

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL  
SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC ISO 9001:2008 Y  
NTC OHSAS 18001:2007 RESPECTIVAMENTE, PARA EL INSTITUTO  
NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A**

**LINA ALEXANDRA OSORIO GARCIA  
LEIDY MARCELA VILLABONA RODRIGUEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FALCUTAD DE INGENIERÍA FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2013**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL  
SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC ISO 9001:2008 Y NTC  
OHSAS 18001:2007 RESPECTIVAMENTE, PARA EL INSTITUTO  
NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A.**

**LINA ALEXANDRA OSORIO GARCIA  
LEIDY MARCELA VILLABONA RODRIGUEZ**

**Trabajo de grado presentado para optar por el título de Ingeniería Industrial**

**Director  
WILLIAM HOYOS TORRES  
Ingeniero Industrial**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FALCUTAD DE INGENIERÍA FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2013**

## DEDICATORIA

*A Dios Todopoderoso, por darme la sabiduría, paciencia e iluminación para culminar con éxito este ciclo en mi vida*

*A mi Madre adorada, mil gracias por su infinito amor, comprensión, paciencia, y ejemplo de perseverancia y constancia; gracias mami por el apoyo brindado para culminar mi carrera profesional.*

*A mi Padre amado, mi angelito saxofonista porque sé que desde el cielo, siempre ha estado a mi lado, acompañándome, apoyándome y brindándome toda la energía positiva para salir adelante.*

*A mis hermanos, y demás familiares por su apoyo incondicional, por los buenos momentos y las palabras de aliento brindadas en los momentos difíciles.*

*A mi novio por su amor, apoyo, comprensión, y por los lindos e inolvidables momentos vividos.*

*¡¡Gracias por creer!!*

**Lina Alexandra Osorio García**

## DEDICATORIA

### A DIOS TODO PODEROSO

*Por darme la oportunidad de vivir, por enseñarme que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible, por brindarme la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer, por su protección e infinito amor que me permitieron culminar este ciclo.*

### A MI MADRE

*Por su apoyo, por sus consejos, por los valores inculcados, por la motivación constante, por enseñarme a no desfallecer y sobre todo por su entrega en cada uno de los momentos de mi vida que iluminan mi camino. Mami admiro tu fortaleza mil gracias por lo que has hecho de mí.*

### A MI PADRE

*Por creer en mí, por su empuje, por los ejemplos de perseverancia y constancia, por su valor y darme una carrera para mi futuro e impulsarme en los momentos más difíciles de mi vida.*

### A MIS HERMANOS Y DEMAS FAMILIARES

*Por estar conmigo siempre, apoyarme en todo momento, y por fomentar en mí el deseo de superación.*

### A MI COMPAÑERA Y AMIGA LINA

*Por su tenacidad, motivación, y apoyo para sacar nuestra tesis adelante porque sin ella no hubiera sido lo mismo. Lina mil gracias*

**GRACIAS POR CONFIAR Y CREER  
LEIDY MARCELA VILLABONA RODRÍGUEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Doctor Fabio Bolívar y la Doctora Karen Yaneth Aceros por brindarnos la oportunidad de trabajar en la Institución, por su apoyo y compromiso para alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo de grado, pero sobre todas las cosas muchas gracias por creer.

A todo el personal del Instituto Neumológico del Oriente S.A, por su compromiso, apoyo y colaboración en el desarrollo del trabajo de grado.

A la Ingeniera Luz Smith Acevedo, asesora inicial del proyecto, por sus consejos, recomendaciones y grandes aportes

Al Ingeniero Camilo Arias, por su orientación y acertada asesoría.

A la Universidad Industrial de Santander y a la Escuela de Estudios Industrial y Empresariales por la formación académica recibida.

**AUTORAS**

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	22
1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	24
1.1 OBJETIVO GENERAL	24
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
1.3 ALCANCE	25
2. MARCO TEÓRICO	26
2.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	26
2.1.1 Proceso de Implementación Sistema de Gestión de Calidad	28
2.1.2 Ventajas de los sistemas de gestión de la calidad	30
2.1.3 Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS)	31
2.2 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	34
2.2.1 Enfoque de la norma NTC OHSAS 18001:2007	36
2.2.2 Elementos del sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional bajo la norma NTC OHSAS 18001:2007	37
2.3 SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	39
2.4 MEJORA CONTINUA	41
2.4.1 Metodología del ciclo infinito PHVA	42
2.4.2 Metodología 5W y 2H	43
2.4.3 Lluvia de ideas	43
2.4.4 Diagrama de flujo	44
3. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	46
3.1 PERFIL DE LA INSTITUCIÓN	46
3.2 GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN	47
3.2.1 Reseña histórica	47

3.2.2 Portafolio de servicios	48
3.2.3 Clientes	52
3.2.4 Estructura organizacional	54
4. METODOLOGÍA	55
4.1 DIAGNÓSTICO	55
4.2 PLANIFICACIÓN	56
4.3 DOCUMENTACIÓN	56
4.4 IMPLEMENTACIÓN	57
4.5 EVALUACIÓN	57
4.6 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	58
5. DIAGNÓSTICO	59
5.1 DIAGNÓSTICO ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES	59
5.1.1 Proceso de autoevaluación	61
5.1.2 Resultados obtenidos	63
5.1.3 Conclusiones del análisis interno	63
5.1.4 Determinación de los factores críticos de éxito	68
5.1.5 Encuestas de satisfacción del usuario	70
5.2 DIAGNÓSTICO CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y NORMA OHSAS 18001:2007	71
5.3 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO NTC ISO 9001:2008	73
5.4 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO NTC OHSAS 18001:2007	75
5.5 RESULTADOS DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL	78
5.6 REVISIÓN DOCUMENTAL	79
5.7 SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	84
6. PLANIFICACIÓN	85
6.1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	88
6.1.1 Comité del Sistema Integrado de Gestión	88
6.1.2 Representante de la dirección	90

6.1.3 Elección y conformación de comité paritario de salud ocupacional (COPASO)	90
6.2 PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	92
6.3 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	93
6.3.1 Misión y visión propuestas para el Sistema Integrado de Gestión	94
6.4 PLANIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	94
6.4.1 Alcance del Sistema Integrado de Gestión ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007	95
6.4.2 Exclusiones del Sistema Integrado de Gestión	95
6.4.3 Definición de la Política del Sistema Integrado de Gestión	95
6.4.4 Objetivos del sistema integrado de gestión	96
6.4.5 Despliegue del sistema integrado de gestión.	97
6.4.6 Definición de los procesos	103
6.4.7 Descripción de los procesos	104
6.4.8 Caracterizaciones de los procesos	106
6.4.9 Identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles	108
6.4.10 Identificación de requisitos legales	110
7. DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN	112
7.1 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN	112
7.1.1 Normalización de documentos	113
7.2 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS	117
7.2.1 Documentos a crear	117
7.2.2 Otros documentos y formatos del Sistema Integrado de Gestión	138
8. IMPLEMENTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA	139
8.1 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	139
8.1.1 Plan de formación y entrenamiento	139
8.1.2 Ejecución de las capacitaciones	139
8.1.3 Eficacia de las capacitaciones	141

8.2 DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DEL SIG	141
8.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS CREADOS	142
8.4 DIVULGACIÓN DE LA MATRIZ DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES	145
8.5 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y CAMPAÑAS	149
8.5.1 Campaña de prevención del consumo del alcohol, drogas y tabaco	149
8.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO/CLIENTE	150
8.6.1 Quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (QRSF)	152
8.8 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME Y EVENTOS ADVERSOS	155
8.9 REVISIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	157
9. EVALUACIÓN	158
9.1 PRIMERA AUDITORÍA INTERNA	158
9.1.1 Resultado de la primera auditoría interna	159
9.1.2 Plan de mejora primera auditoría interna	161
9.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	165
9.3 SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA	166
9.3.1 Resultado de la segunda auditoría interna	166
9.3.2 Plan de mejora segunda auditoría interna	168
10. DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	170
11. APORTES	172
12. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	175
13. CONCLUSIONES	176
14. RECOMENDACIONES	179
BIBLIOGRAFÍA	181
ANEXOS	183

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Modelo enfoque basado en procesos.	28
Figura 2. Ciclo PHVA	42
Figura 3. Instalaciones INO S.A. Cabecera	46
Figura 4. Instalaciones INO S.A. El Prado	46
Figura 5. Principales clientes institucionales INO S.A	53
Figura 6. Estructura organizacional	54
Figura 7. Etapas del proyecto	55
Figura 8. Modelo EFQM de excelencia.	61
Figura 9. Perfil de resultados por capítulos NTC ISO 9001:2008	73
Figura 10. Grado de cumplimiento total NTC ISO 9001:2008	74
Figura 11. Perfil de resultados por numerales NTC OHSAS 18001:2007	76
Figura 12. Grado de cumplimiento total NTC OHSAS 18001:2007	77
Figura 13. Sensibilización personal INO S.A	84
Figura 14. Reunión Comité	89
Figura 15. Mapa de procesos	104
Figura 16. Estructura de la documentación	112
Figura 17. Encabezado de documentos del sistema integrado de gestión	114
Figura 18. Comité operativo de emergencias	123
Figura 19. Estructura brigada de emergencia sede 1.	124
Figura 20. Estructura brigada de emergencia sede 2	125
Figura 21. Jornada de capacitación y entrenamiento brigadas de emergencia	125
Figura 22. Taller pausas activas	133
Figura 23. Jornada de capacitaciones al personal INO S.A	140
Figura 24. Divulgación de la política del SIG	142
Figura 25. Taller-concurso implementación de documentos	144

Figura 26. Gráfico paretto peligros INO S.A	146
Figura 27. Política de no alcohol, drogas y tabaquismo	149
Figura 28. Formato encuesta satisfacción del usuario	150
Figura 29. Formato encuesta satisfacción clientes institucionales	151
Figura 30. Buzones de sugerencias.	154
Figura 31. Formato de QRSF	154
Figura 32. Formato control del servicio no conforme y eventos adversos	155
Figura 33. Acción correctiva primera auditoría interna	164
Figura 34. Acción correctiva segunda auditoría interna.	169
Figura 35. Perfil de resultados diagnóstico final NTC ISO 9001:2008	170
Figura 36. Perfil de resultados diagnóstico final NTC OHSAS 18001:2007	171
Figura 37. Sala de rehabilitación pulmonar antes del mejoramiento	173
Figura 38. Sala de rehabilitación pulmonar después del mejoramiento.	174

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Interrelación entre las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.	40
Tabla 2. Perfil de la institución	47
Tabla 3. Criterios de la autoevaluación	62
Tabla 4. Escala de valoración	63
Tabla 5. Resumen análisis interno	64
Tabla 6. Matriz DOFA	69
Tabla 7. Criterios de valoración	72
Tabla 8. Debilidades y fortalezas	78
Tabla 9. Requisitos de gestión documental del Sistema Integrado de Gestión	80
Tabla 10. Cronograma de actividades realización del proyecto	86
Tabla 11. Miembros del COPASO	91
Tabla 12. Presupuesto implementación del SIG	92
Tabla 13. Matriz de indicadores de gestión	99
Tabla 14. Procesos del sistema integrado de gestión	105
Tabla 15. Codificación de documentos por procesos	115
Tabla 16. Codificación según tipo de documento	115
Tabla 17. Revisiones del documento	116
Tabla 18. Miembros del COE	124
Tabla 19. Indicadores de gestión SG-SST	127
Tabla 20. Planificación exámenes de ingreso	129
Tabla 21. Planificación exámenes periódicos	130
Tabla 22. Planificación exámenes de egreso	130
Tabla 23. Planificación matriz de peligros	136
Tabla 24. Frecuencia de peligros presentes en los procesos	146
Tabla 25. Controles definidos para mitigar peligros más sobresalientes	147

Tabla 26. Hallazgos de la primera auditoría interna.	160
Tabla 27. Plan de mejora primera auditoría interna	162
Tabla 28. Hallazgos segunda auditoría interna.	167
Tabla 29. Plan de mejora segunda auditoría interna	168
Tabla 30. Cumplimiento de objetivos	175

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO 1. Actas de reunión comité estratégico	184
ANEXO 2. Cuestionario de autoevaluación modelo EFQM	185
ANEXO 3. Encuestas de satisfacción del usuario inicial	186
ANEXO 4. Resultados de las encuestas de satisfacción del usuario inicial	187
ANEXO 5. Diagnóstico de requisitos del sistema de gestión en calidad bajo la norma ISO 9001:2008	188
ANEXO 6. Diagnóstico de requisitos del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional bajo la norma OHSAS 18001:2007	189
ANEXO 7. Lista de asistencia sensibilización sistema integrado de gestión	190
ANEXO 8. Acta del comité del sistema integrado de gestión	191
ANEXO 9. Actas de elección y conformación del COPASO	192
ANEXO 10. Lista de asistencia socialización de política y objetivos del sistema integrado de gestión	193
ANEXO 11. Taller de socialización política y objetivos del sistema integrado de gestión	194
ANEXO 12. Caracterizaciones de proceso	195
ANEXO 13. Procedimiento para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles	196
ANEXO 14. Matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles	197
ANEXO 15. Procedimiento para el acceso, identificación y evaluación del cumplimiento de requisitos legales y de otra índole	198
ANEXO 16. Matriz de identificación de requisitos legales y otros en S&SO	199
ANEXO 17. Procedimiento para la elaboración y control de documentos	200
ANEXO 18. Lista de asistencia estructura documental	201

ANEXO 19. Material utilizado para estructura documental	202
ANEXO 20. Procedimiento control de registros	203
ANEXO 21. Procedimiento de auditoría interna	204
ANEXO 22. Procedimiento acciones correctivas y preventivas	205
ANEXO 23. Procedimiento control del servicio no conforme y eventos adversos	206
ANEXO 24. Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares	207
ANEXO 25. Procedimiento investigación de accidentes e incidentes de trabajo	208
ANEXO 26. Procedimiento para la comunicación, participación y consulta	209
ANEXO 27. Procedimiento de seguimiento y medición	210
ANEXO 28. Ejemplo manual de funciones	211
ANEXO 29. Plan de emergencias y contingencias	212
ANEXO 30. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	213
ANEXO 31. Formatos programa de inspección	214
ANEXO 32. Reglamento de higiene y seguridad industrial	215
ANEXO 33. Manual del sistema integrado de gestión	216
ANEXO 34. Listado de documentos y formatos creados para la implementación del sistema integrado de gestión	217
ANEXO 35. Plan de formación y entrenamiento	218
ANEXO 36. Lista de asistencia a capacitaciones	219
ANEXO 37. Formato evaluación de capacitación	220
ANEXO 38. Lista de asistencia identificación de peligros	221
ANEXO 39. Eficacia sistema integrado de gestión	222
ANEXO 40. Programa de auditorías internas	223
ANEXO 41. Plan de primera auditoría interna	224
ANEXO 42. Lista de verificación de auditoría	225
ANEXO 43. Informe de auditoría No 1	226
ANEXO 44. Plan de segunda auditoría interna	227
ANEXO 45. Informe de auditoría No 2	228

## RESUMEN

**TÍTULO:** SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LAS NORMAS NTC ISO 9001:2008 Y NTC OHSAS 18001:2007 RESPECTIVAMENTE, PARA EL INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A

**AUTORAS:** VILLABONA RODRIGUEZ, Leidy Marcela  
OSORIO GRACIA, Lina Alexandra\*\*

**PALABRAS CLAVES:** NTC ISO 9001:2008, NTC OHSAS 18001:2007, Sistema Integrado de Gestión, mejora continua, ciclo PHVA, proceso

### DESCRIPCIÓN:

Los sistemas de gestión son hoy un imperativo para cualquier organización que aspire a mantenerse vigente en el mercado, estos sistemas posibilitan una cultura organizacional para lograr una gestión eficaz, eficiente y efectiva dentro de la organización, y responder a las nuevas exigencias de los mercados nacionales e internacionales. Miles de organizaciones en el mundo entero dedican esfuerzos humanos y financieros para organizar, gestionar, asegurar, mantener y mejorar la calidad y seguridad de sus procesos, productos y/o servicios.

En este documento quedan consignadas las diferentes etapas requeridas en la implementación de la NTC ISO 9001:2008 y NTC OHSAS 18001:2007 desarrollando la metodología del ciclo PHVA, involucrando el diagnóstico, el proceso de capacitación y sensibilización, documentación e implementación y auditorías internas con sus respectivos planes de mejora; adicionalmente se determinan los beneficios de haber desarrollado los dos sistemas de manera simultánea, evidenciados en las conclusiones del proyecto y recomendaciones para implementar en la institución.

Gracias a la implementación del Sistema Integrado de Gestión el INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A adquirió los conocimientos necesarios para darse cuenta de la importancia de cumplir con los requisitos exigidos por las normas NTC ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007, enmarcada dentro de la estructura basada en procesos, la mejora continua, identificando los puntos fuertes y debilidades y reconocer las carencias más importantes de forma que puedan sugerirse planes de acción de mejora, permitiendo de esta manera que la institución tome una imagen de compromiso con el cliente, los trabajadores, contratistas y la sociedad que la hace más competitiva y confiable.

---

\* Proyecto de grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.  
Director: William Hoyos

## ABSTRACT

**TITLE:** QUALITY MANAGEMENT SYSTEM, OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ALONG THE STANDARDS GUIDELINES BY NTC ISO 9001:2008 AND NTC OHSAS 18001:2007 RESPECTIVELY, FOR THE INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A

**AUTHORS:** VILLABONA RODRIGUEZ, Leidy Marcela  
OSORIO GRACIA, Lina Alexandra \*\*

**KEYWORDS:** NTC ISO 9001:2008, NTC OHSAS 18001:2007, Integrated Management System, Continuous Improvement, PDCA Cycle, Process

### DESCRIPTION:

Management systems are now an imperative for any organization that aspires to stay prevailing in the market, these systems enable an organizational culture for effective management, efficient and effective within the organization, and respond to the new demands of the domestic and international markets. Thousands of worldwide organizations dedicate human and financial efforts to organize, manage, secure, keep and improve the quality and safety of its processes and products.

In this paper are recorded the stages required to implement the NTC ISO 9001:2008 and OHSAS 18001:2007 developing PDCA cycle methodology, involving diagnostic, training and awareness process, documentation and implementation and internal audits with its respective improvement plans; additionally are determines the development benefits the two systems simultaneously, evidenced in the project's conclusions and recommendations to implement in the institution.

Thanks to the implementation of the Integrated Management System INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A acquired the skills to realize the importance of meet with the requirements of ISO 9001:2008 standards and NTC OHSAS 18001:2007, framed within the structure process-based, continuous improvement, identifying strengths and weaknesses and recognize the most important weaknesses so that they can suggest action plans for improvement, thus allowing the institution to take a picture of customer commitment, workers, contractors and the society that makes it more competitive and reliable.

---

\* Degree work

\*\* Mechanic – Physics Engineering Faculty. Industrial Engineering School. Director: William Hoyos

## INTRODUCCIÓN

Los fenómenos de globalización han desencadenado una intensificación de la competitividad en todos los sectores de la economía. Ello significa que, cada vez más, los oferentes de bienes y servicios están obligados a mantener puesta su mirada en la calidad y en la mejora continua para ser elegidos por los clientes.

La variedad de la oferta, la publicidad, la influencia de los medios de comunicación, los mayores niveles de información y educación de los clientes, el efecto demostración que se desencadena desde otras economías más avanzadas, el surgimiento de ligas de consumidores, la afinación de legislaciones que consagran derechos, en fin, todos los cambios que se vienen suscitando especialmente desde la década de los setenta, han hecho que, día a día, los consumidores sean más selectivos a la hora de elegir sus proveedores. Lo anterior explica la preocupación tan acentuada en el mundo entero por todo lo referente a los sistemas de gestión y su implantación en los sistemas productivos.

Los sistemas de gestión son hoy un imperativo para cualquier organización que aspire a mantenerse vigente en los mercados. Miles de organizaciones en el mundo entero dedican esfuerzos humanos y financieros para organizar, gestionar, asegurar, mantener y mejorar la calidad y seguridad de sus procesos y productos.

El Instituto Neumológico del Oriente S.A se ha destacado por cumplir con sus expectativas y propósitos consolidándose como una Institución Prestadora de Servicios de Salud fuerte en el área especializada de la neumología. Es por esto y para consolidarse como líder en esta especialidad, que se hace de imperiosa necesidad tener sistemas de gestión que garanticen no sólo su excelente servicio al cliente sino procesos seguros tanto para la comunidad como el trabajador, por lo cual se propuso implementar las normas NTC ISO 9001:2008 y OHSAS

18001:2007, más conocido como Sistemas Integrados de Gestión que tiene en cuenta variables de Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo; que aseguren la permanencia de ésta en el mercado con una prestación del servicio teniendo en cuenta las necesidades de los clientes quienes a su vez generan controles operativos y administrativos para que esto se logre y esto permita adquirir nuevos clientes que generen para INO S.A un crecimiento en el mercado y un reconocimiento en la prestación de servicios en el área especializada de neumología en promoción, prevención, diagnóstico e intervención en las enfermedades respiratorias, más comprometida con sus partes interesadas a nivel nacional.

En este documento quedan consignadas las diferentes etapas requeridas en la implementación de la NTC ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 desarrollando la metodología del ciclo PHVA, involucrando el diagnóstico, el proceso de capacitación y sensibilización, documentación e implementación y auditorías internas con sus respectivos planes de mejora; adicionalmente se determinarán los beneficios de haber desarrollado los dos sistemas de manera simultánea que serán evidenciados en las conclusiones del proyecto y además se generarán recomendaciones para la institución que podrían ser interesantes para implementar.

## **1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, documentar, implementar y evaluar un Sistema Integrado de Gestión en el Instituto Neumológico del Oriente S.A, basado en los requisitos de las Normas NTC ISO 9001:2008 y NTC OHSAS 18001:2007.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar un diagnóstico que incluya las actividades de mejoramiento de los procesos misionales que haya desarrollado previamente la empresa y los resultados obtenidos.
- Identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Normas ISO 9001:2008 Y OHSAS 18001:2007, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en el Instituto Neumológico del Oriente S.A en cada una de las etapas que conlleva a la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional.
- Documentar los procesos desarrollados en el Instituto Neumológico del Oriente por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en las Normas NTC ISO 9001:2008 Y NTC OHSAS 18001:2007.

- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional en el Instituto Neumológico del Oriente S.A, estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.
- Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- Elaborar e implementar planes de mejora resultado de las dos auditorías.

### **1.3 ALCANCE**

El desarrollo de este proyecto incluye el diseño, documentación, implementación y evaluación del sistema integrado de gestión de calidad, seguridad y salud ocupacional basado en la NTC ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 en los procesos definidos dentro del SIG, representados en el mapa de procesos: Gestión gerencial, servicios en neumología, gestión de convenios, programas integrales, gestión de recursos, gestión documental y mejora, gestión en S&SO, gestión financiera. Integra la realización de dos auditorías internas y elaboración e implementación de sus respectivos planes de mejoramiento.

## **2. MARCO TEÓRICO**

La evolución histórica de los dos sistemas de gestión va enmarcada en las similitudes que se pueden encontrar en los conceptos de gestión de calidad y gestión de prevención de riesgos laborales son varias y puntuales pues sus principios de buena gestión son los mismos, así como sus implantaciones y puntos normativos.

En Colombia y en el resto del mundo las funciones de calidad y seguridad han surgido desarrollos independientes y paralelos al mundo industrial y de servicios; los dos sistemas han tenido un origen diferente pues la calidad ha sido impulsada por la competencia, por la necesidad de mejorar competitivamente mientras que la seguridad ha sido impulsada por el establecimiento de regulaciones gubernamentales.

### **2.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD <sup>1</sup>**

Un sistema de calidad es un mecanismo de regulación de la de la gestión de las organizaciones relacionado con la calidad de los productos o servicios suministrados, la economía de los procesos y rentabilidad de las operaciones, la satisfacción de los clientes y de las demás partes interesadas y la mejora continua de las anteriores particularidades. Asimismo, los sistemas de calidad están basados en dos principios fundamentales:

- Programar previamente las actividades a realizar.
- Controlar el cumplimiento de la programación.

---

<sup>1</sup> <http://www.monografias.com/trabajos38/sistemas-integrados-gestion/sistemas-integrados-gestion.shtml#Relacionados>

Lo que se busca es conseguir la calidad de productos o servicios mediante la calidad de los procesos. Es decir, si se obtiene un producto de calidad mediante la puesta en práctica de un proceso definido, la repetición invariable de ese proceso debe dar lugar a productos de calidad, entendidos por productos de calidad aquellos que satisfacen plenamente las expectativas del cliente.

Un sistema de calidad será, por tanto, un conjunto de procedimientos que definan la mejor forma de realizar los productos y que puedan ser verificados. Para ello se han establecido ciertos modelos o normas internacionales que regulan las condiciones mínimas que deben cumplir dichos procedimientos, lo cual no significa que dichas condiciones no puedan ser superadas por voluntad de la organización o por exigencias concretas de sus clientes.

Los países involucrados se vieron en la necesidad de crear un parámetro internacional que regule las prácticas organizativas y que permita un intercambio confiable de bienes y servicios de calidad. Es así que surgen las normas ISO 9000, como estándares que permiten seleccionar, implementar y mantener sistemas que aseguren realmente la calidad los bienes producidos y que respalden el prestigio de unas empresas frente a otras.

El modelo basado en procesos es utilizado en la implementación del sistema de gestión de la calidad. Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso<sup>2</sup>.

El propósito de realizar un modelo de procesos es alinear las actividades de la organización en una sola dirección, de manera que todas estén orientadas a la satisfacción del cliente.

---

<sup>2</sup> ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9000:2005. Fundamentos y vocabulario.

Figura 1. Modelo enfoque basado en procesos.



Fuente: Memorias. Diplomado en gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2008

### 2.1.1 Proceso de Implementación Sistema de Gestión de Calidad

- **Idea.** El proceso de certificación se inicia con un diagnóstico de la situación actual de la empresa. En este sentido, se deben determinar cuáles son las condiciones de los sistemas de calidad existentes en ella, identificando los puntos débiles. Asimismo, es necesario considerar el aspecto técnico del proceso de certificación, el aspecto económico implícito en el mismo y por último es aspecto humano. Sobre este último aspecto, es necesario crear en el personal un compromiso de mejora que lleve a la adopción de cambios culturales que orienten a las nuevas prácticas hacia la calidad y la satisfacción del cliente.
- **Decisión.** Todo comienza con la idea, pero si no se toma la decisión de llevar a cabo tal proyecto, jamás se verán resultados en la organización. En este sentido, es necesario un plan estratégico, que indique la forma de llevar a cabo este proceso que va desde elegir el sistema de gestión de la calidad hasta la empresa certificadora. Posteriormente, es necesario manejar la información, difundirla y comprenderla en todos los niveles.

- **Compromiso.** El compromiso de la empresa al asumir el proyecto es un reto que exige que todos los miembros involucrados realicen su labor como lo exige la certificación, todo el trabajo caerá y se verá retrasado si alguno de ellos falla.
- **Actuación.** Dentro de la organización la información debe ser simple y entendible para todo el personal. El cronograma identificará las fechas de los eventos y la entrega de documentos a los auditores de la empresa certificadora.

En esta etapa, el personal debe ser involucrado en el proyecto pues cada integrante de la organización, debe conocer la misión, las políticas y los objetivos del sistema de calidad para que en el caso de ser interrogado por algún auditor responda adecuadamente. Los puntos malos provenientes de respuestas que denoten ignorancia o desinterés restan nota a la calificación para la certificación.

- **Control.** En esta etapa se debe verificar si lo realizado realmente se ajusta a lo previsto. Es necesario tener una actitud activa de análisis que permita identificar las causas que originan las desviaciones existentes (si es que las hay) y tomar acciones correctivas al respecto de las mismas. Para realizar el control del sistema de calidad normalmente se utilizan auditorías internas, las cuales son llevadas a cabo por un equipo líder en auditoría. Sin embargo, es necesario tener en cuenta el factor humano, pues el control de un verdadero sistema recae en la participación activa de todas las partes involucradas en él.
- **Mejora Continua.** La mejora continua no se da por sí sola, es todo un trabajo que puede ser el comienzo de un gran cambio y que involucra a todos los miembros de la organización. Una vez cumplida esta etapa, se realizan las auditorías por parte de la empresa certificadora. La empresa puede y debe realizar una pre-auditoría de certificación que a manera de ensayo final, permite enmendar todos los errores que el nuevo sistema de calidad implantado pueda

presentar antes de la evaluación formal realizada ya por la empresa certificadora.

**2.1.2 Ventajas de los sistemas de gestión de la calidad.** Estos sistemas se refieren a la evaluación sobre el cómo y el por qué se hacen las cosas. Todas las empresas, cualquiera sea su tamaño, ya tienen una forma establecida o un sistema para hacer sus negocios. Las Normas del Sistema de Gestión de Calidad identifican rasgos que pueden ayudar a que las empresas satisfagan consistentemente los requisitos de sus clientes.

Algunos clientes, tanto del sector privado como del público, valoran la confianza que puede dar el que un negocio tenga un Sistema de Calidad. Si bien satisfacer estas expectativas es una razón para tener un Sistema de Gestión de Calidad, puede haber otras razones tales como las siguientes:<sup>3</sup>

- Mejora del desempeño, coordinación y productividad.
- Focalización en los objetivos del negocio y las expectativas de los clientes.
- Logro y mantenimiento de la calidad del producto para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de los clientes.
- Evidencia a los clientes actuales y potenciales, de las capacidades de la organización.
- Apertura de nuevas oportunidades en el mercado, o mantenimiento de la participación en el mismo
- Oportunidad de competir en igualdad de condiciones con organizaciones más grandes.
- Posibilidad de adoptar estrategias de marketing, mostrando la calidad como factor diferenciador, de reconocimiento en el mercado y para la mejora de la imagen de la organización.

---

<sup>3</sup> [http://www.mici.gob.pa/sector\\_empresarial/calidad.html](http://www.mici.gob.pa/sector_empresarial/calidad.html)

**2.1.3 Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS)<sup>4</sup>**. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes así:

- Sistema Único de Habilitación.
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- Sistema Único de Acreditación.
- Sistema de Información para la Calidad.

La calidad de la atención de salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

- **Sistema único de habilitación**

El Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007), es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se

---

<sup>4</sup> <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx>

controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras de régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

- **Auditoría en servicios de salud**

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

De acuerdo con la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 , la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC debe ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

- **Sistema Único de Acreditación**

El Sistema Único de Acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema único de acreditación se orienta por los siguientes principios:

- 1. Confidencialidad:** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
- 2. Eficiencia:** las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del sistema único de acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- 3. Gradualidad:** el nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

## 2.2 GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL<sup>5</sup>

Un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional o Sistema de prevención de riesgos laborales es un mecanismo de regulación de la gestión de las organizaciones en los siguientes aspectos:

- Cumplimiento de la legislación vigente en cuanto al estado de las instalaciones en relación con las causas de posibles riesgos.
- Eliminación total de los riesgos laborales en las actividades de la organización.

El sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional está basado en dos principios fundamentales:

- Programar previamente las situaciones y las actividades.
- Controlar el cumplimiento de la programación.

