SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PARA UNA CLÍNICA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ

KEWIN STIVEN LEDESMA ALFEREZ
ALEJANDRO PEREZ ARCILA

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE INGENIERÌAS
PROGRAMA DE INGENIERIA INDUSTRIAL
TULUÁ-VALLE DEL CAUCA
2019

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PARA UNA CLÍNICA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ

KEWIN STIVEN LEDESMA ALFEREZ
ALEJANDRO PEREZ ARCILA

Proyecto de grado para optar al título de Ingeniero Industrial

Director
Ing. Adolfo León Buriticá Olaya

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD INGENIERÍAS
PROGRAMA INGENIERIA INDUSTRIAL
TULUÁ-VALLE DEL CAUCA
2019

Aprobado por el comité de trabajo de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por Unidad Central del Valle del Cauca para optar al título de Ingeniero Industrial

_____

Presidente del jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Tuluá, 18 febrero de 2019

Agradecemos a Dios que nos dio la fuerza y la fe para lograr este objetivo de vida.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar expresamos nuestros agradecimientos a:

Nuestra familia sin lugar a duda siempre será nuestro motor para dicho esfuerzo.

Ing. Adolfo León Buriticá Olaya, por brindarnos los lineamientos necesarios para la realización del proyecto.

A la Clínica de mediana y alta complejidad del municipio de Tuluá, en especial al área de calidad por habernos brindado la oportunidad de desarrollar nuestra tesis profesional en la entidad.

A los profesores de la facultad de Ingeniería de la UCEVA quienes forjaron paso a paso las bases necesarias en la adquisición de los conocimientos que se aplican en el presente proyecto.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera nos ayudaron en la realización de este proyecto.

INDICE

Pag.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 20
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 20
1.1.1. Formulación del problema 21
1.2. OBJETIVOS 22
1.2.1. Objetivo general 22
1.2.2. Objetivos específicos 22
1.3. JUSTIFICACIÓN 22
1.4. MARCO DE REFERENCIA 24
1.4.1. Marco de antecedentes 24
1.4.2. MARCO TEÓRICO 26
1.2.4.1. Organización Internacional para la Normalización (ISO) ISO ¡Error! Marcador no definido.
1.2.4.2. Sistema integrado de gestión 26
1.2.4.3. Gestión Ambiental - NORMA ISO 14001 30
1.2.4.4. ISO 45001 31
1.2.4.5. Coincidencias en los sistemas integrados de gestión 35
1.2.4.6. Requisitos comunes en el sistema integrado de gestión ISO 9001, 14001 y 45001 36
1.4.3. MARCO LEGAL 37
1.5. METODOLOGÍA. 40
1.5.1. Tipo de investigación 40
1.5.2. Población 40
1.5.3. Técnica de información 40
1.5.4. Recolección de la información ¡Error! Marcador no definido.
2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA CLINICA 43
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA CLÍNICA OBJETO DE ESTUDIO 43
2.2. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE CALIDAD DE LA CLINICA. 45
2.3. DIAGNOSTICO INICIAL DE CUMPLIMIENTO SEGÚN REQUISITOS ISO 9001:2015; 14001:2015 y 45001:2018. 48

2.3.1. Diagnóstico de cumplimiento de la ISO 9001-2015 en la Clínica objeto de estudio 50

2.3.2. Diagnóstico de cumplimiento de la ISO 45001 en la Clínica objeto de estudio 54

2.3.3. Diagnóstico de cumplimiento de la Norma ISO 14001:2015 en la Clínica objeto de estudio 57

3. ESTRATEGIAS PARA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO 67

3.1. COSTO - BENEFICIOS DE LA PROPUESTA 70

3.3. BENEFICIOS CUALITATIVOS 73

4. CONCLUSIONES 77

5. RECOMENDACIONES 78

BIBLIOGRAFÍA 79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gestión de calidad **45**

Figura 2. Mapa de procesos **47**

Figura 3. Diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad **53**

Figura 4. Diagnóstico del Sistema de seguridad y salud en el trabajo **56**

Figura 5. Diagnóstico del Sistema de Sistema Ambiental **58**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Requisitos **32**
Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento del Sistema Integrado De Gestión **49**
Tabla 3. Diagnóstico del SGC por capitulo y numerales **50**
Tabla 4. Diagnóstico del SST por capitulo y numerales **54**
Tabla 5. Diagnóstico del Sistema de Gestión Ambiental **57**
Tabla 6. Requisitos sin cumplir del sistema de gestion integrado **60**
Tabla 7. Propuesta de mejora **67**
Tabla 8. Costo propuesta **70**
Tabla 9. Costos de no calidad **72**
Tabla 1. Distribución de costos adicionales de causados por el evento adverso **72**
Tabla 11. Flujo de caja Ejercicio académico **75**

GLOSARIO

ACCIÓN PREVENTIVA: acción para eliminar la causa de un aspecto ambiental potencial[1]

ACCION CORRECTIVA: acción para eliminar la causa de una no conformidad, o incidente y prevenir que vuelva a ocurrir[2].

ACREDITACIÓN: Proceso mediante el cual una institución u organismo examina, evalúa las características de un programa o las estructuras de una institución sanitaria (medios físicos o materiales, profesionales, organización de los servicios y otras de análoga naturaleza), basándose en criterios y estándares previamente determinados.

ACTIVIDAD (ES): Es la acción consciente, básica y exclusiva del ser humano con la cual se transforma la naturaleza, la cultura y / o la sociedad[3].

ACTOS INSEGUROS O SUBESTANDARES: Son las acciones u omisiones cometidas por las personas que, al violar normas o procedimientos de seguridad previamente establecidos, posibilitan que se produzcan accidentes de trabajo.

ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES – ARL: Entidades que tienen como objetivo prevenir, proteger y atender a los trabajadores contra Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que puedan ocurrir en el trabajo que desarrollan.

AGENTES DE RIESGO: Los agentes de riesgo son aquellos riesgos que afectan la salud de una persona en un ambiente de trabajo[4].

AUDITORÍA ADMINISTRATIVA: Es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-administrativos, financiero y de apoyo logístico, relacionado con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte de los usuarios[5].

---

[1] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[2] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTEC-ISO 45001-2018
[3] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[4] SURA. Identificación y control de los agentes de riesgo en el lugar de trabajo. ARL SURA 2015
[5] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015

CALIDAD: Sensación de satisfacción que un cliente tiene de un producto, bien o servicio recibido. En el ámbito institucional, totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamiento de un bien producido o de un servicio prestado que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los clientes. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto en cuestión, el cual se puede hacer objetivo a través de indicadores[6].

CERTIFICACIÓN: procesos que demuestra que un proceso productivo cumple los requisitos definidos en un documento normativo que especifique los requisitos del proceso, y que un sistema de gestión de calidad se ha implementado y opera de forma eficaz, con el objetivo de garantizar el cumplimiento permanente del proceso[7].

CICLO PHVA: pasos que se llevaran en el proceso planear, hacer, verificar, actuar.

COMPETITIVIDAD: Es la capacidad que tiene una empresa de participar y sobrevivir en un mercado; por si misma implica costos de mano de obra acordes con la productividad, el uso adecuado de los equipos, mayor calidad de los productos o servicios, más alto nivel de gerencia, administración y mayor eficiencia. Para que una empresa sea competitiva debe concentrar los esfuerzos en el sector en el cual se desempeña, definir infraestructura física, los cuales deben orientar al mejoramiento continuo.

CONDICIONES DE TRABAJO: Son el conjunto de variables subjetivas y objetivas que definen la realización de una labor concreta y el entorno en que esta se realiza e incluye el análisis de aspectos relacionados como la organización, el ambiente, la tarea, los instrumentos y materiales que pueden determinar o condicionar la situación de salud de las personas[8].

CONDICIÓN INSEGURA: Son todas las circunstancias o condiciones físicas que pueden causar lesiones o alteraciones en la salud. Por ejemplo: máquinas sin protección, puestos de trabajo mal diseñados, ruido, iluminación deficiente, polvo en el ambiente, entre otras[9]

CONTROL DE RIESGOS: Proceso de toma de decisiones para tratar y/o reducir los riesgos, para implantar las medidas correctoras, exigir su cumplimiento y la evaluación periódica de su eficacia[10].

---

[6] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[7] Ibíd.
[8] Quijano P. Trabajo de salud ocupacional, glosario general, letra P. Universidad del Rosario. (2009), P.15
[9] SURA. Identificación y control de los agentes de riesgo en el lugar de trabajo. ARL SURA 2015
[10] Quijano P. Trabajo de salud ocupacional, glosario general, letra P. Universidad del Rosario. (2009), P.16

DOCUMENTO: información y su medio de soporte. Medio ambiente: entorno en el cual una organización opera, incluidos el aire, el agua, el suelo, los recursos naturales, la flora, la fauna, los seres humanos y sus interrelaciones[11].

FUENTE GENERADORA O PELIGRO: Se refiere a la fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones[12].

GARANTÍA DE CALIDAD: Conjunto de acciones planeadas y sistemáticas mediante las cuales se proporciona la evidencia necesaria para establecer la confianza entre todos los interesados, con respecto a la calidad del producto o del servicio.

IMPACTO AMBIENTAL: cualquier cambio en el medio ambiente, ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización[13].

IMPACTO AMBIENTAL: cualquier cambio en el medio ambiente, ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización.

INCIDENTE: Suceso que surge del trabajo en el transcurso de trabajo que podría tener o tiene como resultado lesiones y deterioro de la salud[14]

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: es el conjunto de características administrativas, técnicas, científicas, humanas y de servicio, que debe tener la atención en salud para alcanzar los efectos deseados, en términos de la satisfacción de las necesidades y de las expectativas del Usuario interno y externo y de los proveedores.

LESION O DETERIORO DE LAS SALUD: efecto adverso en la condición física, mental o cognitiva de una personas[15].

LISTA DE VERIFICACIÓN: Es una lista de situaciones que expresan el estado ideal de las condiciones de trabajo, y que permite identificar cuáles se cumplen y cuáles faltan. En el anexo usted encuentra una lista de verificación sobre condiciones de salud y seguridad en la empresa[16].

---

[11] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[12] SURA. Identificación y control de los agentes de riesgo en el lugar de trabajo. ARL SURA 2015
[13] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO 14001:2015
14 NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO45001-2018
[15] Ibíd p.5.
[16] SURA. Identificación y control de los agentes de riesgo en el lugar de trabajo. ARL SURA 2015

MEDIO AMBIENTE: entorno en el cual una organización opera, incluidos el aire, el agua, el suelo, los recursos naturales, la flora, la fauna, los seres humanos y sus interrelaciones[17].

MEJORAMIENTO CONTINUO: Logro de un nuevo nivel de rendimiento superior al nivel anterior[18].

NIVEL DE ATENCIÓN: es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN – ISO: Es un federación no gubernamental que tiene como misión el promover en el mundo el desarrollo de las actividades relacionadas con la normalización, con el fin de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, y estimular la cooperación en los campos intelectual, científico, tecnológico y económico. Fue fundada en Ginebra – Suiza.

ORGANIZACIÓN: compañía, corporación, firma, empresa, autoridad o institución, o parte o combinación de ellas, sean o no sociedades, públicas o privadas, que tienen sus propias funciones y administración[19].

PELIGRO: fuente con un potencial para causar lesiones o deterioro en la salud[20].

POLÍTICA AMBIENTAL: intenciones y dirección generales de una organización relacionadas con su desempeño ambiental, como las ha expresado formalmente la alta dirección[21].

PLANEAR: Acción de elaborar planes. Proceso continuo de toma de decisiones, a partir del estudio de problemas se determinan políticas y estrategias, se definen objetivos y metas involucradas en ellos y se diseñan las actividades para llevar a cabo las estrategias[22].

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: Es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un proceso productivo, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo[23].

---

[17] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO 14001:2015
18 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
19 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[20] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO45001-2018
[21] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO 14001:2015
22 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[23] SURA. Identificación y control de los agentes de riesgo en el lugar de trabajo. ARL SURA 2015

PROCEDIMIENTO: Secuencia de actividades realizadas en una misma área o dependencia, y generalmente por una misma persona, con el fin de generar un subproducto significativo para un proceso[24].

PROCESO: Se definen como un conjunto de operaciones (actividades, tareas, procedimientos) ejecutadas de manera paralela y/o secuencial (ordenada de manera lógica que tenga un sentido frente al resultado), con el objeto de obtener un resultado (logro, meta, nivel de desempeño, estándar)[25].

PROMOCIÓN: La integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquica de los individuos y las colectividades.

RAI: revisión ambiental inicial Segregación en la fuente: clasificación inicial donde se genera.

REQUISITOS: o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria[26].

RIESGO: Probabilidad cuantitativa de que un agente, una actividad o un equipamiento cause un daño[27].

SERVICIOS DE SALUD: Es el conjunto de recursos humanos, físicos, tecnológicos, materiales y financieros, organizados para la realización de actividades y procedimientos relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Los servicios de salud pueden ser prestados bajo dos modalidades: hospitalario y ambulatorio, esta última en forma intramural o extramural.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL (SGA): parte del sistema de una organización, empleada para desarrollar e implementar su política ambiental y gestionar sus aspectos ambientales. Política ambiental: intenciones y dirección general de una organización relacionadas con su desempeño ambiental como las ha expresado formalmente la alta dirección[28].

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL, SGA: Parte del sistema de gestión de una organización, empleada para desarrollar e implementar su política ambiental y gestionar sus aspectos ambientales.

---

[24] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[25] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[26] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC –ISO 45001:2018
[27] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO45001-2018
[28] NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO 14001:2015

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, SGC: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad[29].

SISTEMA DE GESTIÓN: Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos. Un sistema de gestión de una organización podría incluir diferentes sistemas de gestión tales como un sistema de gestión de la calidad, un sistema de gestión financiera o un sistema de gestión ambiental[30].

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL: Parte del sistema de gestión de una organización empleada para desarrollar e implementar su política de SySO y gestionar sus riesgos[31].

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Es el conjunto de Instituciones, Normas, Requisitos y Procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible[32].

SISTEMA: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan[33].

[29] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[30] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[31] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 45001-2018
[32] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[33] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo de grado fue realizar un diagnóstico de cumplimiento de los requisitos del Sistema Integrado de Gestión ISO 9001:2015 - 14001:2015 y 45001:2018 en una clínica de mediana y alta complejidad, con la finalidad de alinear y estandarizar los procesos con la plataforma estratégica de la organización. Es una investigación descriptiva de tipo cualitativo ya que se estudió la realidad en su contexto natural en este caso, estado actual del sistema integrado de gestión de las normas antes mencionadas. Al realizar el diagnóstico se pudo establecer que SGC tiene un cumplimiento de 62.75%, el S.ST (51.38%) y Gestión ambiental (18.53%), dado que el desempeño ambiental alcanzó un valor deficiente la clínica cumple con aspectos ambientales significativos como es el manejo de residuos sólidos peligrosos y un Sistema Integrado de Gestión (45%).

ABSTRACT

The main objective of this degree work was to perform a diagnosis of compliance with the requirements of the Integrated Management System ISO 9001: 2015 - 14001: 2015 and 45001: 2018 in a medium and high complexity clinic, in order to align and standardize the processes with the strategic platform of the organization. This is a descriptive research of a qualitative nature, since reality was studied in its natural context, in this case, the current state of the integrated management system of the aforementioned standards. When making the diagnosis it was possible to establish that SGC has a compliance of 62.75%, S.ST (51.38%) and environmental management (18.53%), given that the environmental performance reached a deficient value the clinic meets significant environmental aspects such as the management of hazardous solid waste and an Integrated Management System (45%).

INTRODUCCIÓN

Los sistemas integrados de gestión se centran en la calidad, la salud, la seguridad y el medio ambiente en un proceso unificador con el objetivo de acogerse a un sistema de excelencia, que se contempla en las normas internacionales[34]. El desarrollo, mantenimiento y la mejora de los sistemas de gestión basados en dichas normas internacionales beneficia la prevención de riesgos laborales, la gestión de proyectos de una manera eficiente y la dirección eficaz de personas. Es decir, para una empresa o institución en salud tiene como puntos positivos: reducción de los costos gracias a la optimización de los procesos, aumento de la satisfacción del cliente y mejora la imagen por el cumplimiento de estándares de calidad.

Ahora bien, la clínica de mediana y alta complejidad de Tuluá es una institución que viene posicionándose como la más importante entidad de salud del centro y norte del departamento del Valle del Cauca. La clínica está en un proceso contínuo de crecimiento ampliando su oferta de servicios en los niveles III y IV de complejidad. Por esta razón, las directivas de la institución desean implementar un Sistema de Gestión Integrado y espera obtener la certificación en las normas ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018, con el propósito de aportarle valor al negocio (excelencia en el desempeño) y alinearse a Política de Calidad y de esta forma obtener una mayor ventaja competitiva dentro de su sector económico.

El presente proyecto de grado muestra el diagnostico actual sobre el cumplimiento del sistema integrado de gestión ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018 la clínica de mediana y alta complejidad de Tuluá, con la finalidad de alinear y estandarizar los procesos con la plataforma estratégica de la organización y de esta forma llegar a la acreditación.

Es por esto, que el presente trabajo recopila y presenta lineamientos básicos para la auditoria, resaltando la importancia de realizarlo y comprende cinco capítulos en los que se desarrolla el siguiente contenido:

El capítulo 1, se presenta la descripción del proyecto con el objetivo de mostrar la justificación, objetivos y marco teórico que contiene conceptos fundamentales para realizar la auditoria sistema integrado de gestión ISO 9001:2015 -14001:2015 - 45001:2018.

[34] UNIVERSIDAD EUROPEA. ¿Qué son los sistemas integrados de gestión?. En línea. Disponible en: https://www.iep-edu.com.co/que-son-sistemas-integrados-gestion/

En el capítulo 2, se presenta el diagnóstico sobre el cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 -14001:2015 - 45001:2018.

