						

7.1 RECURSOS				
7.1.1 Generalidades				
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura)	10		
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición				
7.1.5.1 Generalidades				
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?	10		
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones				
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.		5	
7.1.6 Conocimientos de la organización				
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.		5	
7.2 COMPETENCIA				
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria		5	
7.3 TOMA DE CONCIENCIA				
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.		5	
7.4 COMUNICACIÓN				
7	Se tiene definido un procedimiento para las comuniones internas y externas del SIG dentro de la organización.			0
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA				
7.5.1 Generalidades				
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.		5	
7.5.2 Creación y actualización				
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.		5	
7.5.3 Control de la información documentada				
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.		5	
SUBTOTAL		20	35	0 0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		55%		
8. OPERACIÓN				
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL				
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.	10		
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5	
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5	
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando		5	

	acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.2.1 Comunicación con el cliente					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.			3	
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.			3	
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.			3	
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	10			
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.		5		
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.		5		
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.		5		
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.		5		
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.		5		
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	10			
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.3.1 Generalidades					
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.	10			
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo					
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.		5		
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo					
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.		5		
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.		5		
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.		5		
8.3.4 Controles del diseño y desarrollo					
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.		5		
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.		5		
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.		5		
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados		5		

	durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación				
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.		5		
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo					
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas		5		
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios		5		
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación		5		
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.		5		
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.		5		
8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo					
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios		5		
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.		5		
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE					
8.4.1 Generalidades					
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	10			
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.	10			
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.	10			
35	Se conserva información documentada de estas actividades	10			
8.4.2 Tipo y alcance del control					
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.		5		
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.		5		
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.		5		
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.		5		
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.		5		
8.4.3 Información para los proveedores externos					
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.		5		
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.		5		
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.		5		

44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.		5		
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.		5		
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO					
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio					
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10			
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.	10			
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.	10			
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados	10			
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	10			
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	10			
52	Se controla la designación de personas competentes.	10			
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.	10			
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	10			
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	10			
8.5.2 Identificación y trazabilidad					
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.	10			
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	10			
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	10			
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos					
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10			
60	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10			
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10			
8.5.4 Preservación					
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	10			
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega					
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10			
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10			
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.		5		
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.		5		

67	Considera los requisitos del cliente.	10			
68	Considera la retroalimentación del cliente.		5		
8.5.6 Control de cambios					
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.		5		
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.		5		
8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	10			
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.	10			
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.	10			
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		5		
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.	10			
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	10			
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	10			
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	10			
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	10			
SUBTOTAL		360	200	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		72%			
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION					
9.1.1 Generalidades					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.	10			
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos.		5		
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		5		
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.		5		
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.		5		
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.	10			
9.1.2 Satisfacción del cliente					
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.	10			
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	10			
9.1.3 Análisis y evaluación					
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.		5		
9.2 AUDITORIA INTERNA					
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.		5		
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los		5		

	requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.				
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.			3	
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			3	
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.			3	
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.			3	
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.			3	
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.			3	
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
9.3.1 Generalidades					
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		5		
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección					
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.		5		
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		5		
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.		5		
22	Considera los resultados de las auditorías.			3	
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.			3	
24	Considera la adecuación de los recursos.		5		
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.			3	
26	Se considera las oportunidades de mejora.	10			
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección					
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.		5		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.		5		
29	Incluye las necesidades de recursos.		5		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.		5		
SUBTOTAL		50	80	27	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		52%			
10. MEJORA					
10.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	10			
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA					
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.	10			
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.	10			
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.		5		
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.		5		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.		5		
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.		5		
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no		5		

	conformidades encontradas.				
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.		5		
10.3 MEJORA CONTINUA					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.		5		
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	10			
SUBTOTAL		40	35	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		68%			
RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD					
NUMERAL DE LA NORMA		% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION		ACCIONES POR REALIZAR	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		39%		IMPLEMENTAR	
5. LIDERAZGO		63%		MEJORAR	
6. PLANIFICACION		12%		IMPLEMENTAR	
7. APOYO		55%		MEJORAR	
8. OPERACIÓN		72%		MEJORAR	
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO		52%		MEJORAR	
10. MEJORA		68%		MEJORAR	
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION		52%			
Calificación global en la Gestión de Calidad		MEDIO			

Anexo B. Encuesta diagnostico sistema de gestión ambiental ISO 14001:2015
ESE Hospital Regional Manuela Beltrán

DIAGNOSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL NTC ISO 14001-2015						
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).						
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALLIFICACION				
		A-V	H	P	N/S	
		A	B	C	D	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		10	5	3	0	
4.1 COMPRENSION DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO						
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.		5			
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.		5			
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS SE HAN DETERMINADO LAS PARTES INTERESADAS QUE SON PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL DE LA ORGANIZACIÓN						
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Ambiental			3		
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.			3		
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL						
Primer Párrafo						
Se tiene determinado el alcance según:						
Las condiciones Ambientales capaces de afectar o de verse afectadas por la organización						
5	El alcance del SGA se ha determinado según: las condiciones ambientales capaces de afectar o de verse afectadas por la organización			3		
6	El alcance del SGA se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus actividades, productos y servicios?			3		
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión Ambiental			3		
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión Ambiental?			3		
4.4 SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL						
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión ambiental de la organización		5			
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.			3		

11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.		5		
SUBTOTAL		0	20	21	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		37%			
5. LIDERAZGO					
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO					
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGA	10			
5.2 POLITICA					
2	La política de Gestión Ambiental con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	10			
3	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	10			
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN					
4	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.			3	
SUBTOTAL		30	0	3	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		83%			
6. PLANIFICACION					
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGA logre los resultados esperados.			3	
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.			3	
6.2 OBJETIVOS AMBIENTALES Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS					
3	Se han planificado acciones para el logro de los objetivos del SGA?		5		
4	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos			3	
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGA y la gestión de su implementación?				0
SUBTOTAL		0	5	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		28%			
7. APOYO					
7.1 RECURSOS					
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGA?		5		
7.2 COMPETENCIA					
2	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGA son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria		5		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
3	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.			3	
7.4 COMUNICACIÓN					
4	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SGA dentro de la organización.			3	
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA					
7.5.1 Generalidades					
5	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGA.			3	
7.5.2 Creación y actualización					

6	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.			3	
7.5.3 Control de la información documentada					
7	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGA			3	
SUBTOTAL		0	10	15	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		36%			
8. OPERACIÓN					
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL					
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provision de servicios.		5		
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5		
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.	10			
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		5		
8.2 PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS					
5	Se establecen, implementan y mantienen procesos necesarios para prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia	10			
SUBTOTAL		20	15	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		70%			
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION					
9.1.1 Generalidades					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.		5		
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos.		5		
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		5		
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.		5		
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGA		5		
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.		5		
9.2 AUDITORIA INTERNA					
7	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información del sistema de gestión ambiental				0
8	Las auditorías proporcionan información sobre el SGA conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 14001:2015.				0
9	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría interna				0
10	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.				0
11	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.				0
12	Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección.				0
13	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.				0
14	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				0
9.3 REVISION POR LA DIRECCION					
15	La alta dirección revisa el SGA a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		5		

16	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.			3	
17	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGA		5		
18	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGA		5		
19	Considera los resultados de las auditorías.				0
20	Considera el desempeño de los proveedores externos.			3	
21	Considera la adecuación de los recursos.		5		
22	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.			3	
23	Se considera las oportunidades de mejora.	10			
24	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.		5		
25	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGA		5		
26	Incluye las necesidades de recursos.		5		
27	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.		5		
SUBTOTAL		10	70	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		33%			
10. MEJORA					
10.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para lograr los resultados previstos en el Sistema de Gestión Ambiental		5		
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA					
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.	10			
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.	10			
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.		5		
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.		5		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			3	
7	Hace cambios al SGA si fuera necesario.			3	
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			3	
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			3	
10.3 MEJORA CONTINUA					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGA para mejorar su desempeño		5		
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.		5		
SUBTOTAL		20	25	12	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		52%			
RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD					
NUMERAL DE LA NORMA		% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION		ACCIONES POR REALIZAR	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		37%		IMPLEMENTAR	
5. LIDERAZGO		83%		MANTENER	
6. PLANIFICACION		28%		IMPLEMENTAR	

7. APOYO	36%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	70%	MEJORAR
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	33%	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	52%	MEJORAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	48%	
Calificación global en la Gestión de Calidad	BAJO	

Anexo C. Encuesta diagnostico sistema de gestión seguridad y salud ocupacional
OHSAS 18001:2007 ESE Hospital Regional Manuela Beltrán

DIAGNOSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SEGÚN NTC-OHSAS 18001 2007					
CRITERIOS DE CALIFICACION: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALLIFICACION			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTION DE S Y SO					
4.1 REQUISITOS GENERALES		10	5	3	0
1	Se establece, documenta, implementa, mantener y mejora en forma continua el sistema de gestión de S y SO de acuerdo con los requisitos de esta norma OHSAS. Se ha determinado cómo se cumplirán estos requisitos.		5		
2	Se tiene definido y documentado el alcance del sistema de gestión de S y SO.	10			
SUBTOTAL		10	5	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		75%			
4.2 POLITIVA DE S Y SO					
1	Se evidencia la política en Seguridad y Salud Ocupacional apropiada para la naturaleza y escala de los riesgos, y es acorde con los objetivos estratégicos de la gestión en S&SO.	10			
2	Se encuentra documentando, implementada, mantenida e incluye el compromiso de las partes interesadas, y demás requisitos de acuerdo a esta norma.	10			
SUBTOTAL		20	0	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		100%			
4.3 PLANIFICACION					
4.3.1 Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de los controles					
1	Se establecen, se implementan y se mantienen procedimientos para la continua identificación de los peligros, valoración de los riesgos y la determinación de los controles necesarios correspondientes a la actividad económica.	10			
2	Se identifican los peligros y riegos de Seguridad y Salud Ocupacional asociados con los cambios de la organización, sus actividades, materiales.		5		
3	Se identifican los peligros que se originan fuera del lugar de trabajo con capacidad de afectar adversamente la salud y la seguridad de las personas que están bajo el control de la organización en el lugar de trabajo.	10			
4	Se consideran los resultados de las valoraciones de los riegos cuando se determinan controles.		5		

5	Se documenta y mantiene actualizados los resultados de la identificación de peligros, valoración del riesgo y los controles determinados.		5		
4.3.2 Requisitos legales y otros					
6	Se establece, implementa y mantiene un(os) procedimiento(s) para la identificación y acceso a requisitos legales y de S y SO que sean aplicables a la organización.		5		
7	Se asegura que estos requisitos legales aplicables y otros que la organización suscriba se tengan en cuenta al establecer, implementar y mantener su sistema de gestión de S y SO.		5		
8	La información sobre estos requisitos legales se mantiene actualizada.		5		
9	Se comunica la información pertinente sobre requisitos legales y otros, a las personas que trabajan bajo el control de la organización, y a otras partes interesadas pertinentes.		5		
4.3.3 Objetivos y programas					
10	Se establecen, implementan y mantienen documentados los objetivos de S y SO en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.		5		
11	Los objetivos son medibles y consistentes con la política de SST.		5		
12	Se tiene en cuenta los requisitos legales y otros cuando se establecen y revisan los objetivos.		5		
13	Se establece, implementa y mantiene un(os) programa(s) para lograr estos objetivos.			3	
14	El(los) programa(s) se revisan a intervalos regulares y planificados, y se ajusta si es necesario, para asegurar que los objetivos se logren.			3	
SUBTOTAL		20	50	6	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		54%			
4.4 Implementación Y Operación					
4.4.1 Recursos, Funciones, Responsabilidad, Rendición De Cuentas Y Autoridad					
1	La alta dirección asume la máxima responsabilidad por la S y SO y el sistema de gestión en S y SO.	10			
2	La alta dirección demuestra su compromiso asegurando la disponibilidad de recursos para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión de S y SO.	10			
3	La alta dirección ha definido las funciones, ha asignado las responsabilidades y la rendición de cuentas y ha delegado autoridad, para facilitar una gestión de S y SO eficaz.	10			
4	Se documentan y comunican las funciones, las responsabilidades, la rendición de cuentas y autoridad.		5		
4.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia					
5	La organización se asegura que cualquier persona que esté bajo su control sea competente en educación, formación o experiencia.	10			
6	Se conservan los registros asociados a esta competencia.	10			
7	Se identifican las necesidades de formación relacionada con sus riesgos de S y SO y su sistema de gestión de S y SO.		5		
8	La organización establece, implementa y mantiene uno o varios procedimientos para la toma de conciencia de las personas que trabajan bajo su control.		5		
4.4.3 Comunicación, participación y consulta					
4.4.3.1 Comunicación					
9	En relación con sus peligros de S y SO y su sistema de gestión de S y SO, la organización establece, implementa y mantener un(os) procedimiento(s) para las comunicaciones internas y externas pertinentes de las partes interesadas.			3	