Lo que se busca es conseguir la protección total de la salud y la vida de los empleados y del resto del personal interesado mediante la adecuación de las instalaciones, a través de un proyecto y mantenimiento eficientes; y de las actividades, a través de la definición de los procesos a realizar por las personas y la necesidad que se conviertan en repetibles y mejorables.

Un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional (OHSMS) será, por tanto, un conjunto de procedimientos que definan la mejor forma de realizar las actividades que sean susceptibles de producir accidentes o enfermedades laborales. Para ellos se han establecido ciertos modelos o normas internacionales que regulen las condiciones mínimas que deben cumplir dichos procedimientos, lo

---

<sup>5</sup> <http://www.monografias.com/trabajos38/sistemas-integrados-gestion/sistemas-integrados-gestion2.shtml>

cual no significa que dichas condiciones no puedan ser superadas por voluntad de la organización o por exigencias concretas de sus clientes.

La preocupación de las organizaciones por la implementación de sistemas para la gestión de la seguridad y salud en el trabajo eficaces aumenta día a día. En la prensa se publican continuamente accidentes, algunos graves y otros mortales, que han tenido lugar en el trabajo. En consecuencia, las inspecciones por parte de la administración cada vez son más numerosas y severas pues son muchas las empresas que padecen ausentismo laboral o que se quejan del gran número de accidentes que tienen, sin poder evitar (aparentemente) que se produzcan.

Toda práctica laboral, comporta determinados riesgos, de mayor o menor nivel, y todas las partes implicadas tienen el deber de lograr que esta se realice sin perjuicio de la seguridad y salud del trabajador.

Es por esta razón que la preocupación en torno a la seguridad y la salud laboral afecta a todas las organizaciones, independientemente de su tamaño y sector económico al que pertenecen. En este sentido, por fin se están decidiendo a tomar medidas importantes, tanto para fomentar la seguridad en sus estructuras organizativas e instalaciones, como para cumplir con las obligaciones legales aplicables en estas materias. Por tanto, en la actualidad, la prevención de riesgos laborales se ha convertido en un factor más a tener en cuenta la gestión diaria que las políticas de prevención de riesgos laborales en la que se detallan las intenciones y principios de la misma frente a la prevención de riesgos laborales y establece objetivos globales de seguridad y salud ocupacional.

El compromiso asumido por la dirección de la empresa debe incluir la mejora continua y el cumplimiento de las leyes vigentes y otras obligaciones que la empresa tenga con su entorno.

**2.2.1 Enfoque de la norma NTC OHSAS 18001:2007.** El enfoque de la norma NTC OHSAS 18001:2007 es la seguridad y la salud ocupacional mediante la identificación de peligros, la valoración de riesgos y la identificación de controles. Se compone de cuatro capítulos: Objeto y campo de aplicación, Publicaciones para consulta, términos y definiciones y requisitos del sistema de gestión de la SST.

Este proceso comienza con la definición de una política de salud y seguridad ocupacional en la empresa, en la cual se establece un sentido general de orientación y los principios de acciones a tomar respecto de este tema. Así también establece las responsabilidades y la evaluación requerida por el proceso.

Una vez definida la política, se deberá determinar íntegramente los riesgos significativos de la empresa, utilizando procesos de identificación, análisis y control de riesgos. Permitiendo así poder planificar las acciones para controlar y/o reducir los efectos de estos.

En la implementación de la planificación, es necesario para una gestión efectiva, que las responsabilidades estén claramente definidas, documentadas y comunicadas. Respecto al proceso propiamente dicho, este considera seis partes; Capacitación, comunicación, documentación, control de documentos y datos, control operacional, y por ultimo preparación y respuesta ante situaciones de emergencia.

Luego se encuentra la verificación y las acciones correctivas, estos deben incluir, pero no limitar parámetros que determinan cumplimiento de objetivos, la implementación y la efectividad de los controles de riesgo, la retroalimentación de los fracasos producidos durante el desarrollo del sistema, la efectividad de las capacitaciones, la utilización de la información recogida es usada para mejorar.

## **2.2.2 Elementos del sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional bajo la norma NTC OHSAS 18001:2007**

- **Requisitos generales:** La implementación de un sistema de gestión en S&SO permite controlar los riesgos en S&SO y mejorar en cuanto a desempeño. Esto quiere decir que se minimizan o eliminan los riesgos que generan accidentes, incidentes o enfermedades laborales.
- **Política:** la política es el punto inicial para la implementación del sistema. En ella se establece las directrices generales de la alta gerencia y se fijan los planes de acción en lo relacionado con la seguridad y salud ocupacional. Determina los objetivos respecto a la responsabilidad y desempeño de S&SO, requeridos en toda la organización y demuestra el compromiso con la gestión en S&SO.
- **Planificación:** Este numeral contiene cuatro deberes relacionados con:
  - 1. Identificación de peligros, evaluación y control de riesgos:** La norma NTC OHSAS 18001:2007 en este ítem requiere que como resultado para la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, la organización establezca uno o varios procedimientos para la identificación de peligros, evaluación de riesgos e implementación de medidas de control para los mismos, teniendo en cuenta las entradas y salidas asociadas con las actividades, procesos, productos y/o servicios actuales y pasado pertinentes de la organización.
  - 2. Identificación de requisitos legales y otros requisitos para el sistema de gestión.** Existen leyes y reglamentaciones relacionadas con S&SO expedidos por las autoridades competentes, que deben cumplir. Es importante conocer estas regulaciones e identificarlas para asegurar su cumplimiento, para evitar

problemas, pérdida de tiempo y dinero. Ser castigado por la ley, deteriora la imagen pública y los costos asociados pueden ser muy altos.

**3. Fijación de objetivos para mejorar el sistema de gestión:** Los objetivos son propósitos que una organización fija para cumplir en términos de desempeño en S&SO y deben ser cuantificables, controlables y modificables cada vez que sea el caso.

**4. Implementación de programas de gestión:** Para cumplir la política y los objetivos de S&SO, la organización debe establecer un(os) programa(s) de gestión en S&SO.

Lo anterior implica cada vez que se revise y registre el avance del cumplimiento de los objetivos de S&SO, si es pertinente se debe actualizar o corregir, o ambas, el programa de gestión en S&SO.

- **Implementación y operación.** La empresa tiene que desarrollar una estructura administrativa que le permita implementar el sistema, además debe suministrar los recursos necesarios para el mismo. Para esto debe definir las funciones, autoridades y responsabilidades dentro del sistema.
- **Verificación y acción correctiva.** En el sistema de gestión en S&SO de una organización, la medición y seguimiento del desempeño, tiene como propósito establecer parámetros de desempeño que permitan hacer seguimiento al cumplimiento de la política y objetivos de S&SO y a la eficacia de los controles operacionales que se han implementado de acuerdo con la identificación de peligros y evaluación de riesgos.
- **Revisión por la gerencia:** Tiene como finalidad determinar si el sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional esta implementado, es eficaz y si

hay mejoramiento continuo. La determinación de la eficacia implica establecer la medida en que se cumple una meta o propósito.

### **2.3 SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN**

Toda operación industrial o de servicios está propensa a sufrir una serie de fallos, los cuales pueden tener efectos negativos en la calidad del producto, en la seguridad y la salud de los trabajadores. Aunque es posible también que, actividades que aumenten la calidad, repercuten negativamente en el ambiente y salud de los trabajadores o viceversa.

En consecuencia, las empresas deben buscar alternativas que garanticen la seguridad, aumenten la productividad y la calidad. Normalmente las empresas con sistemas de gestión de la calidad implementados, son más receptivas a los sistemas de gestión de la seguridad y salud ocupacional.

La preparación de un sistema integrado de gestión de la calidad, seguridad y salud ocupacional exige adoptar una táctica determinada, ya que, a pesar de las normas correspondientes a cada uno de los aspectos ofrecen ciertas similitudes, no señalan una común metodología para el desarrollo de un sistema integrado, salvo el modelo de mejora continua.

Al momento de implementar un Sistema Integrado de Gestión deben tenerse en cuenta tres aspectos fundamentales: los organizativos, los dinámicos y los estáticos.

Los aspectos organizativos son los referidos a la descripción de la empresa y a la preparación del sistema. Definen los procesos que han de llevarse a cabo para que la organización cumpla sus fines, los objetivos que deben alcanzar y la forma como está estructurado el personal y los cuadros directivos, así como las

condiciones de competencia y toma de conciencia de dicho personal y las relaciones de comunicación internas.

Los aspectos dinámicos contemplan la preparación y ejecución de los procesos y son característicos de la gestión de la calidad, ya que se definen las actividades del personal, tanto en la realización de los trabajos como en el control de los resultados.

Los aspectos estáticos son característicos de la gestión de la seguridad y salud ocupacional; describen fundamentalmente la situación en que deben encontrarse las instalaciones a fin de que no sean agresivas para el personal ni para el entorno circundante y las protecciones que han de ser utilizadas para eliminar o disminuir dicha agresividad.

En la Tabla 1 se muestran las interrelaciones de los apartados que integran los sistemas de gestión normalizados de las normas ISO 9001:2008 y la OHSAS 18001:2007<sup>6</sup>

**Tabla 1. Interrelación entre las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.**

<b>ISO 9001:2008</b>	<b>OHSAS 18001:2007</b>
1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN
2. REFERENCIAS NORMATIVAS	2. REFERENCIAS NORMATIVAS
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE S Y SO
4.1 REQUISITOS GENERALES	4.1 REQUISITOS GENERALES

<sup>6</sup> ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC OHSAS 18001. Primera actualización, 2007. Página 16

<b>ISO 9001:2008</b>	<b>OHSAS 18001:2007</b>
5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD	4.2 POLÍTICA DE S Y SO
5.4 PLANIFICACIÓN	4.3 PLANIFICACIÓN
6.2 RECURSOS HUMANOS	4.4.2 Recursos humanos
5.1 7.2 Requisitos legales 7.3	4.3.2 Requisitos legales y otros
5.4.1 Objetivos de la calidad	4.3.3 Objetivos y programas
8.5.2 Acciones correctivas y 8.5.3 preventivas	4.5.2 Acciones correctivas y preventivas
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad, rendición de cuentas y autoridad.
6.2 Competencia, toma de conciencia y formación	4.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia.
5.5.3 Comunicación	4.4.3 Comunicación
4.2.1 Requisitos de la documentación	4.4.4 Documentación
4.2.3 Control de documentos	4.4.5 Control de documentos
8.5 Medición, análisis y mejora	4.5 Verificación
8.3 No conformidades	4.5.2 No conformidad
4.2.4 Control de registros	4.5.4 Control de registros
8.2.2 Auditoría interna	4.5.5 Auditoría interna
5.6 Revisión por la dirección	4.6 Revisión por la dirección

Fuente: Norma técnica colombiana NTC OHSAS 18001:2007

## **2.4 MEJORA CONTINUA**

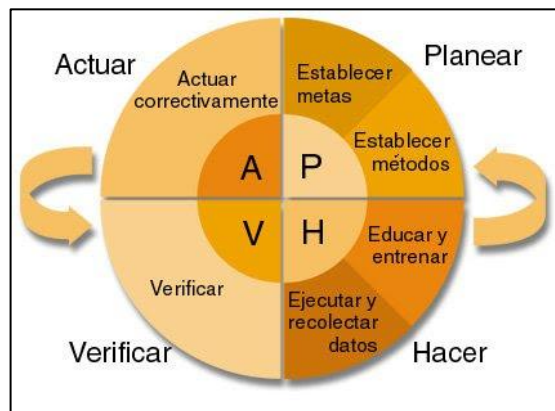
Una vez la organización se encuentra enmarcada dentro de la nueva estructura basada en procesos, la mejora continua se convierte en una actividad permanente. Mediante los procesos de monitorización es factible identificar:

- Problemas que provocan ineficacias/ineficiencias y acciones de mejora.
- Riesgos no materializados y controles de mitigación de los mismos.

Metodologías utilizadas para la mejora continua:

**2.4.1 Metodología del ciclo infinito PHVA.** El ciclo PHVA significa actuar sobre el proceso, resolviendo continuamente las desviaciones a los resultados esperados. El mantenimiento y la mejora continua de la capacidad del proceso pueden lograrse aplicando el concepto de PHVA en cualquier nivel de la organización y en cualquier tipo de proceso, ya que está íntimamente asociado con la planificación, implementación, control y mejora del desempeño de los procesos. Es aplicable tanto en los procesos estratégicos de la alta dirección como en las actividades operacionales más simples. Ver figura 2.

**Figura 2. Ciclo PHVA**



Fuente: Autoras del proyecto

- **Planificar:** establecer los objetivos y procesos necesarios para obtener los resultados, de conformidad con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar procesos para alcanzar los objetivos.
- **Verificar:** Realizar seguimiento y medir los procesos y los productos en relación con las políticas, los objetivos y los requisitos, reportando los resultados alcanzados.
- **Actuar:** Realizar acciones para promover la mejora del desempeño de los procesos.

Cuando se va a evaluar mediante auditoría la implantación del Sistema Integrado de Gestión no se necesita conocer los puntos de la norma de memoria. Se debe tener en cuenta que cada proceso o red de procesos de la empresa que lleve a obtener un producto o servicio se esté aplicando un ciclo infinito PHVA. Si se tienen controlados los ciclos PHVA en la empresa se puede tener la seguridad de obtener una posterior certificación en las normas técnicas a implementar con un ente autorizado para tal fin.

**2.4.2 Metodología 5W y 2H.** Con base a los objetivos de cada actividad se responden a una serie de preguntas con el fin de no pasar por alto aspectos importantes para la eficiencia y eficacia de las actividades de la organización.

- ❖ ¿Qué? (What): señala las actividades que se van a llevar a cabo para alcanzar la meta.
- ❖ ¿Por qué? (Why): siempre se debe determinar por qué se debe realizar una acción.
- ❖ ¿Cómo? (How): Detalla de forma concreta como se realizará la actividad.
- ❖ ¿Quién? (Who): Persona responsable de ejecutar el cómo.
- ❖ ¿Dónde? (Where): Lugar donde se ejecutará el cómo.
- ❖ ¿Cuándo? (When): Inicio y fin del cómo.
- ❖ ¿Cuánto? (How much): Recursos que consumirá la actividad.

**2.4.3 Lluvia de ideas.** Es una herramienta de trabajo grupal que facilita el surgimiento de nuevas ideas sobre un tema o problema determinado. La lluvia de ideas, es una técnica de grupo para generar ideas originales en un ambiente relajado.

**a) ¿Cuándo se utiliza?**

Se debe utilizar la lluvia de ideas cuando exista la necesidad de:

- Liberar la creatividad de los equipos.
- Generar un número extenso de ideas
- Involucrar oportunidades de mejora
- Permite plantear y resolver los problemas existentes
- Plantear posibles causas
- Plantear soluciones alternativas.

**b) ¿Cómo se utiliza?**

- Se define el tema o el problema
- Se nombra a un conductor del ejercicio
- Antes de comenzar la “tormenta de ideas”, explicar las reglas
- Se emiten ideas libremente sin extraer conclusiones en esta etapa
- Se listan las ideas
- No se deben repetir
- No se critican
- El ejercicio termina cuando ya no existen nuevas ideas
- Se analizan, evalúan y organizan las mismas, para valorar su utilidad en función del objetivo que pretendía lograr con el empleo de esta técnica.

**2.4.4 Diagrama de flujo.** Los diagramas de flujo tienen como objetivo descomponer los pasos de un proceso en una secuencia. Se puede emplear: secuencia de acciones, servicios o materiales que entran o salen del proceso, personas implicadas, tiempo empleado en cada uno de los pasos y medidas del proceso.

**a) ¿Cuándo de utiliza?**

Se puede usar para describir cómo se desarrolla un proceso o establecer una comunicación entre personas relacionadas con el proyecto.

**b) ¿Cómo se utiliza?**

- Definir el proceso que debe ser representado.
- Identificar y definir las actividades que deben ser desarrolladas y el orden en el que deben hacerlo.
- Representar las actividades como cajas y la transacción entre actividades como flechas de manera que sea posible hacer una traza de este desarrollo.
- Revisar el diagrama de flujo con otras personas implicadas en el proceso para llegar a un consenso sobre su validez.

### 3. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

#### 3.1 PERFIL DE LA INSTITUCIÓN

**Figura 3. Instalaciones INO S.A. Cabecera**



Fuente: Autoras del proyecto

**Figura 4. Instalaciones INO S.A. El Prado**



Fuente: Autoras del proyecto

**Tabla 2. Perfil de la institución**

<b>Razón social:</b>	<b>INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A</b>
<b>NIT:</b>	800249700-1
<b>Representante Legal</b>	Doctor Fabio Bolívar Grimaldos
<b>Teléfonos:</b>	Sede 1: 6478493 – 6573161 Sede 2: 6959798
<b>Dirección:</b>	Sede 1: Cra. 35 a No. 52 - 136 Sede 2: Calle 35 No. 34 - 61
<b>Portal WEB:</b>	www.ino.com.co
<b>Correo electrónico:</b>	institutoneumológico@gmail.com
<b>Ciudad:</b>	Bucaramanga
<b>Año de fundación</b>	1994
<b>ARL</b>	COLPATRIA

Fuente: Autoras del proyecto

### **3.2 GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN <sup>7</sup>**

**3.2.1 Reseña histórica.** El Instituto Neumológico del Oriente S.A se fundó en 1994, fue iniciativa del Dr. Fabio Bolívar en compañía de la Dra. María Eugenia Ramírez, y el Dr. Alirio Gómez Galán, ellos se reunieron con el fin de agrupar toda la neumología en un centro de prestación de servicios especializados con prospectiva de diagnóstico tratamiento intervención, promoción, prevención e investigación y mejoramiento de sus honorarios.

Con el pasar de los años se incrementó el número de socios en la institución, en la actualidad el instituto cuenta con 11 médicos neumólogos, que se asociaron con el fin de brindarle a la región el mejor centro especializado en Neumología, dotado de tecnología de punta, que ofreciera intervención, diagnóstico y prevención y desarrollar investigación a nivel local, nacional e internacional.

---

<sup>7</sup> INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A. Información de la institución

Inicialmente el instituto empezó a brindar sus servicios al entonces Instituto de Seguro social y posteriormente a otras Entidades promotoras de salud (EPS); actualmente se ha convertido en el principal centro de referencia de todo el oriente colombiano, posee estudios diagnósticos únicos como la polisomnografía (estudio de las alteraciones del sueño). Desde su fundación el instituto ha sido una fuente de empleo para la región, permitiéndoles a los empleados crecer a nivel económico e intelectual con herramientas como la investigación, docencia y la capacitación continua.

El Instituto Neumológico del Oriente S.A. ha participado en campañas de salud públicas en convenio con la Secretaria de Salud de Santander así como el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) desarrollando programas de prevención, atención e investigación de todos los factores medioambientales y epidemiológicos que se relacionan con las enfermedades respiratorias.

El Instituto Neumológico del Oriente S.A es una institución privada que se dedica a la atención integral de todo tipo de pacientes con enfermedad respiratoria o en riesgo de presentarla. La institución es la ÚNICA I.P.S. que reúne el equipo de trabajo en Neumología más consolidado de la región, conformado por 5 Neumólogos Pediatras y 9 Internistas Neumólogos altamente calificados y reconocidos en su especialidad. Además, cuenta con el soporte de un grupo multidisciplinar (Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Enfermería) y el apoyo tecnológico de punta que fortalece los procesos diagnósticos en esta área para la región.

**3.2.2 Portafolio de servicios.** La atención de IPS INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A a los usuarios en las dos sedes que posee, incluye los siguientes servicios con procedimientos realizados por profesionales médicos de la institución.

**1. Consulta especializada:** Se cuenta con un grupo especializado en neumología, desde el cual se direccionan todos los procesos y se desarrolla la consulta ambulatoria en neumología adulto y pediatría.

El instituto cuenta con 11 médicos neumólogos adulto y 5 médicos neumólogos pediatras, profesionales altamente calificados en el manejo de enfermedades respiratorias.

**2. Laboratorio de sueño:** Se cuenta con cuatro habitaciones para alojar al paciente por una noche con el fin de realizar la evaluación completa de su etapa del sueño mediante una Polisomnografía, técnica del diagnóstico computarizado que incluye electroencefalograma, electrocardiograma, electro-oculograma (movimiento del ojo), electromiograma, respiración nasal y abdominal, posición y registro de ronquidos y saturación de oxígeno. Gracias a estos completos registros es posible evaluar la eficiencia y calidad del sueño, determinando el diagnóstico de la Apnea del sueño u otras enfermedades.

- **Exámenes**

- ✓ Polisomnografía completa
- ✓ Polisomnografía con titulación CPAP
- ✓ Test de latencias Múltiples

**3. Rehabilitación pulmonar:** Este servicio ofrece atención e intervención terapéutica integral para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, con exacerbaciones frecuentes que conllevan al deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. El objetivo principal del programa de Rehabilitación es estabilizar el Estado Físico y Psicopatológico del paciente buscando el retorno a su vida diaria con la más alta capacidad funcional permitida por la lesión pulmonar.

### **El programa incluye:**

- ✓ Consulta especializada en neumología.
- ✓ Exámenes diagnósticos en neumología (espirometría pre y post b2, test de resistencia).
- ✓ Evaluación inicial y final (caminata de 6min, test de shuttle, cuestionario de saint george).
- ✓ Sesiones de rehabilitación pulmonar (actividad física).
- ✓ Intervención nutricional.
- ✓ Intervención psicológica y social.
- ✓ Educación individual y grupal (paciente y familia).

**4. Procedimientos:** En neumología algunas enfermedades deben ser confirmadas con el estudio de biopsias o líquidos pleurales, o utilizar el recurso de los procedimientos como parte de los tratamientos de las mismas. Para tales fines se cuenta con el desarrollo de estos procedimientos tanto en el paciente ambulatorio como hospitalizado:

- ✓ Broncoscopia fibro-óptica con lavado bronquial.
- ✓ Broncoscopia fibro-óptica con cepillado bronquial.
- ✓ Biopsia cerrada endoscópica bronquial.
- ✓ Toracentesis
- ✓ Biopsia pleural.

**5. Laboratorio pulmonar:** Se considera que el Laboratorio Pulmonar es el recurso primordial en la determinación de la severidad, manejo, pronóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias u otras indicaciones.

Como pilar fundamental en la Neumología de la Región se cuenta con el más moderno y completo Laboratorio Pulmonar, con equipos de última tecnología que permiten realizar los estudios de función pulmonar:

- ✓ Espirometría basal
- ✓ Espirometría pre y post broncodilatadores.
- ✓ Oximetría de pulso
- ✓ Test de broncomotricidad con ejercicio
- ✓ Capacidad de difusión con monóxido de carbono (DLCO).
- ✓ Volúmenes pulmonares por pletismografía, pre y post broncodilatador.
- ✓ Resistencia de vías aéreas por pletismografía simple
- ✓ Resistencia de las vías aéreas por pletismografía pre y post broncodilatador.
- ✓ Medición de presión inspiratoria máxima y espiratoria mínima por pletismografía.
- ✓ Prueba de broncoprovocación con metacolina.
- ✓ Ergoespirometría.
- ✓ Caminata de seis minutos.
- ✓ Test de ejercicio pulmonar.
- ✓ Electrolitos en sudor.

**6. Programas integrales:** Los programas constituyen una serie de actividades individualizadas y multidisciplinarias con el propósito de dar al paciente con enfermedad respiratoria, una intervención médica adecuada, entrenamiento físico, terapia de soporte emocional y un programa educativo completo. Manejo integral en la enfermedad (neumología, nutrición, fisioterapia, psicología, enfermería), apoyo diagnóstico, educación al paciente y su familia.

- ✓ Programa de asma y EPOC
- ✓ Programa de Diabetes
- ✓ Clínica de tabaquismo

**3.2.3 Clientes.** El Instituto Neumológico del Oriente S.A encamina su misión en satisfacer las necesidades de los clientes que requieren los diferentes servicios que presta.

Entre sus clientes más representativos se encuentran los siguientes:

- **Clientes pacientes/usuarios:** Son aquellas personas a las que se les presta los servicios de salud especializados en el cuidado integral y efectivo con enfermedades respiratorias. Estos pacientes/usuarios pueden pertenecer o no al sistema de seguridad social, sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado.

Aquellos usuarios con los que el INO S.A no tiene una relación comercial frecuente, y ningún tipo de documento contractual, son los usuarios particulares quienes cancelan los servicios prestados de contado.

- **Clientes Institucionales:** Son aquellas diferentes empresas con las que el INO S.A realiza contratos de prestación de servicios, entre estas están: EPS, ARS, ARP, IPS y empresas corporativas como ECOPETROL, FUERZAS MILITARES. Una vez el instituto presta los servicios a estos clientes, envía la respectiva factura para que así sean cancelados estos servicios durante el mes.

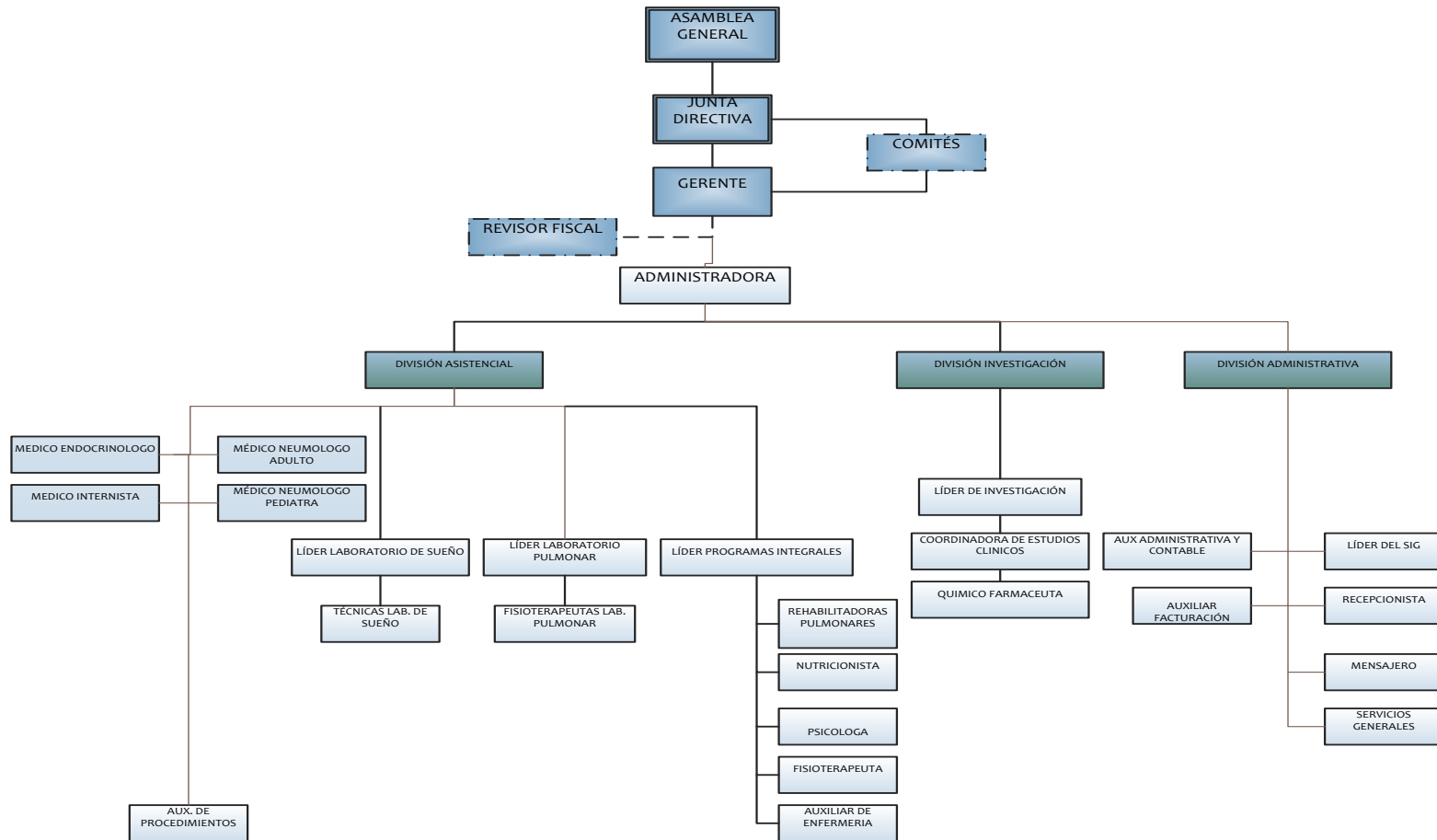
Figura 5. Principales clientes institucionales INO S.A



Fuente: Autoras del proyecto

### 3.2.4 Estructura organizacional

Figura 6. Estructura organizacional



Fuente: Autoras del proyecto

## 4. METODOLOGÍA

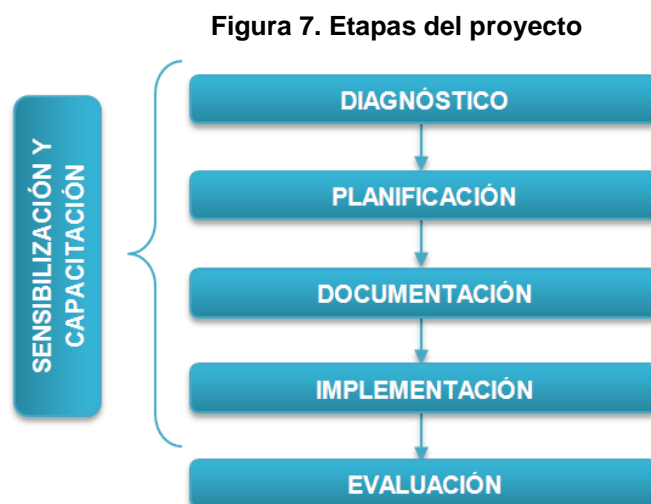
El procedimiento metodológico que se empleó para el desarrollo de este trabajo de grado, se describe a continuación. Ver Figura 7

### 4.1 DIAGNÓSTICO

Conocer y recopilar toda la información de la institución, con el fin de reconocer su cultura de dirección, planeación y actividades realizadas.

Adicionalmente se busca identificar el estado actual de la institución respecto a los requisitos de las Normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007. Involucra las siguientes actividades:

- Evaluación del cumplimiento de los requisitos en los proceso a nivel general.
- Revisión de los documentos y registros existentes.
- Caracterización de los procesos claves dentro del Sistema Integrado de Gestión.



Fuente: Autoras del proyecto

## **4.2 PLANIFICACIÓN**

Identificar los procesos necesarios para el SIG, con el fin de cumplir los requisitos y mantener la integridad del mismo.

- Revisión y ajuste de la Misión, Visión y Valores.
- Identificación de los requisitos legales aplicables en S&SO y otros
- Identificación de peligros, valoración de riesgos y la respectiva determinación de controles.
- Diseño la política, objetivos del Sistema Integrado de Gestión e indicadores de gestión.
- Organización de los grupos primarios, sus integrantes, responsabilidades, plan de trabajo, entre otros.
- Definir los procesos que harán parte del SIG (Alcance del SIG).