El capítulo 3, se encuentra los planes de acción para la mejora y análisis costo beneficio de las propuestas y Posterior al desarrollo de los capítulos 1 al 3, se presentan en el capítulo 4, las conclusiones resultado de la observación y capitulo 5, las recomendaciones que se consideran necesarias para el trabajo realizado. Y finalmente se presenta la bibliografía utilizada para reconocer el mérito de los documentos de los cuales se requirió su consulta.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El entorno competitivo y cambiante en el que se mueven las organizaciones, exige altos niveles de gestión que permitan analizar el desempeño de los procesos y si se cuentan con herramientas que posibiliten evaluar la efectividad del sistema organizacional[35]

Específicamente, el sector salud en el municipio de Tuluá y sus alrededores la Clínica es la IPS más importante donde ofrece servicios integrales de Salud de alta y mediana complejidad en los cuatro niveles de atención. Tiene una cobertura de 18 municipios en el centro y norte del Valle del Cauca para una población aproximada de 800.000 habitantes, además de la atención a pacientes del Eje Cafetero: Caldas, Quindío y Risaralda, que comparando con las demás de la región debe mantener el sistema de gestión al día. Para llevar a cabo estos servicios con calidad, en agosto del 2010, la Clínica comenzó a ser parte de un grupo de empresas privilegiadas, a pesar de que ha sido certificadas bajo los requisitos de esta norma por parte del ente certificador Bureau Veritas Certification no ha sido actualizado, lo cual no lo hace competente.

Ahora bien, la entidad cuenta con un programa de mejoramiento continuo pero actualmente se está encaminando al proceso de Acreditación en la Salud, por lo tanto, debe ajustar sus procesos bajo este nuevo reto. Y se ha podido encontrar que la entidad apenas se está volviendo a implementar el PAMEC, dado que no estaba funcionando aproximadamente desde hace dos años. En cuanto al tema ambiental solo están generando acciones como tener una buena disposición de los residuos generados teniendo en cuenta que algunos de sus materiales y herramientas son contaminantes. Por otro lado, hace falta gestión para garantiza un lugar de trabajo adecuado a los miembros de la organización, el cual proporcione las condiciones requeridas para prestar el servicio; de la misma forma, no se contemplan los riesgos que se tiene desde cada puesto de trabajo, donde se puedan prevenir accidentes o enfermedades profesionales.

Por lo tanto, la institución al no contar con una adecuada metodología de gestión establecida en sus sistemas o procesos, se enfrenta a la problemática de que presentan inconsistencias y fallas, presentan deficiencias en la optimización de su

[35] E. Duque, Y. Gómez, “Evolución conceptual de los modelos de medición de la percepción de calidad del servicio: una mirada desde la educación superior”, Suma de Negocios, 5 (12), 180-191, 2014

tiempo y sus recursos y en general no cuentan con algún tipo de control. Porque la falta de documentación no permite tener una memoria organizacional, talento humano aislados interpretando y aplicando cada cual los procesos a su manera. Lo que hace en estas circunstancias dificultad para definir parámetros de rendimiento, establecer normas o definir metas de resultado; de lo anterior se observa que una de las quejas más frecuentes de los usuarios con respecto a la atención del servicio, son las demoras en la atención de sus citas, los interminables trámites que deben realizar estos para acceder a ciertos servicios, hacen que las personas se sientan vulneradas y no satisfechas con el servicio prestado al no encontrar funcionarios dispuestos a escuchar y a solucionar sus inconvenientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, para que la entidad llegue a la acreditación, brindando servicios de salud cumpliendo con los siguientes atributos: la seguridad del paciente, el acceso, oportunidad, eficacia, eficiencia, conveniencia y aceptabilidad del paciente. Para lograr este proceso se debe estructurar e implementar un sistema de gestión integrado como garante para el éxito sostenido de institución, dado que la aplicación conjunta de las tres normas permite lograr y mantener los altos estándares de calidad de la atención médica requerida por la sociedad.

Por esta razón, para las directivas de la institución es muy importante en primera medida realizar el diagnóstico situacional del estado actual del sistema integrado de gestión de la IPS para identificar las falencias y oportunidades de mejora que presenta la empresa. Y así poder establecer estrategias para el plan de mejora que le permita llegar a la- certificación.

1.1.1. Formulación del problema

Teniendo en cuenta la descripción anterior se identifica como pregunta de investigación el siguiente interrogante: ¿Cuál es el estado actual de cumplimiento en el Sistema integrado de Gestión (ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018) en una clínica de mediana y alta complejidad del municipio de Tuluá-Valle del Cauca?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general. Estructurar el sistema integrado de gestión ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018 en una clínica de mediana y alta complejidad con base en nomas actuales, con la finalidad de alinear y estandarizar los procesos con la plataforma estratégica de la organización.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la situacional del estado actual del sistema integrado de gestión ISO 9001:2015 -14001:2015 y 45001:2018 de clínica de mediana y alta complejidad.

- Proponer un plan de acción para la actualización del sistema integrado de gestión ISO 9001:2015, 14001:2015 y 45001:2018 de la clínica de mediana y alta complejidad del municipio de Tuluá-Valle del Cauca.

- Establecer costo-beneficio de la propuesta.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, las empresas sean manufactureras o de servicios tienen que desempeñarse en el entorno de un mercado globalizado que permite que su proyección y crecimiento sea mayor siempre y cuando las empresas sean flexibles a los cambios sin oponer resistencia a ellos, todo esto lleva a que la competitividad de las empresas es medida más allá de la calidad y de la productividad, trascendiendo al desarrollo y protección del personal, su infraestructura y activos operacionales sin afectar el ambiente, los recursos naturales y las comunidades del entorno de la empresa.

Por lo tanto, es importante implementar un sistema de gestión integrado en el cual el Sistema de Gestión Ambiental, este diseñado para que los procesos garanticen una interacción productiva, equilibrada, e impacten positivamente el medio ambiente; que sea una política para la clínica responder por una gestión productiva sana, de tal forma que los recursos naturales: agua, aire y suelo se conserven y utilicen eficientemente, de esta forma; los colaboradores, pacientes, proveedores, visitantes y población del entorno, disfruten de un medio ambiente saludable, como resultado de un desarrollo sostenible.

Por otro lado, estar certificados en seguridad y salud ocupacional, ISO 45001 significa que como entidad que brinda servicio de salud promueve y mantiene condiciones y factores ocupacionales seguros, encaminado hacia el bienestar físico, mental y social de sus colaboradores. También, estar certificado es brindarle a cada uno las herramientas necesarias para realizar su labor y prevenir

riesgos de accidentes, además de garantizar la seguridad de los pacientes y colaboradores dentro del hospital.

En cuanto a la gestión de calidad significa tener un compromiso con la calidad en todos los niveles, compromiso y trabajo permanente por brindarles a sus usuarios y pacientes seguridad en su atención y en los servicios que les ofrece. Lo que quiere decir que le permite a la entidad demostrar claramente su compromiso con todas las partes interesadas y que interactúan con dicha organización y no solo enfocada al cliente

Lo anterior, evidencia de manera clara la necesidad de evaluar el cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001:2015 -14001:2015 - 45001:2018 para la implementación de un Sistema de Gestión integrado y se justifica en tres aspectos fundamentales: la exigencia de transparencia con relación a qué huella se deja en el medio ambiente, con cuánta seguridad se gestiona sus operaciones y cómo se mejora continuamente la calidad ya que es la exigencia del mundo actual.

Además, en Colombia, las instituciones que interactúan dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud vienen efectuando cambios debido a que buscan la acreditación de sus instituciones para prestar los mejores servicios a los usuarios, para alcanzar esto, existe un marco legal muy amplio; la constitución política de Colombia, en su artículo 269, estipula que las instituciones públicas están obligadas a poner en práctica normas, métodos y procedimientos de control interno36 ; la ley 100 de 1993, en su artículo 153, habla de que las instituciones deben garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Dada la relevancia que tiene el Sistema de Gestión integrado en las instituciones de salud y considerando la importancia se debe contar con herramientas que permita la implementación, seguimiento, control y mejora de procesos, con el objeto de garantizar la toma de decisiones informadas y oportunas, que satisfaga las expectativas del usuario y contribuya al éxito de la institución en términos de calidad, competitividad, solidez económica y permanencia en el mercado, es fundamental que la entidad implemente un sistema versátiles, amigables y fácilmente integrable que le permita gestionar de forma dinámica sus procesos y motive a los colaborados hacer parte de ellos. Además, al tener un sistema de gestión integrado no solo tendrá efectos sobre la calidad del servicio, también lo tendrá sobre la seguridad y la salud de las personas involucradas en las operaciones y en el medioambiente. Por esta razón, las directivas de la clínica consideraron necesario efectuar un diagnóstico para definir el nivel de cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 -14001:2015 - 45001:2018 y las oportunidades de mejora para llegar a la implementación del sistema de gestión

[36] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá. El Ministerio. 1993

integrado. La integración de estos sistemas de gestión tiene que contribuir a satisfacer las necesidades que tienen las empresas para mejorar su competitividad y deben responder ante las nuevas condiciones con las que se desarrollan.

A nivel profesional, la realización del proyecto brindo la oportunidad de adquirir amplios conocimientos sobre los sistemas de gestión integrado, cuyos procesos soportan las actividades principales de las organizaciones. De esta manera, mediante el diseño de la propuesta se desarrollaron habilidades para el levantamiento documental de los procesos, seguimiento y control de requerimientos normativos y finalmente, la proyección de los beneficios para la organización.

1.4. MARCO DE REFERENCIA

1.4.1. Marco de antecedentes

Para el desarrollo del proyecto se tomará como antecedentes el proyecto elaborado por Sandra Juliana Zapata Delgado, Proyecto de grado con la modalidad de pasantía para optar el título de Ingeniería Industria de la Universidad Distrital Francisco José De Caldas.[37]

El objetivo general del proyecto fue diseñar, estructurar y documentar el sistema de gestión de la calidad de acuerdo a los requisitos y parámetros establecidos por la NTC ISO 9001:2015 en la empresa Cymma Group S.A.S.

El método investigativo guía de este proyecto fue Inductivo – deductivo y descriptivo Al finalizar el proyecto se logró desarrollar 6 fases: 7.1 Diagnóstico 7.2 Diseño De La Planeación Estratégica De La Empresa 7.3 Estrategia De Calidad 7.4 Identificación De Procesos 7.5 Diseño Del SGC 7.6 Auditoria Interna.

El aporte de este antecedente al proyecto es teórico y metodológico puesto que brinda las herramientas necesarias sobre cómo realizar, estructurar y documentar el sistema de gestión de la calidad de acuerdo a los requisitos y parámetros establecidos

Otro de los antecedentes es el artículo titulado Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European Foundation For Quality

[37] ZAPATA DELGADO Sandra Juliana. Propuesta metodológica del diseño del sistema de gestión de calidad bajo los parámetros trazados en la ntc iso 9001:2015 para Cymma Group S.A.S. 2016. Universidad Distrital Francisco José De Caldas

Management Y El Balanced Scorecard, elaborado por Nataly Kafruni Júbiz y Manuel Castro Del Toro.

Este artículo presenta el diseño de un Sistema Integrado de Gestión basado en los Estándares de Acreditación en Salud, el EFQM (European Foundation for Quality Management) y el BSC (Balance Scorecard), con el fin de intervenir las necesidades y problemáticas que se presentan durante la prestación del servicio en las Instituciones Prestadoras de Salud de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla. Se aplicó como instrumento de recolección de la información, una encuesta dirigida a quince (15) IPS, la cual permitió conocer el estado de gestión de la muestra seleccionada, identificando que a pesar de que se evidencia en la mayoría de las IPS, el compromiso gerencial con la planeación estratégica y la importancia del mejoramiento continuo, una de las principales falencias que se presentan, es el debilitamiento del factor Recursos Humanos, evidenciando la poca motivación y capacitación de los colaboradores. Con la articulación de los tres modelos de gestión se logró obtener una herramienta de gestión efectiva que permite evaluar la gestión integrado de la organización, tanto administrativa como operativamente, y de esta forma mejorar la prestación del servicio y garantizar la satisfacción del cliente[38].

Igualmente, se tiene como antecedente el proyecto titulado diseño y desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo enfocado en el decreto 1072/2015 y OSHAS 18001/2007 EN LA Empresa Los Angeles OFS, elaborado por María Nellys Martínez Jiménez y María Silva Rodríguez para optar el título de especialista en higiene y seguridad y salud.

El propósito general fue realizar la documentación del SG-SST y que esta a su vez fuera implementada en la compañía dando cumplimiento a la normatividad colombiana, dejando siempre las recomendaciones pertinentes para que la empresa continúe y genere día a día las mejoras continuas al sistema. La investigación se basó en la metodología de exploración.

A través de la evaluación inicial realizada a la empresa en el mes de agosto del año 2015, donde se manifiesta la falta de ejecución frente al tema con un porcentaje de cumplimiento del 5.7%, se evidenció que: La empresa cuenta con un porcentaje de planificación del 17%, lo que se evidencia en el modelo de política de SST y algunos esquemas de procedimientos bajo las norma ISO 9001. Sin embargo ninguno de los anteriores cumplen con los requisitos del decreto 1072 de 2015, por lo cual debieron ser ajustados e implementados. La implementación del sistema es del 0%, este resultado se debe a que dentro de la empresa se desconocía de la importancia de la implementación del sistema y

38 KAFRUNI JÚBIZ Nataly y CASTRO DEL TORO Manuel. Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European Foundation For Quality Management Y El Balanced Scorecard. 2016. PROSPECTIVA Vol. 16

debido al número de personas no existe un área de seguridad y salud en el trabajo. Por lo anterior se estableció un plan de trabajo que buscó diseñar y desarrollar el SG-SST dentro de los plazos estipulados en el decreto 1072/2015.[39] Otra de las investigaciones que sirven como referencia del proyecto es trabajo de grado titulado desarrollo del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional según el marco de la NTC-OHSAS 18001 En El Hospital Chapinero E.S.E, elaborado por Johanna Marcela Reyes López y Yessica Dayana Seña Malo para optar por el título de Ingeniero Industrial, de la Universidad Libre.

Inicialmente se llevó a cabo un diagnóstico, en el que se buscaron aquellos aspectos fuertes del Hospital y aquellos en los que no lo son tanto, con el fin de tener una claridad de su situación y de aquello que sería necesario intervenir. Seguido a esto se aportaron elementos para enriquecer la política actual del Hospital, como un gran paso a su Sistema de Gestión.

Más adelante se procedió a la evaluación de los riesgos presentes en el mismo y evaluaron una serie de indicadores como medios de gestión del riesgo de los riesgos más altos. Posteriormente se siguió con el desarrollo de los aspectos de la norma que en el diagnóstico inicialmente realizado se mostraron incompletos. Finalmente se realizó un estudio financiero buscando determinar las ventajas en términos monetarios que traería al Hospital implementar un Sistema de Gestión[40].

1.4.2. MARCO TEÓRICO

1.2.4.1. Sistema de gestión integrado.

Es la integración de sistemas, en este caso relativos a calidad, medio ambiente, seguridad y salud en el trabajo ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001 respectivamente. El alcance de la integración de los sistemas de gestión puede depender de los stakeholders de una organización,

Los sistemas de gestión se constituyen en la estrategia que puede implementar las pequeñas y medianas empresas y que se convierte en el patrón a seguir por la misma[41], por lo cual se establece que para ser competitivos, es necesario identificar un sistema de gestión apropiado para su organización. Para

39 MARTÍNEZ JIMÉNEZ María Nellys y SILVA RODRÍGUEZ María Silva Rodríguez. diseño y desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo enfocado en el decreto 1072/2015 y OSHAS 18001/2007 EN LA Empresa Los Angeles OFS.2016. Universidad Distrital Francisco José De Caldas

40 REYES LÓPEZ Johanna Marcela y SEÑA MALO Yessica Dayana. desarrollo del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional según el marco de la NTC-OHSAS 18001 En El Hospital Chapinero E.S.E. 2013. Universidad Libre

41 S. González, “Sistemas integrados de gestión, un reto para las pequeñas y medianas empresas”, Escenarios, 9 (1), 69-89, 2011.

identificarlo, los directivos de las instituciones deben tener claro cuál es el propósito que pretenden alcanzar por medio de su gestión. Con el fin de crear ventajas competitivas para la organización y contribuir a un desarrollo sostenible. un Sistema Integrado de Gestión tiene que ser amplio y debe incluir la cadena de producción en su totalidad como también las partes interesadas[42].

Las empresas que operan un Sistema Integrado de Gestión obtienen beneficios tales como el ahorro de recursos, una mejor utilización de estos y la mejora de la comunicación en toda la organización. Sin embargo, para que los beneficios se materialicen, es esencial que las organizaciones sean conscientes de los retos y obstáculos que acompañan a la integración de los sistemas[43]. Si estos problemas no se tratan temprano se puede retrasar el desarrollo del proceso de integración[44].

Una manera de integrar modelos es implementar un cuadro de mando integral que permita a los directivos tener un instrumento de control que despliegue la estrategia y lleve a la empresa al éxito, y por otro lado la implementación de un sistema de calidad que a partir de la situación actual de la organización, pretende conseguir mejoras, optimizando el funcionamiento de la empresa, y así manejar la parte operativa. La implementación de sistemas integrados de gestión permite mejorar las prácticas y capacidades de la empresa, facilita la comunicación y sirve como técnica para entender y gestionar el resultado, la planificación y la formación[45] .

Pueden señalarse las siguientes ventajas derivadas de la integración de los sistemas de gestión:

- Simplificación de los requerimientos del sistema.
- Optimización de los recursos.
- Reducción de costos.
- Realización de auditorías integradas.
- Reducción de la documentación.
- Alineación de los objetivos de los distintos estándares y sistemas.
- Creación de sinergias.
- Reducción de duplicaciones de políticas y procedimientos.
- Incremento de la motivación de los trabajadores.
- Mejora de la efectividad y eficiencia de la organización.
- Mejora de la satisfacción de los stakeholders o partes interesadas.

[42] T. Jorgensen, A. Remmen, D. Mellado, “Integrated management systems – three different levels of integration”, Journal of Cleaner Production, 14 (8), 713–722, 2006.
[43] CARMONA M. La integración de sistemas de gestión normalizados sobre la base de los procesos [Internet], Instituto Andaluz de Tecnología. 2008.
[44] ZUTSHI, A.; SOHAL A. “Integrated management system: The experiences of three Australian organizations”, Journal of Manufacturing Technology Management, 16 (2), 211-232, 2005.
[45] Ibid.