4.4.3.2 Participación y consulta					
10	Se establece, implementa y mantiene uno o varios procedimientos que asegure la participación de los trabajadores, contratistas y partes interesadas externas, en la gestión de S y SO.			3	
4.4.4 Documentación					
11	Se tiene documentada dentro del sistema de gestión de S y SO la política y objetivos de S y SO.	10			
12	Se tiene documentado la descripción del alcance del sistema de gestión de S y SO.	10			
13	Se tiene documentado la descripción de los principales elementos del sistema de gestión de S y SO y su interacción, así como la referencia a los documentos relacionados.		5		
14	Se tiene documentado los documentos y los registros exigidos en esta norma OHSAS, y los documentos y los registros, determinados por la organización como necesarios para asegurar la eficacia de la planificación, operación y control de procesos relacionados con la gestión de sus riesgos de S y SO.		5		
4.4.5 Control de documentos					
15	La organización establece, implementa y mantiene uno o varios procedimientos para el control de documentos exigidos por el sistema de gestión de S y SO y la norma NTC OHSAS 18001.		5		
4.4.6 Control operacional					
16	La organización implementa y mantiene los controles operacionales necesarios para gestionar los riesgos de S y SO.			3	
4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias					
17	Dispone de procedimientos de preparación y respuesta ante emergencias.	10			
18	Dispone de evaluaciones periódicas de emergencias a través de simulacros.	10			
19	Realiza periódicamente las modificaciones necesarias en los procedimientos de preparación y respuesta ante emergencias, en particular después de realizar simulacros o de presentarse una situación de emergencia.		5		
SUBTOTAL		90	35	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		71%			
4.5 VERIFICACION					
4.5.1 Medición y seguimiento del desempeño					
1	La organización establece, implementa y mantiene uno o varios procedimientos para hacer seguimiento y medición del desempeño de S Y SO.			3	
2	Establece y mantiene procedimientos para la calibración y mantenimiento de los equipos de medición, de ser necesario.		5		
3	Se conservan registros de las actividades de mantenimiento y calibración, y de los resultados de estos, cuando se requiera.	10			
4.5.2 Evaluación del cumplimiento legal y otros					
4	Se establece, implementa y mantiene un(os) procedimiento(s) para evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos legales aplicables.		5		
5	Se tienen registros de los resultados de las evaluaciones periódicas.			3	
6	Se evalúa la conformidad con otros requisitos que esta suscriba			3	
7	Mantiene registros de los resultados de las evaluaciones.			3	
4.5.3 Investigación de incidentes, No conformidades y acciones correctivas y preventivas					
4.5.3.1 Investigación de incidentes					

8	Dispone de un procedimiento para la realización de las investigaciones de los incidentes y accidentes de trabajo.	10			
9	Dispone de actividades de seguimiento y control a las recomendaciones derivadas de las investigaciones de los incidentes y accidentes de trabajo.			3	
10	Los resultados de las investigaciones de incidentes se documentan y mantienen.			3	
4.5.3.2 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva					
11	Se establece, implementa y mantiene uno o varios procedimientos para tratar las no conformidades reales y potenciales, y tomar acciones correctivas y preventivas.		5		
12	El procedimiento exige que las acciones propuestas sean revisadas a través del proceso de valoración del riesgo antes de su implementación.		5		
13	Las acciones correctivas y preventivas tomadas para eliminar las causas de una no conformidad real o potencial son apropiadas a la magnitud de los problemas y proporcional a los riesgos encontrados.		5		
14	Los cambios que surgen de las acciones correctivas y preventivas se incluyen en la documentación del S y SO?		5		
4.5.4 Control de registros					
15	Se establece y mantiene los registros necesarios para demostrar conformidad con los requisitos del sistema de gestión de S y SO y de esta norma OHSAS, y los resultados logrados.		5		
16	Se establece, implementa y mantiene un(os) procedimiento(s) para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros.		5		
17	Los registros son legibles, identificables y trazables.			3	
4.5.5 Auditoria interna					
18	Se asegura que las auditorías internas del sistema de gestión de S y SO se lleven a cabo a intervalos planificados.				0
19	Los procedimientos de auditorías se establecen, implementan y mantienen teniendo en cuenta las responsabilidades, competencias y requisitos para planificar y realizar las auditorías.				0
20	Los procedimientos de auditorías se establecen, implementan y mantienen teniendo en cuenta las responsabilidades, competencias y requisitos para planificar y realizar las auditorías?				0
21	Se determinan los criterios de Auditoría, su alcance, frecuencia y método.				0
SUBTOTAL		20	40	21	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		39%			
4.6 REVISION POR LA DIRECCION					
1	La alta dirección revisa el sistema de gestión de S y SO, para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continua.		5		
2	En estas revisiones se incluyen la evaluación de oportunidades de mejora, y la necesidad de efectuar cambios al sistema de gestión de S y SO, incluyendo la política y los objetivos de S y SO.			3	
SUBTOTAL		0	5	3	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		40%			
RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL					
NUMERAL DE LA NORMA		% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION		ACCIONES POR REALIZAR	
4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTION DE S Y SO		75%		MEJORAR	
4.1 REQUISITOS GENERALES					

4.2 POLITICA DE S Y SO	100%	MANTENER
4.3 PLANIFICACION 4.3.1 Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de los controles	54%	MEJORAR
4.4 IMPLEMENTACION Y OPERACION 4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad, rendición de cuentas y autoridad	71%	MEJORAR
4.5 VERIFICACION 4.5.1 Medición y seguimiento del desempeño	39%	IMPLEMENTAR
4.6 REVISION POR LA DIRECCION	40%	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	63%	
Calificación global en la Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional	MEDIO	