## **4.3 DOCUMENTACIÓN**

El objetivo de esta etapa fue adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales que fueren necesarios, teniendo en cuenta los requisitos de la Normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007. Se realizaron las siguientes actividades:

- Procedimientos mandatorios, guías, protocolos, manuales, formatos, etc.
- Elaboración del manual de funciones
- Elaboración del plan de emergencias y contingencias
- Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
- Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- Elaboración del Manual del Sistema Integrado de Gestión

#### **4.4 IMPLEMENTACIÓN**

En esta etapa se realizó la socialización de los documentos elaborados con el fin de que el personal implicado en los procesos del Instituto Neumológico del Oriente S.A tenga conocimiento de ellos y los adopten en el desarrollo de sus tareas. Las actividades que se llevaron a cabo en la etapa de implementación son las siguientes:

- Socializar la documentación en cada proceso.
- Socialización de las directrices del SIG (Misión, Visión, Política y Objetivos del SIG).
- Capacitación en la elaboración de informes, seguimiento de no conformidades, elaboración de acciones preventivas y correctivas, entre otros.
- Ajustes a los documentos en caso de ser necesario.
- Recopilación de la información sobre el desempeño del Sistema (indicadores de gestión), manejo del servicio no conforme, accidentes e incidentes, análisis de datos de esta información, evaluación de la satisfacción del cliente y PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias), igualmente análisis de los indicadores de los diferentes programas con el fin de hacer un análisis para orientar las acciones a desarrollar.

#### **4.5 EVALUACIÓN**

Evaluar el Sistema Integrado de Gestión e identificar oportunidades de mejora.

- Revisión del Sistema por parte de la Dirección
- Desarrollo de dos auditorías internas.
- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las dos (2) auditorías.

#### **4.6 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Esta etapa consiste en la capacitación y sensibilización del personal sobre cada uno de los temas necesario para el SIG, con el fin de crear y fomentar sentido de pertenencia con la institución. Esta etapa se desarrolló a lo largo de todo el trabajo de grado.

## **5. DIAGNÓSTICO**

### **5.1 DIAGNÓSTICO ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES**

El Instituto Neumológico del Oriente S.A en busca del camino hacia la excelencia ha estado en desarrollo de estrategias a través de la utilización sistemática y periódica del Modelo EFQM, por parte del equipo directivo permitiendo el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar. Para esto se ha creado un comité estratégico que permita identificar los puntos fuertes y débiles y reconocer las carencias para sugerir los planes de mejora respectiva. Este comité está funcionando desde el año 2010, y ha hecho los estudios que se presentarán a continuación enfocados en el logro de la excelencia. En el Anexo 1 se presenta evidencias de las actas de reunión de este comité en los meses de marzo y abril de 2012; donde se ajustó, revisó y actualizó la planeación estratégica de la institución, relacionado con la misión, visión y valores que se presentará en el desarrollo del libro de proyecto de grado.

En general todas las empresas presentan fortalezas y debilidades en las áreas funcionales del negocio. La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management) es el organismo impulsor del Modelo Europeo de Excelencia; presenta un instrumento práctico de ayuda a las organizaciones para determinar en qué punto se encuentran del camino hacia la excelencia. Se trata de una metodología muy similar a la de los modelos en que se basan el premio nacional de la calidad en el Japón (Premio Deming) y en los Estados Unidos (Premio Malcom Baldrige).

El Modelo Europeo de Excelencia sirve de punto de referencia para que las instituciones puedan hacer un diagnóstico interno del grado de calidad de su gestión, mediante la autoevaluación. Si bien la autoevaluación está pensada para el conjunto de la institución, se puede evaluar también, un departamento, una unidad o un servicio de forma aislada.

Esta autoevaluación permite identificar los puntos fuertes y debilidades y reconocer las carencias más importantes de forma que puedan sugerirse planes de acción de mejora.

Con la finalidad de llevar a cabo este análisis en el Instituto Neumológico del Oriente S.A, se usó el enfoque del Modelo EFQM de Excelencia, cuyos fundamentos se basan en la siguiente premisa: “Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se hará realidad a través de las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos”. El esquema de la figura 8 corresponde con la premisa anterior.

El modelo EFQM de excelencia consta de un total de 9 criterios y 32 subcriterios divididos entre agentes facilitadores y resultados:

**Agentes facilitadores:** los criterios de este grupo (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, y procesos) reflejan la manera de actuar de la organización.

**Resultados:** los criterios de este grupo (resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave) tratan sobre los logros de la organización.

El enfoque de cada uno de los elementos o criterios del modelo de EFQM se encuentra resumido en la figura 8.

Figura 8. Modelo EFQM de excelencia.



Fuente: FERRANDO, Miguel y GRANERO, Javier. Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: Fundación Confederal. 2005. p. 32

**5.1.1 Proceso de autoevaluación.** El análisis interno (autoevaluación) es el proceso mediante el cual el Instituto Neumológico del Oriente S.A, por medio de su Comité de Estrategia, analiza y valora su realidad y elabora un informe, que ha de representar un ejercicio participativo de reflexión para destacar los puntos fuertes y débiles y los objetivos y acciones previstas para mejorar la situación.

Para efectos de este diagnóstico se utilizó la autoevaluación mediante cuestionario. Esta autoevaluación permitió identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora y reconocer las carencias más importantes. En el Anexo 2, se presenta el cuestionario fundamentado en el Modelo EFQM de Excelencia, utilizado para realizar el diagnóstico interno en la institución.

Para que la autoevaluación resulte más sencilla, se han establecido sólo cuatro posibles respuestas a cada pregunta, con el siguiente significado:

- **Ningún avance:** No se ha realizado ninguna acción, quizás (es posible) se ha reflexionado sobre ello pero sin llegar a concretar nada.
- **Cierto avance:** Se han realizado algunos análisis ocasionales (no frecuentes, ni periódicos) sobre el tema en particular. Se han logrado escasos resultados y estos han sido aislados y parciales.
- **Avance significativo:** Hay clara evidencia de que se ha tratado el tema de manera adecuada y oportuna. Se realizan revisiones rutinarias y frecuentes (programadas) de este tema en particular, lográndose mejoras concretas.
- **Objetivo logrado:** Planteamiento excelente o resultado aplicado de forma universal. Solución o resultado de una situación particular que puede servir como modelo y que parece difícil que pueda ser mejorado.

La autoevaluación mediante cuestionario con base en el modelo EFQM de excelencia fue aplicada al comité de estrategia del INO S.A. Ésta contiene en total 38 preguntas distribuidas en 9 criterios. La tabla 3 presenta los criterios y el número de preguntas asignado a cada criterio.

**Tabla 3. Criterios de la autoevaluación**

CRITERIO	No. PREGUNTAS	TIPO DE CRITERIO
1. Política y estrategia	5	Agentes Facilitadores
2. Gestión de las personas	5	
3. Alianzas y recursos	5	
4. Liderazgo	5	
5. Procesos	5	
6. Resultados en los clientes	5	Resultados
7. Resultados en las personas	3	
8. Resultados en la sociedad	2	
9. Resultados clave	3	
Total de preguntas	38	

Fuente: Directivas INO S.A

**5.1.2 Resultados obtenidos.** Los resultados obtenidos a partir de la autoevaluación se muestran en la tabla 5. La escala de valoración por criterio es la siguiente:

**Tabla 4. Escala de valoración**

<b>Escala</b>	<b>Intervalo %</b>
Ningún avance	(0,0 – 25,9)
Cierto avance	(26,0 – 50,9)
Avance significativo	(51,0 – 75,9)
Objetivo logrado	(76,0 – 100,0)

Fuente: Directivas INO S.A

**5.1.3 Conclusiones del análisis interno.** En general se observa que el promedio total de los nueve criterios tenidos en cuenta por el modelo EFQM-Excelencia, es del 29,41%, es decir, se encuentran en un nivel de cierto avance.

Tabla 5. Resumen análisis interno

# criterio	# Preguntas	Peso porcentual de c/d criterio	Puntaje por pregunta	# R/. Factibles	Ningún Avance N.A	Cierto o Avance C.A	Avance significativo o A.S	Objetivo Logrado o O.L	Porcentaje ponderado	Porcentaje por criterio	V/r cualitativa por criterio
1	5	13,16	2,63	25	12	10	3	0	3,32	25,20	NA
2	5	13,16	2,63	25	4	13	8	0	5,21	39,60	CA
3	5	13,16	2,63	25	2	15	8	0	5,42	41,20	CA
4	5	13,16	2,63	25	10	13	2	0	3,32	25,20	NA
5	5	13,16	2,63	25	10	15	0	0	2,89	22,00	NA
6	5	13,16	2,63	25	9	16	0	0	3,00	22,80	NA
7	3	7,89	2,63	15	2	11	2	0	2,58	32,67	CA
8	2	5,26	2,63	10	4	4	2	0	1,58	30,00	CA
9	3	7,89	2,63	15	6	9	0	0	1,74	22,00	NA
Total	38	100,00		190							
Valor Promedio para todos los criterios											
Valor porcentual por respuesta		0,526315789									
Número de personas evaluadas		5									

Fuente: Directivas INO S.A

**En cuanto a la Política y Estrategia (criterio # 1)** vale la pena mencionar que la institución no tiene actualizada su visión, misión, principios, valores organizacionales, políticas y estrategias; el Instituto Neumológico del Oriente S.A no cuenta con un sistema de indicadores de gestión que le permita monitorear el cumplimiento de sus políticas y estrategia. Este criterio fue valorado con un 25,20% lo cual le confiere en la escala de valoración el nivel de ningún avance.

**Gestión de las personas (criterio # 2).** Se refiere principalmente al reconocimiento, implicación y compromiso, comunicación, conocimientos y capacidades del talento humano en relación con la institución. Según los resultados obtenidos no se evidencia un progreso y/o avance en este sentido. Vale la pena mencionar que la alta dirección no es eficaz al hacer el reconocimiento a las personas y que las comunicaciones que se presentan al interior de la organización tienen una orientación vertical. Este criterio obtuvo un 39% lo cual le confiere en la escala de valoración el nivel de cierto avance.

**Alianzas y recursos (criterio # 3).** El Instituto Neumológico del Oriente S.A cuenta con algunas alianzas con laboratorios farmacéuticos, éstos se encargan de patrocinar los eventos que lleva a cabo la institución. Sin embargo hace falta todavía consolidar alianzas con el sector gubernamental para la asignación de recursos dedicados, entre otros, a proyectos de investigación, promoción y prevención de las enfermedades respiratorias. En cuanto a la gestión de los recursos económicos y financieros no se evidenció la existencia de un presupuesto en apoyo a las políticas y estrategias de la organización. En resumen este criterio fue valorado con un 41% lo cual le confiere en la escala de valoración el nivel de cierto avance.

**Liderazgo (criterio # 4).** No se encontró evidencia del compromiso y responsabilidad que deben asumir los líderes en el direccionamiento estratégico de la organización. No fue posible encontrar evidencia donde se mostrase la

interacción de los líderes con los clientes y representantes de la sociedad (Gubernamental).

En suma, este criterio obtuvo un puntaje del 25,20% lo cual le confiere en la escala de valoración el nivel de ningún avance.

**Procesos (criterio # 5).** Aunque en la institución existen unos procesos establecidos, estos no se encuentran debidamente documentados a través de un esquema que permita de manera rápida identificar su secuencia e interacción. El mercado de la salud presenta indicios de evolución en cuanto a la calidad y oportunidad del servicio prestado, sin embargo la introducción de mejoras en los procesos mediante la innovación surgidas al interior de la organización, son escasas en el mejor de los casos. Debido a que no existe una comunicación asertiva entre la alta dirección y el talento humano, la organización no aprovecha la creatividad de sus empleados, así como la de sus grupos de interés, para lograr sacar nuevos servicios al mercado. Aunque es un hecho que la organización posee contratos con la mayoría de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), el Instituto Neumológico del Oriente S.A debe esforzarse por no estancarse en su relación con los clientes. Hay que buscar continuamente la innovación en el proceso de venta de servicios y atención al cliente. Este criterio obtuvo un puntaje en la escala de valoración de 22,00% lo cual lo ubica en el nivel de ningún avance.

**RESULTADOS.** Los criterios de este grupo (resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave) presentaron valoraciones de 22.80, 32.67, 30.00 y 22.00 por ciento respectivamente, lo cual representa un promedio de 26,86 por ciento, llama la atención este valor debido a que se encuentra en el límite de la escala entre ningún avance y cierto avance lo cual es preocupante.

**Resultados en los clientes Externo (criterio # 6).** “El servicio al cliente es un intangible. Es eminentemente perceptivo, así tenga algunos elementos objetivos”. El Instituto Neumológico del Oriente S.A no evalúa la percepción que tienen los usuarios con relación al servicio prestado, en aspectos como: accesibilidad a la institución, cumplimiento en el horario de las citas médicas y exámenes paraclínicos, franqueza en las relaciones, consulta oportuna en niños y simplificación de trámites. El instituto no evalúa la cortesía, profesionalidad y empatía de su personal en relación con el servicio prestado, así como el grado de flexibilidad y la capacidad de respuesta de la organización. El instituto no posee medidas internas (indicadores de gestión) que sirvan para analizar su rendimiento actual y prever su rendimiento futuro respecto a sus clientes externos. El puntaje obtenido 22,9%, situándose en la escala de valoración como ningún avance.

**Resultados en las personas (criterio # 7).** Las organizaciones excelentes deben medir exhaustivamente la percepción de sus empleados. Sin embargo en el Instituto Neumológico del Oriente S.A, aspectos como las comunicaciones internas bidireccionales, la participación del personal en la propuesta de objetivos y su implantación, el reconocimiento del trabajo desarrollado, las opciones de formación, y promoción no son tenidas en cuenta por la alta dirección de la institución. Vale la pena hacer dos salvedades en este ítem, la primera tiene que ver con que el Instituto Neumológico el Oriente S.A ofrece a través de su alta dirección una curso (capacitación certificada a nivel nacional) para la toma de espirometrías; la segunda hace referencia a la celebración del cumpleaños de las personas que laboran en la institución, gesto que es tenido en cuenta como un reconocimiento personal, este criterio obtuvo un puntaje de 32%, situándose en la escala de valoración como cierto avance.

**Resultados en la sociedad (criterio # 8).** En este criterio suele tener un bajo puntaje entre otras razones por la dificultad para invertir en acciones que no van a reportar un beneficio económico directo y el Instituto Neumológico del Oriente S.A

no escapa a esta realidad. No hay evidencias de la participación del instituto en iniciativas culturales (publicaciones, becas, jornadas de puertas abiertas), iniciativas de apoyo a la comunidad (exposiciones, jornada de vacunación infantil, participación en eventos académicos y/o gubernamentales, entre otros). Por ser una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS-s), está presente el factor de riesgo biológico, sin embargo este es controlado de forma efectiva. Aunque no existen iniciativas formales con relación al medio ambiente, el impacto al mismo es mínimo. El puntaje obtenido en este criterio fue del 30% situándose en la escala de valoración como cierto avance.

**Resultados clave (criterio # 9).** El Instituto Neumológico del Oriente S.A no mide la eficacia y eficiencia en la prestación de sus servicios en los procesos más relevantes. No se encontró evidencia acerca del cumplimiento de objetivos en la institución. En suma no compara la gestión de los procesos ni el cumplimiento de objetivos con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-s). Este criterio obtuvo una valoración del 22% que lo sitúa en una posición de ningún avance.

**5.1.4 Determinación de los factores críticos de éxito.** Los factores críticos de éxito (FCE) son considerados las actividades clave cuyo resultado o rendimiento satisfactorio es esencial para el éxito de una organización.

Para su identificación se construyó en primera instancia, la matriz DOFA y en segundo lugar, se realizó un análisis estructural de los componentes hallados en dicha matriz.

La matriz DOFA es un instrumento metodológico de gran utilidad que permite resumir y ordenar los resultados obtenidos en el diagnóstico organizacional, según debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. Esta herramienta permite

obtener una perspectiva general de la situación estratégica del Instituto Neumológico del Oriente S.A

La DOFA, utilizada como una herramienta de análisis y reflexión, permite realizar cruces o combinaciones lógicas entre sus cuadrantes, que generan los primeros avances en la identificación de los factores críticos de éxito. Es necesario corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades. De este modo se origina una aproximación preliminar a la formulación de la estrategia institucional.

La tabla 6 muestra la matriz DOFA del Instituto Neumológico del Oriente S.A.

**Tabla 6. Matriz DOFA**

<b>ENTORNO (MEDIO EXTERNO)</b>	
<b>OPORTUNIDADES (+)</b>	<b>AMENAZAS (-)</b>
La posibilidad de establecer alianzas con ARS y entidades gubernamentales (régimen subsidiado y vinculados)	Incremento en la tasa de desempleo
La disponibilidad de tecnología de punta y pertinente en el INO S.A.	Escasa accesibilidad a los servicios del INO S.A por parte del régimen subsidiado y la población vinculada
Incremento del tabaquismo y cáncer de pulmón.	La competencia actual (FCV, FOSCAL) que maneja altos recursos financieros
Incremento en el número de afiliados al régimen subsidiado de salud en Santander 2002 – 2010	Altos costos de las enfermedades respiratorias
Incremento en la morbilidad pediátrica y de adultos de origen respiratorio a nivel regional	Bajas tarifas del POS (Ley 100 de 1993)
Posibilidad de formar alianzas estratégicas con entidades territoriales medioambientales y de salud pública (CDMB, CAS, OSPS, entre otras)	Población con escasos ingresos económicos
Lograr acreditación en servicios de salud	Baja nivel escolar de los pacientes (usuarios) que reciben atención en el INO
Creación de una unidad especializada en salud ocupacional para enfermedades profesionales de origen respiratorio.	Baja inversión en el presupuesto por parte de los entes territoriales en enfermedades respiratorias.
Servir como patrocinador de actividades regionales referentes a la prevención de enfermedades respiratorias.	

INSTITUCIÓN (MEDIO INTERNO)	
Integración de todos los neumólogos de Santander en el NO	El portafolio de servicios está limitado por la innovación e infraestructura tecnológica
Poder de negociación con los clientes directos	El análisis financiero realizado en el INO mostro un flujo de caja libre negativo para los años 2006 y 2007, con una leve recuperación en el año 2008, un comportamiento similar tuvo la utilidad neta
Efectividad en el diagnóstico	Infraestructura física inadecuada para el paciente respiratorio
Talento humano especializado y entrenado para el manejo integral del paciente	No se evidencia documentación de los procesos.
El instituto cuenta con un equipo para realizar el examen de: electrolitos en sudor para diagnosticar la Fibrosis quística, único en Bucaramanga.	Inexistencia de un departamento de atención al paciente y cliente directo.

Fuente: Directivas INO S.A

La identificación de estos factores permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica del Instituto Neumológico del Oriente S.A; de igual forma estas variables fueron tenidas en cuenta en el desarrollo de la nueva estrategia.

**5.1.5 Encuestas de satisfacción del usuario.** Los estudios de satisfacción de clientes son más habituales en el mercado actual. Es por eso que satisfacer al cliente implica, conocer qué es lo que este necesita y cuáles son sus requisitos. Con la implementación de un Sistema Integrado de Gestión el instituto quiere satisfacer a sus clientes y aún más superar sus expectativas.

Además de que los clientes pudieran percibir que el instituto está haciendo un esfuerzo para conocer realmente lo que ellos necesitan.

En el Instituto Neumológico del Oriente S.A se realizan encuestas de satisfacción al cliente, con el fin de obtener la percepción de los clientes tanto internos como externos, y así poder definir las fortalezas, debilidades y oportunidades de la institución, para evaluar y tomar las mejores decisiones, aumentar la fidelización de los clientes y su satisfacción.

Las encuestas y resultados de estas encuestas de satisfacción se encuentran en el Anexo 3 y 4 respectivamente. Estos resultados fueron entregados por las Directivas del instituto con el propósito de re-evaluar esta herramienta para que se convierta en un factor esencial para el cumplimiento de la política del Sistema Integrado de Gestión, en la necesidad de buscar la mayor satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo de la institución.

Estas encuestas se realizan con el fin de conocer si los servicios ofrecidos están siendo eficaces, es de gran valor para la institución, ya que se determina si el usuario está realmente satisfecho con los servicios y/o tratamientos que recibió y si no, buscar los cambios y mejoras para estos.

## **5.2 DIAGNÓSTICO CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008 Y NORMA OHSAS 18001:2007**

Para el diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Instituto Neumológico del oriente S.A, era necesario establecer un método que permitiera conocer la situación actual de la institución frente al cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.

Antes de iniciar el diagnóstico sobre el grado de cumplimiento de las normas anteriormente mencionadas, era importante conocer claramente las actividades que se realizan en la institución, su misión, visión, valores institucionales, y cualquier otra información pertinente, con el fin de afianzar los conocimientos básicos sobre la misma y facilitar el proceso de implementación del Sistema Integrado de Gestión.

Para la ejecución de esta etapa se contó con la colaboración del personal tanto asistencial como administrativo de la institución y del Gerente. Se diseñó una tabla o lista de chequeo, donde se lograra obtener el cumplimiento de cada numeral de

las normas a evaluar, realizando una serie de preguntas permitiendo abarcar cada uno de los deberes de las normas.

Se aplicaron las listas de chequeo a través de entrevistas con el personal, la junta directiva, revisión de los documentos, registros existentes y el cumplimiento de otros requisitos de las normas. Los datos obtenidos son registrados en las listas de chequeo para la NTC ISO 9001:2008 y NTC OHSAS 18001:2007 para su tabulación y análisis, que se presentan en el Anexo 5 y el Anexo 6, respectivamente.

El porcentaje de cumplimiento está definido en una escala de calificación cuantitativa del 0% al 100% de cumplimiento. En la tabla 7, se evidencia la escala de cumplimiento para cada uno de los numerales.

**Tabla 7. Criterios de valoración**

<b>NA</b>		Requisito no aplicable bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007
<b>NO</b>	<b>0%</b>	Requisito aplicable, pero no diseñado, ni desarrollado, ni implementado
<b>IDEA</b>	<b>25%</b>	Requisito en proceso de diseño o desarrollo para cumplimiento de las normas
<b>DOCUMENTADO</b>	<b>50%</b>	Requisito Implementado, con resultados, registros y evidencias
<b>IMPLEMENTADO</b>	<b>75%</b>	Requisito Implementado y auditado con resultados conformes
<b>REGISTROS DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>100%</b>	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo

Fuente: Autoras del proyecto

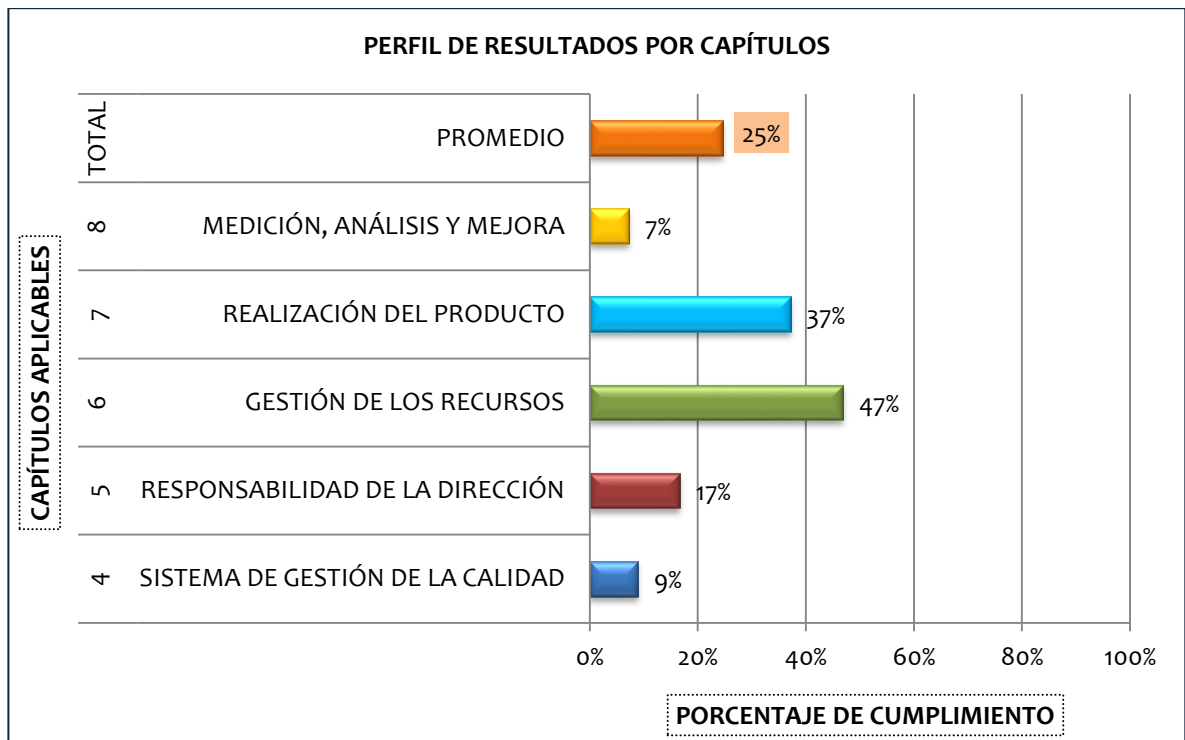
La tabulación de los datos obtenidos de las listas de chequeo según el grado de cumplimiento de los ítems evaluados, se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Grado de Cumplimiento: } \frac{\text{Frecuencia de grado de cumplimiento} \times 100\%}{\text{Total de ítems evaluados}}$$

### 5.3 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO NTC ISO 9001:2008

De acuerdo a la calificación obtenida en la lista de chequeo presentada en el Anexo 5, y utilizando la formula anterior, se obtienen los porcentajes de cumplimiento de cada capítulo, representados por la figura presentada a continuación:

Figura 9. Perfil de resultados por capítulos NTC ISO 9001:2008



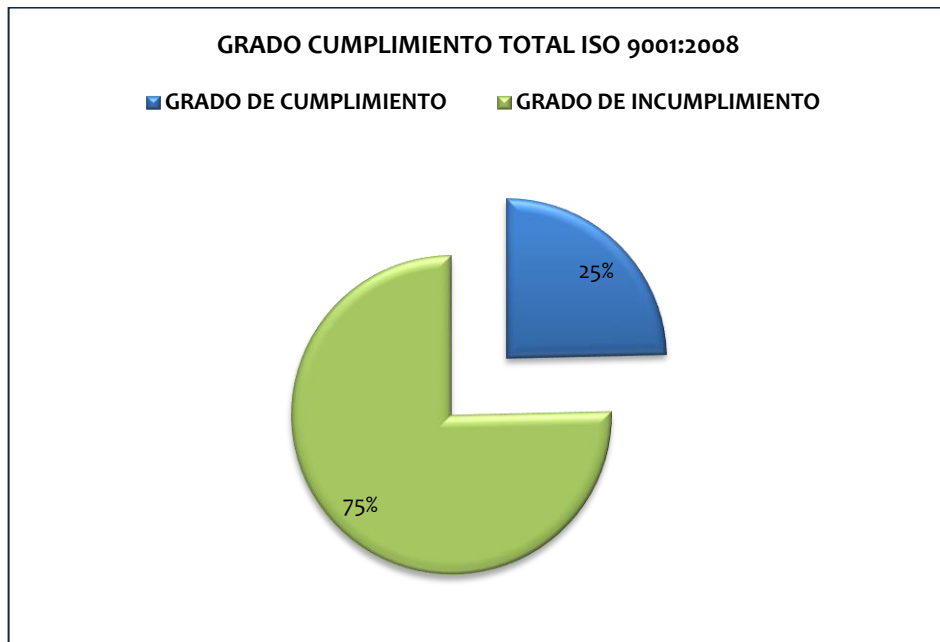
Fuente: Autoras del proyecto

La figura indica que los capítulos con mayor porcentaje de cumplimiento de los requisitos por parte del INO S.A son los capítulos correspondientes a Gestión de Recursos y Realización del producto. Los capítulos correspondientes a la gestión documental o requisitos generales del Sistema de Gestión de la Calidad, Responsabilidad de la Dirección y Medición, Análisis y Mejora, tienen muy bajo nivel de cumplimiento por parte de la Institución.

De acuerdo al diagnóstico realizado y a los requerimientos exigidos por la norma, la institución no cuenta con los elementos básicos de planificación del Sistema de Gestión de la Calidad requeridos para desarrollar y mantener el mismo.

En la Figura 10 se observa el grado de cumplimiento total del 25%, ratificando una vez más la necesidad de implementar el Sistema Integrado de Gestión para lograr que la percepción del cliente frente al cumplimiento de sus requisitos sea más alta, lograr una institución más organizada y con objetivos estructurados.

**Figura 10. Grado de cumplimiento total NTC ISO 9001:2008**



Fuente: Autoras del proyecto

Los elementos básicos que estipula la norma ISO 9001:2008 en sus numerales 4,5 y 5,4 y que definen los diferentes niveles de planificación (planificación direccional, planificación estratégica y planificación operacional) que son necesarios para que toda organización pueda implementar un sistema de gestión de calidad son los siguientes:

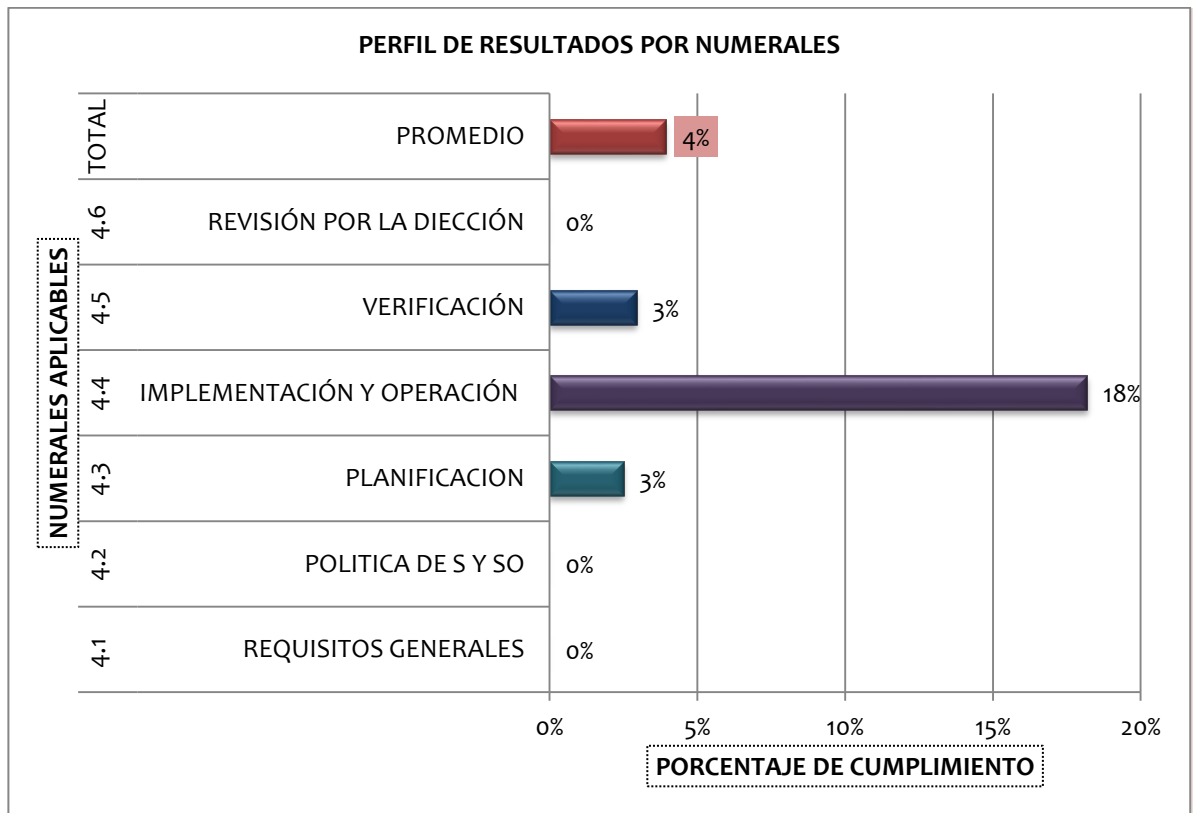
- Mapa de procesos
- Política de la calidad
- Objetivos de la calidad
- Manual de la calidad
- Procedimiento mandatorios documentados
- Manual de cargos
- Indicadores de gestión
- Documentos necesarios para la implementación del sistema de gestión y para la operación de la institución.
- Formatos y registros necesarios para el desempeño de operaciones

Sin embargo cabe mencionar, que la falta de los elementos básicos mencionados anteriormente no ha sido impedimento en la institución para desarrollar exitosamente sus actividades y crecer continuamente a través de los años.