A continuación se hará una descripción de cada una de las normas del sistema de gestión integrado:

ISO 9001:2015. Un sistema de calidad es un mecanismo de regulación 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 ocho principios ocho principios fundamentales:

Los ocho principios de gestión de la calidad son los siguientes:

Principio 1: Enfoque al Cliente[46]
Las empresas dependen de sus clientes, y por lo tanto deben comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer todos los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder a las expectativas de los empleados.

La organización debe tener claro que las necesidades de sus clientes no son estáticas, sino dinámica por lo que van cambiando a lo largo del tiempo, además de ser los clientes cada vez más exigentes y cada vez se encuentran más informados. La organización no sólo ha de esforzarse por conocer las necesidades y expectativas de sus clientes, sino que ha de ofrécele diferentes soluciones mediante los productos y los servicios, y gestionarlas e intentar superar las expectativas día a día. Para ampliar información ISO 9001:2015 – El programa de auditoría y su funcionamiento.

Principio 2: Liderazgo
Los líderes establecen la unidad de propósito y orientación de la empresa. Deben crear y mantener un ambiente interno en el cual los empleados pueden llegar a involucrarse totalmente para conseguir los objetivos de la empresa.
El liderazgo es una cadena que afecta a todos los directivos de una empresa, que tienen personal a su cargo. Si se rompe un eslabón de dicha cadena, se rompe el liderazgo de la empresa[47].

Principio 3: Participación del personal
El personal es la esencia de la empresa y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean utilizadas para el beneficio de la empresa.
La motivación del personal es clave, así como que una empresa dispone de un plan de incentivos y reconocimientos. Sin estas dos acciones, difícilmente una empresa puede conseguir el compromiso del personal[48].

[46] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[47] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[48] Ibíd.

Principio 4: Enfoque basado en procesos
Un resultado deseado se consigue más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
El cambio reside en la concepción de la empresa. Ha dejado de ser una empresa por departamentos o áreas funcionales para ser una empresa por procesos para poder crear valor a los clientes[49].

Principio 5: Enfoque de sistema para la gestión
Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficiencia y eficacia de una empresa para conseguir sus objetivos.
El fin último que se persigue es el logro de los objetivos marcados. Para ellos será necesario que la empresa detecte y gestione de forma correcta todos los procesos interrelacionados[50].

Principio 6: Mejora continua
La mejora continua del desempeño general de las empresas debe ser un objetivo permanente. La mejora continua de los procesos se consigue con el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), para mejorar[51].

Principio 7: Enfoque basado en hechos para la toma de decisión
Las decisiones se basan en el análisis de los datos y la información. Lo que no se puede medir no puede ser controlado, y lo que no se puede controlar es un caos. Esto no se nos puede ayudar.
Principio 8: Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor
Una empresa y sus proveedores son interdependientes, y una relación beneficiosa para aumentar la capacidad de ambos para crear valor.

Es necesario desarrollar alianza estratégicas con los proveedores para ser mucho más competitivos y mejorar la productividad y la rentabilidad. Durante las alianzas, gana tanto la empresa como los proveedores.

Adoptar un Sistema de Gestión de Calidad debe ser una decisión estratégica que tome la dirección de cada empresa. El diseño y la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad de una empresa que se encuentra influido por la naturaleza de cada empresa, por sus necesidades, por sus objetivos particulares, por los servicios que proporciona, por los procesos que emplea y por el tamaño y la estructura de la misma. El éxito de una empresa se consigue mediante la implementación y el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad diseñado para mejorarlo de forma continua[52].

---

[49] Ibíd
[50] Ibíd
[51] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015
[52] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015

La aplicación de diferentes principios de la gestión de calidad no sólo proporciona beneficios directos sino que también hace una importante contribución de la gestión de costos y riesgos.[53]

1.2.4.2. Gestión Ambiental - NORMA ISO 14001. El objetivo fundamental que una empresa adopte medidas para llevar a cabo un sistema de gestión medioambiental es el compromiso firme a la prevención de la contaminación. Para ello, la organización buscará conseguir la reducción y el control de los contaminantes, utilizando la sustitución de materiales, su tratamiento, su reciclado, los cambios en los procesos, y el uso eficiente de los recursos. El sistema de gestión medioambiental va a comprometer a la organización, entre otras cosas a:

La identificación de las exigencias legales y los impactos medioambientales asociados a las actividades, productos y servicios de la empresa.

• El fomento de la responsabilidad de la dirección y del personal en la
• Protección medioambiental, mediante la definición clara de las responsabilidades de todo el personal.
• La planificación medioambiental en todo el ciclo de vida del producto y del proceso.
• El establecimiento de un sistema que permita alcanzar los objetivos medioambientales definidos.
• El fomento del establecimiento de un sistema de gestión medioambiental por parte de proveedores y contratistas.
• La evaluación de los resultados medioambientales sobre la base de la política y los objetivos especificados.
Esto va a permitir a la organización:
• Cumplir con la legislación y la política medioambiental de la organización y comprometerse a reducir de forma continua la contaminación.
• Prevenir los posibles problemas medioambientales.
• Disponer de los registros que justifican o evidencian el comportamiento medioambiental de la empresa.
• Dar confianza a las partes interesadas al respecto del comportamiento medioambiental (clientes, administración, trabajadores, vecindad, accionistas, etc.).
• Reducir costes mediante la reducción del desperdicio en los procesos o en el empaquetado, el ahorro de energía, agua y otros recursos, etc., así como mediante la reducción de las primas de seguros como consecuencia de la reducción del riesgo medioambiental.

En su implementación, no existe un proceso único estándar, y el grado de dificultad tiene que depender del tipo de organización y de sus condiciones

[53] NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015

económicas. En general la implementación involucra una serie de pasos entre los que se deben recomendar:[54]

- Definición de la política ambiental
- Identificar los diferentes aspectos ambientales inherentes a la empresa
- Establecer el marco legal y reglamentario
- Es necesario definir objetivos y metas ambientales
- Formación y sensibilización del personal
- Establecer los medios de comunicación
- Definir e implantar las políticas y procedimientos ambientales que sean aplicables
- Documentar un plan de respuestas y control de emergencias y contingencias implementar efectivamente todos los procesos definidos
- Seguimiento y medición de la eficacia del Sistema de Gestión Ambiental a través de los indicadores que han sido seleccionados
- Aplicación de auditorías internas
- Aplicar acciones correctivas basadas en el análisis de los resultados y acciones preventivas basadas en la política ambiental
- Establecer la revisión por la dirección
- Certificación del Sistema de Gestión Ambiental

Es muy recomendable que la implementación de la norma ISO 14001 2015 se encuentre realizada por el personal especializado en materia ambiental y en sistemas de gestión, es necesario que se facilite el proceso de implantación o adecuación, además de conseguir los resultados necesarios que sean beneficiosos para la empresa y el medio ambiente.

1.2.4.3. ISO 45001. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional Las normas de seguridad y salud laboral ayudan a una empresa a mejorar la gestión administrativa e incrementar la producción de sus productos con calidad, reduciendo las posibilidades de un accidente durante la fabricación del producto, y planificar las respuestas en caso de una emergencia.

No obstante de esta reglamentación, es importante señalar que se encuentra en la norma ISO 45001 la cual es una actualización de la OHSAS 1800. La norma ISO 45001, trata sobre los requisitos de seguridad y salud laboral, la cual permitirá "Mejorar la seguridad y salud en el trabajo, asegurar que la gestión de la seguridad y salud se encuentra alineada con la dirección estratégica de la organización, mejorar la integración con otras normas de sistemas de gestión, aumentar la participación de la alta dirección, aumentar la conciencia y cultura de SST".[55] A continuación en la Tabla 1, se puede observar los requisitos de la norma.

[54] Norma técnica colombiana NTC ISO 14001-2015

[55] FLORES NAVARRETE Juan Sebastián. Diseño de un sistema de gestión de la seguridad y salud ocupacional para la administración de la empresa "prefabricados de concreto flores" basado en la norma ISO 45001 Trabajo previo a la obtención del Título de Ingeniero Civil. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14608/TESIS%20imprimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tabla 2. Requisitos

CLÁUSULAS CON REQUERIMIENTOS	ASPECTOS DESTACABLES
4. Contexto de la organización	La **Norma ISO 45001:2018** considera que los resultados de seguridad y salud en el trabajo se ven afectados por diversos factores internos y externos (que pueden ser de carácter positivo, negativo o ambos), tales como: las expectativas de los trabajadores, las instalaciones, las contratas, los proveedores, la normativa que afecta a la actividad, etc.
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	Destaca como aspectos clave el liderazgo de la dirección y la participación de los trabajadores. Los determina como imprescindibles para gestionar de modo adecuado y optimizar los resultados en seguridad y salud.
6. Planificación	Comprende las acciones previstas para abordar riesgos y oportunidades. Alcanzarán las relativas a la seguridad y salud, y al propio sistema de gestión. Asimismo, para la consecución de estas acciones deberán definirse objetivos y medios para lograrlas.
7. Apoyo	Establece la necesidad de determinar los medios necesarios para conseguir la planificación mediante recursos, competencia, toma de conciencia y comunicación. El resultado de este requerimiento debe estar soportado de forma documental.
8. Operación	En función de lo planificado, se ejecutarán las medidas previstas,
9. Evaluación del desempeño	Verifica la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud. Para ello, requiere auditorías internas y la revisión de la dirección, entre otras.
10. Mejora	Su consecución es el objetivo final del sistema y el fundamento del ciclo de PDCA

Un Sistema de Gestión de SySO basado en ISO 45001, permitirá a una organización mejorar notablemente su rendimiento en SySO a través de:

- Desarrollar e implementar una política de y objetivos de S y SO
- Establecer procesos sistemáticos que consideren su “contexto” y que tengan en cuenta cuenta sus riesgos y oportunidades, y sus requisitos legales y de otro tipo
- Determinar los peligros y los riesgos de S y SO asociados con sus actividades; buscando eliminarlos, o poner controles para minimizar sus efectos potenciales
- Establecer controles operacionales para administrar sus riesgos de S y SO, sus requisitos legales y otros requisitos
- Aumentar la conciencia de sus riesgos de S y SO
- Evaluar su desempeño de S y SO y tratar de mejorarlo, tomando las medidas apropiadas

- Garantizar que los trabajadores asuman un papel activo en asuntos de seguridad y salud[56]

Ahora bien, la Gestión Ambiental y la Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional se interrelacionan a partir de aspectos que intervienen en el manejo de emergencias y el uso de una metodología similar. En este punto se tienen como conceptos comunes, los siguientes: Los seres humanos, mediante el puesto de trabajo que ocupan, se relacionan con la empresa y el medio u entorno en el que ésta realiza sus actividades. En este sentido, la gestión de la seguridad y salud ocupacional vela por mejorar las condiciones del trabajo para las personas y la gestión ambiental se encarga de mejorar las relaciones de éstas con su entorno.

A partir de esta relación, el impacto ambiental se reenfoca hacia la salud en el ambiente laboral manifestándose como cualquier cambio en este ambiente, sea adverso o beneficioso para el trabajador, resultado de las actividades, productos, servicios y relaciones de la organización. Una vez tratado cada tópico de manera independiente se presenta el constructo teórico para la integración de los sistemas de gestión de calidad, ambiental y seguridad y salud ocupacional.

La preparación de un sistema integrado de gestión de la calidad, gestión ambiental y gestión de la seguridad y salud laboral exige adoptar una táctica determinada, ya que, a pesar de que 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 PHVA 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 debe alcanzar y la forma como está estructurado el personal y los cuadros directivos, así como las condiciones de competencia y formación de dicho personal y las relaciones de comunicación internas[57]

Los aspectos dinámicos contemplan la preparación y ejecución de los procesos y son característicos de la gestión de calidad, ya que 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 ambiental y 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

[56] FLORES NAVARRETE Juan Sebastián. Ibid. P.45
[57] DELGADO PALOMINO, Jorge Antonio. Sistemas Integrados de Gestión -ISO 9000 ? ISO 14000 ? OHSAS 18000. En http://www.monografias.com/trabajos38/sistemas-integrados-gestion/sistemas-integrados-gestion2.shtml. 04, Septiembre de 2010.

personal ni para el entorno circundante y las protecciones que han de ser utilizadas para eliminar o disminuir dicha agresividad.

A continuación se enumeran la totalidad de los aspectos a considerar en el sistema[58]:

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

- Identificación y secuencia de procesos
- Definición de la organización y de su estructura
- Política y compromiso de la dirección
- Establecimiento de objetivos
- Documentación del sistema
- Comunicación y formación

ASPECTOS DINÁMICOS

- Compras de productos y servicios
- Diseño y requisitos del producto
- Realización del producto
- Medición y control de los procesos
- Control del producto no conforme
- Auditorías internas

Acciones de mejora

ASPECTOS ESTÁTICOS

- Disposición y aplicación de recursos
- Estado de la infraestructura y las instalaciones
- Control de las emisiones y de los vertidos
- Gestión de los residuos y de la inocuidad del producto

[58] LEUNG HUI Man Ching. Diseño de un sistema integrado de gestión (calidad, medio ambiente y seguridad industrial y salud ocupacional) para la Empresa C.I. Recycables S.A. de la ciudad de Cartagena, como respuesta a las exigencias del mercado chino. 2013. Universidad Tecnológica De Bolívar. P.39

- Análisis, evaluación y control de riesgos
- Dotación de equipos de protección individuales
- Estado de las máquinas y sus dispositivos de protección

Adoptar y poner en marcha el Sistema de Gestión Integrado implica conseguir superar una serie de etapas secuenciales hasta llegar a su estado de plena operatividad. Es fundamental garantizar que el sistema elegido se adapte a las condiciones de la operación en cuanto al sitio, el tamaño de la empresa y la diversidad y complejidad de las operaciones[59]

Las Normas no están escritas para establecer el cómo debe funcionar el sistema, sino más bien el qué debe contemplar cada uno de sus elementos. En este sentido, las normas otorgan flexibilidad a las organizaciones al momento de implementar sistemas, mas requieren que los objetivos buscados con cada una de ellas se cumplan a cabalidad.

En términos generales, no existe una metodología específica para la implementación de un sistema integrado más sí una serie de pautas que guían a las empresas a lo largo de este proceso

Integración de los sistemas de gestión:

- Diagnóstico inicial
- Los requisitos del sistema de gestión integrado
- Responsabilidad de la dirección
- Implementación y gestión de los procesos
- Medición y seguimiento
- La mejora continua
- Integración documental
- Procesos de integración operativa

1.2.4.4. Coincidencias en los sistemas integrados de gestión. En estos Sistemas de Gestión, existe un compromiso y liderazgo por parte de la dirección. Solamente si la dirección de la organización está comprometida se logrará el éxito. Estos Sistemas de Gestión, están inmersos en un proceso de innovación y mejora continua (PHVA):

[59] DAVILA, Isis. Especialización en Sistemas integrados de gestión. Fundación universitaria tecnológico Comfenalco 2010.

• Se basan fundamentalmente en la acción preventiva y no en la correctiva.
• Han de aplicarse en todas las fases del ciclo de vida de los productos y en todas las etapas de los procesos productivos.
• Deben ser medibles. Sólo serán eficaces, si se son capaces de medir y evaluar la situación en la que estamos y a dónde vamos. En los tres sistemas, las técnicas de evaluación son similares e idénticas.
• Los tres sistemas implican el compromiso y participación de todas las personas que trabajan en la organización. Realmente sería difícil obtener éxitos sin la participación de todo el personal en materia de calidad, ambiente o seguridad, pues son procesos continuos e integrados en toda la estructura de la organización.
• La formación es la clave principal de todos aquellos Sistemas de Gestión que se desarrollen en las organizaciones.

1.2.4.5. Requisitos comunes en el sistema integrado de gestión ISO 9001, 14001 y 45001[60].

• Política

• Control de la documentación y registros.

• Auditorías

• Acciones correctivas y preventivas

• Revisiones por la dirección.

REQUISITOS COMPARABLES:

• Gestión de contratistas y proveedores

• Gestión de procesos de producción y/o prestación de servicios.

Los principales beneficios que trae consigo la implementación de un Sistema Integrado de Gestión en la empresa son los siguientes:

• Mejora la eficiencia y efectividad de la organización por la buena adaptación a las necesidades del mercado.

• Mejora las relaciones con los proveedores, al hacerlos partícipes de la filosofía de la calidad.

• Minimiza los índices de errores, incrementa los beneficios económicos y reduce sustancialmente los costos de no calidad.

[60] Ibíd. P.38

• Obtiene una disminución en los costos de garantía del servicio y en el número e importancia de los reclamos del cliente.

• Incrementa el rendimiento, competencias y el entrenamiento de los miembros de la organización, como individuos y equipo.

• Mejora la moral y la motivación del personal, por sentirse partícipes y hacedores de la mejora continua de su organización.

• Logra una concientización sobre la preservación del medio ambiente en

Logra un significativo ahorro de recursos en el desarrollo e implementación del Sistema Integrado de Gestión y una menor inversión que la necesaria para los procesos de certificación de manera independiente.[61]

1.4.3. MARCO LEGAL

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153, habla de que las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar a los usuarios calidad en cuanto a la atención, siendo oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. También en el artículo 185 de la misma ley las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, además tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.

El Decreto 1011 de 2006: El cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y definiendo lo anterior como; el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud

DECRETO NUMERO 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

[61] Ibíd, p.40

En Colombia desde el año de 1979 se dio inicio a reglamentación en materia de salud ocupacional, dentro de las normas que la han regulado son:

- Resolución 2400 de 1979: Mediante el cual se crea el estatuto de seguridad industrial.

- Ley 9 de 1979: Código sanitario nacional

- Resolución 2013 de 1986: Creación y funcionamiento de comités paritarios de salud ocupacional.

- Decreto 614 de 1984: Creación de bases para la organización de la salud ocupacional.

Resolución 2013 de 1986: Establece la creación y funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en las empresas.

- Resolución 1016 de 1989: Establece el funcionamiento de los programas de salud ocupacional en las empresas.

- Decreto 1295 de 1994: Mediante el cual se determina la organización y administración del sistema general de riesgos profesionales.

- Decreto 1530 de 1996: se define accidente de trabajo y enfermedad profesional con muerte del trabajador.

- Ley 776 de 2002: Se dictan normas de organización, administración y prestación del sistema general de riesgos profesionales.