#### **5.4 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO NTC OHSAS 18001:2007**

De acuerdo a la calificación presentada en el Anexo 6 se obtienen los porcentajes de cumplimiento de cada numeral aplicable, ya que la norma OHSAS 18001:2007 consta de un único capítulo aplicable que es el Capítulo 4. Estos están representados por la figura presentada a continuación:

Figura 11. Perfil de resultados por numerales NTC OHSAS 18001:2007



Fuente: Autoras del proyecto

El gráfico indica que el INO S.A no da cumplimiento a la mayoría de los requisitos exigidos por la norma.

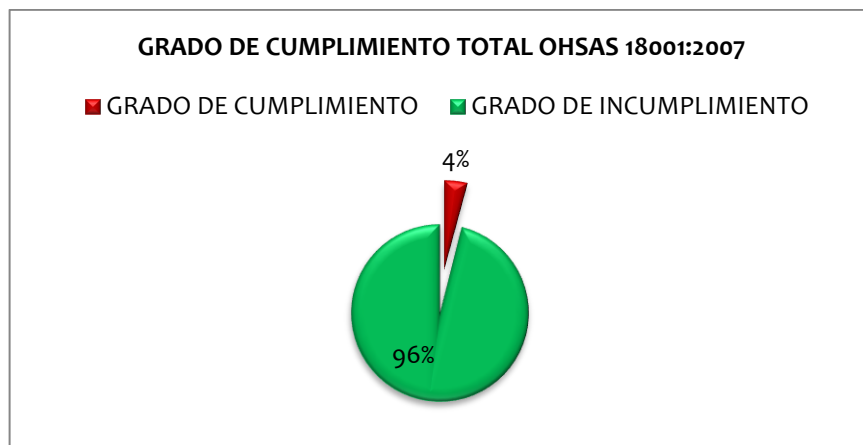
Los elementos básicos de la etapa de planificación y verificación que se encuentran estipulados en los numerales 4.2, 4.3, 4.5 y 4.6 que son necesarios para que la organización pueda implementar un sistema de gestión en S&SO bajo la norma OHSAS 18001:2007 son los siguientes:

- Identificación de peligros
- Clasificación de los riesgos
- Valoración de los factores de riesgos
- Controles y reducción de los riesgos
- Política de S&SO

- Objetivo de S&SO
- Manuales de S&SO
- Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo
- Indicadores de gestión
- Procedimientos necesarios para el cumplimiento de la norma
- Formatos y registros necesarios para el desempeño de las operaciones.

En la Figura 12 se observa el grado de cumplimiento total del 4%, ratificando una vez más la necesidad de implementar el sistema integrado de gestión donde la institución podrá ser más eficiente y productiva al minimizar el riesgo de accidentes, situaciones de emergencia, enfermedades laborales y otras lesiones relacionadas con el trabajo. Establecer un proceso para evaluar peligros y riesgos en el ambiente de trabajo e implementar medidas de prevención como parte de las operaciones del día a día; pasos para proteger a los trabajadores y consecuentemente bajar el riesgo de tener que cubrir pagos de seguro y costos legales.

**Figura 12. Grado de cumplimiento total NTC OHSAS 18001:2007**



Fuente: Autoras del proyecto

## 5.5 RESULTADOS DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Después de realizar el diagnóstico de cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 donde también se plasmaron las observaciones de cumplimiento o incumplimiento en cada uno de los requisitos; se establecieron debilidades y fortalezas de una forma más general, relativas al Sistema Integrado de Gestión y la situación organizacional.

**Tabla 8. Debilidades y fortalezas**

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Única institución prestadora de servicios de salud especializada en neumología en la región del oriente colombiano	Baja oportunidad en la consulta
Alto compromiso por la dirección en el diseño, implementación y mantenimiento del SGI	No se cuenta con política ni objetivos para el sistema integrado
Se cuenta con la información de los protocolos de los programas ofrecidos, y la disponibilidad de los equipos médicos.	No se tiene claramente definidos los procesos
Personal idóneo, positivo, cálido y comprometido para el mejoramiento de la institución.	No existen indicadores de gestión que midan la eficacia de los procesos
Alto reconocimiento de la institución en el sector.	No existen mecanismos de mejoramiento continuo ni acciones de mejora documentados
Buen estado de los equipos médicos y uso de alta tecnología en la prestación del servicio.	No cuenta con mecanismos para la evaluación de la satisfacción de los clientes y eficacia de los servicios ofrecidos.
Portafolio de servicios dinámico e innovador	No se realiza un eficiente control y verificación de los productos comprados.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Adquisición del Software Contable WINSIRIUS y Software LIDERMED para la asignación de citas, agendas e historias clínicas, lo que hace más dinámica y eficaz la prestación del servicio.	No existe una planeación ni seguimiento de presupuesto.
Adquisición de la segunda sede para aumentar la capacidad instalada en la institución, así como las condiciones para la adecuada prestación del servicio.	Las compras se realizan de manera informal, no se tiene documentos que soporten el seguimiento a este proceso
	Se cuenta con algunos perfiles definidos, pero se debe revisar la veracidad de la información y complementar los perfiles faltantes
	Existe un organigrama diseñado de acuerdo a los procesos y/o áreas estipuladas en la organización, sin embargo la institución solicita revisarlo y dejarlo sujeto a modificaciones si es necesario.
	No se cuenta con un plan de formación y capacitación para el personal, que permita mejorar el desempeño en sus labores.
	Bajo conocimiento en cuanto a temas relacionados con Seguridad y Salud en el trabajo.
	No existe matriz de peligros ni programa de salud ocupacional en la institución.

Fuente: Autoras del proyecto

## 5.6 REVISIÓN DOCUMENTAL

Luego de realizar y contar con un diagnóstico real sobre el estado de la institución respecto a los sistemas de gestión, no se evidencia el desarrollo o utilización de documentos que soporten la implementación de alguna norma o sistemas integrados de gestión. Se utiliza documentación que soporta el área administrativa

y actividades propias de la operación para dar cumplimiento a requisitos legales. Por tanto se realiza una lista de los documentos identificados con su característica, objetivo, estado actual dentro de la institución y tratamiento para el desarrollo de los sistemas de gestión.

**Tabla 9. Requisitos de gestión documental del Sistema Integrado de Gestión**

PROCEDIMIENTO	CARACTERÍSTICA	OBJETIVO	ESTADO ACTUAL	TRATAMIENTO
CONTROL DE DOCUMENTOS	Requerido por la normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007	Establecer metodología para llevar a cabo la actividades de elaboración, revisión, aprobación, implementación, distribución, modificación actualización de los documentos de los sistemas de gestión	No existe	Crear - Integrar
AUDITORÍA INTERNA	Requerido por la normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007	Establecer las directrices, controles y mecanismos necesarios para lo requerido por la planificación y realización de auditorías internas a los sistemas de gestión, informar los resultados y mantener registros que se deriven de la planificación	No existe	Crear - Integrar
CONTROL DEL PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME Y EVENTOS ADVERSOS	Requerido por la normas ISO 9001:2008 y el INVIMA	Detectar, controlar y dar seguimiento a los producto/servicios no conformes y eventos adversos que se presenten para prevenir su uso o entrega no intencional y dar una manejo adecuado a los eventos adversos	No existe	Crear - Integrar

PROCEDIMIENTO	CARACTERÍSTICA	OBJETIVO	ESTADO ACTUAL	TRATAMIENTO
ACCIÓN CORRECTIVA	Requerido por las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007	Establecer un método unificado de trabajo, para identificar, dimensionar, analizar y eliminar las causas de las no conformidades (reales) de los sistemas de gestión para prevenir que se vuelvan a presentar	No existe	Crear - Integrar
ACCIÓN PREVENTIVA	Requerido por las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2008	Garantizar la implementación de acciones que permitan eliminar las causas de las no conformidades (potenciales) de los sistemas de gestión, así como los efectos que estas pueden generar con el fin de prevenir su ocurrencia	No existe	Crear - Integrar
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO	Requerido por la norma ISO 9001:2008	Identificar los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de generar un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes	No existe	Crear
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Requerido por las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007	Describir el proceso de revisión de los documentos de gestión a intervalos definidos y suficientes para asegurar su adecuación y eficiencia permanente	No existe	Crear - Integrar

PROCEDIMIENTO	CARACTERÍSTICA	OBJETIVO	ESTADO ACTUAL	TRATAMIENTO
IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Identificar y evaluar periódicamente, los peligros y los factores de riesgo existentes en todos los puestos de trabajo a fin de poder eliminarlos o minimizarlos, priorizando las medidas preventivas a adoptar y estableciendo medios de control oportunos	No existe	Crear
IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS	Requerido por las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007	Identificar, tener acceso, aplicar, controlar los requisitos legales y otros requisitos que la organización suscriba en materia de calidad, seguridad y salud en el trabajo , asegurándose que esta información este actualizada y sea comunicada a todas las personas que trabajan bajo el control de la institución y las partes interesadas	No existe	Crear - Integrar
COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Establecer procesos de comunicación interna y externa adecuados en relación a los peligros de S&SO y riesgos relacionados con la prestación del servicio.	No existe	Crear
PARTICIPACIÓN Y CONSULTA	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Asegurar la participación y consulta de los trabajadores en la identificación, valoración y determinación de controles en cuanto a peligros, además de desarrollo y revisión de políticas y objetivos	No existe	Crear

PROCEDIMIENTO	CARACTERÍSTICA	OBJETIVO	ESTADO ACTUAL	TRATAMIENTO
CONTROL OPERACIONAL	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Cubrir las situaciones en la que la ausencia de controles asociados a los peligros identificados podría conducir a desviaciones de la política y objetivos	No existe	Crear
PREPARACIÓN Y ANTE RESPUESTA EMERGENCIAS	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Identificar situaciones de emergencia y accidentes potenciales, y consecuencias de S&SO adversas asociadas	No existe	Crear
SEGUMIENTO Y MEDICIÓN	Requerido por la norma ISO 9001:2008	Realizar seguimiento y medir regularmente la satisfacción del cliente, auditoría interna, procesos y servicio	No existe	Crear
EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y otros que la organización suscriba	No existe	Crear
INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Registrar, investigar y analizar incidentes para determinar las deficiencias de S&SO e identificar la necesidad de acciones	No existe	Crear
SEGUMIENTO EPIDEMIOLÓGICO	Requerido por la norma OHSAS 18001:2007	Facilitar y contribuir a que se efectúe la prevención y el control eficaz de los eventos que modifiquen o alteran la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta los peligros identificados	No existe	Crear

Fuente: Autoras del proyecto.

## 5.7 SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

Una vez finalizada la etapa de diagnóstico se realizaron dos reuniones con el personal médico – asistencial y los miembros de la junta directiva de la institución donde se dieron a conocer los resultados arrojados en el diagnóstico inicial y la metodología empleada para el mismo. Asimismo se inicia con la planeación de las actividades y acciones correspondientes que conlleven al cierre de las observaciones y no conformidades encontradas y la implementación del SIG en la institución.

**Figura 13. Sensibilización personal INO S.A**



Fuente: Autoras del proyecto

En el Anexo 7, se evidencia registro de asistencia de estas actividades con el personal de la institución.

## **6. PLANIFICACIÓN**

Una vez que se realiza el diagnóstico de la institución se da inicio a la etapa de planificación, esta etapa es primordial en todo el proceso debido a que busca obtener el mejor aprovechamiento de las condiciones de la institución.

Además que contribuye a la organización de las actividades estableciendo los objetivos del SIG, con el propósito de direccionar y optimizar los recursos para lograr obtener los resultados deseados.

Para dar inicio a la etapa, se diseñó un cronograma de trabajo presentado en la tabla 10, que fue aprobado por la gerencia y la administración y se dio a conocer al personal con el objetivo de conocer las actividades a realizar del proyecto.

La Gerencia designó la responsabilidad de los sistemas a la Administradora, apoyada en los líderes de proceso y comités para asegurar el buen funcionamiento y ejecución del Sistema Integrado de Gestión.

**Tabla 10. Cronograma de actividades realización del proyecto**

ACTIVIDADES	FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>1. DIAGNÓSTICO</b>																																												
CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN	P																																											
	E																																											
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE NORMA ISO 9001:2008 Y OHSAS 18001:2007	P																																											
	E																																											
IDENTIFICACIÓN DEBILIDADES Y FORTALEZAS	P																																											
	E																																											
PLANEACIÓN DE LA EMPRESA (AJUSTE MISIÓN, VISIÓN OBJETIVOS)	P																																											
	E																																											
<b>2. PLANIFICACIÓN</b>																																												
DEFINICIÓN DEL MAPA DE PROCESO	P																																											
	E																																											
DEFINICIÓN POLÍTICA Y OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	P																																											
	E																																											
DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS A LOS PROCESOS	P																																											
	E																																											
PLANTEAR INDICADORES DE GESTIÓN	P																																											
	E																																											
IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS	P																																											
	E																																											
<b>3. DOCUMENTACIÓN</b>																																												
DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS( procedimientos obligatorios y requeridos por la institución, instructivos, formatos, guías)	P																																											
	E																																											
ELABORACIÓN DE MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES Y DE OTRA INDOLE	P																																											
	E																																											
MANUAL DE PERFILES Y FUNCIONES DE CARGO	P																																											
	E																																											
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	P																																											
	E																																											
ELABORACIÓN PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS	P																																											
	E																																											
ELABORACIÓN MANUAL DE GESTIÓN INTEGRAL	P																																											
	E																																											
<b>4. IMPLEMENTACIÓN</b>																																												
DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS DE LOS PROCESOS	P																																											



## 6.1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

**6.1.1 Comité del Sistema Integrado de Gestión.** Como parte fundamental del desarrollo del proyecto y para el logro de cada una de las etapas de diseño, planificación, documentación, implementación, evaluación y seguimiento se hace necesario definir las personas responsables que garanticen el correcto desarrollo del Sistema Integrado de Gestión.

El comité de INO S.A queda conformado de la siguiente manera:

- ✓ Gerente: Dr. Fabio Bolívar Grimaldos
- ✓ Administradora: Karen Yaneth Aceros
- ✓ Médico Neumólogo Adulto: Luis Ernesto Téllez
- ✓ Médico Neumólogo Pediatra: Jürg Niederbacher
- ✓ Líder Programas Integrales: Luz Adriana Peláez
- ✓ Asesor Externo: Camilo Arias Aranda
- ✓ Líderes del SIG: Leidy Villabona y Lina Osorio

Ocasionalmente pueden asistir Líderes de Laboratorio Pulmonar y Sueño y Psicóloga. Durante la reunión se establece las funciones para lograr el buen funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión.

**Figura 14. Reunión Comité**



Fuente: Autoras del proyecto

## **Funciones del Comité**

- ✚ Asegurar el diseño, planificación, documentación, implementación, mejora y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión.
- ✚ Promover y liderar al interior del Instituto la concientización del beneficio de poner en práctica los requisitos del SIG adoptados por la institución.
- ✚ Identificar y aprobar los procesos de la institución asegurando que se desarrollen bajo un enfoque de mejora continua, determinando los riesgos y estableciendo controles para prevenir lesiones y enfermedades laborales.
- ✚ Diseñar y aprobar la estrategia a utilizar para implementar el Sistema Integrado de Gestión
- ✚ Gestionar los recursos necesarios para la implementación y mantener la mejora del Sistema integrado de Gestión
- ✚ Revisión de los indicadores del SIG
- ✚ Mantenimiento y control de los elementos que integran el SIG
- ✚ Realizar el seguimiento a los resultados de la medición de los indicadores establecidos para el SIG, acciones preventivas, correctivas, de mejora y los reportes de eventos adversos que se generen en el Instituto.

**6.1.2 Representante de la dirección.** Para dar cumplimiento al requisito de la norma NTC ISO 9001:2008 numeral 5.5.2 y el numeral 4.4.1 de la norma OHSAS 18001:2007 el Gerente del Instituto Neumológico del Oriente S.A, designo el representante por la dirección, que en este caso es el Doctor Luis Ernesto Téllez. En la primera reunión del Comité del Sistema Integrado de Gestión, se le explica al representante por la dirección las funciones que deberá cumplir, a través del acta consignada en esta primera reunión. (Ver Anexo 8)

**6.1.3 Elección y conformación de comité paritario de salud ocupacional (COPASO).** El COPASO es una herramienta importante para promocionar la salud en todos los niveles de la empresa, busca realizar actividades en función de divulgar y sustentar prácticas saludables y motivar la adquisición de hábitos

seguros. También vigila las leyes, normas y reglamentos de salud ocupacional, ahora conocida como seguridad y salud en el trabajo.

Este comité está conformado paritariamente por representantes de los trabajadores y empleadores. Debe funcionar como organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Seguridad y Salud en el Trabajo al interior de la institución.

De acuerdo al Artículo segundo, de la Resolución 2013 de 1986, el Comité debe estar compuesto por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores con sus respectivos suplentes. En la institución, teniendo en cuenta el número de personal, se ha hecho la elección del correspondiente Comité, quedando así:

**Tabla 11. Miembros del COPASO**

<b>PARTES</b>	<b>PRINCIPALES</b>	<b>CARGOS</b>	<b>SUPLENTES</b>
<b>REPRESENTANTE POR LOS EMPLEADORES</b>	<i>Karen Aceros</i>	Presidente	<i>Ludy Flórez</i>
<b>REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES</b>	<i>Fabiola Aguilera</i>	Secretaria	<i>Gliseth Pimiento</i>

Fuente: Autoras del proyecto

Las reuniones del Comité se realizarán mensualmente; se reunirá de manera extraordinaria cuando ocurra un accidente de trabajo o cuando se haya determinado un riesgo, con el responsable del área implicada.

De acuerdo al Decreto 1295 de 1.995 en el artículo 63º, el Comité paritario de salud ocupacional (COPASO) de las empresas tendrá una vigencia de 2 años. En el Anexo 9 se evidencia las actas de elección y conformación del COPASO.

## 6.2 PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

El diseño, implementación y mantenimiento de un Sistema Integrado de Gestión, también requiere que la Gerencia de la institución tenga un compromiso económico para el desarrollo del proyecto y destine los recursos para su mantenimiento. En reunión con la Gerencia, se determinaron los rubros que se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 12. Presupuesto implementación del SIG**

<b>AREA</b>	<b>RUBRO</b>	<b>VALOR PRESUPUESTADO</b>
<b>SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO</b>	<i>EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL</i>	\$ 624.225
	<i>VISIOMETRIA</i>	\$ 316.438
	<i>TITULACIÓN DE ANTICUERPOS</i>	\$ 516.600
	<i>BOTIQUIN FIJO</i>	\$ 200.000
	<i>CAMILLA MÓVIL</i>	\$ 396.000
	<i>PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO</i>	\$ 200.000
	<i>PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES</i>	\$ 150.000
	<i>CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</i>	\$ 400.000
<b>SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL</b>	<i>DOTACIÓN</i>	\$ 1.080.000
	<i>VISITAS E INSPECCIONES (Internas y Externas)</i>	\$ 400.000
	<i>ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL E.P.P.</i>	\$ 5.022.000
	<i>EXTINTORES MULTIPROPÓSITO</i>	\$ 98.000
	<i>EXTINTORES SOLKAFLAM</i>	\$ 534.000
	<i>SEÑALES DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN</i>	\$ 48.000
	<i>SEÑAL DE PUNTO DE ENCUENTRO</i>	\$ 16.000
	<i>BRIGADAS DE EMERGENCIA</i>	\$ 600.000

<b>AREA</b>	<b>RUBRO</b>	<b>VALOR PRESUPUESTADO</b>
	<i>SIMULACROS DE EVACUACIÓN</i>	\$ 70.000
	<i>MANTENIMIENTO DE EQUIPOS</i>	\$ 200.000
<b>OTROS</b>	<i>ASESOR EXTERNO</i>	\$ 10.400.000
	<i>PRACTICANTES</i>	\$ 4.800.000
	<i>EQUIPO DE OFICINA</i>	\$ 1.200.000
	<i>PAPELERÍA</i>	\$ 1.500.000
	<i>ADECUACIÓN DE ARCHIVADORES</i>	\$ 900.000
	<i>INTERNET</i>	\$ 720.000
	<i>EQUIPO DE COMPUTO MULTIFUNCIONAL</i>	\$ 1.200.000
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>\$ 31.591.263</b>
	<b>GASTOS IMPREVISTOS (5%)</b>	<b>\$ 1.579.563</b>
	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>\$ 33.170.826</b>

Fuente: Autoras del proyecto

### **6.3 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

Con el fin de mantener actualizada la institución en cuanto a su cultura organizacional, una tarea importante fue la revisión de la misión, la visión, con el fin de cubrir las nuevas necesidades de la organización por la implementación de los sistemas integrados de gestión. Para ello se realizaron las respectivas modificaciones por parte de las autoras del proyecto y fueron revisados por la Gerencia y Junta Directiva de la institución, quienes aprobaron y posteriormente se dio a conocer las modificaciones a los parámetros de la planeación estratégica. A continuación se presenta la misión y visión desarrolladas por las autoras del proyecto.

### **6.3.1 Misión y visión propuestas para el Sistema Integrado de Gestión**

#### **Misión**

“El Instituto Neumológico del Oriente S.A. es una institución privada cuyo objeto es prestar servicios de salud especializados en el cuidado integral de la población del oriente colombiano con enfermedades respiratorias o en riesgo de presentarlas; con alta calidad humana, científica y tecnológica; generando conocimiento para el beneficio de la sociedad, apoyados en personal altamente competente, orientados hacia la mejora de los procesos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes y la comunidad.”

#### **Visión**

“El Instituto Neumológico del Oriente S.A. será reconocido en el año 2016, como institución de referencia del oriente colombiano, centro académico y de investigación científica, en el cuidado y manejo de las enfermedades respiratorias, manteniendo estándares de calidad y seguridad.”

### **6.4 PLANIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN**

La planeación del Sistema Integrado de Gestión implica la definición de herramientas de gestión documental en cada uno de los niveles de la organización como lo son la dirección y operación de la organización. Es por esta razón que se busca definir la planeación direccional, estratégica y operacional que permita la implementación del SIG y a su vez sirva de control de las diferentes actividades, procesos que están incluidos en el alcance del SIG. Para este fin se deben definir las responsabilidades, la política integral, los objetivos, los indicadores de gestión, los procedimientos y demás que permitan tener una efectividad en las actividades que promueva la competitividad de la institución en el sector al cual pertenece.

**6.4.1 Alcance del Sistema Integrado de Gestión ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007.** En reunión previa con el comité del sistema integrado de gestión se estableció el alcance del sistema integrado de gestión. Se determinó lo siguiente: *“Prestación de servicios en el área especializada en neumología en promoción, prevención, diagnóstico e intervención en las enfermedades respiratorias.”*

**6.4.2 Exclusiones del Sistema Integrado de Gestión.** Se determinó la siguiente exclusión respecto a la norma NTC ISO 9001:2008.

El numeral 7.3 “Diseño y Desarrollo”, debido a que la empresa no diseña ni desarrolla un producto o servicio. Solo presta el servicio de atención en salud para su promoción, prevención, diagnóstico e intervención en las enfermedades respiratorias.

**6.4.3 Definición de la Política del Sistema Integrado de Gestión.** Para la formulación de la Política del INO S.A, se analizaron como primera medida, las necesidades de los clientes, empleados, comunidad y demás partes interesadas. Además teniendo en cuenta los requisitos del numeral 5.3 de la NTC ISO 9001:2008 y el numeral 4.2 de la norma OHSAS 18001:2007 la alta dirección debe asegurarse que la política cumpla ciertos criterios que están allí establecidos. Como consecuencia de este previo análisis de requisitos la alta dirección estableció compromisos que apuntan hacia la satisfacción de las expectativas de los clientes, empleados, comunidad y demás partes interesadas, enmarcados dentro del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud.

La política integral del sistema de gestión fue elaborada por las autoras del proyecto junto con el asesor externo, realizando una propuesta que diera cumplimiento a los requerimientos de las normas antes mencionadas. Posteriormente fue presentada a la Gerencia y a la Junta Directiva del Instituto quienes realizaron algunos ajustes y modificaciones. Orientados hacia la

satisfacción de las partes interesadas y prevención de lesiones y enfermedades se presentó así:

*“El Instituto Neumológico del Oriente S.A presta servicios de salud especializados en el cuidado integral de la población con enfermedades respiratorias con el propósito de:*

- Cumplir la legislación Colombiana vigente, y normas de otra índole aplicables a los servicios prestados.*
- Satisfacer las necesidades de sus usuarios; requisitos de sus clientes y demás partes interesadas de manera oportuna, segura, confiable y con trato humano.*
- Establecer controles para los peligros (biológicos, ergonómicos, químicos, psicosociales y de seguridad) a los que se encuentran expuestos sus trabajadores, previniendo accidentes e incidentes y enfermedades laborales.*

*INO S.A encamina la mejora continua de su sistema integrado de gestión en la ampliación de su infraestructura; el fortalecimiento de la competencia del personal y en la eficacia de sus procesos; garantizando crecimiento corporativo y rentabilidad para sus accionistas”*

Esta política integrada fue aprobada y firmada por el Gerente de la Institución, para finalmente ser implementada y socializarse en todos los niveles de la institución y cada vez que se requiera modificaciones, estas deberán ser identificadas y comunicadas. (Ver Anexo 10. Lista asistencia socialización política del sistema integrado de gestión y Anexo 11. Taller de socialización política del sistema integrado de gestión).

**6.4.4 Objetivos del sistema integrado de gestión.** Con el objetivo de dar cumplimiento a los propósitos establecidos en la política, la Gerencia define los Objetivos de Calidad, Seguridad y Salud descritos a continuación.

- Satisfacer las necesidades de los usuarios; requisitos de los clientes y demás partes interesadas
- Garantizar servicios de salud oportunos, seguros, confiables y con trato humano.
- Mantener la infraestructura adecuada y el personal idóneo para la prestación del servicio.
- Determinar los riesgos y establecer los controles necesarios previniendo lesiones y enfermedades laborales.
- Cumplir los requisitos legales, reglamentarios y otros que la organización suscriba en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- Asegurar el crecimiento corporativo, rentabilidad financiera de la institución y eficacia del sistema integrado de gestión.

**6.4.5 Despliegue del sistema integrado de gestión.** Se definieron indicadores de gestión que muestran el comportamiento, evolución y desempeño de la gestión de la institución, de forma cuantitativa o cualitativa, cuya magnitud al ser confrontada con una referencia o meta, proporciona una visión sobre posibles desviaciones para tomar acciones correctivas o preventivas.

Estos indicadores además permiten controlar adecuadamente todas las actividades desarrolladas dentro de la institución o en su nombre, por ello su importancia al permitir realizar predicciones y poder operar con base a lo encontrado en las tendencias observadas.

Los indicadores de gestión se establecieron teniendo en cuenta los aspectos que la institución considera relevantes y que por tanto deben ser medidos, para así poder generar planes de acción en pro del mejoramiento y el alcance de las metas propuestas para cada objetivo.

A continuación se muestra la matriz de indicadores donde se definen los objetivos del sistema integrado de gestión, el proceso al que pertenece, nombre del indicador, fórmula de cálculo, meta, unidad de medida, frecuencia de medición, responsable de realizar la medición y fuente de donde se obtienen estos datos.