- Resolución 1401 de 2007: Reglamenta la investigación de accidente e incidente de trabajo.

- Resolución 2346 de 2007: Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.

- Resolución 1918 de 2009: Modifica los artículos 11 y 17 de la resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 1956 de 2008: Se adoptan medidas para el consumo de cigarrillo y tabaco.

- Resolución 2646 de 2008: se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y 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 ocupacional.

- Decreto 2566 de 2009: se emite la tabla de enfermedades profesionales.

- Resolución 652 de 2012: se establecen conformación de comités de convivencia laboral para empresas públicas y privadas y se dictan otras disposiciones.

- Circular 0038 de 2010: espacio libre de humo y sustancias psicoactivas en la empresa.

- Resolución 1356 de 2012: Por medio de la cual se modifica parcialmente la resolución 652 de 2012.

- Ley 1562 de 2012: Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.

- Resolución 1409 de 2012: Por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección en caídas en trabajos en alturas.

- Resolución 4502 de 2012: Por la cual se reglamenta el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 1903 de 2013: Por la cual modifica el numeral 5° del artículo 10 y el parágrafo 4° del artículo 11 de la Resolución 1409 de 2012, por la cual se estableció el Reglamento para Trabajo Seguro en Alturas, y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 3368 de 2014: Modificación al reglamento para protección contra caídas de trabajo en alturas.

Decreto 1443 de 2014: Por medio del cual se dictan disposiciones para la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST).

Ambiental

Ley 1252 de 2008. Estipula la responsabilidad del generador de residuos peligrosos frente al manejo de los residuos desde su generación hasta su disposición final.
Decreto 2676 de 2000. Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Decreto 351 de 2014. Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Resolución 1445 de 2006. Establece los estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Normatividad

Norma ISO 9001:2015. Es un Sistema de Gestión de la Calidad que contiene estándares internacionales focalizados en los procesos y en la satisfacción del cliente.

Norma ISO 14001: 2015. Norma internacional para establecer un Sistema de Gestión Ambiental eficiente, en equilibrio con las necesidades socioeconómicas.

Norma ISO 45001:2015. Establece todos los requisitos necesarios para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.5. METODOLOGÍA.

Para el desarrollo del proyecto y teniendo en cuenta los temas que lo conforma, se estableció el tipo de investigación, diseño metodológico y las fuentes de información.

1.5.1. Tipo de investigación. La investigación es descriptiva dado que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento"[62]. La investigación descriptiva se clasifica en estudios de medición de variables independientes, su objetivo es observar y cuantificar la modificación de las características de un grupo, las variables se analizan de manera autónoma e independiente y la investigación correlacional la cual tiene como finalidad determinar el grado de relación existente entre dos variables o más"[63].

Igualmente, es de tipo cualitativo ya que se estudió la realidad en su contexto natural en este caso El estado actual del sistema integrado de gestión ISO 9001:2015 -14001:2015 - 45001:2018 en una clínica de mediana y alta complejidad, con la finalidad de alinear y estandarizar los procesos con la plataforma estratégica de la organización. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales e información como la entrevista, la experiencia personal, observaciones, textos históricos, imágenes, además de los descritos en la investigación de tipo documenta[64].

1.5.2. Población. El proyecto tomó como objeto de estudio Clínica De Mediana Y Alta Complejidad Del Municipio De Tuluá.

1.5.3. Técnica de información.

[62] MENDEZ ALVAREZ, Carlos Eduardo. Metodología Diseño y Desarrollo del Proceso de investigación. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill, 2002, p.133.
[63] Ibíd., p.133.
[64] Ibíd,, p.100

El diagnostico se centró en identificar la situación actual, respecto al cumplimiento en los requerimientos de las normas internacionales ISO 9001:2015, 14001 y 4500:2018 (Ver Anexo A).

Para realizarlo se hizo referencia en primer lugar a los capítulos de la norma ISO 9001: 2015 desde capítulos del 4 al 10, en donde se presentó una lista de chequeo de acuerdo a los requisitos que debe evaluarse (Ver Anexo A).

La segunda parte, con base en la revisión de la literatura previa y el análisis de los requisitos de las normas ISO 9001, 14001:2015 y 45.001:2018, se realizó la plantilla, primero individual con el fin de evitar duplicaciones innecesarias para el eficaz y correcto funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión y luego parcial. En la plantilla se puede observar los aspectos únicos que se encontraron para cada uno de ellos y que son críticos para el cumplimiento de los requisitos mismos. De allí se hizo el resumen consolidado y por capitulo, en donde se puede observar la información del diagnóstico consolidada por cada una de las normas (Ver Anexo B).

La herramienta matricial, consistió en:

1. Identificar en cada uno de los requisitos (numerales) los “debes” de las tres normas ISO 9001, 14001:2015 y 45.001:2018. (Ver anexo A)

2. se tuvo en cuenta los siguientes criterios para establecer el cumplimiento:

NO APLICA= Marcar con una “X”, Cuando se ha excluido el requisito y este no afecta la capacidad ni la responsabilidad para cumplir requisitos por parte de la organización.

COMPLETO= Marcar con una “X”, en el caso de haber realizado TODAS las acciones requeridas, poseer evidencias suficientes y tener resultados eficaces de cumplimiento del requisito.

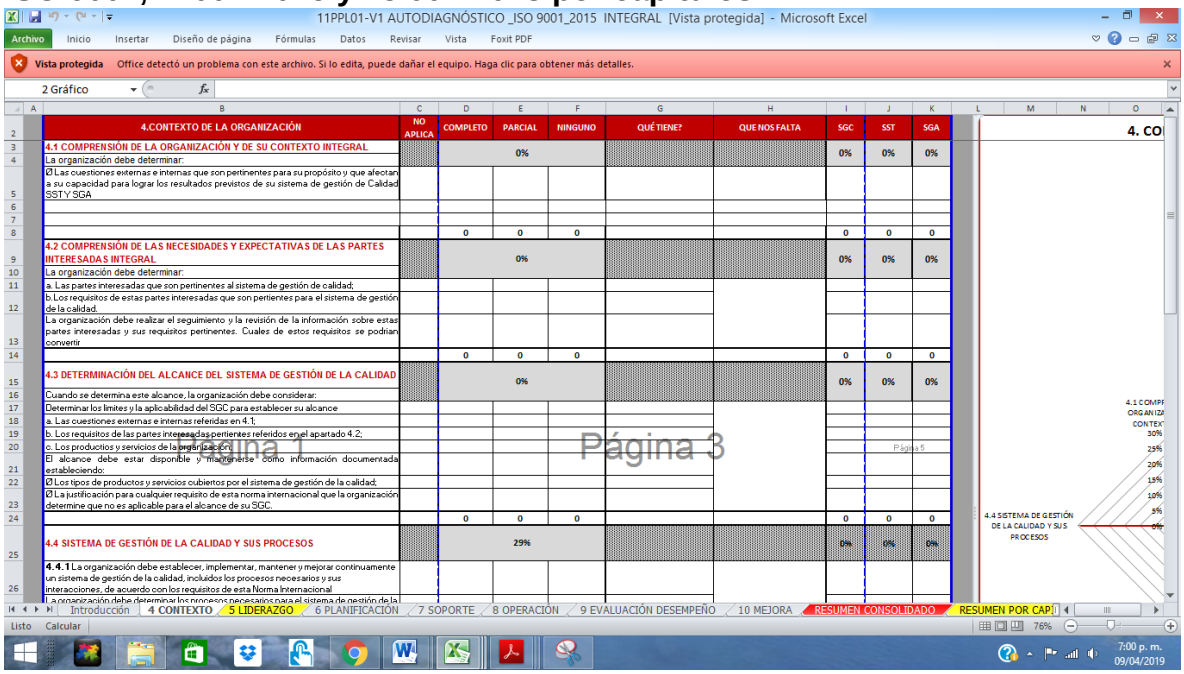
PARCIAL= Marcar con una “X”, en el caso de no haber realizado al menos una acción o actividad requeridas, poseer evidencias insuficientes y a pesar de obtener resultados, estos no son eficaces.

NINGUNO= Marcar con una “X”, en caso de no encontrar ninguna acción o actividad relacionada, no se poseen evidencias ni resultados relacionados con el requisito.

De igual manera, se relacionaron evidencias o los aspectos desarrollados por la organización frente a los requisitos que se cumplen de manera completa o parcial, relacionándose en la columna denominada ¿QUÉ TIENE?

Mientras que en la columna ¿QUE NOS FALTA? se relacionaron las diferencias, brechas, evidencias posibles o aspectos a desarrollar por la organización frente a los requisitos que se cumplen de manera parcial o sin ninguna acción.

Figura 1. Lista de chequeo en Excel de los requerimientos de las normas ISO 9001, 14001:2015 y 45.001:2018 por capítulos



Fuente: elaboración propia

Esta herramienta permitió identificar el estado de cada uno de los numerales de las normas a través de los parámetros mencionados anteriormente, de esta forma se evalúo la entidad frente a los requisitos de la norma. Cada una de las preguntas tiene un peso sobre cada capítulo de la norma y finalmente se generó un promedio general de cumplimiento del sistema de gestión integrado.

1.5.3.1. Fuentes primarias. Recopilación de la información de manera oral y escrita que se reunió a través de entrevistas realizadas a los líderes de cada uno de los procesos y las diferentes actividades que desarrollan en el área de calidad, para esta entrevista se utilizó la plantilla, para así establecer con los líderes que requisitos se cumplían y cuales hacían falta (Ver Anexo A)

1.5.3.2. Fuentes secundarias. Información que proviene de datos suministrados por la organización, datos bibliográficos, Internet, diagramas de flujo de trabajo, procedimientos, instructivos y demás documentos que posee la empresa para el proceso de gestión de calidad.

2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA CLINICA

Uno de los propósitos del diagnóstico es establecer un plan de implementación para la organización. En su primera parte, este documento hace referencia a los capítulos de la norma ISO 9001: 2015; 45.000 y 18.000 desde capítulos del 4 al 10, en donde se presenta el estado actual de cumplimiento de la norma.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA CLÍNICA OBJETO DE ESTUDIO

Con el objetivo de contar con una entidad que ofreciera servicios médicos de media y alta complejidad sin tener que desplazarse a otras ciudades, un grupo de empresarios y de personas vinculadas al sector salud de la ciudad de Tuluá, constituyeron en el año 1991 la Unidad de Diagnóstico Médico. En vista del buen resultado obtenido con esta unidad; tiempo después, se realizaron estudios para evaluar la viabilidad de crear una Clínica. Es así, como en el año de 1993 se inicia la construcción. Esta Institución de carácter privado, inicia actividades de forma parcial en el año 1996 dando al servicio las Unidades de Urgencias, Cirugía y Gineco-Obstetricia y dos años más tarde al resto de los servicios, así como la totalidad de los pisos de hospitalización.

Gracias al esfuerzo de todos los involucrados en la actividad de la organización y a pesar de las dificultades del entorno, la Clínica actualmente viene posicionándose como la más importante entidad de salud del centro y norte del departamento del Valle del Cauca, ganándose el reconocimiento de los pacientes y sus entidades aseguradoras, por su excelente calidad científica, tecnológica y humana; que está en proceso contínuo de crecimiento ampliando su oferta de servicios en los niveles III y IV de complejidad, al tiempo que mejora sus instalaciones para mayor comodidad y eficiencia en la atención de sus pacientes.

La Clínica presta Servicios de Salud Médico Hospitalarios de alta complejidad en:

- ✓ **Urgencias 24 horas**
- ✓ **Hospitalización**
- Unidad de Cuidados Intermedios / Intensivos: Adulto
- Unidad de Cuidados Intermedios / Intensivos: Neonatal
- Unidad de Salud Mental
- General
- Ginecobstetricia
- Pediátrica
- Atención Domiciliaria – SIEC (Salud Integral en Casa)

- Curasan
- ✓ **Servicios Quirúrgicos**
- ✓ **Apoyos Diagnósticos y Terapéuticos**
- Imagenealogía
- Laboratorio Clínico
- Cardiología No Invasiva Pediátrica y Adultos
- Procedimientos endoscópicos no invasivos
- Ecografía
- Mamografía
- Tomografía Axial Computarizada
- Unidad de Rayos X
- Endoscopia
- Estudios y procedimientos especiales: Urología y Oftalmología

Prestación de servicios de salud ambulatorios de complejidad media en:

- ✓ **Consulta Externa Especializada y Sub-especializada:**
- Medicina General
- Anestesiología
- Cardiología Pediátrica y Adulto
- Dermatología
- Endocrinología
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Interna
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología
- Traumatología y Ortopedia

- ✓ **Apoyo Terapéutico**
- Nutrición y Dietética
- Psicología

- ✓ **Salud Integral en casa - SIEC**

Unidad de Salud Mental

2.2. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE CALIDAD DE LA CLINICA.

Desde el Direccionamiento de la Clínica, se ha establecido como objetivo estratégico el prestar servicios asistenciales que cumplan con los más altos estándares de calidad, garantizando una gestión clínica orientada hacia la seguridad del paciente. Lo cual llevo a la necesidad de establecer el área de Calidad, con el objetivo de promover una cultura hacia el mejoramiento continuo de los procesos, para brindar a los pacientes una atención óptima en el entorno clínico más seguro posible.

Por esta razón, el área de Calidad se encarga de planear, apoyar y evaluar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y de las políticas de gestión clínica, de servicio en ruta hacia la acreditación.

Figura 2. Gestión de calidad

Fuente: Clínica

La Clínica estructura e implementa el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el propósito de mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar servicios que respondan a las necesidades y expectativas de usuarios y partes interesadas.

Como se puede observar en la Figura 1, El Sistema Obligatorio Garantía de Calidad lo componen: seguridad del paciente, humanización y gestión del riesgo que hacen parte de los ejes estratégicos que se tienen desde la alta dirección. En cuanto habilitación, sistema de gestión de la calidad, CLISANF saludable SIAU, gestión clínica administrativa y acreditación son procesos que se debe llevar a

cabo desde el área de calidad. A continuación una breve descripción de cada proceso

HABILITACION: Evaluación de cumplimiento en la Resolución 2003 de la institución. La renovación se hace anualmente en el registro especial de los prestadores de servicios de salud.

Si se va a prestar un nuevo servicio se hace la autoevaluación, la notificación se hace ante el registro especial de los prestadores de servicios de salud, si el servicio que se va habilitar es de alta complejidad requiere una visita previa de Secretaria Departamental donde se debe cumplir con todo lo que se está pidiendo en la norma. El proceso de autoevaluación lo realiza e líder del proceso de calidad.

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD: se hace la gestión de documentación de cada proceso y servicios que se ofrecen, identificando tanto sus clientes, proveedores y el producto final y realizarles seguimiento a los indicadores.

CLISANF SALUDABLE: al igual que el SIAU en este proceso se encarga de hacerles seguimiento a los indicadores, dar una respuesta oportuna a las quejas que presentan los usuarios frente a la atención que se le brinda. El líder del proceso es la administradora en salud Diana Restrepo, quien es la responsable que los indicadores lleguen mensualmente. Cuando un indicador lleva tres meses seguido por debajo de la meta debe diseñar un plan de acción y la líder del proceso de calidad es la que se encarga de enviar el correo a cada área para que realice el plan de mejora.

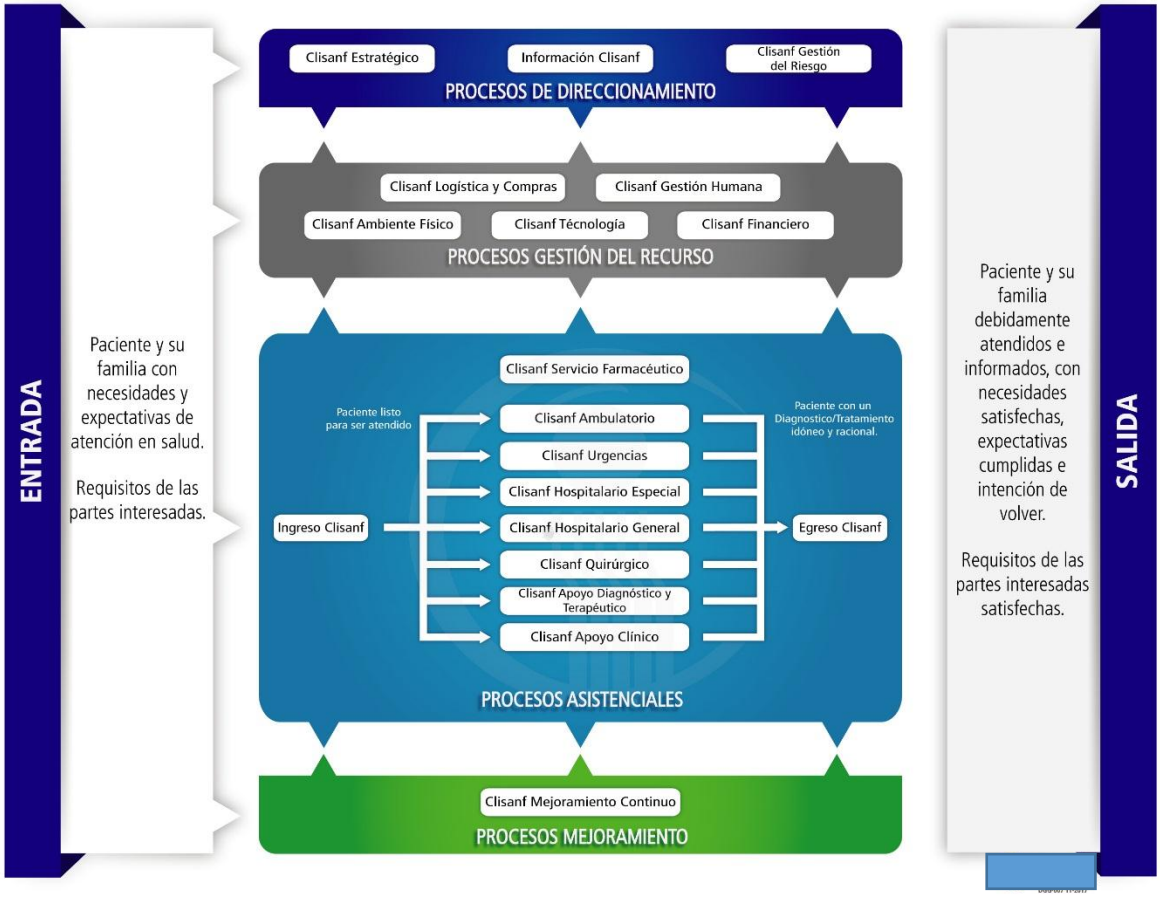
GESTION CLINICA EJECUTIVA: es la encargada de la actualización de las guías de práctica clínica, apoya y revisa la elaboración de las mismas. Desde el área de calidad se da la guía mediante la cual se adoptan las guías de práctica clínica y protocolos con recomendaciones basadas en las mejores evidencias científicas disponibles, también se encargar que los mismos sean socializados y publicados en la intranet, codificación, que serán aplicadas durante la atención de los usuarios.

ACREDITACION: desde calidad se encarga de hacer la autoevaluación de los estándares de acreditación para identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de mejora para luego priorizarlas y esa información que se obtiene me alimenta el PAMEC

Por otro lado, el sistema de información para calidad son los indicadores que comprende el reporte de datos, el análisis periódico, la generación de alertas en caso de no cumplimiento de metas y la realización de acciones correctivas en caso de presentarse alguna desviación. Y el direccionamiento estratégico trabaje con base a estos. Como se puede observar este sistema permite que los procesos de la institución se interrelacionen de manera sistemática para alcanzar los mejores resultados en la atención para los usuarios y sus familias.

RUTA DE PROCESO DE SERVICIO

Figura 3. Mapa de procesos



Fuente: Clínica

Como se observa los procesos tiene uso de colores, esto se debe a la clasificación que se le da según su comportamiento y naturaleza de estos en la institución:

Los procesos asistenciales son aquellos por los cuales pasa el usuario, son los servicios que presta la institución de manera humanizada y segura.

Los procesos de Gestión de Recursos son los procesos directivos de obtención, distribución y articulación de recursos humanos, financieros y materiales necesarios para alcanzar las metas propuestas por la institución.

Los procesos de apoyo son los que soportan y apoya el funcionamiento de los demás procesos, son vitales para la organización, pero el usuario final (el paciente) no tiene contacto directo con ellos (salvo algunas excepciones)

Y los procesos de mejoramiento continuo **son** proceso que evalúa y hace seguimiento a las actividades del sistema de calidad**.**

La entrada del mapa de proceso son las necesidades y expectativas del usuario y la salida es la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario.

2.3. DIAGNOSTICO INICIAL DE CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION INTEGRADO (ISO 9001:2015; 14001:2015 y 45001:2018)

Figura 4. Sistema de Gestión integrado

Fuente: elaboración propia

La herramienta de evaluación del Anexo A, permitió hacer una revisión sistemática del sistema de gestión integrado (ISO 9001:2015; 14001:2015 y 45001:2018), logrando de esta forma, determinar las fortalezas y debilidades en términos de desempeño y grado de madurez del Sistema de Gestión Integrado de la entidad.

De esta forma, fue posible establecer una mejor visión de sus actividades y por consiguiente priorizar, planificar, mejoras. De acuerdo a la autoevaluación realizada, se obtuvo los siguientes resultados.

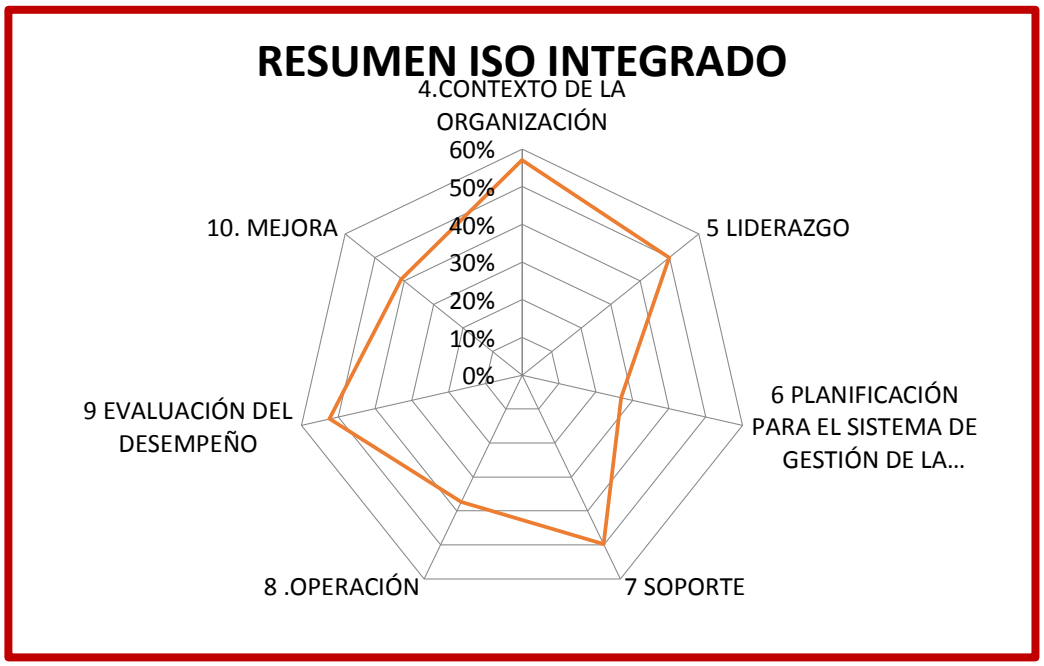
Como se puede observar el porcentaje de cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión de la clínica está en un 45%. Encontrando que el menor cumplimiento se encuentra en el capítulo 6, de planificación de calidad (27%) y capitulo 8, operación (37%) y el mayor porcentaje de cumplimiento se da en el capítulo 4, contexto de la organización (57%) (Ver Tabla 2).

Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento del Sistema Integrado De Gestión

CAPITULOS	% DE CUMPLIMIENTO
4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	**57%**
5 LIDERAZGO	**50%**
6 PLANIFICACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	**27%**
7 SOPORTE	**50%**
8 .OPERACIÓN	**37%**
9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	**52%**
10. MEJORA	**41%**
Porcentaje de cumplimiento	**45%**

Fuente: elaboración propia

Figura 5. Porcentaje de cumplimiento del Sistema Integrado De Gestión



Fuente: Tabla 5

Para tener mejor claridad sobre el cumplimiento del sistema de gestión integrado, a continuación se hace una descripción de cumplimiento de los requisitos por cada una de las normas:

2.3.1. Diagnóstico de cumplimiento de la ISO 9001-2015 en la Clínica objeto de estudio. El Sistema de Gestión de Calidad en la clínica tiene como exclusión el numeral 8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS de la Norma ISO 9001:2015 debido a que las metodologías, procedimientos y equipos médicos se encuentran estandarizados y probados a nivel mundial. Adicionalmente, la prestación de los servicios es realizada de acuerdo con las disposiciones gubernamentales o legales exigidas en el Sector Salud.

El SGC de la empresa ha sido implementado de manera adecuada, por lo que mantiene su certificación ISO 9001 desde el año 2013. Por ello, la mayoría de requisitos obtuvo una calificación “muy buena”, con excepción del capítulo 10: debido a que ciertas Solicitudes de Acción Correctiva o Preventiva (SAC) se han vuelto a generar, lo cual demuestra que no han sido realizados correctamente el análisis de causa y/o los planes de acción.

Tabla 4. Diagnóstico del SGC por capitulo y numerales

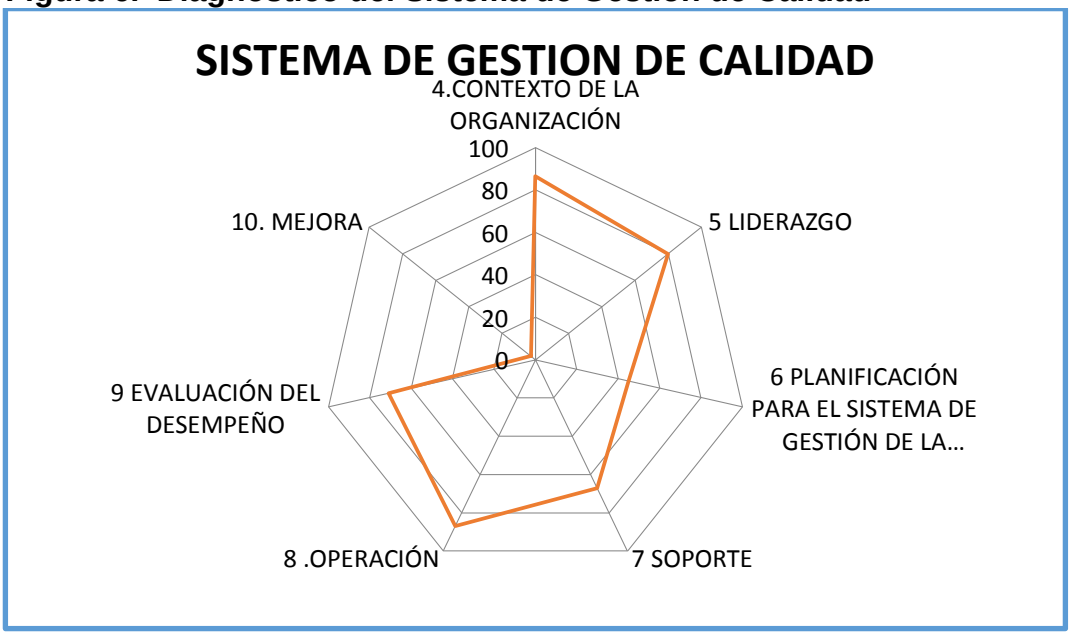
CAPITULOS Y NUMERALES	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	% cumplimiento por capitulo
	% cumplimiento	
4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO INTEGRAL	100	86.5
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y	100	

CAPITULOS Y NUMERALES	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	% cumplimiento por capitulo
	% cumplimiento	
EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS INTEGRAL		
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	71	
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	75	
5 LIDERAZGO		
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO 5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad	100	
5.1.2.Enfoque al cliente	67	
5.2 POLÍTICA	86	80
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	67	
5.4 CONSULTA Y PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES	100	
6.PLANIFIACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	0	
6.1.2 La organización debe planificar:	0	45
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	100	
6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:	80	
7 SOPORTE		
7.1 RECURSOS	33	
7.1.2 Personas	100	
7.1.3 Infraestructura	100	
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición	89	
7.1.6 Conocimientos organizativos	0	
7.2 COMPETENCIA	80	67
7.3 TOMA DE CONCIENCIA	44	
7.4 COMUNICACIÓN	0	
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	100	
7.5.2 Creación y actualización	100	
7.5.3 Control de la información documentada	100	
8 OPERACIÓN		
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	43	
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS 8.2.1 Comunicación con el cliente	100	87
8.2.2 Determinación de los requisitos relativos a los productos y servicios	100	
8.2.3 Revisión de los requisitos relacionados con	100	

CAPITULOS Y NUMERALES	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	% cumplimiento por capitulo
	% cumplimiento	
los productos y servicios		
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE	43	
8.4.2 Tipo y alcance del control de la provisión externa	100	
8.4.3 Información para los proveedores externos	43	
8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	89	
8.5.2 Identificación y trazabilidad	100	
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	100	
8.5.4 Preservación	100	
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega	100	
8.5.6 Control de los cambios	100	
8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	100	
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	100	
9 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO		
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Integral	67	
9.1.2 Satisfacción del cliente	100	
9.1.3 Análisis y evaluación	89	71
9.2 Auditoría interna	75	
9.3 Revisión por la dirección	100	
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	0	
10. MEJORA		
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA integral	11	2.75
10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de:	0	
10.3 MEJORA CONTINUA	0	
TOTAL	**62.75**	

Fuente: Clínica

Figura 6. Diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad



Fuente: tabla 3

Como resultado global del diagnóstico realizado de acuerdo al avance de cumplimiento de los requisitos, se puede establecer un total de cumplimiento del 62.75%.

Se pudo evidenciar que hace seguimiento sobre la mejora continua del sistema de gestión y la evidencia al respecto es que no se realiza seguimiento y por ende no se ha dado cierre a algunas acciones preventivas, correctivas o de mejora que se han iniciado en la entidad.

Con respecto a los requisitos de la documentación se encontró que el cumplimiento de la empresa es del 83% dado que:

- La mayor parte de documentación no se encuentra actualizada, se encontraron algunas falencias con respecto al listado maestro de documentos, identificación de documentos obsoletos la divulgación de la documentación.

- Indicadores por cada proceso que facilite el análisis interno.

- Diseñar caracterización de compras, apoyo de diagnóstico, de referencias, apoyo clínico, gestión de la información donde incluya bioestadística y gestión documental, hospitalización general.

- Actualizar caracterizaciones de cirugía, gestión de talento humano acuerdo al mapa de procesos.

- Establecer el plan de seguimiento y medición de los procesos.
- Revisar los AMFES, y rutas y establecer en los que hagan falta.
- Actualizar procedimientos de Gestión Humana

Los requisitos que presentan menor avance de cumplimiento (2.75%) corresponden a:
10. MEJORA

Los requisitos que presentan mayor avance de cumplimiento corresponden a:

4. LIDERAZGO Y
8. OPERACIÓN

2.3.2. Diagnóstico de cumplimiento de la ISO 45001 en la Clínica objeto de estudio.

El diagnóstico de la Norma NTC ISO 45001 en la clínica, se realizó con los mismos criterios y metodología de análisis descrita anteriormente frente a la conformidad y no conformidad de requisitos.

Tabla 5. Diagnóstico del SST por capitulo y numerales

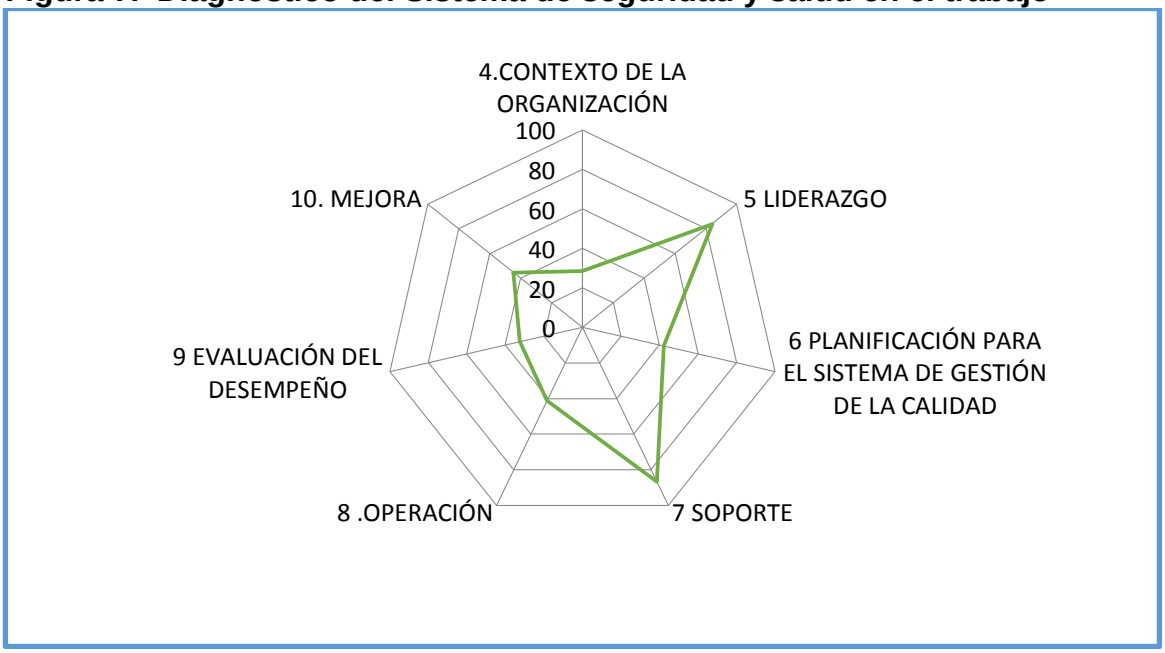
CAPITULOS Y NUMERALES	% DE CUMPLIMIENTO POR NUMERALES	%CUMPLIMIENTO POR CAPITULO
4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		28.5
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO INTEGRAL	0	
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS INTEGRAL	0	
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	43	
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	70	
5 LIDERAZGO		
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO 5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad	100	84
5.2 POLÍTICA	86	
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	50	
5.4 CONSULTA Y PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES	100	

CAPITULOS Y NUMERALES	% DE CUMPLIMIENTO POR NUMERALES	%CUMPLIMIENTO POR CAPITULO
6.PLANIFIACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	0	42.25
6.1.2 La organización debe planificar:	0	
6.1.2 Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades	10	
6.1.2.3 Evaluación de las oportunidades para la SST y otras oportunidades para el SG-SST	50	
6.1.3 Determinación de los requisitos legales SST Y SGA	100	
6.1.4 Planificación de acciones SST Y SGA	38	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	100	
6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:	40	
7 SOPORTE		
7.1 RECURSOS	100	86.71
7.2 COMPETENCIA	60	
7.3 TOMA DE CONCIENCIA	67	
7.4 COMUNICACIÓN	80	
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	100	
7.5.2 Creación y actualización	100	
7.5.3 Control de la información documentada	100	
8 OPERACIÓN		
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	43	41.28
8.1.2 ELIMINAR PELIGROS Y REDUCIR RIESGOS PARA LA SST	100	
8.1.3 GESTION DEL CAMBIO	67	
8.1.4.1 COMPRAS	0	
8.1.4.2 CONTRATISTAS	25	
8.1.4.3 CONTRATACION EXTERNA	0	
8.2 PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS	54	
9 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO		
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Integral	67	32.4
9.1.2 Evaluación de Cumplimiento SGA y SST	50	
9.2 Auditoría interna	0	
9.3 Revisión por la dirección	20	
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	25	

CAPITULOS Y NUMERALES	% DE CUMPLIMIENTO POR NUMERALES	%CUMPLIMIENTO POR CAPITULO
10. MEJORA		44.5
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA integral	78	
10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de:	100	
10.3 MEJORA CONTINUA	0	
		51.38

Fuente: clínica

Figura 7. Diagnóstico del Sistema de seguridad y salud en el trabajo



Fuente: tabla 4

Como resultado global del diagnóstico realizado de acuerdo al avance de cumplimiento de los requisitos, se puede observar que cumple en un 51.38%.