**Tabla 13. Matriz de indicadores de gestión**

OBJETIVO	PROCESO	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CÁLCULO	META	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Garantizar servicios de salud oportunos, seguros, confiables y con trato humano.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN CONSULTA ESPECIALIZADA ADULTO	SUMATORIA DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA FECHA ENTRE LA CUAL EL USUARIO SOLICITA CITA PARA SER ATENDIDO EN CONSULTA ESPECIALIZADA ADULTO Y LA FECHA PARA LA CUAL ES ASIGNADA LA CITA/ NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS ASIGNADAS POR LA INSTITUCIÓN	<=15 DÍAS CALENDARIO	DÍAS CALENDARIO PROMEDIO	Trimestral	MEDICO NEUMÓLOGO/ ADMINISTRADORA	INFORME SOFTWARE LIDERMED
		OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN CONSULTA ESPECIALIZADA PEDIATRÍA	SUMATORIA DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA FECHA ENTRE LA CUAL EL USUARIO SOLICITA CITA PARA SER ATENDIDO EN CONSULTA ESPECIALIZADA PEDIATRÍA Y LA FECHA PARA LA CUAL ES ASIGNADA LA CITA/ NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS ASIGNADAS POR LA INSTITUCIÓN	<= 20 DÍAS CALENDARIO	DÍAS CALENDARIO PROMEDIO	Trimestral	MEDICO NEUMÓLOGO PEDIATRA/ ADMINISTRADORA	
		OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN EXAMENES NEUMOLOGICOS	SUMATORIA DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA FECHA ENTRE LA CUAL EL USUARIO SOLICITA CITA Y LA FECHA PARA LA CUAL ES ASIGNADA LA CITA/ NÚMERO TOTAL DE EXÁMENES ASIGNADOS POR LA INSTITUCIÓN	10 DÍAS	DÍAS CALENDARIO PROMEDIO	Trimestral	LÍDER DE LAB PULMONAR/ LÍDER DE LAB DE SUEÑO	
		INASISTENCIA (INCUMPLIMIENTO DE CITAS POR PARTE DE LOS USUARIOS)	(# PACIENTES QUE NO LLEGARON AL SERVICIO / # TOTAL DE PACIENTES PROGRAMADOS)*100%	<=30%	%	Trimestral	RECEPCIONISTA	
		TIEMPO DE ESPERA ANTES DE ATENCIÓN	PROPORCIÓN DE PACIENTES POR INTERVALO DE TIEMPO	Min 60% en 0 -15 minutos	0 - 15 MINUTOS 15 -30MINUTOS >30 MINUTOS	Trimestral	RECEPCIONISTA	

OBJETIVO	PROCESO	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CÁLCULO	META	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
		PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS DE ADVERSOS	(NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS Y GESTIONADOS/NÚMERO TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS DETECTADOS)*100%	100%	%	Semestral	AUXILIAR DE ENFERMERIA	REPORTE EVENTOS ADVERSOS Y SERVICIOS NO CONFORMES
		% DE USUARIOS SATISFECHOS CON TRATO HUMANO	(NÚMERO DE USUARIOS QUE SE CONSIDERAN SATISFECHOS CON TRATO HUMANO/NÚMERO TOTAL DE USUARIOS ENCUESTADOS)*100%	90%	%	Trimestral	LÍDER DELSIG	TABULACIÓN PREGUNTA 6 ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL USUARIO
		DISPONIBILIDAD DE RESULTADOS	(NÚMERO DE RESULTADOS NO DISPONIBLES EN EL TIEMPO PACTADO CON EL USUARIO / NÚMERO TOTAL DE EXAMENES REALIZADOS EN EL PERIODO)*100%	<5%	%	Trimestral	LÍDER DE LAB. PULMONAR/LÍDER DE LAB. SUEÑO	CONTROL INFORMES DE EXÁMENES DIAGNOSTICOS ( PLETISMOGRAFÍA, LABORATORIO PULMONAR, LABORATORIO DE SUEÑO, OXIMETRÍA)
	<b>PROGRAMAS INTEGRALES</b>	PORCENTAJE DE DESERCIÓN EN PROGRAMAS INTEGRALES	(NÚMERO DE PACIENTES QUE DESERTARON POR PROGRAMA INTEGRAL / NÚMERO DE PACIENTES INSCRITOS EN EL PROGRAMA INTEGRAL)*100%	<20%	%	Semestral	LÍDER PROGRAMAS INTEGRALES	BASE DE DATOS PROGRAMAS, DESERCIÓN
Mantener la infraestructura adecuada y el personal idóneo para la prestación del servicio.	<b>GESTIÓN DE RECURSOS</b>	%CUMPLIMIENTO AL PLAN DE FORMACION	(NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS PROGRAMADAS/NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS)*100	>80%	%	Anual	ADMINISTRADORA	PLAN DE FORMACIÓN
		%CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS	(NÚMERO DE MANTENIMIENTOS Y CALIBRACIONES EJECUTADOS /NÚMERO DE MANTENIMIENTOS Y CALIBRACIONES PROGRAMADOS)*100%	>80%	%	Anual	ADMINISTRADORA	PLAN DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN

OBJETIVO	PROCESO	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CÁLCULO	META	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Determinar los riesgos y establecer los controles necesarios previniendo lesiones y enfermedades laborales	<b>GESTIÓN EN S&amp;SO</b>	CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	(SUMATORIA DE LOS REQUISITOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO APLICABLES CUMPLIDOS/SUMATORIA DE REQUISITOS LEGALES TOTALES APLICABLES)*100%	100%	%	Cada 4 meses	LÍDER DEL SIG	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
		CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	(NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS POR PROGRAMAS DE GESTIÓN/NÚMERO TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS)*100%	>80%	%	Semestral	LÍDER DEL SIG	CRONOGRAMA ACTIVIDADES SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
		ÍNDICE DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES	NÚMERO TOTAL DE ACCIDENTES EN EL PERIODO*K/NÚMERO H.H.T EN EL PERIODO	0	Número de accidentes por cada 240.000 H.H.T	Trimestral	LÍDER DEL SIG	REPORTE ACCIDENTES
Cumplir los requisitos legales , reglamentarios y otros que la organización suscriba en materia de seguridad y salud en el trabajo		ÍNDICE DE SEVERIDAD DE ACCIDENTES	NÚMERO DE DÍAS PERDIDO Y CARGADOS POR A.T EN EL PERIODO*K/NÚMERO H.H.T EN EL PERIODO	0	Numero de días perdidos por A.T por cada 240.000 H.H.T	Trimestral	LÍDER DEL SIG	REPORTE ACCIDENTES
		ÍNDICE GENERAL DE FRECUENCIA DE AUSENTISMO	(NÚMERO DE EVENTOS DE AUSENCIA POR CAUSAS SALUD EN EL PERIODO/NÚMERO H.H.T EN EL MISMO PERIODO)*K	<=60	Numero de ausencias por salud por cada 240.000 H.H.T	Trimestral	LÍDER DEL SIG	REPORTE AUSENTISMO
		ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL AUSENTISMO	(NÚMERO DE DÍAS DE AUSENCIA POR CAUSAS DE SALUD EN EL PERÍODO/NÚMERO H.H.T EN EL MISMO PERIODO)*K	<=90	Numero de días perdidos por causa salud por cada 240.000 H.H.T	Trimestral	LÍDER DEL SIG	REPORTE AUSENTISMO
		ÍNDICE DE LESIONES INCAPACITANTES	IFI AT*IS AT/1000	0	N.A.	Trimestral	LÍDER DEL SIG	CALCULO RESPECTO A INFORMES ANTERIORES

OBJETIVO	PROCESO	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CÁLCULO	META	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Asegurar el crecimiento corporativo, rentabilidad financiera de la Institución y eficacia del sistema integrado de gestión	GESTIÓN FINANCIERA	RENTABILIDAD NETA	$(UTILIDAD\ NETA/VENTAS\ NETAS)*100\%$	$\geq 5\%$	%	Anual	CONTADORA/ GERENTE	ESTADO DE RESULTADOS
		PORCENTAJE DE GLOSAS	$(VALOR\ DE\ LAS\ CUENTAS\ GLOSADAS\ EN\ EL\ MES / VALOR\ FACTURADO\ EN\ EL\ MES)*100\%$	$< 3\%$	%	Mensual	CONTADORA /AUXILIAR ADMINISTRATIVA	CONTEO DE GLOSAS EN EL MES
	GESTIÓN DE CONVENIOS	VENTAS	$(INGRESOS\ OPERACIONALES\ AÑO\ ACTUAL-INGRESOS\ OPERACIONALES\ AÑO\ ANTERIOR/INGRESOS\ OPERACIONALES\ AÑO\ ANTERIOR) *100\%$	$>10\%$	%	Anual	ADMINISTRADORA	ESTADOS FINANCIEROS
	GESTIÓN DOCUMENTAL Y MEJORA	EFICACIA DE ACCIONES CORECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA	$(NÚMERO\ DE\ ACCIONES\ CORRECTIVAS,\ PREVENTIVAS\ Y\ DE\ MEJORA\ EFICACES\ QUE\ DEBIAN\ CERRARSE\ EN\ EL\ PERIODO / NUMERO\ DE\ ACCIONES\ CORRECTIVAS,\ PREVENTIVAS\ Y\ DE\ MEJORA\ QUE\ DEBIAN\ CERRARSE\ EN\ EL\ PERIODO)*100\%$	$> 90\%$	%	Semestral	LÍDER DEL SIG	ACCIONES DE MEJORA
Satisfacer las necesidades de los usuarios; requisitos de los clientes y demás partes interesadas.	GESTIÓN GERENCIAL	SATISFACCIÓN DE CLIENTES INSTITUCIONALES	$NÚMERO\ DE\ CLIENTES\ SATISFECHOS /NÚMERO\ TOTAL\ DE\ CLIENTES\ ENCUESTADOS)*100\%$	$> 90\%$	%	Anual	GERENTE	ENCUESTA SATISFACCIÓN DE CLIENTES INSTITUCIONALES
		SATISFACCIÓN DE USUARIOS	$(NÚMERO\ DE\ USUARIOS\ SATISFECHOS /NÚMERO\ TOTAL\ DE\ USUARIOS\ ENCUESTADOS)*100\%$	$> 90\%$	%	Trimestral	GERENTE	ENCUESTA SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Fuente: Autoras del proyecto

**6.4.6 Definición de los procesos.** Continuando con el enfoque basado en procesos fomentado en la norma NTC ISO 9001:2008 y la norma OHSAS 18001:2007, se establece y se definen los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la institución. Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporcionan sobre los vínculos entre los procesos individuales del sistema, así como sobre la combinación e interacción.

Para la identificación de los procesos dentro de la institución y la detección de la interacción entre ellos, se utilizó la herramienta de mapa de procesos, que es la representación gráfica que facilita la interpretación de los procesos que interactúan.

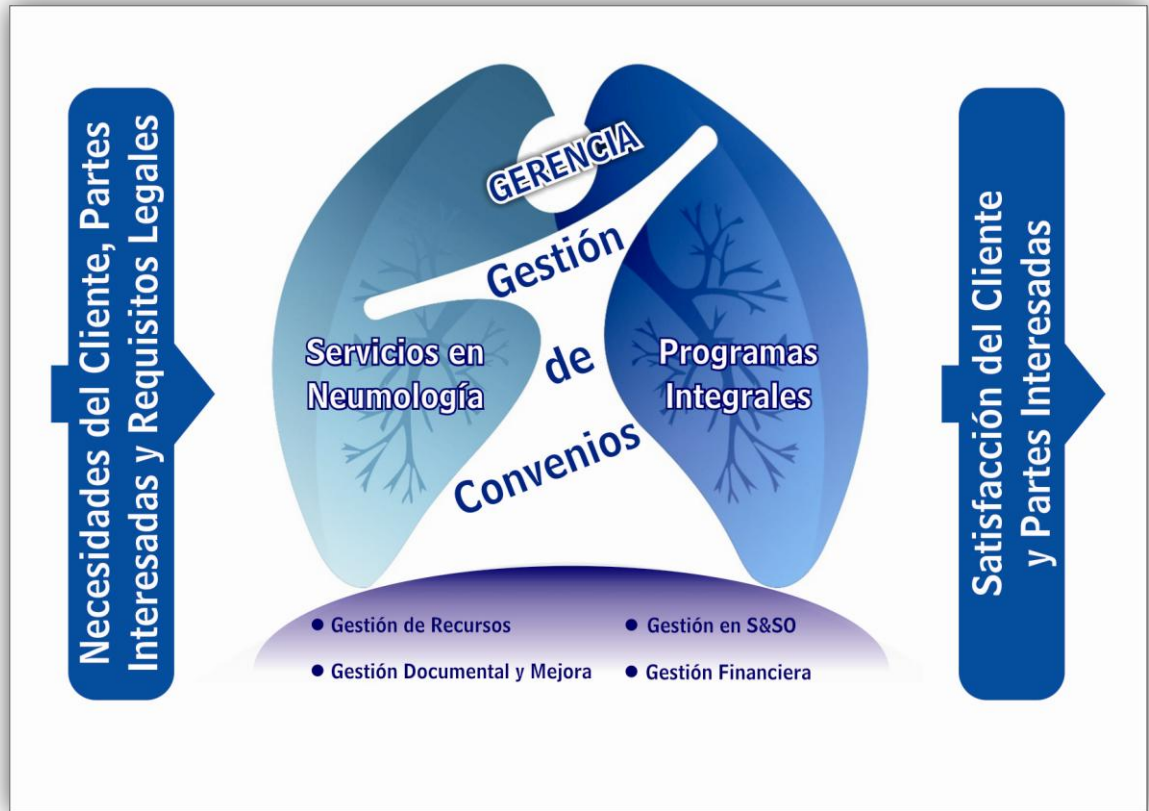
Se procedió a crear los procesos necesarios para desarrollar las actividades de la institución y que permitieran cumplir con el desempeño de los sistemas; el cual fue revisado y aprobado por la Gerencia para su posterior divulgación.

Los procesos del instituto se estructuran en tres niveles:

- Procesos Estratégicos: Se encuentra Gestión Gerencial
- Procesos Misionales: Están definidos Servicios en Neumología, Gestión de Convenios y Programas Integrales.
- Procesos de Apoyo: Gestión de Recursos, Gestión en S&SO, Gestión Documental y Mejora, Gestión Financiera.

El mapa de procesos se definió así:

Figura 15. Mapa de procesos



Fuente: Autoras del proyecto

**6.4.7 Descripción de los procesos.** Cada proceso que se definió en la planificación del Sistema Integrado de Gestión, representa un papel importante en la consecución de las metas, objetivos que se definieron a través de la política del SIG.

La información para la descripción de cada proceso se recolectó a través de entrevistas que se realizaron al personal de la institución, para luego sintetizarla en los diferentes documentos del sistema.

**Tabla 14. Procesos del sistema integrado de gestión**

<b>PROCESO ESTRÁTEGICO</b>	
<b>GESTIÓN GERENCIAL</b>	Establecer, coordinar, dirigir, ejecutar y controlar las directrices y lineamientos estratégicos que aseguren la permanencia, desarrollo y crecimiento del Instituto Neumológico del Oriente S.A
<b>PROCESOS MISIONALES</b>	
<b>SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA</b>	Ofrecer y garantizar la atención médica especializada y exámenes de diagnóstico de los servicios de neumología de manera oportuna, segura, confiable y con trato humano.
<b>GESTIÓN DE CONVENIOS</b>	Establecer las actividades y recursos relacionados con la revisión de las solicitudes del cliente y la formalización del acuerdo contractual para garantizar su control y aplicación efectiva
<b>PROGRAMAS INTEGRALES</b>	Garantizar la atención de manera oportuna, segura, confiable en los programas integrales que le permita al usuario mejorar y asumir su salud como una responsabilidad del paciente y su familia.
<b>PROCESOS DE APOYO</b>	
<b>GESTIÓN DE RECURSOS</b>	<p>Contar con proveedores confiables que aseguren el suministro de servicios y/o productos de acuerdo con los requisitos del Instituto Neumológico del Oriente S.A. Además contar con el personal idóneo para la prestación de los servicios, brindando formación y/o entrenamiento según las necesidades identificadas.</p> <p>Asegurar, establecer, controlar y mantener la infraestructura necesaria (equipos, puestos de trabajo, software, servicios de apoyo) para garantizar la correcta prestación de los servicios ofrecidos por el Instituto Neumológico del Oriente S.A</p>

<b>GESTIÓN DOCUMENTAL Y MEJORA</b>	Establecer los documentos necesarios para la eficaz planificación, operación y control del Sistema Integrado de Gestión. Definir acciones preventivas, correctivas, de mejora y la realización de auditorías conforme las disposiciones del Sistema Integrado de Gestión.
<b>GESTIÓN EN S&amp;SO</b>	Prevenir lesiones y enfermedades laborales en los trabajadores y médicos especialistas del INO S.A. Asegurar condiciones favorables para la prevención de accidentes dentro de las instalaciones del INO S.A
<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>	Planear, organizar y manejar los recursos financieros de la institución.

Fuente: Autoras del proyecto

**6.4.8 Caracterizaciones de los procesos.** A través de las caracterizaciones de proceso como herramienta de planificación del sistema, se determinaron en ellas todos los elementos necesarios para la gestión integral del sistema:

Proveedores → Entrada → Actividades → Salidas → Clientes

Las caracterizaciones fueron elaboradas por los líderes de cada proceso con ayuda de las autoras del proyecto; mientras se elaboran las caracterizaciones se van identificando los documentos y requerimientos exigidos por las normas. Además se establece como va hacer la medición del proceso los controles y seguimientos que se realizarán en el mismo. (Ver Anexo 12. Caracterizaciones de los procesos).

- **Estructura y definición de los elementos de una caracterización**

	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>	<b>Código</b>	
		<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>

<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>	DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/>
	<b>TIPO DE PROCESO:</b> APOYO <input type="checkbox"/>

**OBJETIVO:** Determina el propósito general del proceso

PROCESO-PROVEEDOR	ENTRADAS	CICLO PHVA	ACTIVIDADES	SALIDAS	PROCESO-CLIENTE
Es el proceso u organización que proporciona las entradas a las actividades. Pueden ser entes internos o externos	Son los documentos, la información u otros elementos necesarios para la realización de las actividades	<b>PHVA</b>	Son las transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y generan unas salidas	Son los documentos, la información u otros elementos que resultaron de las actividades y que son requeridos por otros procesos.	Es el proceso u organización que requieren y reciben las salidas de las actividades. Pueden ser entes internos o externos.
<b>RECURSOS</b> recursos necesarios para el proceso	<b>LÍDER DEL PROCESO</b> Responsables	<b>REQUISITOS</b> Referir los requisitos de la normas		<b>MEDICIÓN DEL PROCESO</b> Identificar los indicadores de gestión	
<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO</b> Listar las actividades de seguimiento que se realizaran al proceso		<b>DOCUMENTOS DEL PROCESO</b> Documentos que son requeridos para la ejecución de las actividades		<b>REGISTROS DE CONTROL</b> Documentos que son requeridos para la ejecución de las actividades y arrojan una evidencia de su ejecución.	

**6.4.9 Identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles.** De acuerdo al numeral 4.3.1 de la NTC OHSAS 18001:2007, el INO S.A “debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para la identificación continua de los peligros, evaluación de riesgos y la determinación de los controles necesarios”<sup>8</sup>, se elaboró el procedimiento para establecer la metodología para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles a las personas que se encuentran expuestas en el desarrollo de las actividades del Instituto Neumológico del Oriente S.A. (Ver Anexo 13).

La metodología definida para desarrollar este procedimiento inicia mediante la observación e inspección en cada uno de los puestos de trabajo, interactuando con los trabajadores para profundizar en la forma como se llevan a cabo las tareas, posteriormente se identifican los peligros teniendo en cuenta si la actividad es asistencial o administrativa, rutinaria o no rutinaria, se incluye toda actividad ejecutada dentro de la institución o en su nombre, que este bajo su responsabilidad y que pueda generar un riesgo para la salud de los trabajadores directos, indirectos, contratistas y visitantes. También se tiene en cuenta las siguientes situaciones:

- Cuando se inicie un nuevo contrato relacionado con el alcance del Sistema Integrado de Gestión.
- Antes de la iniciación de una actividad en el sitio concertado con el cliente.
- Nuevos procesos o cambios a los mismos y a los servicios, actividades o tareas implementadas.
- Resultado de visitas e inspecciones de seguridad realizadas en los sitios de trabajo.

---

<sup>8</sup> NTC OHSAS 18001:2007; Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional, ISO, 2007. Numeral 4.3.1. Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles

- Recomendaciones realizadas por los proveedores y personal involucrado en la prestación de los servicios
- Cambios tecnológicos, modificación de instalaciones, equipos, procesos, etc. que se den durante el desarrollo normal de la empresa
- Reclamaciones, solicitudes y sugerencias del cliente
- Solicitudes y sugerencias del personal
- Resultado de la investigación de incidentes y establecimiento de acciones correctivas y preventivas.
- Nueva legislación y normatividad aplicable.
- Resultados de análisis de puestos de trabajo
- Resultados de mediciones de higiene industrial
- Análisis de comportamientos, aptitudes y otros factores humanos
- Los peligros generados en la vecindad del lugar de trabajo
- Los peligros generados durante la realización de actividades fuera de las instalaciones de la empresa
- Investigaciones de incidentes

Posterior a la identificación de peligros se llevó a cabo el levantamiento de la “Matriz de Peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles”, donde se valoran los riesgos o el impacto a través de las variables de: Nivel de deficiencia, nivel de exposición, nivel de probabilidad, nivel de consecuencia, nivel de riesgos e interpretación del nivel de riesgo, dando como resultado la aceptación o no del riesgo. Una vez definido esto, se procede a establecer las medidas de control o intervención con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad laboral.

El Instituto Neumológico del Oriente S.A, para efectos de valoración de los riesgos adopto como metodología la definida por la Guía Técnica Colombiana GTC 45 Versión 2010. Finalmente se obtiene la Matriz de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles que se presenta en el Anexo 14.

**6.4.10 Identificación de requisitos legales.** La institución, en cumplimiento del numeral 4.3.2 de la norma OHSAS 18001:2007, debe establecer, implementar y mantener una manera de poder identificar y tener acceso a todos los requisitos legales en cuanto a la gestión de la calidad, seguridad y salud en el trabajo.

Por ello fue importante contar además con el procedimiento para el acceso, identificación y evaluación del cumplimiento de requisitos legales y de otra índole que la institución suscriba en materia de seguridad y salud en el trabajo, presentado en el Anexo 14. La metodología consiste en actualizar y/o identificar los requisitos legales a través de:

- Resultado de la Matriz de identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles
- Actualizaciones legales suministradas por la ARL a la cual se encuentra afiliada el Instituto.
- Código Sustantivo del Trabajo y Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.
- Constitución Política de Colombia.
- Sentencias de las cortes.
- Consulta con organizaciones o página Web de ministerios, abogados laboristas y otras entidades de actividades afines tales como:
  - [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)
  - [www.secretariasenado.gov.co](http://www.secretariasenado.gov.co)
  - [www.presidencia.gov.co](http://www.presidencia.gov.co)
  - [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)

- [www.activolegal.com](http://www.activolegal.com)
  - [www.asocars.org.co](http://www.asocars.org.co)
  - [www.germanplazas.com](http://www.germanplazas.com)
  - [www.laleycolombiana.com](http://www.laleycolombiana.com)
  - [www.belisario.com.co](http://www.belisario.com.co)
- Requisitos establecidos por clientes en especificaciones técnicas o cláusulas de contratos a los que se someta la empresa.

Esta identificación debe quedar registrada en la matriz de identificación de requisitos legales y otros en S&SO, donde también se deja registro del cumplimiento de cada uno de los requisitos legales identificados. Esta se presenta en el Anexo 15.

Se debe difundir sus hallazgos a las partes y niveles pertinentes dentro de la institución, especialmente a la Gerencia. En conjunto con las partes involucradas se tomarán decisiones para el cumplimiento de los requisitos legales.

## 7. DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

### 7.1 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN

El Sistema Integrado de Gestión, está compuesto por cuatro niveles de documentos como se muestra en la Figura 16. En el nivel I se encuentra el Manual del Sistema Integrado de Gestión, en el que se fundamenta el Sistema Integrado de Gestión. En el nivel II se encuentran los procesos en que se divide y sus respectivos procedimientos. En el nivel III se encuentran los formatos, registros e instructivos, documentos que describen y registran los desarrollos de la aplicación del SIG garantizando su trazabilidad. En el nivel IV están los documentos externos que corresponden a las normas y reglamentaciones vigentes que están directamente relacionadas con la función institucional y alcance, términos de referencia y especificaciones técnicas que puedan afectar la calidad de los mismos.

Figura 16. Estructura de la documentación



Fuente: Autoras del proyecto

La institución estableció un procedimiento para la elaboración y control de documentos, (Ver Anexo 16) con la finalidad de establecer los parámetros para la elaboración de documentos empleados en los procesos que se desarrollan en la institución, el cual fue previamente revisado y aprobado para de la misma forma incluir control de cambios realizados en la documentación. Las instrucciones establecidas en este procedimiento son para todos los documentos que se generan dentro del Sistema Integrado de Gestión de INO S.A. como por ejemplo:

- Procedimientos
- Protocolos
- Guías
- Manual del Sistema Integrado de Gestión
- Instructivos
- Manuales
- Formatos

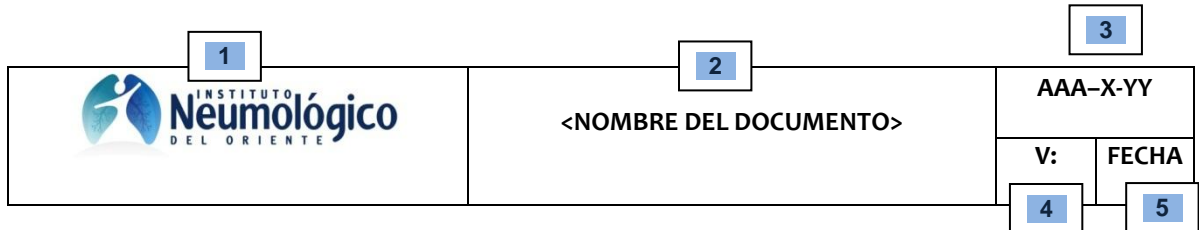
La nueva documentación establecida en el Instituto Neumológico del Oriente S.A contiene:

#### **7.1.1 Normalización de documentos**

- **Encabezado**

Las páginas de los documentos deben contener un encabezado con información que contribuye a la identificación del documento, así:

Figura 17. Encabezado de documentos del sistema integrado de gestión



Fuente: Procedimiento elaboración y control de documentos INO S.A.

1. **Logo:** Es la identificación gráfica de la Institución.

2. **Nombre del documento:** De acuerdo con la actividad documentada se establece un nombre para identificar en forma clara y breve el contenido del documento.

3. **Código del documento:** Por medio de éste código se identificará el documento del Sistema Integrado de Gestión. Se utilizará la siguiente nomenclatura:

AAA – X – YY

Que tiene el siguiente significado:

- **AAA:** Hace referencia al proceso que generó el documento. Los procesos establecidos en el Sistema Integrado de Gestión del Instituto Neumológico del Oriente S.A son los siguientes:

**Tabla 15. Codificación de documentos por procesos**

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCESO</b>
GER	GESTIÓN GERENCIAL
CON	GESTIÓN DE CONVENIOS
PIN	PROGRAMAS INTEGRALES
SEN	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
REC	GESTIÓN DE RECURSOS
MEJ	GESTIÓN DOCUMENTAL Y MEJORA
S&SO	GESTIÓN EN S&SO
FIN	GESTIÓN FINANCIERA

Fuente: Procedimiento elaboración y control de documentos INO S.A

- **X:** Hace referencia al tipo de documento. La codificación está definida así:

**Tabla 16. Codificación según tipo de documento**

<b>CÓDIGO</b>	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>
F	Formato
G	Guía
I	Instructivo
M	Manual
P	Procedimiento
PT	Protocolo
O	Otros

Fuente: Procedimiento elaboración y control de documentos INO S.A

- **YY:** Número que corresponde al consecutivo dentro del proceso, iniciando en 01.

A continuación se presentan algunos ejemplos:

**MEJ-P-01:** Hace referencia al procedimiento número uno (1) del proceso de gestión Documental y Mejora

**REC-I-04:** Hace referencia al instructivo número cuatro (4) del proceso de Gestión de Recursos

**4. Número de versión:** Identifica el consecutivo de modificaciones que afectan el documento. La primera versión sale aprobada como número uno (01). Si tiene modificaciones sigue con el consecutivo respectivo.

**5. Fecha:** Indica el día, mes y el año (dd-mm-aa), a partir del cual el documento fue aprobado o modificado para su actualización o vigencia.

Al final de cada documento en cada revisión que se efectúe al Sistema Integrado de Gestión, se debe registrar los cambios realizados.

La sección de revisiones del documento tendrá la siguiente estructura:

**Tabla 17.Revisiones del documento**

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	APROBÓ		DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
		NOMBRE	CARGO	

Fuente: Procedimiento elaboración y control de documentos INO S.A.

## **7.2 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS**

La documentación creada de los procesos del Sistema Integrado de Gestión son los resultantes de la realización de la etapa de diagnóstico, la cual busca conocer las falencias o no conformidades de la institución con respecto a las normas.

Para iniciar la etapa se realizó una capacitación con el fin de dar a conocer al personal la necesidad de contar con una documentación pertinente, organizada y consecuente con sus funciones. En el Anexo 17 se evidencia la realización de esta capacitación con la lista de asistencia y en el Anexo 18 la presentación realizada para esta actividad.

Se realizaron recorridos y entrevistas con los líderes de proceso para identificar las actividades de cada uno de los procesos y que documentos era necesario crear tanto para el buen y mejor funcionamiento de los procesos como para darle cumplimiento a los requisitos de las normas a implementar.

A continuación se detallan los documentos creados y/o modificados que se integraron para lograr que fueran apropiados para el Sistema Integrado de Gestión.

### **7.2.1 Documentos a crear**

- **Política y objetivos del sistema integrado de gestión**

En los numerales 6.4.3 y 6.4.4 se muestra el desarrollo para diseñar la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión.

- **Caracterizaciones de proceso**

En el numeral 6.4.8 se describió como se realizaron las diferentes caracterizaciones de proceso.

- **Procedimiento elaboración y control de documentos.**

En el numeral 7.1 “ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN” se describió el diseño e implementación del procedimiento para el correcto manejo de los diferentes documentos.

- **Procedimiento control de registros**

Para darle cumplimiento a los requisitos de control de registros presentes en la norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007. Se diseñó y aprobó el procedimiento de control de registros, el cual establece la identificación, recuperación, almacenamiento, protección, tiempo de retención, y disposición de registros del Sistema Integrado de Gestión. (Ver Anexo 19).

- **Procedimiento auditorías internas**

Este procedimiento define las actividades necesarias para realizar las auditorías internas, con su documentación, implementación y cumplimiento en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo, identificando oportunidades de mejoramiento para el Instituto Neumológico del Oriente S.A. (Ver Anexo 20)

- **Procedimiento de acciones correctivas y preventivas**

Este procedimiento establece los parámetros a seguir para eliminar la causa de no conformidades reales y potenciales mediante la implementación de acciones correctivas y preventivas encaminadas al mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión. (Ver Anexo 21).

- **Procedimiento control del servicio no conforme y eventos adversos.**

Este procedimiento establece la metodología para determinar, controlar y registrar el servicio no conforme y eventos adversos presentados e identificados en la institución. (Ver Anexo 22).

- **Programa Institucional de Tecnovigilancia.**

De acuerdo a la resolución 4816 de 2008 que establece el Programa Nacional de Tecnovigilancia, se estableció el programa institucional de tecnovigilancia con el objetivo de asegurar un permanente seguimiento de los eventos e incidentes adversos que puedan causar los dispositivos médicos durante su uso y que permitan identificar, registrar, evaluar y gestionar los reportes de eventos e incidentes adversos con los dispositivos médicos que use la institución. Este programa está integrado con el procedimiento control de servicio no conforme mencionado en el numeral anterior.

- **Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares (P.G.I.R.H.S)**

Aunque la Institución contaba previamente con este plan, se encontraba desactualizado, por tanto las autoras con apoyo de los miembros del Comité Ambiental, realizaron la respectiva actualización y control del documento.

El Plan de Gestión Integral para los Residuos Hospitalarios generados por el Instituto Neumológico del Oriente S.A, es un requisito esencial que busca principalmente maximizar las medidas preventivas sobre el riesgo biológico a que se encuentran expuestos sus trabajadores, dentro de este plan se establecen las directrices para garantizar la gestión de los residuos en las diferentes etapas como son: Generación, segregación, almacenamiento temporal, pre-tratamiento interno, recolección, transporte y la disposición final, de tal forma, que no se produzcan impactos negativos tanto en la salud de los trabajadores, como al medio ambiente y sus usuarios; es una herramienta primordial para el sector de la salud y de obligatorio cumplimiento por lo establecido en el decreto 2676 de 2000 de la legislación colombiana y sus respectivas modificaciones. En el Anexo 23, se presenta el documento pertinente.

- **Procedimiento para la investigación de accidentes e incidentes.**

Este procedimiento establece los lineamientos para el reporte oportuno e investigación efectiva de accidentes e incidentes de trabajo, buscando la determinación y eliminación de las causas de los mismos. (Ver Anexo 24).

- **Procedimiento para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles.**

Este procedimiento establece la metodología para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles a las personas que se encuentran expuestas en el desarrollo de las actividades de la institución. (Ver Anexo 13).

- **Procedimiento para identificación y evaluación del cumplimiento de requisitos legales y de otra índole.**

En el numeral 6.4.10 “identificación de requisitos legales” se señaló el procedimiento y la matriz correspondiente para la identificación de estos.

En este procedimiento se incluyó la verificación del cumplimiento de cada requisito legal aplicable. El Líder del SIG cada 4 meses debe evaluar el cumplimiento y la vigencia de los requisitos legales y de otra índole (clientes u otras organizaciones) ya identificados en la matriz de peligros y matriz de identificación de requisitos legales. Una vez determinados los requisitos legales aplicables, se da a conocer tal información por medio de conferencias, comunicados y otras herramientas para aplicarlos y revisar su cumplimiento a través de auditorías internas. Para los requisitos no cumplidos se establece un plan de acción.