Los requisitos que presentan menor avance de cumplimiento (28.5%) corresponden a:

4 Comprensión de la organización y su contexto. Dado que hace falta:

Incluir en las caracterizaciones referencias del SST

Fortalecer la comunicación del sistema de gestión SST enfocado a los beneficios

4.1 Comprensión de la organización y de su contexto.

4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

9.3. Revisión por la dirección

Los requisitos que presentan mayor avance de cumplimiento corresponden a:

7. SOPORTE

2.3.3. Diagnóstico de cumplimiento de la Norma ISO 14001:2015 en la Clínica objeto de estudio.

El diagnóstico de la Norma NTC ISO 14001:2015 en la clínica, se realizó con los mismos criterios y metodología de análisis descrita anteriormente frente a la conformidad y no conformidad de requisitos.

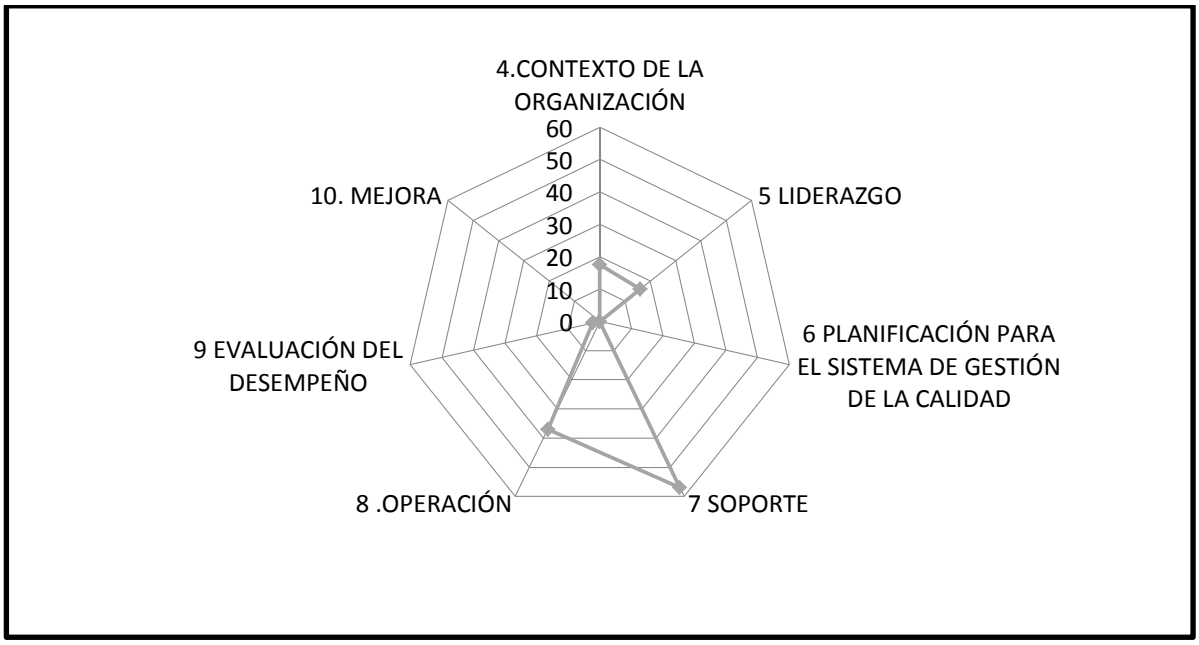
Tabla 6. Diagnóstico del Sistema de Gestión Ambiental

CAPITULOS Y NUMERALES	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	% cumplimiento por capitulo
	% cumplimiento	
4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO INTEGRAL	0	17.5
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS INTEGRAL	0	
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	0	
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	70	
5 LIDERAZGO		
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO 5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad	0	16
5.2 POLÍTICA	0	
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	50	
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO 5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad	0	
5.2 POLÍTICA	0	
6.PLANIFIACIÓN PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	0	
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	0	0
6.1.2 La organización debe planificar:	0	
6.1.2 Aspectos ambientales	0	
6.1.3 Determinación de los requisitos LEGALES SST	0	

CAPITULOS Y NUMERALES	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	% cumplimiento por capitulo
	% cumplimiento	
Y SGA		
6.1.4 Planificación de acciones SST Y SGA	0	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	0	
6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:	0	
7 SOPORTE		
7.1 RECURSOS	100	57
7.2 COMPETENCIA	0	
7.3 TOMA DE CONCIENCIA	0	
7.4 COMUNICACIÓN	0	
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	100	
7.5.2 Creación y actualización	100	
7.5.3 Control de la información documentada	100	
8 OPERACIÓN		
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	43	57
8.2 PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS	31	
9 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO		
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Integral	11	2.2
9.1.2 Evaluación de Cumplimiento SGA y SST	0	
9.2 Auditoría interna	0	
9.3 Revisión por la dirección	0	
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	0	
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Integral	11	
10. MEJORA		2.75
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA integral	0	
10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de:	0	
10.3 MEJORA CONTINUA	0	
TOTAL		**18.53**

Fuente: elaboración propia

Figura 8. Diagnóstico del Sistema de Sistema Ambiental



Fuente: tabla 5

Como se puede observar en la clínica el cumplimiento de la norma en cuanto al sistema ambiental está en un 18.53%. Dado que la empresa contaba con un SGC implementado, presentó ciertos avances respecto a algunos requisitos de la norma ISO 14001:2004 que son comunes a la norma ISO 9001:2008.

Así, el capítulo más desarrollado fue el de SOPORTE en información documentada. Todavía hay mucho por hacer para lograr el cumplimiento de todos los requisitos de la norma ISO 14001:2015.

La institución tiene establecido un plan integral de residuos hospitalarios y similares el cual se encarga del acopio y la selección de residuos peligrosos o no, para la adecuada disposición final.

A continuación se hace una descripción de lo que hace falta cumplir de la normas integradas por capítulos e ítems.

Tabla 7. Requisitos sin cumplir del sistema de gestion integrado

CAPITULO	QUE HACE FALTA
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO	• Documento no está codificado por el proceso de calidad. • Análisis del interno con indicadores por cada proceso • En Gestión ambiental radiaciones ionizantes • Análisis del entorno en cuanto a SST y Gestión ambiental
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	• Realizar el análisis de las partes interesadas y expectativas
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	• Realizar la justificación de excluir el capítulo 8.3 diseño y desarrollo • Incluir en el manual de gestión integrada
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	
4.4.1 Sistema de Gestión de la Calidad	• Actualizar caracterizaciones de todos los proceso de acuerdo al mapa de procesos. • Establecer el plan de seguimiento y medición de los procesos. • Incluir en las caracterizaciones referencias del S.S.T Y S.G.A. • área Asistencial: Revisar los AMFES, y rutas y establecer en los que hagan falta Gestión Humana: Actualizar procedimientos de Gestión Humana • Infraestructura: Realizar caracterización de acuerdo al mapa de procesos (gestión del ambiente físico: Servicios Generales, esterilización) • Mantenimiento dispositivos y equipos médicos: Realizar actualización de Gestión de la tecnología e independizase de la de infraestructura , de acuerdo al mapa de procesos • Sistemas: Realizar caracterización de sistemas, desarrollo, estadística, gestión documental. de acuerdo al mapa de procesos (Gestión de la Información) • Contratación: Realizar caracterización de comercial , la cual estaría junto a dir asistencial y dir medica de acuerdo al mapa de procesos • Compras: Realizar caracterización de compras de acuerdo al mapa de procesos. • Actualizar caracterización de Cirugía • Comunicaciones: crear caracterización de acuerdo al mapa de procesos, Gestión de la información. • Desarrollo: Realizar caracterización de desarrollo de acuerdo al mapa de procesos • Estadística: Realizar caracterización del proceso de gestión de la información donde incluya bioestadística y gestión documental. • Hospitalización: Realizar caracterización de hospitalización general de acuerdo al mapa de procesos • Apoyo Diagnostico: Realizar la caracterización de apoyo diagnóstico de acuerdo al mapa de procesos. • Referencia y contra: realizar caracterización de referencia y contra de acuerdo al mapa de procesos (egreso)

CAPITULO	QUE HACE FALTA
	Apoyo Clínico: Realizar caracterización de apoyo clínico de acuerdo al mapa de procesos con los servicios (curasan, cateter picc siec curasan)
4.4.2 Información documentada del SGC	• Actualizar Documentación, de todos los procesos • Asistencial: protocolos, procedimientos, guías, manuales, etc., necesarios para la prestación del servicio • Realizar capacitaciones de consulta de documentos en binaps • Asistencial: Revisar el protocolo de cadena de custodia, Bienes y custodia, propiedad del cliente y establecer su diferenciación si es el caso. • GESTION HUMANA: ingresar por calidad procedimientos y/o formatos que no estén por calidad. Lista de chequeo hoja de vida • Infraestructura: Revisar formatos y sus plantillas, están desactualizados • Mantenimiento biomédico: Separar procedimiento de mantenimiento biomédico y realizar aparte procedimiento de mantenimiento infraestructura • Comercial: Actualizar y documentar procedimientos para fortalecer el proceso de comercial y contratación (procedimiento de contratación) • Compras: Recepción de facturas revisión documentar, actualizar formatos de compras recepción de facturas. • SIAU: Definir los atributos de norma, acreditación y los que se tienen. • Comunicaciones: Documentar y pasar por calidad los procedimientos manuales que se tienen en comunicaciones • Desarrollo: Actualizar los documentos que se tienen desactualizados 2015 • Estadística: Documentar y pasar por calidad documentos que se tienen en estadística • Revisar y actualizar el documento de digitalización de documentos de historia clínica • Hospitalización: Revisar y actualizar los protocolos y procedimientos médicos y de enfermería • Actualizar los procedimientos y o protocolos de contención, inmovilización, agitación psicomotora • SIAU: Procedimientos del SIAU ser aprobados por calidad. • Curasan: revisar documentación de yuyyostomia por que ya se pasó para calidad excluir de referencia y contra referencia al SIEC
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO **5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad**	• Establecer Plan de comunicaciones de esta manera tener un plan de calidad eficaz para comunicar mensualmente por la página web • Establecer el plan de capacitación de gestión integral. Como le voy a ayudar al líder a mejorar, ejemplo (como se plantea un plan de mejora como puede hacer una auditoria, como fortalecer el liderazgo y la toma de decisiones etc) • Establecer pautas para que ellos capaciten se fortalezcan como lideres • Metodologías de análisis como metodología de capacitación. • Matriz de correlación de requisitos. • Establecer el enfoque basado en riesgos , puede ser implementando una política de gestión del riesgo. • Fortalecer la comunicación del sistema de gestión SST enfocado a los beneficios • Fortalecer la realimentación de los resultados de las auditorias con los líderes de procesos y la alta gerencia
5.1.2.Enfoque al cliente	Establecer la gestión del riesgo y determinar que riesgos pueden afectar la capacidad de aumentar la satisfacción del usuario.
5.2 POLÍTICA	• Revisar política Integral • Divulgar la política integral
5.2.1.Desarrollar la política de la calidad	Revisar política Integra

CAPITULO	QUE HACE FALTA
5.2.2 Comunicar la política de la calidad	Socializar en procesos de inducción, en las carteleras, tener banner impresos por la intranet. implementar las píldoras de calidad trimestralmente Realizar barrido de personal para socializar política de políticas con personal de enfermería en practica
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	• Revisar actualizar el manual de funciones y responsabilidades frente a los sistemas integrados de gestión SGA SST y SGC. Además de incluir las responsabilidades frente al plan de emergencias. • Establecer un comité que sea el responsable que no se realicen cambios sin tener encuentra su impacto.
5.4 CONSULTA Y PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES	• Realizar Procedimiento de consulta y participación de los trabajadores • Realizar documentar el procedimiento de grupos focales • Fortalecer el coppas • evaluar con los colaboradores si se sienten parte de la política si la entiende • Evaluación de comunicación de los jefes sobre SST es efectiva
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	Establecer el enfoque de la gestión del riesgo por procesos.
6.1.1 Generalidades	Establecer el enfoque de la gestión del riesgo por procesos.
6.1.2 La organización debe planificar:	Establecer el enfoque de la gestión del riesgo por procesos.
6.1.2 Identificación de peligros y evaluación de riesgos y oportunidades	Revisar y actualizar el Procedimiento de Identificación, evaluación y valoración del riesgos
6.1.2 Aspectos ambientales **6.1.2.3 Evaluación de las oportunidades para la SST y otras oportunidades para el SG-SST**	• Realizar Procedimiento para la identificación y evaluación aspectos ambientales e impactos • Realizar la matriz de aspectos e impactos ambientales
6.1.3 Determinación de los requisitos legales (ambiental)	• Revisar y actualizar Procedimiento para la identificación de requisitos legales (incluir ambiental) • Establecer un normograma por procesos y con los requisitos legales según corresponda. • Realizar una matriz legal para cada sistema de gestión
6.1.4 Planificación de acciones (ambiental)	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	Establecer los objetivos del sistema de gestión integral
6.2.1 Objetivos de la Calidad **6.2.2** Planificación para lograr objetivos de la calidad	• Realizar la planificación para dar cumplimiento a los objetivos
6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS	Revisar el procedimiento de gestión del cambio de SST y cambiar el enfoque para realizarlo integral
7.1RECURSOS **7.1.1. Generalidades**	• Incluir en las caracterizaciones de cada proceso los recursos que se necesitan para el funcionamiento del proceso • Contar con una política de trabajo transparente que ofrezca confianza.
7.1.2 Personas	• Revisar el proceso de selección y evaluación. • Fortalecer la documentación de las hojas de vida en cuanto a certificados que faltan por archivar

CAPITULO	QUE HACE FALTA
7.1.3 Infraestructura	
7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos	• Realizar la medición del clima laboral. • Establecer un programa en gestión humana para mantener el ambiente buen ambiente laboral de los procesos
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición **7.1.5.1 Generalidades**	
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones	Establecer en un documento los criterios cuando una calibración no se considere apta y se deba tomar acciones adecuadas.
7.1.6 Conocimientos organizativos	Establecer la Gestión del conocimiento (realizar un procedimiento para gestionar los conocimientos organizacionales) Implementar un programa en el cual se mantenga actualizados a los funcionarios según el tema
7.2 COMPETENCIA	0
7.3 TOMA DE CONCIENCIA	Establecer en las reuniones primarias un espacio para que los lideres sean más conscientes de la importancia de sus actividades para el cumplimiento de los sistemas integrados de gestión
7.4 COMUNICACIÓN	• Revisar y aprobar las matrices/planes • SST: Revisar y actualizar protocolo de comunicaciones e incluir apartes de ambiental.
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA **7.5.1 Generalidades**	• Actualizar Procedimiento para el Control de Documentos y Registros • Actualizar los procedimientos, guías, protocolos, formatos en plantilla actualizada.
7.5.2 Creación y actualización	
7.5.3 Control de la información documentada	• Infraestructura: Revisar formatos y sus plantillas, están desactualizados • Mantenimiento biomédico: diseñar procedimiento de mantenimiento biomédico y procedimiento de mantenimiento infraestructura • Sistemas: Revisar formatos de sistemas, están con versión y/o plantilla desactualizados. • Actualizar el procedimiento de mantenimiento preventivo. • Establecer políticas de uso de la información • Comercial: actualizar documentación de comercial • Compras: Revisar y actualizar formatos • Cirugía: Realizar procedimientos de Endoscopia como traslado de pacientes especiales, admisión de pacientes hospitalarios • Revisar el proceso de programación de cirugías y establecer criterios como filtro • Revisar formatos de soporte de cirugía que están sin codificar. • Desarrollo: Actualizar el documento de mantenimiento. • Curasan: Revisar si hay documentación de curasan y/o actualizar Realizar ruta de Curasan.

CAPITULO	QUE HACE FALTA
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	• Diseñar el documento gestión • Sistemas: identificar al proveedor externo encargado de los desechos tecnológicos de sistemas y solicitar la documentación pertinente según el caso. • Determinar los controles necesarios para el proveedor • Desarrollo: Establecer indicadores para el proceso de desarrollo
8.1.2 ELIMINAR PELIGROS Y REDUCIR RIESGOS PARA LA SST	
8.1.3 GESTION DEL CAMBIO	Procedimiento de gestión
8.1.4.1 COMPRAS	Realizar procedimientos de gestión de compras de bienes y servicios
8.1.4.2 CONTRATISTAS	procedimiento para el manejo de contratistas donde se incluya a jefes de proceso vigilancia y compras
8.1.4.3 CONTRATACION EXTERNA	Realizar y evaluar en procedimiento de manejo de contratistas
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	
8.2.1 Comunicación con el cliente	Comercial: Implementar en el proceso de contratación la socialización de la contratación con las EPS como se le da manejo cuando se requiere al igual que los requisitos específicos en caso de contingencia
8.2.2 Determinación de los requisitos relativos a los productos y servicios	Implementar los normogramas por procesos
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios	Comercial Comunicar Socializar los cambio que surjan en las revisiones
8.2 PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS	falta que hacer los usuarios en las emergencias
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE	• Actualizar el procedimiento de selección y evaluación de proveedores • Realizar Listado de Integrar con 8.1.4.2 y 8.1.4.3
8.4.1 Generalidades	Actualizar el procedimiento de selección y evaluación de proveedores al igual que los registros para la evaluación.
8.4.2 Tipo y alcance del control de la provisión externa	Compras: Determinar en el documento de evaluación de proveedores las auditorías a proveedores, para realizar control proveedores externo Integrar con el capítulo anterior

CAPITULO	QUE HACE FALTA
8.4.3 Información para los proveedores externos	Actualizar la Evaluación de proveedores Complementar con el apartado anterior por SST se cumplen los literales Revisar con SST
8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	• Actualizar procedimientos, y protocolos. • Asistencial: Documentar (protocolo y formatos) plan de entrenamiento a personal de enfermería ya que es un buen modelo a seguir para los demás procesos. • Revisar si lista de verificación de entrenamiento • Documentar un protocolo de normas generales de enfermería • Realizar la evaluación del desempeño. • Fortalecer el proceso de gestión de la documentación de las hojas de vida que cuenten con todos los certificados
8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	• Actualizar procedimientos, y protocolos. • Asistencial: Documentar (protocolo y formatos) plan de entrenamiento a personal de enfermería ya que es un buen modelo a seguir para los demás procesos. • Revisar si lista de verificación de entrenamiento • Documentar un protocolo de normas generales de enfermería • Realizar la evaluación del desempeño. Fortalecer el proceso de gestión de la documentación de las hojas de vida que cuenten con todos los certificados
8.5.2 Identificación y trazabilidad	0
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	• Asistencial: Revisar y actualizar procedimiento de custodia. • Desarrollo: documentar el procedimiento de cambio de clave. • Documentar procedimiento de consulta o soporte a los usuarios internos
8.5.6 Control de los cambios	Establecer e integrar en la gestión del cambio (cambio significativos para la prestación del servicio)
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES **8.7.1** La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional. **8.7.2** La organización debe mantener la información documentada que:	• Capacitar al personal a cargo de procesos sobre el manejo de los no conformes. • Fortalecer la gestión del producto no conforme, algunos procesos reportan pero en calidad no se realiza seguimiento Hacer seguimiento a los indicadores de reportes
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	• Revisar indicadores de SST para verificar si apuntan a los requisitos que exige la norma • Revisar los objetivos de SST y verificar si tienen indicadores para medir el cumplimento de esos objetivos • Evaluar el cumplimiento de los objetivos y evaluar la eficacia del sistema de gestión. • Establecer el comité de gestión integral en cual cada sistema de la información pertinente al desempeño del sistema integral. • Utilizar los canales de comunicación pertinentes para comunicar externa e internamente el desempeño ambiental • GH: Actualizar los indicadores de gestión humana

CAPITULO	QUE HACE FALTA
9.1.1 Generalidades	• GH: No se tienen indicadores significativos, gestión humana propone dos rotación del personal y tiempo medio de selección • Revisar indicadores de Mantenimiento biomédico • Sistemas: Revisar indicadores • Comercial: revisar y actualizar los indicadores de comercial • Comunicaciones: Revisar los Indicadores reputación corporativa y fortalecimiento de canales cualitativo y cuantitativo, se encuentran por el sistema de gestión de calidad. • Apoyo diagnóstico: implementar Indicador de rechazos esta en construcción y documentación referente • Indicadores de apoyo diagnostico están en rojo por falta de tecnólogos • SIAU: actualizar indicador efectividad, aumento de meta ya que se cumple. Establecer indicadores de impacto
9.1.2 Satisfacción del cliente	
9.1.2 Evaluacion de Cumplimiento SGA y SST	establecer una metodología para realizar seguimiento al grado de cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, ambiental
9.1.3 Análisis y evaluación	Realizar seguimiento de la información que se reporta, tomar decisiones y dejar evidencia
9.2 Auditoría interna	• Revisar y actualizar el procedimiento de auditorías internas. • Realizar el plan de auditoria y el programa de auditoria para el año 2019 Implementar el proceso de auditoria
9.2.1 Propósito de auditoría	
9.2.2 La organización debe:	Realizar formación de líderes, capacitar al personal en auditoria
9.3 Revisión por la dirección **9.3.1. Generalidades**	
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección	Fortalecer el proceso de revisión por la dirección
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	
10.1 Generalidades	Procedimiento de mejora, que describe los mecanismos para identificar oportunidades de mejora enfocados a la mejora del producto, las expectativas de los clientes y del sistema de calidad.
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	• Desarrollo: Todo lo que presenta fallo en el sistema se pasa como no conforme en calidad se tiene con corte a noviembre en el archivo de Excel • SST debe buscar el espacio en el coppas y compartir información de accidentes o investigaciones que se han hecho o se están haciendo
10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:	
10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de:	
10.3 MEJORA CONTINUA	• Realizar procedimiento de mejora continua

Fuente: elaboración propia

3. ESTRATEGIAS PARA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO

A continuación se establecen las estrategias propuestas para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad, Ambiental y Salud y Seguridad en el Trabajo de la Clínica, siguiendo la estructura de alto nivel de cada norma.

Tabla 8. Propuesta de mejora

ACCIONES A IMPLEMENTAR (QUE)	POR QUE	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES. (COMO)	RESPONSABLE (QUIEN)	DÓNDE	CUANTO
PLANIFICACIÓN	Es necesario hacer una lista de acciones a desarrollar.	• Consecución del compromiso de la Alta Dirección como responsable principal del proceso y del desarrollo del proyecto de integración, a través de la asignación de recursos. • Definición y asignación del equipo interdisciplinario de trabajo. • Taller para la homologación de conceptos generales de los sistemas de gestión de calidad, ambiental y S&SO para todo el equipo de trabajo. • Elaboración del cronograma general de trabajo para el diseño del SIG.	**Jefe de calidad de la clínica** **Gerencia** **Líderes de cada proceso**	Clínica De Mediana Y Alta Complejidad Del Municipio De Tuluá.	**$101.400.000**
DISEÑO	Definir el mecanismos de verificación de la conveniencia, adecuación, eficacia y eficiencia del sistema	Socializar el estado actual de los procesos con respecto a las exigencias de cada una de las normas. • Realizar el panorama de factores de riesgos laborales de las personas que participan en las actividades de los procesos principales. • Realizar una matriz de actividades, aspectos e	**Jefe de calidad de la clínica** **Gerencia** **Líderes de cada proceso**		

ACCIONES A IMPLEMENTAR (QUE)	POR QUE	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES. (COMO)	RESPONSABLE (QUIEN)	DÓNDE	CUANTO
		impactos ambientales de los procesos principales. Similar al anterior en sesiones de trabajo con los conocedores del proceso. • Identificar los requisitos legales y otros requisitos aplicables a los SGA y S&SO • Elaborar el modelo de procesos para el SGI. Esto comprende actualizar la caracterización de los procesos principales considerando los requisitos. • Definir una política integrada, con la ayuda de un taller liderado por la alta dirección y con la colaboración del consultor. • Socializar la política en objetivos. • Proponer la estructura de roles y responsabilidades necesarias para la gestión del SIG. • Definir los mecanismos de integración con todos los procesos clientes y proveedores necesarios para la implantación del SIG.			
IMPLEMENTACIÓN	Que el SIG se vuelva parte del día a día de la organización y que no se considere como algo independiente.	Comunicar oportunamente la fecha en que se dará comienzo a la implantación del SIG como evidencia de su compromiso con el proyecto y como motivador para el resto de la	Todos los colaboradores de la clínica		

ACCIONES A IMPLEMENTAR (QUE)	POR QUE	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES. (COMO)	RESPONSABLE (QUIEN)	DÓNDE	CUANTO
		organización			
VERIFICACIÓN	Como todo sistema de gestión, el SIG debe ser auditado para evaluar mediante evidencias objetivas que se cumple con los requisitos establecidos para el sistema.	• Hacer seguimiento de indicadores definidos para los procesos tanto del nivel operativo como estratégico y de apoyo. • Análisis de datos, definición de acciones correctivas y preventivas necesarias.	**Jefe de calidad de la clínica** **Gerencia** **Líderes de cada proceso**		

Fuente: elaboración propia

Entre las dificultades que debe afrontar el proceso de integración se encuentra la asignación del presupuesto o de recursos para la implementación, la distribución de responsabilidades, necesidad de actualizar toda la documentación de los procesos, poca gestión de los indicadores, excesivo interés por reducción de costos y aumento de rentabilidad.

3.1. COSTO - BENEFICIOS DE LA PROPUESTA

El presente estudio financiero se realiza con el fin de establecer los gastos en los que debe incurrir la clínica., para mantener el Sistema de Gestión integrado y así cumplir con lo estipulado en las normas integrado14001:2015; 9001 y 45.000. Es necesario que la entidad destine un presupuesto cada año para el Sistema de gestión integrado puesto que por medio de este se garantiza una mejora continua en los procesos y los métodos de trabajo. De esta manera se tendrá un ambiente de trabajo donde primará la seguridad de todos los colaboradores pertenecientes a la empresa incluida la alta dirección el de los usuarios.

COSTOS DE CALIDAD

Estos costos son los que se relacionan directamente con el diseño, capacitación y certificación en un año sistema de gestión integrado basado en decretos y la norma misma.

Tabla 9. Costo propuesta

Detalle de costos	Costos
Diseño del Sistema de Gestión Integrado	$35.000.000
Plan de divulgación y capacitación	$48.000.000
Consulta de asesores	$8.000.000
software	$5.600.000
auditoria interna	$4.800.000
Certificación	$23,000,000
Total costos	**$101.400.000**

Fuente: elaboración propia

COSTOS DE NO CALIDAD

Seguridad del trabajador

En caso de accidente que ocasione la muerte del trabajador donde se demuestre el incumplimiento de las normas de salud ocupacional, el Ministerio de Trabajo impondrá multa no inferior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales

vigentes, ni superior a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes destinados al Fondo de Riesgos Laborales; en caso de reincidencia por incumplimiento de los correctivos de promoción y prevención formulados por la Entidad Administradora de Riesgos Laborales o el Ministerio de Trabajo una vez verificadas las circunstancias, se podrá ordenar la suspensión de actividades o cierre definitivo de la empresa por parte de las Direcciones Territoriales del Ministerio de Trabajo, garantizando siempre el debido proceso.

El Decreto 472 estipula que aquellas empresas que incumplan los requerimientos en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Riesgos Laborales, que por tanto expongan la vida e integridad de su personal por no adoptar mecanismos que minimicen o eliminen actos y condiciones inseguras podrán recibir multas como sanción. Los montos se fijarán de manera gradual teniendo en cuenta los siguientes factores que pueden agravar el castigo a imponer:

- Reincidencia en la falta cometida.
- Reusarse a procesos investigativos que desarrollan entes gubernamentales acatando su función de seguimiento, vigilancia y control.
- Grado de prudencia y diligencia para atender los deberes.
- Incumplimiento de deberes impartidos en visitas anteriores.
- Daño a los intereses jurídicos.
- No fortalecimiento en actividades de promoción y prevención.
- Beneficios económicos obtenidos por su incumplimiento.
- Incumplimiento de correctivos designados por las Administradoras de Riesgos Laborales o el Ministerio del Trabajo.

Basados en lo anterior, el Artículo 5 del Decreto da los criterios de proporcionalidad y razonabilidad para montos de sanción a empleadores.

Tamaño de la empresa	Número de trabajadores	Activos totales en número de SMMLV	Art 13, inciso 2 Ley 1562 de 2012	Art 30, Ley 1562 de 2012	Art 13, inciso 4 Ley 1562 de 2012
Micro	Hasta 10	< 500 SMMLV	1 a 5	1 a 20	20 a 24
Pequeña	De 11 a 50	501 a < 5.000 SMMLV	6 a 20	21 a 50	25 a 150
Mediana	De 51 a 200	100.000 a 610.000 UVT	21 a 100	51 a 100	151 a 400
Grande	De 201 o más	> 610.000 UVT	101 hasta 500	1000	401 a 1000

Fuente: Decreto 472 del 17 de marzo de 2015

A continuación se hace una descripción de los costos por incumplimiento en los requisitos de seguridad en el trabajo. Se tomaron con base en lo estipulado por el Decreto 472 de 2015, con el fin de evaluar la viabilidad de la implementación del SG-SST.

Tabla 10. Costos de no calidad

COSTOS DE NO CALIDAD SIN S.S T	COSTO	AÑO1	AÑO2	AÑO3	AÑO4
Incumplimiento legal frente al SST	$ 5.903.000	$ 6.115.508	$ 6.335.666	$ 6.563.750	$ 6.800.045
Accidente de trabajo	$ 2.901.700	$ 3.006.161	$ 3.114.383	$ 3.226.501	$ 3.342.655
Inadecuado uso de EPP	$ 5.000.000	$ 5.180.000	$ 5.366.480	$ 5.559.673	$ 5.759.822
TOTAL	$ 13.804.700	$ 14.301.669	$ 14.816.529	$ 15.349.924	$ 15.902.522

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta los valores dados por la empresa se realiza un flujo de caja, de esta manera se podrá evaluar la viabilidad del proyecto.

- **Costos de no calidad por eventos adversos**

Diseñar y auditar procedimientos que garanticen la seguridad del paciente: se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud, por lo cual se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de: Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad, procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas, procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a manejos equivocados. Según datos suministrados en promedio se pueden presentar 20 eventos adversos lo cuales generan costos adicionales como:

Tabla 11. Distribución de costos adicionales de causados por el evento adverso

Costos	Exámenes diagnósticos	Hospitalización	Honorarios	Insumos	Total
Relacionado Con Los Cuidados	$ 5.577.036	$ 3.071.279	$ 347.899	$ 219.067	$ 9.215.282
Relacionado Con Medicamentos	$ 1.650.000	$ 1.101.206	$ 464.360	$ 91.966	$ 3.307.531
Relacionado Con Tecnovigilancia	$ 405.581	$ 186.606	$ 2.423.485	$ 749.101	$ 3.764.773
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	$ 5.132.720	$ 29.511.040	$16.170.000	$ 24.844.103	$75.657.863
TOTAL	**$ 12.765.337**	**$33.870.131**	**$19.405.744**	**$25.904.237**	**$91.945.448**

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la Tabla 10, en la clínica han incurrido en costos de no calidad por un valor aproximado de $91.945.448.

Costos de no calidad de Gestión Ambiental

La Secretaría de Ambiente y las entidades municipales encargadas han iniciado los operativos de control ambiental para el cumplimiento de la normatividad vigente para el manejo de residuos hospitalarios y similares, además de los vertimientos generados en los establecimientos de atención en salud, como servicios médicos, odontológicos, terapéuticos y de diagnóstico.

Para quienes no cumplan con los requerimientos mínimos exigidos se les iniciará un proceso sancionatorio, las multas podrían llegar hasta los cinco mil salarios mínimos mensuales vigentes ($3.221.750.000).

3.3. BENEFICIOS CUALITATIVOS

En general, los principales beneficios de la integración son los siguientes:

- Menores costos de mantenimiento: la gestión de los tres sistemas es más eficaz y eficiente debido a que comparten un gran número de elementos comunes.

- Empalme de los tres sistemas de gestión proporcionando una visión más completa frente a las políticas de la empresa, sus objetivos y las actividades necesarias para cumplirlos.

- Se da un uso eficiente de los recursos dado que evita la duplicación de los recursos internos para gestionar el SGC y el SGA y SST. Asimismo, reduce el tiempo empleado para a integración.

- Disminución de la complejidad: mayor claridad en el diseño, implementación, mantenimiento y mejora de los sistemas.

- Reducción en la cantidad de documentación y mejora el alcance y la percepción de personal.

- Mejora la comunicación interna, motivando al personal.

- Mejora la imagen de la organización: el SIG se basa en las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas, lo que demuestra su compromiso y mejora su imagen.

- Mayor satisfacción de los usuarios: gracias a la mejor calidad en los servicios.

- Mayor responsabilidad al utilizar los recursos naturales y mejor conciencia frente a la preservación del medio ambiente

- Disminución en el índice de accidentes e incidentes de trabajo

- Identificación clara y precisa de oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la empresa

- Control de los procesos y operaciones por medio de indicadores que permitan realizar el adecuado seguimiento a los planes de acción definidos

- Disminución de pérdidas por la generación de desperdicios y productos no conformes

- Información específica de fácil consulta y acceso a las personas autorizadas en el momento que se requiera

- Procedimientos más eficientes al manejar estándares de calidad enfocados a la satisfacción de las necesidades y requerimientos del cliente

- Programas de prevención de emergencias y promoción de la salud de los trabajadores adquiriendo capacidad de respuesta frente a eventos inesperados y reducción de niveles de ausentismos.

Tabla 11. Flujo de caja Ejercicio académico

INVERSIÓN	150quejas/Mes
ACTIVOS FIJOS	
Escritorio	$ 800.000
Computador	$ 1.200.000
Silla	$ 300.000
Telefono	$ 50.000
Descansa pies	$ 70.000
Impresora	$ 300.000
Ventilador	$ 150.000
	$ 2.870.000
CAPITAL DE TRABAJO	
Salario	$ 1.500.000
Prestaciones	$ 780.000
Gastos varios	$ 500.000
	$ 2.780.000
DIFERIDOS	
Capacitador	$ 800.000
Capacitaciones	$ 800.000
Refrigerio	$ 100.000
	$ 1.700.000
TOTAL	**$ 7.350.000**

BENEFICIO	75quejas/mes
ACTIVOS FIJOS	$ 0
CAPITAL DE TRABAJO	
Salario	$ 1.500.000
Prestaciones	$ 780.000
Gastos varios	$ 500.000
	$ 2.780.000
DIFERIDOS	$ 0
TOTAL	**$ 2.780.000**

TOTAL INVERSION	**$ 10.130.000**

COSTOS OPERACIONALES	
Costo energia	$ 211.200
Recertificacion	$ 4.000.000
Thoner	$ 400.000
Salario	$ 27.360.000
Total	**$ 31.971.200**

CONSECUENCIAS DE NO INVERTIR

Multa $ 43.062.032

BENEFICIO

Ahorro de multas
Mejorar el servicio de atención
Buena imagen
Mejora el tiempo de atencion 15%
Reducion tiempo de citas

Año	0	1	2	3
	$ 10.130.000	$ 43.062.032	$ 43.062.032	$ 43.062.032
		$ 31.971.200	$ 31.971.200	$ 31.971.200
Flujo de efectivo	($ 10.130.000)	$ 11.090.832	$ 11.090.832	$ 11.090.832
Valo Presente		$9.644.201,74	$8.386.262,38	$7.292.402,07

VPN Ingresos	$ 25.322.866
VPN Inversion	$ 10.130.000
B/C	2,50

TIR= 95%

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la tabla 11 se realizó un ejercicio académico que consiste en una oficina para atender las quejas y reclamos de los pacientes, desarrollando el flujo de caja obtuvimos que la relación benéfico - costo es mayor a 1 por tal razón es aceptable el proyecto.

Los activos fijos representan los bienes que no pueden convertirse en líquido a corto plazo y que normalmente son necesarios para el funcionamiento de la oficina.

El capital de trabajo son los recursos que requiere la oficina para llevar a cabo sus operaciones.

Los diferidos son los gastos pagados por anticipado, representa los costos que la oficina consumirá en el futuro pero que se pagan de forma anticipada. Es decir, se trata de unos gastos ya pagados pero aun no utilizados en este caso son las capacitaciones, el capacitador y los refrigerios.