- **Procedimiento de comunicación, participación y consulta.**

Este procedimiento se creó con la función de promover la participación, compromiso, consulta y toma de conciencia de las partes interesadas en consecuencia con el cumplimiento de los objetivos organizacionales y lo

relacionado al Sistema Integrado de Gestión. Se establecieron los lineamientos de comunicación, sensibilización, consulta, participación, funciones, responsabilidades y recepción de comunicaciones externas e internas. (Ver Anexo 25)

- **Procedimiento de seguimiento y medición**

Este procedimiento establece la metodología para realizar de forma periódica las labores de monitoreo, medición, seguimiento del desempeño del Sistema Integrado de Gestión en Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo. (Ver Anexo 26).

El seguimiento al desempeño de los Sistemas de Gestión se realizará mediante una reunión mensual de mínimo una (1) hora, durante la cual se evaluará el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Política y objetivos en cuanto a la continua adaptación y efectividad de las metas propuestas.
- Controles a los diferentes peligros identificados, los cambios a los métodos de trabajo o patrones de comportamiento para mitigar la incidencia de los riesgos presentes en el Instituto Neumológico del Oriente S.A.
- Cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos aplicables en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Control y seguimiento de los programas de gestión, así como las consultas sobre cambios esperados en el desarrollo de los mismos.
- Verificación del cumplimiento de las actividades programadas para el mejoramiento de la competencia del personal.
- Evaluar las consultas de los empleados en cuanto a evaluaciones, riesgos, materiales, procedimientos o normas de trabajo.
- Analizar los accidentes e incidentes de trabajo, respuesta ante emergencias, acciones correctivas y preventivas, así como los controles a las no

conformidades encontradas en la revisión por la gerencia, inspecciones planeadas y/o en auditorías internas.

- Estadísticas de accidentes e incidentes de trabajo.
- Avance de ejecución de presupuesto y necesidades de recursos humanos, financieros y de infraestructura.
- Actividades de mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión de Calidad , Seguridad y Salud en el Trabajo

- **Manual de funciones**

Los resultados del diagnóstico demostraron que la institución no tenía claramente definidos los requerimientos de educación, formación, habilidades y experiencia; así como como las responsabilidades en materia de S&SO, autoridad y rendición de cuentas.

De esta manera se analizaron y revisaron los requerimientos de los cargos, peligros y riesgos a los que se encuentran expuestos; se actualizó toda la documentación para cada uno de los cargos definidos en la estructura organizacional. En el Anexo 27 se muestra un ejemplo de la descripción del manual de funciones.

- **Plan de emergencias y contingencias.**

El plan de emergencias permite prevenir y controlar la ocurrencia de desastres, teniendo en cuenta las amenazas internas y externas, los recursos disponibles para la atención de emergencias y la organización necesaria para efectuar acciones encaminadas a salvaguardar las vidas y bienes de la organización. Es un compromiso general, en donde participan todos los integrantes de la institución, teniendo su representación en los diferentes grupos que se conforman; como la brigada de emergencia, con el fin específico de salvar vidas y proteger bienes de la institución.

El plan de emergencias que tenía la Institución, se revisó y modificó con el fin abordar todas las emergencias en cuanto a prevención de desastres y preservación de la vida y los bienes de la institución, incluyendo las dos sedes. (Ver Anexo 28).

Se conformó el Comité Operativo de Emergencias (COE) y la brigada de emergencias para dar cumplimiento a la Circular unificada 2004 expedida por el Ministerio de la Protección Social, relacionado con las Brigadas de Emergencia, Planes de Emergencia y evacuación. Se conformaron los diferentes equipos operativos para responder a las situaciones de emergencia.

- **Comité Operativo de Emergencias COE**

El Comité Operativo de Emergencias está conformado por personas del equipo administrativo y los coordinadores de las respectivas brigadas.

Figura 18. Comité operativo de emergencias



Fuente: Plan de emergencias y contingencias INO S.A

En el plan de emergencias y contingencias están descritas las funciones del Comité Operativo de Emergencias COE, así como las de cada uno de los miembros del mismo.

**Tabla 18. Miembros del COE**

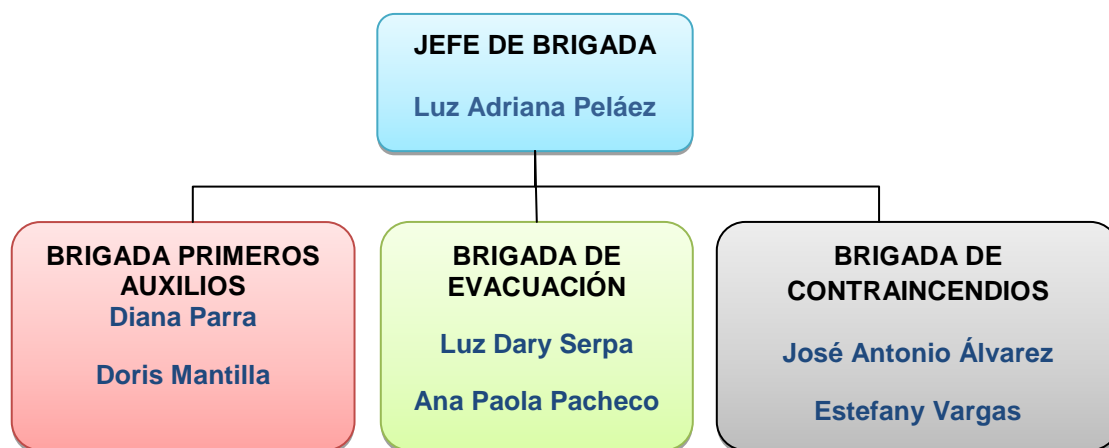
CARGO	NOMBRE	FUNCIÓN	CELULAR
Administrador	Karen Aceros	Director de Emergencias	3132831079
Recepcionista	Luz Dary Serpa	Director Comunicaciones	3188623927
Líder del SIG	Leidy Marcela Villabona	Director Logístico	3002409196
Aux. contable y administrativa	Lilibeth Mora	Director Seguridad	3186051304

Fuente: Plan de emergencias y contingencias INO S.A

- **Brigadas de emergencia**

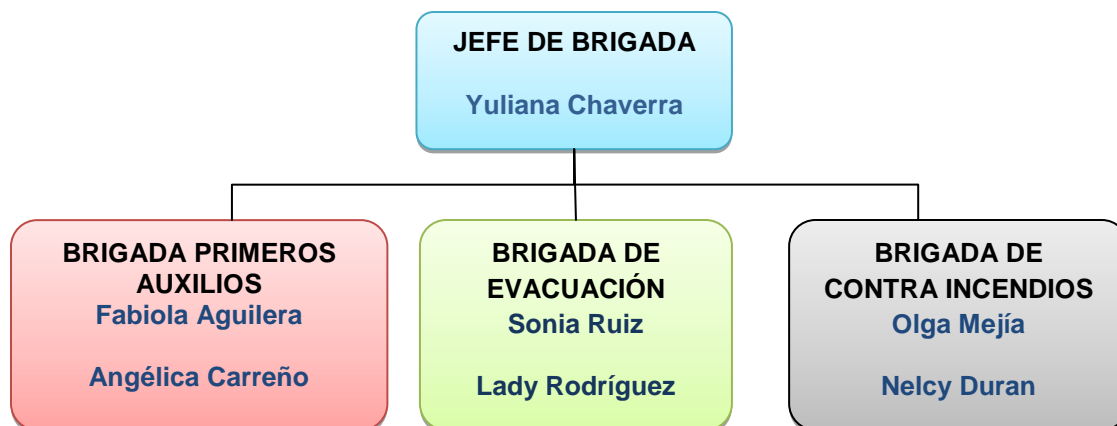
La brigada de emergencias es una brigada integral, la cual está conformada de tal forma que todos sus integrantes realizan cualquier actividad de atención de emergencias, pero sin embargo se organizó de la siguiente forma para actividades de prevención y delegar funciones en las dos sedes de la institución.

**Figura 19. Estructura brigada de emergencia sede 1.**



Fuente: Plan de emergencias y contingencias INO S.A

**Figura 20. Estructura brigada de emergencia sede 2**



Fuente: Plan de emergencias y contingencias INO S.A

Así mismo, dentro de los procesos de cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a planes de emergencia y el cumplimiento de los requisitos expuestos en el numeral 4.4.7 de la norma OHSAS 18001:2007, el Instituto Neumológico del Oriente S.A esta comprometido en el desarrollo de planes de entrenamiento y capacitación en prevención y atención de emergencias que le permita a los trabajadores protegerse y organizarse para hacer frente a una emergencia, mediante acciones rápidas, coordinadas y confiables, garantizando la evacuación oportuna y la atención en salud del personal de la institución.

**Figura 21. Jornada de capacitación y entrenamiento brigadas de emergencia**



Fuente: Autoras del proyecto

- **Planificación de controles**

Para dar tratamiento a aquellos peligros identificados y demás aspectos que pueden generar un impacto en las personas, se crearon programas, en donde se establecieron controles operacionales especificando sus actividades asociadas, la frecuencia, los recursos necesarios, responsables de la ejecución y seguimiento de los mismos.

Teniendo en cuenta la capacidad de la institución, se determinaron los controles necesarios que tiene como objetivo mitigar los peligros altos y medios; además contribuyen a el logro de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión y sus respectivas metas. A continuación se describen los programas realizados.

### **1. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (Ver Anexo 29)**

Teniendo en cuenta las nuevas disposiciones establecidas por la ley 1562 del 11 de julio de 2012, por la que se modificó el sistema general de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional, el programa de salud ocupacional se entenderá como sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

**Objetivo general:** Promocionar y preservar la salud de los trabajadores del Instituto Neumológico del Oriente S.A en sus lugares de trabajo, con el fin de contribuir a su desarrollo personal, humano y a un excelente desempeño laboral, dando cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo.

#### **Objetivos específicos**

- Realizar y mantener la actualización permanente del diagnóstico de las condiciones laborales de la institución por medio de la elaboración de la matriz de peligros a los cuales está expuesto el trabajador en cada área de trabajo.

- Implementar medidas preventivas, correctivas y de capacitación, que disminuyan el grado de riesgo de los factores encontrados.
- Facilitar la conformación de equipos o personas líderes capaces de generar un clima de participación y compromiso de todos los empleados en el desarrollo del Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo que se quiere implementar.
- Mantener un ambiente laboral seguro, mediante el control de las causas básicas que potencialmente pueden ocasionar daño a la integridad física del trabajador o a los recursos de la institución.

**Indicadores de gestión:** en la siguiente tabla se muestran los indicadores establecidos para el SG-SST

**Tabla 19. Indicadores de gestión SG-SST**

NOMBRE INDICADOR	FORMÚLA DE CÁLCULO	META	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	(NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS POR PROGRAMAS DE GESTIÓN/NÚMERO TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS)*100%	>=80%	%	Semestral
ÍNDICE DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES	NÚMERO TOTAL DE ACCIDENTES EN EL PERIODO*K/NÚMERO H.H.T EN EL PERIODO	0	Número de accidentes por cada 240.000 H.H.T	Trimestral
ÍNDICE DE SEVERIDAD DE ACCIDENTES	NÚMERO DE DÍAS PERDIDO Y CARGADOS POR A.T EN EL PERIODO*K/NÚMERO H.H.T EN EL PERIODO	0	Número de días perdidos por A.T por cada 240.000 H.H.T	Trimestral
ÍNDICE GENERAL DE FRECUENCIA DE AUSENTISMO	(NÚMERO DE EVENTOS DE AUSENCIA POR CAUSAS SALUD EN EL PERIODO/NÚMERO H.H.T EN EL MISMO PERIODO)*K	<=60	Numero de ausencias por salud por cada 240.000 H.H.T	Trimestral

NOMBRE INDICADOR	FORMÚLA DE CÁLCULO	META	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL AUSENTISMO	(NÚMERO DE DÍAS DE AUSENCIA POR CAUSAS DE SALUD EN EL PERÍODO/NÚMERO H.H.T EN EL MISMO PERIODO)*K	<=90	Número de días perdidos por causa salud por cada 240.000 H.H.T	Trimestral
ÍNDICE DE LESIONES INCAPACITANTES	IFI AT*IS AT/1000	0	N.A.	Trimestral

Fuente: Sistema de gestión de la seguridad y salud INO S.A

## 1.1 Subprograma de medicina preventiva y del trabajo

### Objetivos

- Propender por el mejoramiento y mantenimiento de las condiciones generales de salud y calidad de vida de los trabajadores.
- Educar a los trabajadores para prevenir enfermedad común, accidente de trabajo, enfermedad laboral y riesgos específicos.
- Elaborar programas de bienestar social y capacitación para todo el personal de la institución para integrar, recrear y desarrollar física, mental y socialmente a cada trabajador.
- Capacitar en factores de riesgo, sus efectos sobre la salud y la manera de corregirlos.
- Ubicar al trabajador en el cargo acorde con sus condiciones psicofísicas.
- Hacer seguimiento periódico de los trabajadores para identificar y vigilar los expuestos a factores de riesgos específicos.

### Actividades Específicas

Para dar cumplimiento con el desarrollo del subprograma de medicina preventiva y del trabajo se realizan las siguientes actividades específicas. En primer lugar se mencionan los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y de egreso que deben realizarse al personal de la institución.

- Examen físico general con énfasis en lesiones osteomusculares.
- Visiometría
- Titulación de anticuerpos

### 1.1.1 Exámenes de ingreso

**Tabla 20. Planificación exámenes de ingreso**

<b>1. OBJETIVO</b>	Evaluar el estado de salud de los trabajadores que ingresarán en la empresa para detectar la existencia de enfermedades laborales que hayan sido adquiridas en trabajos anteriores o si tiene limitantes, para determinar si la persona es apta para la labor que realizará sin que se vea afectado o agravado su estado actual de salud.
<b>2. RESPONSABLE</b>	<i>Médico especialista en Salud Ocupacional, contratado por el <b>INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A</b></i>
<b>3. DIRIGIDO A</b>	Todos los trabajadores que ingresen <b>INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A</b>
<b>4. METODOLOGÍA O PROCEDIMIENTO</b>	El examen debe suministrar la siguiente información: Estado actual de salud, riesgos a los que estuvo expuesto el trabajador, si el trabajador presenta alguna patología o hallazgos clínicos. Con este examen de ingreso se da apertura a la Historia Médica Laboral.
<b>5. REGISTRO</b>	HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL, CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Fuente: Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo INO S.A

### 1.1.2 Exámenes periódicos

Tabla 21. Planificación exámenes periódicos

<b>1. OBJETIVO</b>	Evaluar estado de salud de los trabajadores que están laborando con la institución actualmente y detectar la existencia de enfermedades laborales que hayan sido adquiridas durante el periodo laborado.
<b>2. RESPONSABLE</b>	<i>Médico especialista en Salud Ocupacional, contratado por el <b>INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A</b></i>
<b>3. DIRIGIDO A</b>	Todos los trabajadores de la entidad que hayan cumplido un año de laborar o según necesidad establecidas por los SVE.
<b>4. METODOLOGÍA O PROCEDIMIENTO</b>	El examen debe suministrar la información necesaria del examen que se practique.

Fuente: Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo INO S.A

### 1.1.3 Exámenes de egreso

Tabla 22. Planificación exámenes de egreso

<b>1. OBJETIVO</b>	Determinar el estado de salud de los trabajadores en el momento en que se retiran totalmente de la institución.
<b>2. RESPONSABLE</b>	<i>Médico especialista en Salud Ocupacional, contratado por el <b>INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A</b></i>
<b>3. DIRIGIDO A</b>	Todos los trabajadores.
<b>4. METODOLOGIA O PROCEDIMIENTO</b>	El examen debe suministrar la siguiente información: Estado de salud del trabajador en todos los aspectos: Físicos, riesgos a los que estuvo expuesto el trabajador, si el trabajador presenta alguna patología o hallazgos clínicos originados en el trabajo que estaba desempeñando. Etc.

Fuente: Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo INO S.A

#### **1.1.4 Sistemas de Vigilancia Epidemiológica**

**Objetivo:** Prevenir la ocurrencia de casos, disminuir la gravedad, frecuencia o progresión de los casos ya existentes. El desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica involucra la participación de todos los subprogramas de la Seguridad y Salud en el Trabajo de una manera interdisciplinaria, ya que el estudio siempre tiene en cuenta variables propias del individuo y del medio ambiente laboral.

En el Instituto Neumológico del Oriente S.A se han definido, a partir de los diagnósticos de condiciones de salud y de trabajo, los correspondientes programas de vigilancia epidemiológica:

- **Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Enfermedades Osteomusculares**

**Objetivo:** Reducir y controlar dentro de sus ambientes laborales el riesgo laboral e individual de tipo Ergonómico que afecta la salud en cuanto a accidentes de trabajo y enfermedades laborales del grupo de colaboradores del Instituto Neumológico del Oriente S.A, garantizando condiciones ergonómicas adecuadas, logrando así mismo la sensibilización individual hacia el auto cuidado en su ambiente laboral y extra laboral.

#### **Objetivo Específicos**

- Realizar diagnósticos de la situación de salud de tipo ergonómica de los colaboradores, identificando las necesidades individuales y del ambiente laboral.

- Plantear planes de mejora para la prevención de la salud y la intervención, rehabilitación de casos existentes.
- Fortalecimiento de la cultura de prevención y auto cuidado dentro del ambiente laboral.
- Realizar seguimiento periódico de morbilidad, análisis de incidentes de trabajo que fortalezcan las intervenciones de prevención.
- Reducción de ausentismo medico por patologías de tipo OsteoMuscular.
- Reducción de accidentalidad laboral e índice de lesión incapacitante por exposición a riesgo ergonómico.
- Lograr que los ambientes de trabajo se adapten a las necesidades del colaborador.
- Actualización de actividades del programa con base a los elementos de entrada (Exámenes de ingreso, periódicos, evaluación puestos de trabajo, identificación de peligros e identificación de los riesgos y actividades de promoción y prevención, ausentismo médico, reporte de accidentes y enfermedades laborales).

A continuación en la figura 22 se presenta evidencia de una de las actividades del PVE, realizando talleres y capacitaciones sobre pausas activas.

**Figura 22. Taller pausas activas**



Fuente: Autoras del proyecto

## ▪ Programa de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención del Riesgo Biológico

**Objetivo:** Establecer los lineamientos del Programa de Vigilancia Epidemiológica para factores de riesgo biológico, orientado a prevenir y controlar la infección laboral en los servidores de la Institución.

### **Objetivos específicos**

- Brindar información acerca de los riesgos biológicos presentes en las diferentes áreas de trabajo.
- Identificar la población expuesta ocupacionalmente a los factores de riesgo biológico.
- Adoptar una metodología y herramientas uniformes para establecer el Programa de Vigilancia Epidemiológica para el factor de riesgo biológico en las diferentes sedes y servicios de la institución.
- Establecer medidas de control en la fuente, en el medio, en los procedimientos y en los trabajadores, para minimizar el riesgo de adquirir una infección en su sitio de trabajo.
- Promover el autocuidado de la salud en los trabajadores ocupacionalmente expuestos, mediante capacitación en aspectos relacionados con el factor de riesgo biológico ocupacional, normas de bioseguridad, aspectos legales y organización del Programa de Vigilancia Epidemiológica.
- Propender por el logro de coberturas satisfactorias de inmunización en la población, contra patologías infecciosas de acuerdo a su exposición y estado inmunológico, mediante la vacunación y vigilancia de su respuesta inmune.
- Disminuir la accidentalidad con factor de riesgo biológico mediante la aplicación en las áreas de trabajo de los principios de bioseguridad universales.

**1.1.5 Programa de Prevención y Control de Enfermedades Generadas por Riesgos Psicosociales.** Se hará monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés laboral, con acompañamiento, asesoría y capacitación al personal de la institución.

El monitoreo de los factores de riesgo se realiza mediante la matriz de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles, en donde una vez identificados los riesgos psicosociales significativos serán implementados programas enfocados a su manejo, control e intervención.

## **1.2 SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.**

### **Objetivos**

- Identificar, reconocer, cuantificar, evaluar y controlar los agentes contaminantes y factores de riesgo generados o que se puedan generar en los ambientes de trabajo y que ocasionen enfermedad laboral.
- Establecer los diferentes métodos de control para cada factor de riesgo, siguiendo en orden de prioridad, la fuente, el medio y el trabajador.
- Implementar junto con el subprograma de medicina preventiva y del trabajo, la vigilancia epidemiológica y la educación sanitaria.
- Mantener un ambiente laboral seguro, mediante el control de los factores personales y del trabajo que generen los actos inseguros, condiciones peligrosas que puedan causar daño a la integridad física del trabajador o a los recursos de la institución.
- Reconocer, identificar y controlar los factores de riesgo que puedan causar accidentes de trabajo.

## Actividades específicas

### 1.2.1 Matriz de Peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles.

Tabla 23. Planificación matriz de peligros

<b>1. OBJETIVO</b>	Identificar los factores y las condiciones de riesgo causantes de los accidentes de trabajo y dar las recomendaciones para evitar que se repitan.
<b>2. RESPONSABLE</b>	Líder del SIG
<b>3. DIRIGIDO A</b>	Toda la población trabajadora
<b>4. METODOLOGÍA</b>	Visitas de inspección por los puestos de trabajo para detectar los riesgos existentes, preguntar a los trabajadores sobre los posibles riesgos que hayan detectado en sus puestos de trabajo. Las condiciones de riesgo del INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A, se registrarán en un formato de acuerdo a la Norma Técnica Colombiana – GTC 45. Ver PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES (S&SO-P-02)

Fuente: Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo INO S.A

### 1.2.2 Programa de inspecciones de seguridad

**Objetivo:** Establecer controles administrativos a las normas de seguridad, uso y estado de equipos, EPP, documentos de identificación y dotación con el fin de minimizar los peligros identificados.

#### Objetivos específicos

- Realizar inspecciones a las instalaciones locativas y equipos de trabajo, EPP, sustancias químicas utilizadas con el fin de detectar mejoras y corregir condiciones inseguras que puedan generar accidentes de trabajo.
- Definir estrategias oportunas y eficaces para la prevención de los peligros detectados.

- Consolidar en forma dinámica la matriz de peligros y sus respectivos controles mediante el monitoreo continuo de las condiciones de trabajo.

En el anexo 30 se adjuntan los formatos utilizados en el programa para observación e inspección en seguridad y salud en el trabajo, inspección de extintores e inspección de botiquines.

- **Reglamento de higiene y seguridad industrial.**

De acuerdo a lo establecido en el decreto 614 de 1984, que establece las bases para la organización y administración de la salud ocupacional en el país, contemplando la necesidad de que las empresas adopten un reglamento de higiene y seguridad industrial. El Instituto Neumológico del Oriente S.A elaboró y mantiene actualizado el reglamento de higiene y seguridad industrial que se presenta en el Anexo 31.

- **Manual del Sistema Integrado de Gestión.**

Este documento especifica el Sistema Integrado de Gestión, y los requisitos establecidos son de obligatorio cumplimiento por todas las personas en todos los niveles y en especial los líderes y responsables de procesos. En él se encuentra definido los procesos y referenciados los procedimientos que soportan la gestión de la institución. Por tanto se diseñó e implemento con la respectiva revisión y aprobación por parte de la gerencia de la institución.

Los elementos del manual consta de: generalidades de la institución (descripción de la organización, misión, visión, organigrama), generalidades del sistema integrado de gestión (política del sistema integrado de gestión, objetivos del sistema integrado de gestión, mapa de procesos, alcance del sistema integrado de gestión y exclusiones del sistema de gestión de calidad), procedimiento documentados y condiciones generales. (Ver Anexo 32).

**7.2.2 Otros documentos y formatos del Sistema Integrado de Gestión.** De acuerdo a las necesidades de documentación encontradas en la revisión documental del diagnóstico, se crearon los procedimientos, manuales, y demás requeridos por los sistemas de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo.

A medida que se fueron documentando dichos procedimientos, manuales y demás se encontró la necesidad de crear formatos asociados a estos, que no fueron identificados en la revisión documental, pero que son necesarios para asegurar la eficacia de la planificación, operación y control de los procesos del Sistema Integrado de Gestión implementado.

En el anexo 33 se describe los documentos y formatos creados, para la implementación del sistema.

## **8. IMPLEMENTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA**

Es importante que el personal de la institución conozca y participe de forma activa en la implementación del Sistema Integrado de Gestión. Sin olvidar que esta etapa es la ejecución de todo lo que se planteó en la etapa de planificación.

La implementación permite que el personal, quienes son los que ejecutan los procesos que se definieron, lleve a la práctica lo que se establece en los documentos y programas elaborados.

### **8.1 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Fue importante realizar jornadas de sensibilización y capacitación donde se socializará y creará conciencia en el personal de satisfacer las necesidades del cliente, de laborar en un ambiente que proporcione seguridad para cada uno de los involucrados en el desarrollo de las actividades diarias.

**8.1.1 Plan de formación y entrenamiento.** Las capacitaciones estuvieron direccionadas de forma activa, dinámica y amigable para que el personal sintiera propio el Sistema Integrado de Gestión y comprendiera los elementos que componen el mismo. Las continuas sensibilizaciones y capacitaciones promueven en el personal un estilo de vida orientado hacia la mejora continua. El plan de formación y entrenamiento diseñado y ejecutado para la institución se encuentra en el Anexo 34.

**8.1.2 Ejecución de las capacitaciones.** Para llevar a cabo las capacitaciones fue importante involucrar a todo el personal, desde los diferentes niveles, dando a conocer temas como conocimiento de los requerimientos de las normas, socialización de la planeación estratégica, identificación de peligros, estructura

documental, sistema general de riesgos profesionales, manual de funciones, orientación en el uso y mantenimiento de elementos de protección personal, limpieza de manos y uso de tapabocas, entre otras actividades mencionadas en el plan de formación y entrenamiento

Algunas de las actividades ejecutadas fueron enunciadas en capítulos anteriores como la primera sensibilización donde se dieron a conocer los resultados arrojados en el diagnóstico inicial y la metodología empleada para el mismo. Y se dio inicio con la planeación de las actividades y acciones correspondientes que conlleven al cierre de las observaciones y no conformidades encontradas. A continuación se evidencia jornadas de capacitaciones y en el Anexo 35 listas de asistencia a capacitaciones.

**Figura 23. Jornada de capacitaciones al personal INO S.A**



Fuente: Autoras del proyecto

**8.1.3 Eficacia de las capacitaciones.** Con el fin de conocer la eficacia de las capacitaciones brindadas al personal del Instituto Neumológico del Oriente S.A, se elaboraron talleres, evaluaciones, dinámicas, en cada una de las actividades que permitían establecer las personas que aprobarán o reprobarán la capacitación.

Adicionalmente, se estableció un formato llamado evaluación de capacitación, (Ver Anexo 37), donde de acuerdo a la naturaleza de la capacitación se elige cual es el método de la evaluación de la capacitación, ya sea mediante un exámen o el registro del formato evaluación de capacitación. Dependiendo del tema de la capacitación se evalúa la eficacia de las acciones de formación de las actividades que se realicen en el periodo; por medio de una evaluación según el formato evaluación de capacitación o por una verificación o un seguimiento de lo aprendido y puesto en práctica en las áreas de trabajo, verificando si se cumple o no lo aprendido en las capacitaciones; para de esta forma determinar las acciones a seguir con el propósito de mejorar continuamente el compromiso del personal con el cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión.

## **8.2 DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DEL SIG**

El numeral 5.3 de la NTC ISO 9001:2008 y el numeral 4.2 de la norma OHSAS 18001:2007 exige que para la implementación de la política integrada, debe ser comunicada a todas las personas que trabajan para la organización o en su nombre y que esté disponible al público, para lo cual después de establecida y documentada se divulga a todo el personal de la institución tal como se desarrolló en el numeral “6.4.3 Definición de la política del Sistema Integrado de Gestión” del presente documento; así como para sus contratistas, además de público en las dos sedes de la Institución y se implementó en la inducción del personal, contratistas y visitantes.

**Figura 24. Divulgación de la política del SIG**

**INSTITUTO Neumológico DEL ORIENTE**

**VISIÓN**

El Instituto Neumológico del Oriente S.A. será reconocido en el año 2016, como institución de referencia del oriente colombiano, centro académico y de investigación científica, en el cuidado y manejo de las enfermedades respiratorias, manteniendo estándares de calidad y seguridad.

**MISIÓN**

El Instituto Neumológico del Oriente S.A. es una institución privada cuyo objeto es prestar servicios de salud especializados en el cuidado integral de la población del oriente colombiano con enfermedades respiratorias o en riesgo de presentarlas; con alta calidad humana, científica y tecnológica; generando conocimiento para el beneficio de la sociedad, apoyados en personal altamente competente, orientados hacia la mejora de los procesos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes y la comunidad.

**POLITICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**

El Instituto Neumológico del Oriente S.A presta servicios de salud especializados en el cuidado integral de la población con enfermedades respiratorias con el propósito de:

- Cumplir la Legislación Colombiana vigente, y normas de otra índole aplicables a los servicios prestados.
- Satisfacer las necesidades de sus usuarios; requisitos de sus clientes y demás partes interesadas de manera oportuna, segura, confiable y con trato humano.
- Establecer controles para los peligros (biológicos, ergonómicos, químicos, psicosociales y de seguridad) a los que se encuentran expuestos sus trabajadores, previniendo accidentes e incidentes y enfermedades profesionales.

INO S.A encamina la mejora continua de su sistema integrado de gestión en la ampliación de su infraestructura; el fortalecimiento de la competencia del personal y en la eficacia de sus procesos; garantizando crecimiento corporativo y rentabilidad para sus accionistas.

*Fabio Bolívar Grimaldos*  
FABIO BOLIVAR GRIMALDOS  
GERENTE GENERAL

Fuente: Autoras del proyecto

### **8.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS CREADOS**

Para la socialización e implementación de los documentos creados e integrados, se realizó una sensibilización y capacitación sobre la estructura documental desarrollada en el numeral “7.2 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS” del presente documento, donde se expuso la importancia de la organización de los documentos, el cómo se iban a elaborar y controlar los distintos documentos y la obligatoriedad de los procedimientos exigidos por las normas ISO 9001:2008 y

OHSAS 18001:2007. Adicionalmente se realizaron talleres, concursos y otros métodos de incentivo con el fin de afianzar los nuevos temas y crear recordación. Estas capacitaciones estuvieron a cargo de la Administradora de la Institución, con el apoyo de las autoras del proyecto.

Para la divulgación de la documentación se hizo entrega de los documentos pertinentes a cada líder de proceso y se les capacitó sobre su interpretación, correcto uso, manejo y responsabilidades; este a su vez los entregaba y difundía a su equipo de trabajo. Aun así por sugerencia de la Gerencia la documentación creada se encuentra en un archivo de gestión en cada una de las sedes de la institución debidamente controlada por el Líder del SIG. También esta documentación se encuentra en la red interna del INO S.A en una carpeta compartida, en donde la disponibilidad de los archivos es completa para la Gerencia y la Administración, el resto del personal tiene acceso limitado en algunos procesos del sistema. En estos archivos se establecieron carpetas que estaban compuestas por:

- ✚ Caracterización
- ✚ Procedimientos
- ✚ Formatos
- ✚ Registros
- ✚ Instructivos
- ✚ Manuales

**Figura 25. Taller-concurso implementación de documentos**



Fuente: Autoras del proyecto

#### **8.4 DIVULGACIÓN DE LA MATRIZ DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES**

Para la implementación del procedimiento se capacitó a todo el personal y se explicaron las definiciones en cuanto a las definiciones de peligros y riesgos, para todos los niveles. En el anexo 38 se evidencia asistencia a esta capacitación.

Para el correcto diligenciamiento de la matriz se realizó el recorrido por las instalaciones de las sedes del instituto, se realizaron entrevistas informales con cada uno de los empleados de cada área con el fin de conocer las actividades que realizabas y reunir información veraz acerca de los peligros que perciben en sus puestos de trabajo.

Después de realizada esta etapa de recopilación de información se aplicó la metodología para la valoración de riesgos establecida por la institución que como se mencionó en el numeral 6.4.9 del presente documento se desarrolló bajo la metodología GTC 45 versión 2010; luego se diligenció el formato de la matriz de peligro, valoración de riesgos y determinación de controles que cuenta con información como : peligro identificado y valoración del riesgo, aceptabilidad del riesgo, cantidad de personas expuestas, los posibles controles a implementar entre otros.

A través de la información consignada en la matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, se realizó el análisis de los peligros encontrados en cada una de las actividades de los diferentes procesos de la institución.

La tabla 24 muestra resultado del análisis de los peligros presentes en la totalidad de procesos de la Institución.

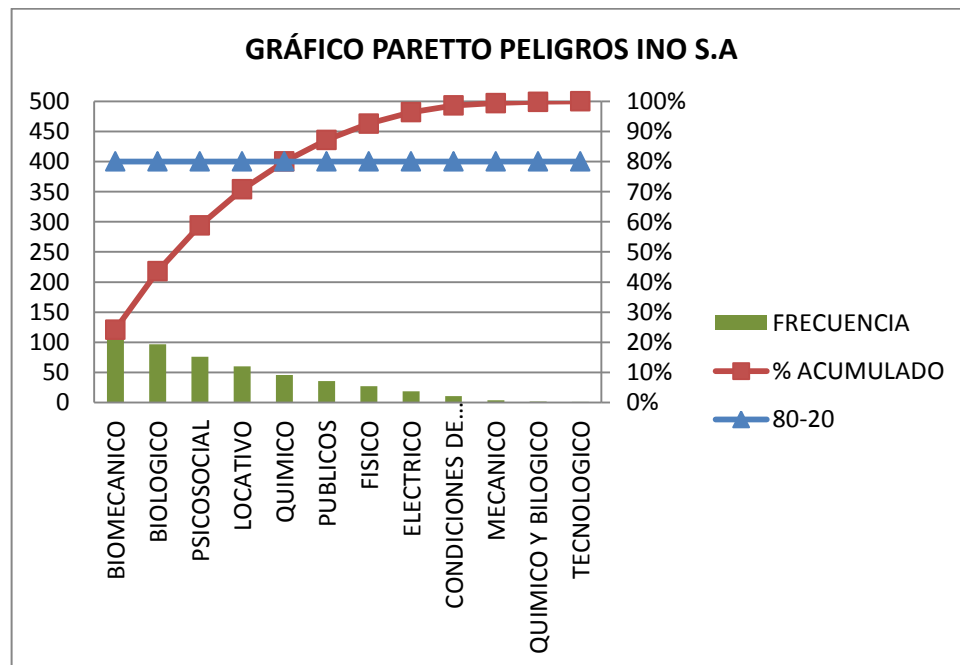
**Tabla 24. Frecuencia de peligros presentes en los procesos**

PELIGRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BIOMECÁNICO	121	24,20%
BIOLÓGICO	97	19,40%
PSICOSOCIAL	76	15,20%
LOCATIVO	60	12,00%
QUÍMICO	46	9,20%
PÚBLICOS	36	7,20%
FÍSICO	27	5,40%
ELÉCTRICO	19	3,80%
CONDICIONES DE SEGURIDAD	11	2,20%
MECÁNICO	4	0,80%
QUÍMICO Y BIOLÓGICO	2	0,40%
TECNOLÓGICO	1	0,20%

Fuente: Autoras del proyecto

Se realizó un análisis de la matriz de peligros, utilizando la metodología de Principio de Pareto, para identificar cuáles de los peligros son los que impactan fuertemente los procesos del Instituto Neumológico del Oriente S.A. El Diagrama de Pareto arroja los siguientes resultados.

**Figura 26. Gráfico paretto peligros INO S.A**



Fuente: Autoras del proyecto

De acuerdo a esta metodología, permite concluir que el 80% de los peligros que impactan fuertemente en la Institución son el Biomecánico, Biológico, Psicosocial, Locativo y Químico. Este resultado permite determinar los controles o medidas de intervención a definir con prioridad para poder mitigar la ocurrencia de dichos peligros.

En la matriz de peligros de la institución se tienen establecidos los controles para cada peligro identificado en los procesos desarrollados en la institución. Sin embargo, para los peligros presentes con más alta frecuencia se menciona a continuación los controles propuestos y en ejecución para mitigar estos peligros.

Adicionalmente se les está realizando seguimiento en el Comité Paritario de Salud Ocupacional, donde se estableció un cronograma con las actividades presente en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Anexo 29).

**Tabla 25. Controles definidos para mitigar peligros más sobresalientes**

PELIGRO	CONTROLES ESTABLECIDOS	VERIFICACIÓN
BIOMECÁNICO	Realizar análisis de puesto de trabajo y efectuar ajustes en la dimensiones del puesto de trabajo.	Se realizó un análisis de puesto de trabajo para cada cargo del INO donde se establecieron algunas recomendaciones para mejorar cada puesto de trabajo.
	Implementar programa de pausas activas	Se realizó capacitación de pausas activas, se implementó un video en cada computador para que el personal realice la pausa activa durante el día y se le entrego un volante con los ejercicios frecuentes a realizar.
	Implementar Sistema de Vigilancia Epidemiológica para prevención de lesiones osteomusculares: Capacitación en higiene postural Organizarlos elementos en el escritorio	Se realizó la capacitación de higiene postural, se realizó una jornada de aseo para arreglar los puestos de trabajo.
BIOLÓGICO	Disponer de los elementos de protección personal para el personal del INO en cuanto a la realización de los procedimientos fuera del instituto, la realización de glucómetros.	Se realizó la compra de los EPP para los procedimientos fuera del INO y para las glucometrías (gafas, tapabocas N°95, bata larga, polainas)
	Disponer en cada consultorio de gel	Se compró gel antibacterial para cada

PELIGRO	CONTROLES ESTABLECIDOS	VERIFICACIÓN
	antibacterial.	consultorio y para cada puesto de trabajo Adicionalmente para los cargos asistenciales se hizo entrega de dos tapabocas para atención del paciente cuando sea necesario.
	Actividades de limpieza y desinfección, en las áreas de trabajo y en el área de Rehabilitación pulmonar para las maquinas utilizadas.	Se realizan actividades de limpieza y desinfección de acuerdo al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares (PGIRS), Adicionalmente las rehabilitadoras pulmonares realizan una limpieza de las maquinas cada vez que un paciente las utiliza.
	Capacitación en Riesgo Biológico y lavado de manos	Se realiza la capacitación de riesgo biológico con apoyo de la ARL. También se realizó jornada de capacitación con una Enfermera Jefe de la FOSCAL para fortalecer el tema relacionado con el correcto lavado de manos.
	Implementar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para riesgo biológico	Se mantiene permanente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para riesgo biológico, orientado a prevenir y controlar la infección laboral en los servidores de la Institución.
PSICOSOCIAL	Desarrollar un diagnóstico de riesgo psicosocial de acuerdo a la Resolución 2646/2008 y realizar una intervención de acuerdo a los resultados.	Esta actividad tiene un plazo hasta abril del año en cursos, ya que se realizara con ayuda de la ARL Colpatría para lograr una intervención de acuerdo a los resultados del diagnóstico.
LOCATIVO	Disponer de polainas para el calzado de las personas que realizan los procedimientos en la clínica.	Se dispuso de los EPP para el personal del INO que realiza procedimientos en las clínicas.
	Canalizar los cables expuestos en el área de rehabilitación pulmonar administración y donde sea necesario para evitar cualquier accidente o incidente.	En diciembre se realizaron todas las mejoras necesarias para establecer este control. Se remodelo rehabilitación, administración y los puestos de trabajo que lo requerían.
	Instalar en las escaleras cintas antideslizantes en la sede1	Se instaló la cinta antideslizante en las escaleras.
	Instalar una tirilla reflectiva en el escalón que esta entre la sala de espera externa y la sala de espera de los consultorios.	Se quitó el escalón, y se hizo una rampa para evitar tropiezos.
	Instalar señalización de evacuación del Instituto.	Se realizaron los planos de evacuación y se instalan las rutas de evacuación y toda clase de señalización que sea necesaria para dar cumplimiento a los requerimientos de la ley.

Fuente: Autoras del proyecto

## 8.5 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y CAMPAÑAS

En el numeral “7.2.1 Documentos a crear” del presente documento se evidencio algunas de las actividades, capacitaciones y conformación de equipos de trabajo para los diferentes programas establecidos en la institución.

**8.5.1 Campaña de prevención del consumo del alcohol, drogas y tabaco.** El Instituto Neumológico del Oriente S.A está comprometido a generar ambientes de trabajo seguro y saludable, para lo cual desarrolla campañas enfocadas a la prevención, control y prohibición en la posesión, uso y distribución de sustancias psicoactivas, tabaco, cigarrillo y alcohol en horarios y lugares de trabajo. Para lo anterior se apoya con la ARL y EPS con el fin de establecer actividades educativas y capacitaciones asociadas con este tema.

**Figura 27. Política de no alcohol, drogas y tabaquismo**

### ***POLÍTICA DE NO ALCOHOL, DROGAS Y TABAQUISMO***

*EL INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A ha definido y establecido una política de NO ALCOHOL, DROGAS Y TABAQUISMO con el objetivo de prevenir, conservar y mejorar el bienestar y calidad de vida de nuestros empleados, y contribuir al adecuado desempeño de personal en sus actividades laborales. En referencia se dictan las siguientes disposiciones:*

- Está prohibido a los empleados presentarse al sitio de trabajo bajo la influencia del alcohol, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como consumirlas y/o incitar a consumirlas.*
- Está prohibida la posesión, uso y/o venta de drogas ilícitas, bebidas embriagantes y tabaco tanto en las instalaciones de la entidad, actividades de trabajo fuera de la oficina y en las sedes de trabajo.*
- Está prohibida la utilización indebida de medicamentos formulados u otras sustancias que atenten contra la seguridad propia o la de otros trabajadores durante el desempeño de sus labores.*


*En caso de ser necesario, el INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A se reserva el derecho de realizar en cualquier momento inspecciones y pruebas de laboratorio a su personal en las instalaciones de la entidad o antes del inicio de labores en las sedes de trabajo.*

Fuente: Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo INO S.A

## 8.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO/CLIENTE

En el diagnóstico inicial desarrollado en la Institución se evidenció la realización de encuestas de una manera informal. La Gerencia decidió que se re-evaluara la realización de estas encuestas, puesto que el proceso no se estaba realizando adecuadamente y en unos meses se realizaba y en otros no. Por tal razón, por ser este un elemento esencial para el cumplimiento de la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión, en la búsqueda del mejoramiento continuo, se diseñó y desarrolló el formato de encuesta de satisfacción del usuario y clientes institucionales, que se muestran a continuación:

Figura 28. Formato encuesta satisfacción del usuario

		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO		MEJ-F-10	
				V: 01	FECHA 8-May-2012

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE LO ATENDIO \_\_\_\_\_

5: MUY SATISFECHO	4: SATISFECHO	3: REGULAR	2: INSATISFECHO	1: MUY INSATISFECHO
-------------------	---------------	------------	-----------------	---------------------

1. Servicio al que acude

Consulta Médica	Nutrición	Psicología	Fisioterapia	Enfermería	RH Pulmonar
Examen DX	¿Cual?		Otro	¿Cual?	

2. De acuerdo a su experiencia con el Instituto Neumológico del oriente S.A, ¿Cuál es su nivel de satisfacción respecto al servicio ofrecido?

1  2  3  4  5

3. ¿Como califica la actitud y la disponibilidad en la recepción?

1  2  3  4  5

4. ¿Cuánto tiempo de espera transcurrió desde la hora de su cita al momento de ser atendido?

0 – 15 minutos  15 – 30 minutos  Más de 30 minutos

5. ¿Cuál es su nivel de satisfacción respecto a las instalaciones?

PRESENTACIÓN  1  2  3  4  5

ORDEN Y ASEO  1  2  3  4  5

6. De acuerdo a la ultima visita que usted realizo a las instalaciones, como califica al personal que lo atendió?

Trato humano  1  2  3  4  5


Manejo que el Profesional dio a su situación de salud.  1  2  3  4  5

Satisfacción con el profesional  1  2  3  4  5

7. Observaciones o sugerencias de mejora: \_\_\_\_\_

Fuente: Autoras del proyecto

**Figura 29. Formato encuesta satisfacción clientes institucionales**

	<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CLIENTES INSTITUCIONALES</b>	MEJ-F-13 V: 01      FECHA 12-Ago-2012		
ENTIDAD: _____ EVALUADO POR: _____ FECHA: _____				
1. ¿Cómo valora los servicios prestados por el Instituto Neumológico del Oriente S.A?				
MUY SATISFECHO	SATISFECHO	REGULAR	INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
5	4	3	2	1
2. ¿Cómo valora el tiempo de respuesta ante los requerimientos realizados al Instituto Neumológico del Oriente S.A por parte de su entidad?				
MUY SATISFECHO	SATISFECHO	REGULAR	INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
5	4	3	2	1
3. ¿Cómo valora la gestión de Contratación?				
MUY SATISFECHO	SATISFECHO	REGULAR	INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
5	4	3	2	1
4. ¿Cómo valora la gestión de facturación y cartera?				
MUY SATISFECHO	SATISFECHO	REGULAR	INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
5	4	3	2	1

Fuente: Autoras del proyecto

Las encuestas para usuarios se realizan cada semana, para facilitar su tabulación y análisis. La institución contrato un estudiante un día a la semana para la realización de las encuestas vía telefónica.

Las encuestas institucionales se realizan cada año y son ejecutadas por la Administradora de manera personal.

Para determinar la cantidad de encuestas a los usuarios requeridos mensualmente se determinó realizar un muestreo, para obtener resultados confiables. En cuanto a los clientes institucionales se realizan las encuestas a todos los clientes.

Según la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

*N: 2789 citas mensuales*

*Nivel de confianza: 95%*

*Error de estimación: 5%*

*p=q= 0.5*

*n: Tamaño de la muestra*

Se obtiene un tamaño de la muestra de 338 encuestas mensuales para usuarios. De los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario se obtiene resultados de 3 indicadores.

- Satisfacción del usuario
- Tiempo de espera antes de atención
- Porcentaje de usuarios satisfechos con trato humano

**8.6.1 Quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (QRSF).** Con el ánimo de prestar el mejor servicio a los clientes/usuarios de la institución, estableciendo vías de comunicaciones eficaces entre los servicios de la IPS y sus clientes/usuarios, que permitan acceder el conocimiento de sus derechos y presentar iniciativas, sugerencias, y quejas que redunden en el mejor funcionamiento y prestación del servicio; se crearon herramientas como los buzones de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, mediante los que se pretende recoger todas aquellas quejas, sugerencias o felicitaciones que los clientes/usuarios deseen poner en conocimiento de la institución, para que se tomen las medidas necesarias para su corrección, implementación y comunicación al personal involucrado.

Adicionalmente las QRSF son recepcionadas por medio verbal (personal o telefónicamente) y escrito (Fax, carta, correo electrónico [neumologicocalidad@gmail.com](mailto:neumologicocalidad@gmail.com) o a través del formato MEJ-F-13 Formato de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (Figura 31).

Todo el personal, está en la facultad de recibir QRSF que reporten los clientes de manera verbal o escrita en informar a los líderes de proceso de la situación presentada, para su respectivo seguimiento y control, que es liderado por la Líder del SIG y Administradora, compartida esta responsabilidad con la Gerencia. Las QRSF registradas se revisan cada semana y una vez al mes en el Comité del SIG se procede a sus análisis y en caso de ser repetitivas o tener un alto impacto en la calidad del servicio, el comité determina las causas de las quejas y reclamos para tomar las acciones necesarias y evitar su ocurrencia, siguiendo lo establecido en el procedimientos de acciones correctivas y preventivas.

El buzón de sugerencias se estableció como una herramienta más del Sistema Integrado de Gestión que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la institución, la comunicación con su clientes/usuarios y la medida de niveles de satisfacción.

Estos buzones fueron instalados en cada una de las sedes del Instituto Neumológico del Oriente S.A.

**Figura 30. Buzones de sugerencias.**



Fuente: Autoras del proyecto

**Figura 31. Formato de QRSF**

	FÓRMATO DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES	MEJ-F-12	
		V-01	FECHA 3-Ago-2013
Su opinión es muy importante para nosotros. Por esto lo invitamos a diligenciar este formato y depositarlo en el Buzón de Sugerencias; en el que usted puede expresar sus:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas y Reclamos: Coméntanos sus inconformidades.</li> <li>• Sugerencias: Su opinión es de gran importancia, pues con ella crecemos diariamente.</li> <li>• Felicitaciones: Su aceptación y reconocimiento nos motiva hacia la excelencia.</li> </ul>			
Para facilitar la respuesta a sus inquietudes por favor diligencie correctamente sus datos.			
Fecha:		Entidad:	
Nombre y Apellidos:		Identificación:	
Teléfono Residencia:		Celular:	
Dirección Correspondencia:		Correo Electrónico:	
<b>QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES AL RESPALDO</b>			
[Empty space for text input]			
ESPACIO EXCLUSIVO PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DE LA SITUACIÓN			
ANALIZADO POR:		FECHA:	
[Empty space for signature and date]			


Fuente: Autoras del proyecto

## 8.8 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME Y EVENTOS ADVERSOS

El Instituto Neumológico del Oriente S.A identifica y controla el servicio no conforme y eventos adversos de acuerdo a lo establecido en el procedimiento para el control del servicio no conforme y eventos adversos (Anexo W) donde se detallan los controles y responsabilidades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme y eventos adversos.

Para el registro de estos eventos se diseñó un formato de control del servicio no conforme y eventos adversos (Ver figura 32), en el cual se describe la fecha, el tipo de hallazgo, que puede ser servicio no conforme, evento adverso, evento adverso con dispositivo médico, el proceso del SIG en el que fue identificado el hallazgo, quién reporta, descripción de la situación, tratamiento dado y verificación del tratamiento dado a la situación.

**Figura 32. Formato control del servicio no conforme y eventos adversos**

		CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME Y EVENTOS ADVERSOS				MEJ-F-11		
						V: 01	FECHA 7-Jun-2012	
TIPO DE HALLAZGO S.N.C. = Servicio no conforme E.A. = Evento adverso E.A.D.M = Evento Adverso con Dispositivo Medico								
FECHA	TIPO DE HALLAZGO			PROCESO DEL S.I.G	REPORTADO POR	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	TRATAMIENTO DADO	VER.
	S.N.C	E.A.	E.A. D.M					

Fuente: Autoras del proyecto

Para el caso de eventos adversos, estos se reportan inmediatamente a la Gerencia de acuerdo a lo establecido en el Programa Institucional de Tecnovigilancia, donde se identifican las siguientes actividades.

- Registrar, analizar y gestionar todo evento o incidente adverso susceptible de ser causado por un dispositivo médico.
- Recomendar medidas preventivas para tomar acciones inmediatamente ocurrido el evento.
- Orientar a los informantes en el correcto diligenciamiento del formato de reporte.
- Sensibilizar al conjunto de usuarios y potenciales reportantes de su organización en el Programa de Tecnovigilancia, la seguridad y uso adecuado de dispositivos médicos.
- Informar de manera inmediata al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), todo reporte de evento o incidente adverso serio cuando es del caso de acuerdo a lo establecido en la resolución 4816 de 2008.
- Enviar trimestralmente los informes periódicos al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), o a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, de todo reporte de evento o incidente adverso no serio, de acuerdo a lo establecido en la resolución 4816 de 2008.

Adicionalmente se definió el indicador de proporción de vigilancia de eventos adversos, donde estos deben ser gestionados en su totalidad. Así la gerencia analiza detalladamente si a estas situaciones se les dio el tratamiento inmediato y si fue apropiado.

## **8.9 REVISIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS**

Los indicadores de gestión establecidos para medir la eficacia de los procesos del Sistema Integrado de Gestión se presentan en el Anexo 39 donde se evidencian los resultados desde el mes de abril de 2012 a octubre de 2012 de la medición de cada uno de los indicadores de los procesos. El anexo contiene : objetivo del SIG, proceso, indicador de seguimiento, fórmula de cálculo, meta, unidad de medida, frecuencia de medición, resultados obtenidos y análisis.

Los resultados alcanzados demuestran un excelente desempeño de los procesos de la institución, aun así, el análisis detallado de los mismos ha permitido identificar problemas y oportunidades de mejora en la presentación del servicio y sugerir soluciones específicas. Adicionalmente la Gerencia ha utilizado los indicadores de los procesos como herramienta para monitorear las actividades en sus áreas y guiar la toma de decisiones diarias.

## 9. EVALUACIÓN

Con el fin de conocer el cumplimiento de los requisitos en el Instituto Neumológico del Oriente S.A, en cuanto a las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007, se realizaron dos auditorías internas como se plasmó en el programa de auditorías internas, (Ver Anexo 40) cuyo objetivo principal consistió en determinar si el Sistema Integrado de Gestión era conforme con los requisitos establecidos por la normas anteriormente mencionadas, los establecidos por la organización y si esos se han implementado y se mantienen de manera eficaz.

De este modo las auditorías quedaron establecidas como se muestra a continuación

- PRIMERA AUDITORÍA INTERNA: Mes de Octubre del 2012
- SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA: Mes de Diciembre del 2012

### 9.1 PRIMERA AUDITORÍA INTERNA

Esta evaluación del Sistema Integrado de Gestión se llevó a cabo los días 22 y 24 de octubre de 2012, siguiendo el plan de auditoria (Ver Anexo 41) establecido y aprobado con anterioridad para esta primera auditoría, donde se especifican los detalles para su ejecución.

- **FECHA:** 22 y 24 de Octubre de 2012
- **OBJETIVO:** Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 y los demás procedimientos y protocolos definidos por la organización.

- **ALCANCE:** Todos los procesos del sistema integrado de gestión en calidad, seguridad y salud en el trabajo.
- **CRITERIOS:** Norma ISO 9001:2008 y Norma OHSAS 18001:2007, Procedimientos e instructivos del sistema integrado de gestión en calidad, seguridad y salud en el trabajo

Antes de iniciar la auditoría se ejecutó la reunión de apertura con los auditados, con el objetivo de dar a conocer el plan de auditoría y la metodología que se iba a aplicar. Se resolvieron dudas e inquietudes presentadas por los implicados.

Para la realización de la auditoría, el auditor líder, se reunió con los responsables o líderes de cada proceso y Gerente con el fin de conocer el estado de implementación de la norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 en cada uno de los procesos y sedes. Todo el proceso de auditoría y resultados se iba consignando en el formato Lista de verificación para auditoría establecida por la institución. (Ver Anexo 42)

**9.1.1 Resultado de la primera auditoría interna.** Finalizada la auditoría de realizó una reunión de cierre donde se dio a conocer los hallazgos de la misma. Estos resultados se registraron en el formato Informe de Auditoría (Anexo 43), donde se describen las no conformidades y observaciones encontradas en cada proceso auditado.

Esta primera auditoría tuvo como resultado 13 hallazgos, de los cuales 7 de ellos fueron no conformidades y los 6 restantes considerados como observaciones Los resultados de la primera auditoría interna se describen a continuación:

**Tabla 26. Hallazgos de la primera auditoría interna.**

NO CONFORMIDADES	PROCESO
No se encontró la evaluación de proveedores de OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA, DESCONT S.A E.S.P, proveedores que pueden llegar a afectar la calidad de la prestación del servicio del Instituto Neumológico del Oriente S.A, lo cual va en contra del numeral 7.4.1 de la Norma ISO 9001:2008 y procedimiento de evaluación, selección y re-evaluación de proveedores REC-P-03	GESTIÓN DE RECURSOS
No se encontró evidencia de la realización de la revisión por la dirección, lo cual va en contra del numeral 4.6 de la norma OHSAS 18001:2007 y 5.6 de la norma ISO 9001:2008.	GERENCIAL
No se encontraron registros de inspección de botiquín de enfermería y faltaron algunos elementos del botiquín según lo definido en la lista de chequeo del botiquín, incumpliendo con lo definido en el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, sobre las inspecciones periódicas a realizar.	GESTIÓN EN S&SO
Se encontró que en el registro de la Matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, no se identifican los peligros de los contratistas, visitantes y de la vecindad, incumpliendo con el requisito 4.3.1 de la norma OHSAS 18001:2007	GESTIÓN EN S&SO
Se encontró que no se ha establecido el manual de funciones del Auxiliar de procedimientos, incumpliendo con el requisito 6.2 de la norma ISO 9001:2008 y 4.4.2 de la norma OHSAS 18001:2007	GESTIÓN DE RECURSOS
No se encontró el registro de hoja de vida de una cinta de caminar donde se establecen las actividades de mantenimiento realizadas, incumpliendo con los requisitos 4.4.6 de la norma OHSAS 18001:2007 y 6.3 de la norma ISO 9001:2008.	GESTIÓN DE RECURSOS
Se encontró que las historias clínicas no están organizadas por consecutivo del número de identificación tal como lo pide la resolución 1995 de 1999.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA

OBSERVACIONES	PROCESO
La institución debería fortalecer el levantamiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
Sería bueno que se adaptara un lugar específico para las historias clínicas que se encuentran en proceso de archivo porque han sido usadas para la consulta.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
Hay que reforzar los conocimientos sobre el sistema integrado de gestión (documentación, procedimientos, etc) a la Rehabilitadora Pulmonar (María Eugenia Ortiz)	GESTIÓN DE RECURSOS
Hay que establecer una metodología para conocer si un usuario en particular tiene o no historia clínica en físico, con el fin de que las historias clínicas siempre permanezcan actualizadas.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
Sería bueno documentar el compromiso de la gerencia para asegurar los recursos necesarios para el mantenimiento del S.I.G	GERENCIAL
Se recomienda diseñar una metodología más específica para la socialización de nuevos requisitos legales en la organización, de tal forma que se establezca un compromiso por parte del personal para el cumplimiento de los nuevos requisitos.	GESTIÓN EN S&SO

Fuente: Autoras del proyecto

**9.1.2 Plan de mejora primera auditoría interna.** Para dar tratamiento, seguimiento y verificación de las no conformidades encontradas en la primera auditoría interna, se estableció el plan de mejora de la Tabla 27. Teniendo en cuenta el procedimiento de acciones correctivas y preventivas (MEJ-P-03) definido por la institución, se utilizó el formato de Acciones de Mejora (MEJ-F-04), presentado en la Figura 33.






Tabla 27. Plan de mejora primera auditoría interna

PLAN DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE	EJECUCIÓN	
			SI	NO
Realizar la evaluación de los proveedores OXIGENOS DE COLOMBIA LTDA, DESCONT S.A E.S.P; y si aprueban seleccionarlos como proveedores de la institución. Realizar una verificación de todos los proveedores de la institución, ejecutar la evaluación y si aprueban se seleccionan e incluyen en el listado maestro de proveedores REC-F-13, dando así cumplimiento al procedimiento de evaluación, selección y re-evaluación de proveedores REC-P-03	ADMINISTRADORA/AUXILIAR CONTABLE Y ADMINISTRATIVA	14 DE NOVIEMBRE DE 2012	X	
Realizar la revisión por la dirección que esta programa para el día 28 de noviembre de 2012	GERENTE/ADMINISTRADORA /ASESOR EXTERNOS/LÍDER DEL SIG	28 DE NOVIEMBRE DE 2012	X	
Revisar la implementación y seguimiento del formato de inspección de botiquín S&SO-F-11 y verificar los elementos del botiquín para si es necesario modificar el formato de inspección o surtir el botiquín con los elementos faltantes	AUXILIAR DE ENFERMERÍA/LÍDER DE LABORATORIO PULMONAR	12 DE NOVIEMBRE DE 2012	X	
Actualizar la matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, identificando los peligros de los contratistas, visitantes y vecindario. Revisar el procedimiento para incluir la metodología de identificación de peligros para los contratistas. Incluir en el procedimiento quienes pueden ser los visitantes para el INO y revisar la matriz para considerar nuevos peligros para dichos visitantes y los peligros asociados a la vecindad del lugar de trabajo.	LÍDER DEL SIG	10 DE NOVIEMBRE DE 2012	X	

PLAN DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE	EJECUCIÓN	
			SI	NO
Establecer el manual de funciones de la auxiliar de procedimientos, teniendo en cuenta los soportes de educación, formación, habilidades y experiencia. Así como los riesgos asociados al cargo y responsabilidades en materia de seguridad y salud en el trabajo.	ADMINISTRADORA/AUXILIAR DE PROCEDIMIENTOS/LIDER DEL SIG	23 DE NOVIEMBRE DE 2012		
Realizar la actualización de las hojas de vida de las cintas de caminar con las respectivas actividades de mantenimiento ejecutadas y socializar para que las encargadas del área de rehabilitación pulmonar se apropien del mantenimiento de las máquinas	REHABILITADORA PULMONAR	9 DE NOVIEMBRE DE 2012	X	
Organizar y verificar el archivo de historias clínicas en físico, de modo que estén debidamente organizadas por consecutivo del número de identificación y foliadas.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	19 DE NOVIEMBRE DE 2012	X	

Fuente: Autoras del proyecto

**Figura 33. Acción correctiva primera auditoría interna**

	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>MEJ-F-04</b>	
		<b>V: 01</b>	<b>FECHA</b> 2-Jul-2012
<b>FECHA:</b> 26 de Octubre de 2012			
<b>NOMBRE QUIÉN ABRE LA ACCIÓN:</b> Leidy Marcela Villabona - Líder del SIG			
ACCIÓN DE MEJORA <input type="checkbox"/> ACCIÓN CORRECTIVA <input checked="" type="checkbox"/> ACCIÓN PREVENTIVA <input type="checkbox"/>			
<b>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN</b>			
La auditoría interna determina una no conformidad ya que se encontro que en el registro de la Matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles (S&SO-F-05) no se identifican los peligros de los contratistas, visitantes y de la vecindad.			
Esta no conformidad va en contra del requisito 4.3.1 de la norma OHSAS 18001:2007			
<b>ANÁLISIS DE CAUSAS</b>			
El procedimiento no es específico en la metodología para la identificación de peligros para los contratistas.			
Aunque la Matriz incluye los peligros asociados a la vecindad del área de psicología, no se contempló los peligros asociados a todas las instalaciones, puesto se penso que era suficiente.			
No se consideró incluir la palabra visitantes, puesto que se pensó que era suficiente dejando a los familiares de los pacientes.			
<b>PLAN DE ACCIÓN (PARA ELIMINAR LA CAUSA)</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FIRMA</b>	
Revisar y actualizar el procedimiento de identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles (S&SO-P-02), para incluir la metodología de identificación de peligros para los contratistas.	Líder del SIG		
Incluir en el procedimiento de identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles (S&SO-P-02) quienes pueden ser los visitantes para el INO y revisar la matriz para considerar nuevos peligros para dichos visitantes y los peligros asociados a la vecindad del lugar de trabajo.	Líder del SIG		
Para los contratistas se les solicitará el diligenciamiento de un ATS S&SO-F-06 (Análisis de Trabajo Seguro) antes de iniciar las labores, el cual será revisado previamente por el Líder SIG y se harán ajustes de ser necesario	Líder del SIG		
<b>FECHA DE CIERRE PROPUESTA:</b>		10 de Noviembre de 2012	
<b>FECHA DE VERIFICACIÓN DE EFICACIA:</b>		14 de Noviembre de 2012	
<b>SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES:</b> El procedimiento de identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles (S&SO-P-02) fue correctamente actualizado para incluir la metodología de identificación de peligros para contratistas, posibles visitantes y peligros asociados a la vecindad. También se realizó la adecuación de la matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles (S&SO-F-05) de los peligros asociados a la vecindad, contratistas y visitantes con la metodología descrita en el procedimiento de identificación de peligros. Se aclaró que para los contratistas se solicitará el diligenciamiento de una ATS (S&SO-F-06) antes de iniciar labores.			
<b>EFICACIA DE LA ACCIÓN TOMADA:</b> Se realizó una verificación de la matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, así como del respectivo procedimiento y no se encontró ninguna no conformidad, lo que demuestra que las acciones tomadas fueron eficaces.			
<b>FIRMA RESPONSABLE DEL CIERRE:</b> 		<b>FECHA DE CIERRE:</b> 10-Nov-2012	

Fuente: Autoras del proyecto

## 9.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Para dar cumplimiento a los numerales 5.6 de la norma ISO 9001:2008 y 4.6 de la norma OHSAS 18001:2007, se realizó la revisión por la dirección el día 28 de noviembre de 2012.

Los elementos de entrada fueron los siguientes: Resultados de auditorías previas, Retroalimentación del cliente, desempeño de los procesos, cumplimiento de procedimientos y programas implementados, conformidad del producto y/o servicio, seguimiento a las acciones correctivas y preventivas, recomendaciones para la mejora, los cambios en la institución que puedan afectar el desempeño del sistema, las situaciones de investigación de accidentes y el cumplimiento de los requisitos legales.

Teniendo en cuenta estos elementos la revisión por la dirección tuvo como resultados importantes la siguiente información:

- La revisión de la política y los objetivos del Sistema Integrado de Gestión se han difundido y se realiza el correcto seguimiento a los mismos.
- Se exponen las no conformidades y observaciones generadas en la primera auditoría interna y se evalúan las acciones planteadas para el cierre correspondiente.
- Se conocen los informes de satisfacción del cliente, como resultado de la tabulación y análisis que se implementaron.
- Análisis de indicadores de los procesos y planteamiento de nuevas metodologías para la obtención de información veraz.
- Se conoce el estado de las acciones de mejora registradas
- Implementar los planes de acción para que la institución cumpla con la totalidad de los requisitos legales pertinentes.

- El COPASO debe fortalecer el seguimiento en cuanto a cumplimiento de los programas contemplados en el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- Se evidencia la importancia de sensibilizar y capacitar al personal en cuanto a la limpieza de manos y uso de tapabocas.
- Resaltar la importancia de generar acciones de mejora, con el fin de mejorar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión.

### **9.3 SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA**

Esta evaluación del Sistema Integrado de Gestión se llevó a cabo los días 13 y 14 de Diciembre de 2012, siguiendo el plan de auditoría (Ver Anexo 44) establecido y aprobado con anterioridad para esta segunda auditoría.

Siguiendo la misma metodología empleada para el desarrollo de la primera auditoría interna, se ejecutó la reunión de apertura con los auditados, con el objetivo de dar a conocer el plan de auditoría y la metodología que se iba a aplicar. Se resolvieron dudas e inquietudes presentadas por los implicados.

**9.3.1 Resultado de la segunda auditoría interna.** Finalizada la auditoría se realizó una reunión de cierre donde se dio a conocer los hallazgos de la misma. Estos resultados se registraron en el formato Informe de Auditoría (Anexo 45), donde se describen las no conformidades y observaciones encontradas en cada proceso auditado.

Esta segunda auditoría tuvo como resultado 10 hallazgos, de los cuales 3 de ellos fueron no conformidades y los 7 restantes considerados como observaciones. Los resultados de la segunda auditoría interna se describen a continuación:

**Tabla 28. Hallazgos segunda auditoría interna.**

<b>NO CONFORMIDADES</b>	<b>PROCESO</b>
No se encontró evidencia del diligenciamiento del formato registro de actividades rehabilitación pulmonar PIN-F-26, incumpliendo con los requisitos 4.2.4 de ISO 9001:2008 y 4.5.4 de OHSAS 18001:2007	GESTIÓN DE RECURSOS
No se evidenció el cumplimiento de los requisitos de formación y habilidades para la selección del personal temporal para el cargo de recepción y médico neumólogo adulto en el mes de noviembre, incumpliendo con los requisitos 6.2.2 de ISO 9001:2008 y 4.4.2 de OHSAS 18001:2007.	PROGRAMAS INTEGRALES
Se encontró que las historias clínicas no están organizadas por consecutivo del número de identificación tal como lo pide la resolución 1995 de 1999.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
<b>OBSERVACIONES</b>	<b>PROCESO</b>
La institución debería fortalecer el levantamiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
Profundizar en el control de registros establecidos para el personal que ingresa a la institución como visitantes y contratistas y se fortalezca la comunicación con las partes interesadas.	GESTIÓN DE RECURSOS
Sería bueno establecer una tabulación periódica de las causas de los servicios no conformes y eventos adversos identificados en la Institución, utilizando herramientas estadísticas, con el fin de evidenciar las causas repetitivas y mitigar las principales.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
Fortalecer la revisión y evaluación de la legislación colombiana aplicables, con el fin de evitar incumplimientos que puedan poner en riesgo la seguridad y salud integral del personal.	GESTIÓN EN S&SO
Sería bueno mejorar el acceso libre al extintor del primer piso de la Sede 2 del instituto.	GESTIÓN EN S&SO
Sería bueno establecer una tabulación periódica de las sugerencias o quejas registradas en los buzones de sugerencias, con el fin de que se pueda evidenciar tendencias que puedan ser usadas para la mejora del servicio.	SERVICIOS EN NEUMOLOGÍA
Sería bueno definir un horario tentativo para la atención de pacientes en cuanto a la pre-consulta para los procedimientos de Fibrobroncoscopia y Toracentesis, con el fin de evitar desórdenes en las salas de espera por el flujo de pacientes.	GESTIÓN DE RECURSOS

Fuente: Autoras del proyecto.






**9.3.2 Plan de mejora segunda auditoría interna.** Para dar tratamiento, seguimiento y verificación de las no conformidades encontradas en la segunda auditoría interna, se estableció el plan de mejora de la Tabla 29. Teniendo en cuenta el procedimiento de acciones correctivas y preventivas (MEJ-P-03) definido por la institución, se utilizó el formato de Acciones de Mejora (MEJ-F-04), presentado en la Figura 34.

**Tabla 29. Plan de mejora segunda auditoría interna**

PLAN DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE CIERRE	EJECUCIÓN	
			SI	NO
Sensibilizar y capacitar a las rehabilitadoras pulmonares en el uso correcto y apropiado del formato PIN-F-26 registro de actividades de rehabilitación pulmonar y realizar seguimiento al uso del mismo por parte del Líder del SIG	REHABILITADORA PULMONAR/LÍDER DEL SIG	21 DE DICIEMBRE DE 2012	X	
Modificar el procedimiento de gestión humana (REC-P-02) e incluir la metodología que se debe llevar a cabo en el INO S.A, para la selección de cargos temporales, y verificar el cumplimiento de los formatos de requisitos de documentación para contratación de personal.	ADMINISTRADORA/ AUXILIAR CONTABLE Y ADMINISTRATIVA	19 DE DICIEMBRE DE 2012	X	
Organizar y verificar el archivo de historias clínicas en físico, de modo que esté debidamente organizadas por consecutivo del número de identificación y foliadas, que no se cumplió por parte de las responsables. La institución decidió contratar una persona para que se encargue la de organización apropiada del archivo físico de las historias clínicas, puesto que la jornada laboral de la auxiliar de enfermería no fue suficiente para llevar a cabo esta actividad.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	25 DE ENERO DE 2013		

Fuente: Autoras del proyecto

Figura 34. Acción correctiva segunda auditoría interna.

	ACCIONES DE MEJORA	MEJ-F-04	
		V: 01	FECHA 2-Jul-2012
FECHA: 17 de Diciembre de 2012			
NOMBRE QUIÉN ABRE LA ACCIÓN: Leidy Marcela Villabona - Líder del SIG			
ACCIÓN DE MEJORA <input type="checkbox"/> ACCIÓN CORRECTIVA <input checked="" type="checkbox"/> ACCIÓN PREVENTIVA <input type="checkbox"/>			
<b>DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN</b>			
La auditoría interna determina una no conformidad al no evidenciar el cumplimiento de los requisitos de formación y habilidades, para la selección del personal temporal para el cargo de recepción y médico neumólogo adulto en el mes de Noviembre.			
Esta no conformidad va en contra de los requisitos 6.2.2 de ISO 9001:2008 y 4.4.2 de la norma OHSAS 18001:2007			
<b>ANÁLISIS DE CAUSAS</b>			
No se tuvo en cuenta en el procedimiento de Gestión Humana (REC-P-03), la metodología para la selección de cargos temporales en la institución.			
Falta de conocimiento por parte de la Administradora sobre el manual de funciones de los cargos de recepcionista y médico neumólogo, donde se especifican las competencias establecidas para cada uno de los cargos.			
No se verifica adecuadamente el cumplimiento de los formatos de requisitos de documentación para la contratación de personal.			
<b>PLAN DE ACCIÓN (PARA ELIMINAR LA CAUSA)</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FIRMA</b>	
Modificar el procedimiento de gestión humana (REC-P-02) e incluir la metodología que se debe llevar a cabo en el INO S.A, para la selección de cargos temporales.	Administradora		
Realizar la divulgación y socialización a los responsables del Procedimiento de Gestión Humana (REC-P-02), para tener en cuenta las actividades y condiciones generales establecidas para la selección de cargos temporales.	Administradora		
Verificar el cumplimiento de los formatos de requisitos de documentación para contratación de personal.	Líder del SIG		
Archivar, almacenar con los respectivos soportes las hojas de vida del personal de la Institución, teniendo en cuenta las competencias establecidas en el Manual de Funciones.	Auxiliar contable y administrativa		
<b>FECHA DE CIERRE PROPUESTA:</b>	19 de Diciembre de 2012		
<b>FECHA DE VERIFICACIÓN DE EFICACIA:</b>	21 de Diciembre de 2012		
<b>SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES:</b> Se realizó satisfactoriamente la modificación del procedimiento de gestión humana (REC-P-02) incluyendo la metodología para la selección de cargos temporales, que a su vez fue socializado a los responsables del proceso de selección, dejando evidencia respectiva de esta actividad y se realizó la verificación de los formatos de requisitos de documentación para contratación de personal. Adicionalmente se realizó una revisión de las hojas de vida de todo el personal de la institución y almacenamiento de sus registros o soportes como evidencia.			
<b>EFICACIA DE LA ACCIÓN TOMADA:</b> Las acciones fueron eficaces ya que se le dio conformidad al requisito incumplido, hallado en la auditoría interna, a través de la actualización del procedimiento de gestión humana en cuanto a contratación de personal temporal y almacenamiento de sus soportes como evidencia.			

FIRMA RESPONSABLE DEL CIERRE: Leidy M. Villabona

FECHA DE CIERRE: 19 -Dic-2012

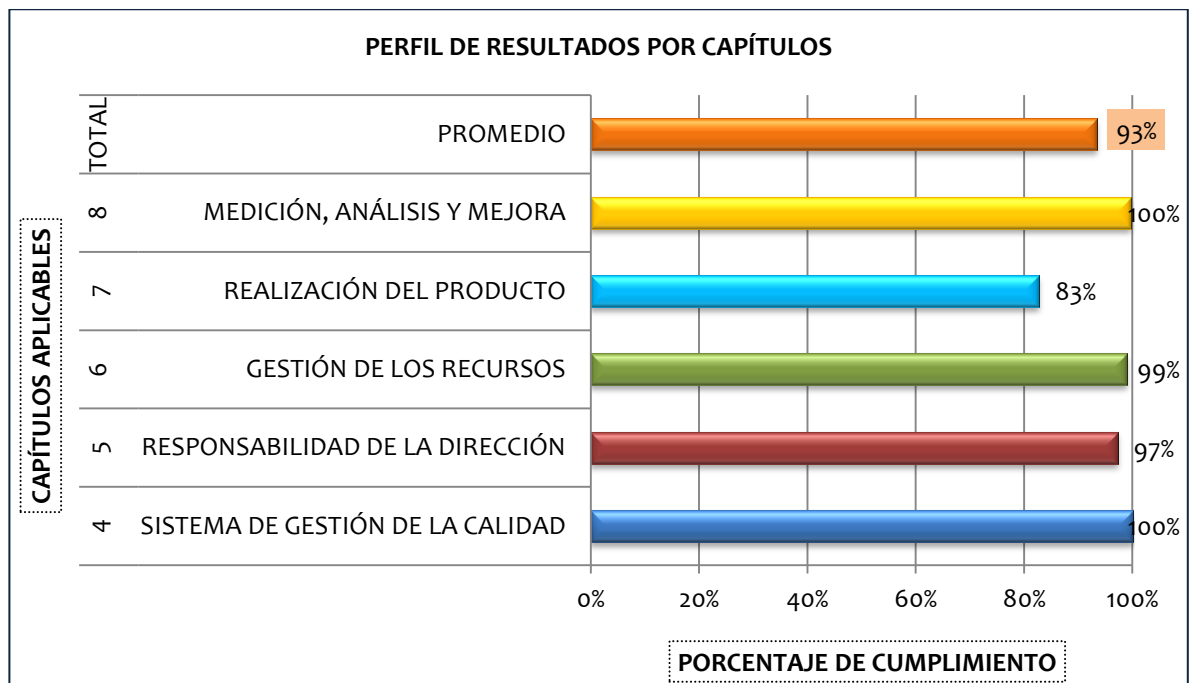
Fuente: Autoras del proyecto

## 10. DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Una vez implementados los planes de mejora, después de la etapa de evaluación, se realizó el diagnóstico del estado final de la institución en cuanto al cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007. Se utilizó la misma herramienta empleada para el diagnóstico inicial con las listas de chequeo.

Los resultados se presentan a continuación.

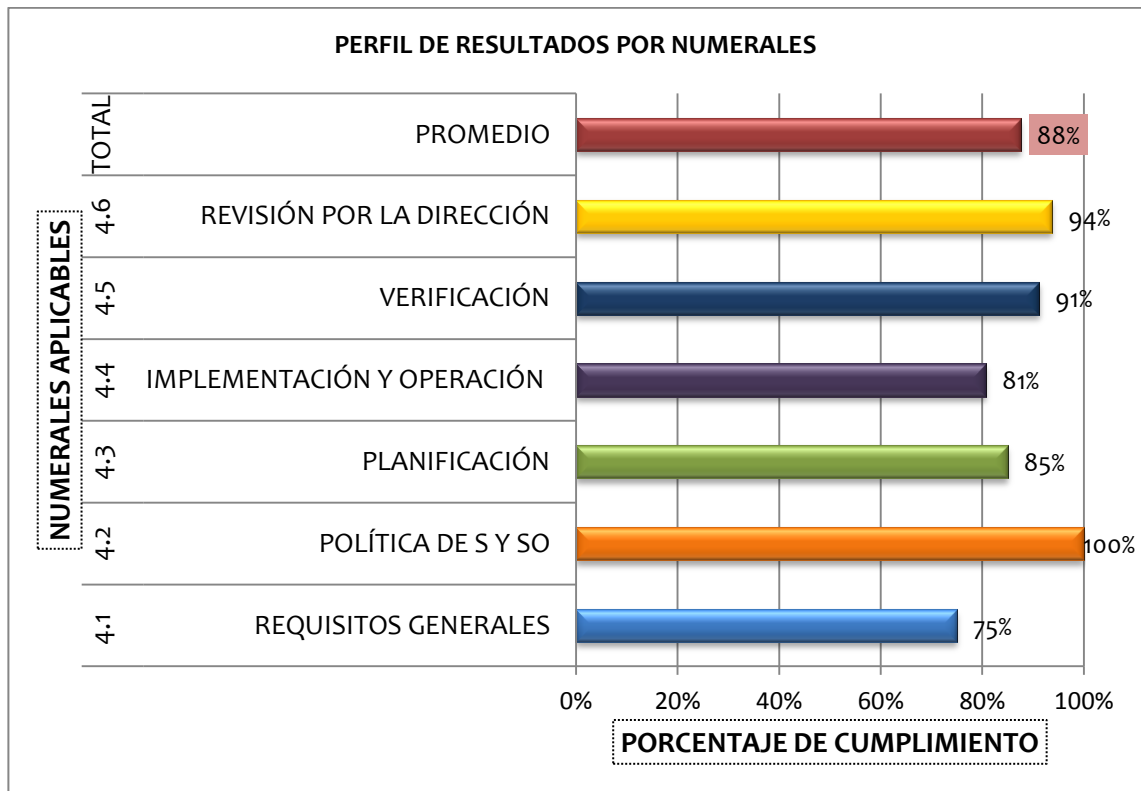
Figura 35. Perfil de resultados diagnóstico final NTC ISO 9001:2008



Fuente: Autoras del proyecto

La figura 35 indica un grado de cumplimiento del 93%, que con respecto al inicial que fue del 25%. Es muy bueno para la institución reconocer que la implementación del Sistema Integrado de Gestión logra que la percepción del cliente frente al cumplimiento de sus requisitos sea más alta, logra una institución más organizada enfocada hacia la mejora continua.

**Figura 36. Perfil de resultados diagnóstico final NTC OHSAS 18001:2007**



Fuente: Autoras del proyecto

La figura 36 indica un grado de cumplimiento del 88%, que con respecto al inicial que fue del 4%. Evidenciando este resultado una institución más eficiente y productiva al minimizar el riesgo de accidentes, situaciones de emergencia, enfermedades laborales y otras lesiones relacionadas con el trabajo. La importancia de establecer un proceso para evaluar peligros y riesgos en el ambiente de trabajo e implementar medidas de prevención como parte de las operaciones del día a día, proteger a los trabajadores; donde bajar el riesgo de tener que cubrir pagos de seguro y costos legales hace más rentable la institución.

## 11. APORTES

Como ingenieras industriales las autoras fueron un medio para la implementación de una herramienta de clase mundial conocida por su eficacia y eficiencia, aportando sus conocimientos para establecer los manuales de funciones apropiados a las exigencias de los sistemas implementados, ajuste de la planeación estratégica, diseño e implementación de la política integrada de gestión y sus objetivos, diseño e implementación de matrices para la identificación de peligros, evaluación de requisitos legales, diseño e implementación de programas de gestión que permitieran mitigar, prevenir y/o controlar los peligros a los que se encuentra expuesto la institución y establecimiento de indicadores de gestión para medir el desempeño de cada uno de los sistemas implementados.

Aplicar todos los conocimientos adquiridos durante la carrera, y generar en la Institución un camino de doble vía, de mejora continua, de análisis de procesos, presentación de informes, de la comprensión, importancia y ventajas competitivas que surgen de la implementación de los sistemas de gestión.

Adicionalmente a través del desarrollo de la práctica empresarial se observó una deficiente distribución de la sala de rehabilitación pulmonar, en la que se presentaban inconvenientes por los espacios mal utilizados, peligros para el personal de la institución, pacientes y visitantes, falta de balas de oxígeno y máquinas ubicadas de forma inapropiada para el acceso de las fisioterapeutas, visitantes y pacientes. Por lo tanto se planteó la propuesta de acondicionar la sala de rehabilitación pulmonar, con el fin de mejorar la distribución de las máquinas, contar con áreas exclusivas y delimitadas, con los espacios suficientes de acuerdo al tipo de terapia, evitando así condiciones del ambiente u objetos que pudiesen producir autolesiones en los pacientes.

Además que se garantizara condiciones de asepsia, por tanto construcción del baño y vestier para los pacientes, disponibilidad de oxigeno respectivamente anclado y protección de los tomacorrientes, canalización del cableado.

## ANTES DEL MEJORAMIENTO

Figura 37. Sala de rehabilitación pulmonar antes del mejoramiento



Fuente: Autoras del proyecto

## DESPUÉS DEL MEJORAMIENTO

Figura 38. Sala de rehabilitación pulmonar después del mejoramiento.



Fuente: Autoras del proyecto

## 12. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Tabla 30. Cumplimiento de objetivos

OBJETIVO DEL PROYECTO	NUMERAL DEL CUMPLIMIENTO
Elaborar un diagnóstico que incluya las actividades de mejoramiento de los procesos misionales que haya desarrollado previamente la empresa y los resultados obtenidos	Capítulo 5, numeral 5.1
Identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Normas ISO 9001:2008 Y OHSAS 18001:2007, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.	Capítulo 5, numeral 5.2, 5.3, 5.4 y 5.5
Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en el Instituto Neumológico del Oriente S.A en cada una de las etapas que conlleva a la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional	Capítulo 5, numeral 5.7 Capitulo 8, numeral 8.1
Documentar los procesos desarrollados en el Instituto Neumológico del Oriente por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en las Normas NTC ISO 9001:2008 Y NTC OHSAS 18001:2007.	Capítulo 7
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional en el Instituto Neumológico del Oriente S.A, estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.	Capítulo 7, Capitulo 8
Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.	Capítulo 9
Elaborar e implementar planes de mejora resultado de las dos auditorías.	Capítulo 9, numeral 9.1.2 y numeral 9.3.2

Fuente: Autoras del proyecto

### 13. CONCLUSIONES

- Siendo el diagnóstico inicial el punto de partida del Sistema Integrado de Gestión para identificar las actividades a desarrollar para la implementación eficaz, realizado en el INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE S.A, utilizando la herramienta lista de chequeo de requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007, que permite conocer el grado de cumplimiento de la institución para con cada una de las normas, arroja como resultado un 25% en NTC ISO 9001:2008 y un 4% en NTC OHSAS 18001:2007 evidenciando un bajo cumplimiento en las dos normas.
- Establecer la alineación de las metas e indicadores de los programas de seguridad y salud en el trabajo, con los objetivos integrados de gestión y sus metas asociadas, así como la planeación estratégica de la Institución, es indispensable para enfocar los esfuerzos del proceso al cumplimiento de estos y determinar herramientas de verificación y seguimiento a dichos programas.
- La sensibilización, capacitación y formación del personal son factores determinantes para la implementación de los sistemas, ya que permiten la toma de conciencia y fortalecer al equipo humano de la institución, con el compromiso en cuanto a temas de seguridad y salud en el trabajo, la calidad del servicio; con la finalidad de sobresalir ante los competidores en el sector de la salud.
- El compromiso de la gerencia fue importante, puesto que permitió enfocar las directrices organizacionales en el logro de los objetivos planteados referentes a la calidad, seguridad y salud, mediante la asignación de recursos para la implementación del sistema, cumplimiento de requisitos legales, y brindando ambientes seguros a todos los miembros de la institución.

- La norma ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007 son normas genéricas, que permiten a cualquier organización adecuarse a sus estándares, por esto es necesario que los líderes de la institución las comprendan, para poder interpretarlas e implementarlas de acuerdo a las exigencias que le plantea su sector económico.
- El desarrollo de la documentación del sistema integrado de gestión, fue una de las labores más complejas y arduas; sin embargo estuvo acompañada con el personal directamente involucrado en las actividades que fueron establecidas. De igual forma la documentación contribuyó a la estandarización de los procesos identificados del Sistema Integrado de Gestión y fue una herramienta soporte de las actividades diarias de los procesos y generando mejoras en la institución.
- La adecuada identificación de peligros y de requisitos legales, permitió determinar de una mejor manera las actividades que se debían desarrollar para implementar los sistemas, tomando los controles necesarios para mitigar los impactos que estos elementos generan en la institución, además de definir la política integrada y sus objetivos, metas, programas y subprogramas.
- La creación de una nueva estructura organizacional, la asignación de responsabilidades claras, mediante la puesta en marcha de planes de formación y entrenamiento y la evaluación del desempeño del personal, permitió el fortalecimiento de las competencias del personal, buena coordinación entre las áreas y mayor énfasis en los objetivos de cada proceso.
- El seguimiento y la medición de los procesos a través de los indicadores de gestión, fue un concepto nuevo por el que se tuvo que trabajar mucho para su comprensión; en la medida en que se comenzó a medir dichos indicadores, se

mejoró el análisis y las acciones a tomar para corregir las falencias en los procesos.

- Las auditorías internas realizadas permitieron identificar las fortalezas del Sistema Integrado de Gestión implementado, así como los aspectos por mejorar para diseñar y ejecutar planes de mejora que permitieran fortalecer las debilidades y preparar los procesos para la auditoría de otorgamiento.
- Implementadas las normas ISO 9001:2008 y OHSAS 18001:2007, la institución toma una imagen de compromiso con el cliente, los trabajadores, contratistas y la sociedad que la hace más competitiva y confiable.

## 14. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con la cultura de mejoramiento continuo por parte de todos los procesos del Instituto Neumológico del Oriente S.A para garantizar el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión.
- Continuar con el comité integrado de gestión como órgano de control del SIG, realizando reuniones periódicas para tomar decisiones en beneficio del sistema, análisis de los resultados de los indicadores, tratamiento de servicios no conformes y eventos adversos, identificación de peligros y determinación de controles, tratamiento de quejas, reclamos y sugerencias.
- Se recomienda incentivar la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora en la institución, así como el seguimiento a los controles establecidos, que permitan aumentar el nivel de madurez del sistema integrado de gestión implementado.
- Las encuestas de satisfacción del cliente son una herramienta clave para generar mejoras en la prestación del servicio, por tanto se recomienda continuar con la realización y análisis de las mismas.
- Realizar inspecciones de seguridad con el fin de verificar que se estén llevando los controles requeridos para mitigar los peligros a los que se encuentran expuestos el personal de la institución, contratistas, visitantes y vecindario en el desarrollo de las actividades.
- Promover el autocuidado de la salud en los trabajadores, mediante capacitación en aspectos relacionados con el factor de riesgo biológico, normas de bioseguridad, aspectos legales y organización del programa de vigilancia

epidemiológica, orientado a prevenir y controlar la infección laboral en los servidores de la institución.

- Fortalecer las capacitaciones en la implementación de los programas, evaluando los objetivos que los componen y acciones que refuercen el cuidado de la salud y seguridad del personal y la prestación del servicio.
- La Gerencia de la institución debe mantener el compromiso para el sostenimiento y evaluación periódica del sistema integrado de gestión, con el propósito de obtener la certificación para el mes de marzo de 2013

## BIBLIOGRAFÍA

ALVERNIA RINCON, Felipe Alejandro y MEZA PICO, Leidy Marcela. Sistema de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo según los lineamientos de la norma OHSAS 18001:2007 en la Gobernación de Santander. Bucaramanga, 2011. Proyecto de Grado (Ingeniería Industrial). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingeniería Físico-Mecánicas.

ARIAS ARANDA, Diego. Sistema de gestión para la empresa Salud Dar IPS Ltda., según los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001:2008. Bucaramanga, 2011. Proyecto de Grado (Ingeniería Industrial). Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingeniería Físico-Mecánicas.

Disponible en: <http://www.belisario.com.co/>

Disponible en: <http://www.consejocolombianodeseguridad.org.co/>

Disponible en: <http://www.icontec.org.co/>

Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/>

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Guía estructura básica del programa de salud ocupacional. GTC 34, Bogotá DC. El instituto, 1997.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional. GTC 45. Bogotá DC.: El instituto, 2010.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.  
Sistema de gestión de la calidad: requisitos. NTC ISO 9001. Bogotá DC. El  
instituto 2008.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.  
Sistemas de gestión de seguridad y salud ocupacional: requisitos. NTC OHSAS  
18001. Bogotá DC. El instituto, 2007.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1. Actas de reunión comité estratégico**

## **ANEXO 2. Cuestionario de autoevaluación modelo EFQM**

### **ANEXO 3. Encuestas de satisfacción del usuario inicial**

#### **ANEXO 4. Resultados de las encuestas de satisfacción del usuario inicial**

**ANEXO 5. Diagnóstico de requisitos del sistema de gestión en calidad bajo la norma ISO 9001:2008**

**ANEXO 6. Diagnóstico de requisitos del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional bajo la norma OHSAS 18001:2007**

**ANEXO 7. Lista de asistencia sensibilización sistema integrado de gestión**

**ANEXO 8. Acta del comité del sistema integrado de gestión**

**ANEXO 9. Actas de elección y conformación del COPASO**

**ANEXO 10. Lista de asistencia socialización de política y objetivos del sistema integrado de gestión**

**ANEXO 11. Taller de socialización política y objetivos del sistema integrado  
de gestión**

## **ANEXO 12. Caracterizaciones de proceso**

**ANEXO 13. Procedimiento para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles**

**ANEXO 14. Matriz de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles**

**ANEXO 15. Procedimiento para el acceso, identificación y evaluación del cumplimiento de requisitos legales y de otra índole**

**ANEXO 16. Matriz de identificación de requisitos legales y otros en S&SO**

## **ANEXO 17. Procedimiento para la elaboración y control de documentos**

**ANEXO 18. Lista de asistencia estructura documental**

## **ANEXO 19. Material utilizado para estructura documental**

## **ANEXO 20. Procedimiento control de registros**

## **ANEXO 21. Procedimiento de auditoría interna**

## **ANEXO 22. Procedimiento acciones correctivas y preventivas**

**ANEXO 23. Procedimiento control del servicio no conforme y eventos  
adversos**

**ANEXO 24. Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares**

**ANEXO 25. Procedimiento investigación de accidentes e incidentes de trabajo**

## **ANEXO 26. Procedimiento para la comunicación, participación y consulta**

## **ANEXO 27. Procedimiento de seguimiento y medición**

## **ANEXO 28. Ejemplo manual de funciones**

## **ANEXO 29. Plan de emergencias y contingencias**

**ANEXO 30. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo**

## **ANEXO 31. Formatos programa de inspección**

## **ANEXO 32. Reglamento de higiene y seguridad industrial**

## **ANEXO 33. Manual del sistema integrado de gestión**

**ANEXO 34. Listado de documentos y formatos creados para la  
implementación del sistema integrado de gestión**

## **ANEXO 35. Plan de formación y entrenamiento**

**ANEXO 36. Lista de asistencia a capacitaciones**

## **ANEXO 37. Formato evaluación de capacitación**

**ANEXO 38. Lista de asistencia identificación de peligros**

## **ANEXO 39. Eficacia sistema integrado de gestión**

## **ANEXO 40. Programa de auditorías internas**

## **ANEXO 41. Plan de primera auditoría interna**

## **ANEXO 42. Lista de verificación de auditoría**

**ANEXO 43. Informe de auditoría No 1**

## **ANEXO 44. Plan de segunda auditoría interna**

**ANEXO 45. Informe de auditoría No 2**