El Total de la inversión fueron $10´130.000 que es la suma de los activos fijos, capital de trabajo y diferidos, es el valor total que se necesita invertir para crear la oficina de quejas y reclamos.

Los costos operacionales fueron de $31´971.200 que son los gasto que afrontará la institución durante el periodo posterior a la inversión inicial, estos costos se generan mientras que la oficina este en pleno funcionamiento y desarrollo.

La relación beneficio costo fue de 2,50, esto quiere decir que al invertir $10´130.000 esperamos que los beneficios económicos sean 2 veces la inversión.

4. CONCLUSIONES

- Al realizar el diagnóstico del Sistema Integrado De Gestión: SGA y SST al SGC se pudo establecer que SGC tiene un cumplimiento de 62.75%, el S.ST (51.38%) y Gestión ambiental (18.53%) y un Sistema Integrado de Gestión (45%). Dado que el desempeño ambiental alcanzó un valor deficiente la clínica cumple con aspectos ambientales significativos como es el manejo de residuos sólidos peligrosos.

- La realización del diagnóstico permitió hacer una radiografía de la situación actual encontrando debilidades al tener procedimientos y caracterizaciones documentados y formatos desactualizados, lo cual ha ocasionado un problema en cuanto a controles en sus procesos, no permitiendo la garantía de efectividad en las tareas que se realiza en la clínica.

- Se desarrolló una propuesta conceptual integrada, en la cual se establece la alineación de los tres normas ISO 9001:2015 -14001:2015 - 45001:2018, como base fundamental para el diseño del Sistema Integrado de Gestión propuesto para entidad, identificando los aspectos comunes y no comunes, con el fin de establecer estrategias que den respuesta a las principales problemáticas presentadas y que se mejore el funcionamiento de la gestión organizacional.

- Se brinda a la entidad un plan de acción el cual implica una inversión aproximada de $101.400.000 pero los beneficios de la implementación ayudara a tener mejoras en sus procesos de gestión de calidad evitando que presente eventos adversos que pueden generar costos aproximados de $90.000.000 al año, en lo referente a la gestión ambiental se pueden evitar sanciones que tiene un costo de 5.000 salarios mínimos y en S.S.T se pueden reducir accidentes de trabajo e incapacidades.

5. RECOMENDACIONES

- La verificación de adecuación de la política, objetivos y metas debería realizarse de forma anual, en la primera reunión de revisión gerencial o cuando sea requerido con base en los cambios en el sistema de gestión, informes de auditorías internas o externas y del monitoreo de indicadores y metas.

- Debe existir el compromiso y la predisposición de los altos directivos de la clínica. para implementar el Sistema de Gestión Integrado e involucrar a todos los trabajadores de la organización de una forma participativa a fin de lograr en conjunto una buena gestión del servicio.

- Es importante generar una cultura de calidad organizacional a través de capacitación transversal en todos los niveles a cerca de la normatividad, fundamentos y vocabulario relacionado con el sistema de gestión de calidad, ambiental y de seguridad y salud ocupacional y el direccionamiento estratégico.

- Se hace necesario implantar un sistema de indicadores que articule la operatividad del proceso con la planeación estratégica de la organización, controlando los procesos claves y permita analizar la gestión en cada unidad funcional.

- Trabajar en los capítulos de la norma que tienen un nivel de porcentaje de cumplimiento bajo, haciendo énfasis en los capítulo 6 de planificación y 10 de mejora en los tres sistemas de gestión.

- Alinear y estandarizar el sistema de gestión ambiental, teniendo en cuenta lo que hace falta para aumentar si porcentaje de participación en el sistema de gestión integrado.

BIBLIOGRAFÍA

A. Zutshi, A. Sohal, “Integrated management system: The experiences of three Australian organizations”, Journal of Manufacturing Technology Management, 16 (2), 211-232, 2005.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá. El Ministerio. 1993

DAVILA, Isis. Especialización en Sistemas integrados de gestión. Fundación universitaria tecnológico Comfenalco 2010.

DELGADO PALOMINO, Jorge Antonio. Sistemas Integrados de Gestión -ISO 9000 ? ISO 14000 ? OHSAS 18000. En http://www.monografias.com/trabajos38/sistemas-integrados-gestion/sistemas-integrados-gestion2.shtml. 04, Septiembre de 2010.

E. Duque, Y. Gómez, “Evolución conceptual de los modelos de medición de la percepción de calidad del servicio: una mirada desde la educación superior”, Suma de Negocios, 5 (12), 180-191, 2014

KAFRUNI JÚBIZ Nataly y CASTRO DEL TORO Manuel. Sistema integrado de gestión para las IPS de alta complejidad de la ciudad de Barranquilla basado en los estándares de acreditación en salud, el modelo European Foundation For Quality Management Y El Balanced Scorecard. 2016. PROSPECTIVA Vol. 16

LEUNG HUI Man Ching. Diseño de un sistema integrado de gestión (calidad, medio ambiente y seguridad industrial y salud ocupacional) para la Empresa C.I. Recycables S.A. de la ciudad de Cartagena, como respuesta a las exigencias del mercado chino. 2013. Universidad Tecnológica De Bolívar. P.39

M. Carmona (2008) La integración de sistemas de gestión normalizados sobre la base de los procesos [Internet], Instituto Andaluz de Tecnología. Disponible desde: [Acceso 25 de Junio 2018].

MARTÍNEZ JIMÉNEZ María Nellys y SILVA RODRÍGUEZ María Silva Rodríguez. Diseño y desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo enfocado en el decreto 1072/2015 y OSHAS 18001/2007 EN LA Empresa Los

Ángeles OFS.2016. Universidad Distrital Francisco José De Caldas

MENDEZ ALVAREZ, Carlos Eduardo. Metodología Diseño y Desarrollo del Proceso de investigación. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill, 2002.

Norma OHSAS 18001:2007

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. NTC-ISO 9001-2015

REYES LÓPEZ Johanna Marcela y SEÑA MALO Yessica Dayana. Desarrollo del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional según el marco de la NTC-OHSAS 18001 En El Hospital
Chapinero E.S.E. 2013. Universidad Libre

S. González, “Sistemas integrados de gestión, un reto para las pequeñas y medianas empresas”, Escenarios, 9 (1), 69-89, 2011.

T. Jorgensen, A. Remmen, D. Mellado, “Integrated management systems – three different levels of integration”, Journal of Cleaner Production, 14 (8), 713–722, 2006.

ZAPATA DELGADO Sandra Juliana. Propuesta metodológica del diseño del sistema de gestión de calidad bajo los parámetros trazados en la ntc iso 9001:2015 para Cymma Group S.A.S. 2016. Universidad Distrital Francisco José De Caldas

Anexo A. Comparación de las normas 9001; 14001 y 45001

INTEGRAL		9001		14001		45001	
Cláusula	Descripción	Cláusula	Descripción	Cláusula	Descripción	Cláusula	Descripción
4.1	Comprensión de la Organización y de su Contexto	4.1	Comprensión de la Organización y de su Contexto	4.1	Comprensión de la Organización y de su Contexto	4,1	Comprensión de la Organización y de su Contexto
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	4,2	Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas
4,3	Determinación del alcance del sistema de gestión	4,3	Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad	4,3	Determinación del alcance del sistema de gestión	4,3	Determinación del alcance del sistema de gestión
4,4	Sistema de gestión y sus procesos	4,4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	4,4	Sistema de gestión ambiental	4,4	Sistema de gestión ambiental
5,1	Liderazgo y compromiso	5,1	Liderazgo y compromiso	5,1	Liderazgo y compromiso	5,1	Liderazgo y compromiso
5,2	Política	5.1.1	Generalidades	5,2	Política	5,2	Política de SST
5,3	Roles, responsabilidades y autoridades de la organización	5.1.2	Enfoque al cliente	5,3	Roles, responsabilidades y autoridades de la organización	5,3	Roles, responsabilidades y autoridades de la organización
6,1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	5.2.1	Establecimiento de la política de calidad	6,1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	5,4	Consulta y participacion de los trabajadores
6,2	Objetivos y planificación para lograrlos	5.2.2	Comunicación de la política de calidad	6.1.1	Generalidades	6,1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades
7,1	Recursos	5,3	Roles, responsabilidades y autoridades de la organización	6.1.2	Aspectos ambientales	6.1.1	Generalidades
7,2	Competencia	6,1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1.3	Requisitos legales y otros requisitos	6.1.2	Identificaion de peligros y evaluacion de los riesgos y oportunidades
7,3	Toma de conciencia	6,2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.1.4	Planificación de acciones	6.1.3	Requisitos legales y otros requisitos
7,4	Comunicación	6,3	Planificación de los cambios	6,2	Objetivos y planificación para lograrlos	6.1.4	Planificación de acciones
7,5	Información Documentada	7,1	Recursos	6.2.1	Objetivos ambientales	6,2	Objetivos y planificación para lograrlos
8,1	Planificación y control operacional	7.1.1	Generalidades	6.2.2	Planificación de acciones para lograr los objetivos ambientales	6.2.1	Objetivos de la SST
8,2	Requisitos para los productos y servicios/ Preparación y respuesta ante emergencias	7.1.2	Personas	7	Apoyo	6.2.2	Planificación de acciones para lograr los objetivos ambientales
8,3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios	7.1.3	Infraestructura	7,1	Recursos	7	Apoyo
8,4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos	7,2	Competencia	7,1	Recursos
8,5	Producción y provisión del servicio	7.1.5	Recursos de seguimiento y medición	7,3	Toma de conciencia	7,2	Competencia
8,6	Liberación de los productos y servicios	7.1.5.1	Generalidades	7,4	Comunicación	7,3	Toma de conciencia
8,7	Control de las salidas no conformes	7.1.5.2	Trazabilidad de las mediciones	7.4.1	Generalidades	7,4	Comunicación

INTEGRAL

Cláusula	Descripción
9,1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación
9,2	Auditoría interna
9,3	Revisión por la dirección
10	Mejora
10,1	Generalidades
10,2	No conformidad y acción correctiva
10,3	Mejora continua

9001

Cláusula	Descripción
7.1.6	Conocimiento de la Organización
7,2	Competencia
7,3	Toma de conciencia
7,4	Comunicación
7,5	Información Documentada
7.5.1	Generalidades
7.5.2	Creación y actualización
7.5.3	Control de la información documentada
8,1	Planificación y control operacional
8.2.1	Comunicación con el cliente
8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios
8.2.4	Cambios en los requisitos para los productos y servicios
8,3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios
8.3.1	Generalidades
8.3.2	Planificación del diseño y desarrollo
8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo
8.3.4	Controles del diseño y desarrollo
8.3.5	Salidas del diseño y desarrollo
8.3.6	Cambios del diseño y desarrollo
8,4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente
8.4.1	Generalidades
8.4.2	Tipo y alcance del control
8.4.3	Información para los proveedores externos
8.5.1	Control de la producción y la prestación del servicio

14001

Cláusula	Descripción
7.4.2	Comunicación interna
7.4.3	Comunicación externa
7,5	Información Documentada
7.5.1	Generalidades
7.5.2	Creación y actualización
7.5.3	Control de la información documentada
8,1	Planificación y control operacional
8,2	Preparación y respuesta de emergencias
9,1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación
9.1.1	Generalidades
9.1.2	Evaluación del cumplimiento
9,2	Auditoría interna
9.2.1	Generalidades
9.2.2	Programa de auditoría interna
9,3	Revisión por la dirección
10	Mejora
10,1	Generalidades
10,2	No conformidad y acción correctiva
10,3	Mejora continua

45001

Cláusula	Descripción
7.4.1	Generalidades
7.4.2	Comunicación interna
7.4.3	Comunicación externa
7,5	Información Documentada
7.5.1	Generalidades
7.5.2	Creación y actualización
7.5.3	Control de la información documentada
8,1	Planificación y control operacional
8.1.1	Generalidades
8.1.2	Eliminar peligros y reduciir riesgos para la SST
8.1.3	Gestion de Cambio
8.1.4	Compras
8,2	Preparacion y respuesta ante emergencias
9,1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación
9.1.1	Generalidades
9.1.2	Evaluacion del cumplimiento
9,2	Auditoria Interna
9.2.1	Generalidades
9.2.2	Programa de auditoria interna
9,3	Revision por la direccion
10	Mejora
10,1	Generalidades
10,2	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas
10,3	Mejora continua

INTEGRAL	
Cláusula	Descripción

9001	
Cláusula	Descripción
8.5.2	Identificación y trazabilidad
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos
8.5.4	Preservación
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega
8.5.6	Control de los cambios
8,6	Liberación de los productos y servicios
8,7	Control de las salidas no conformes
9,1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación
9.1.1	Generalidades
9.1.2	Satisfacción del cliente
9.1.3	Análisis y evaluación
9,2	Auditoría interna
9.2.1	Generalidades
9.2.2	Programa de auditoria interna
9,3	Revisión por la dirección
9.3.1	Generalidades
9.3.2	Entradas de la revisión por la dirección
9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección
10	Mejora
10,1	Generalidades
10,2	No conformidad y acción correctiva
10,3	Mejora continua

14001	
Cláusula	Descripción

45001	
Cláusula	Descripción

Anexo B. Lista de chequeo

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO INTEGRAL La organización debe determinar:		**50%**					**100%**	**0%**	**0%**
Ø Las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de Calidad SST Y SGA	□		**X**		Se tiene un análisis interno del entorno el cual esta con enfoques tecnológico, ambiente, mortalidad, innovación jurídico, político y la prestación del servicio y económico Se tiene análisis de las 5 fuerzas competitivas benchmarking con referenciación de cuatro instituciones, Análisis Interno DOFA Externo Matriz DEFI completar con indicadores	Documento no esta codificado por el proceso de calidad Completar análisis del interno con indicadores por cada proceso Para ambiental radiaciones ionizantes Completar análisis del entorno en cuanto a sst y ambiental	**X**		
	□								
	□								
		0	**1**	**0**			**1**	**0**	**0**
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS INTEGRAL La organización debe determinar:		**50%**					**100%**	**0%**	**0%**
a. Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de calidad;	□		**X**		Se tiene análisis de QFD desde el año 2013 actualizar	Realizar el análisis de las partes interesadas y expectativas	**X**		
b. Los requisitos de estas partes interesadas que son pertinentes para el sistema de gestión de la calidad.	□		**X**				**X**		
La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes. Cuáles de estos requisitos se podrían convertir	□		**X**				**X**		
		0	**3**	**0**			**3**	**0**	**0**
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar:		**57%**					**71%**	**43%**	**0%**

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
Determinar los limites y la aplicabilidad del SGC para establecer su alcance	□	X			Se tiene mapa de procesos actualizado	Realizar el análisis de las partes interesadas y expectativas Realizar la justificación de excluir el capítulo 8.3 diseño y desarrollo e incluir en el manual de gestión integrada		X	
a. Las cuestiones externas e internas referidas en 4.1;	□		X		Se tiene portafolio de servicios actualizados. Análisis del entorno		X		
b. Los requisitos de las partes interesadas pertinentes referidos en el apartado 4.2;	□		X		Se tiene análisis de QFD desde el año 2013 actualizar		X	X	
c. Los productios y servicios de la organización;	□		X		Portafolio de servicios, Constancias de autoevaluación, documento de inducción donde está relacionado los servicios que se prestan		X	X	
El alcance debe estar disponible y mantenerse como información documentada estableciendo:	□	X			Se tiene mapa de procesos, documento de plataforma estratégica falta por actualizar		X		
Ø Los tipos de productos y servicios cubiertos por el sistema de gestión de la calidad;	□		X		Mapas de Procesos y caracterizaciones		X		
Ø La justificación para cualquier requisito de esta norma internacional que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su SGC.	□			X					
		2	4	1			5	3	0
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS		71%					75 %	70 %	70 %

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional		X				Actualizar caracterizaciones de todos los proceso de acuerdo al mapa de procesos. Establecer el plan de seguimiento y medición de los procesos. Incluir en las caracterizaciones referencias del SST y de sga Asistencial: Revisar los AMFES, y rutas y establecer en los que hagan falta GH: Actualizar procedimientos de Gestión Humana Infraestructura: Realizar caracterización de acuerdo al mapa de procesos (gestión del ambiente físico: Servicios Generales, esterilización) Mantenimiento dispositivos y equipos médicos: Realizar actualización de Gestión de la tecnología e independizase de la de	X	X	X
La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:		X					X	X	X
a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperados de estos procesos;		X			Caracterizaciones, procedimientos, guías, protocolos y guías		X	X	X

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;		X			Se tiene mapa de procesos actualizado donde están relacionados todos los procesos de la institución.Manual de calidad en el cual también se encuentra especificado el alcance y en redacción.	infraestructura , de acuerdo al mapa de procesos Sistemas: Realizar caracterización de sistemas, desarrollo, estadística, gestión documental. de acuerdo al mapa de procesos (Gestión de la Informacion) Contratación: Realizar caracterización de comercial , la cual estaría junto a dir asistencial y dir medica de acuerdo al mapa de procesos Compras Realizar caracterización de compras de acuerdo al mapa de procesos. Actualizar caracterización de Cirugia Comunicaciones: crear caracterización de acuerdo al mapa de procesos, Gestión de la información. Desarrollo: Realizar caracterización de desarrollo de acuerdo al mapa de procesos	X	X	X
c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, la medición y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse la operación eficaz y el control de estos procesos;			X		En las caracterizaciones se encuentran los indicadores con los cuales se mide la gestión del proceso		X	X	X
d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad;		X			En las caracterizaciones se encuentran os recursos relacionados		X	X	X
e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;		X			En las caracterización y procedimientos están definidas las responsabilidades Manual de responsabilidades		X	X	X
f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1;				X	Se manejan riesgos asistenciales en Amfe de acuerdo a la ruta de atención del servicio				
g) valorar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos;			X		Se tienen establecidos indicadores por proceso para medir su desempeño gestion				

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.			X		Seguimiento a los procesos en comités donde se socializan indicadores y resultados se toman decisiones de mejora según el caso	Estadística: Realizar caracterización del proceso de gestión de la información donde incluya bioestadística y gestión documental Hospitalización: Realizar caracterización de hospitalización general de acuerdo al mapa de procesos			
4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe:									
a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos;			X		Se tiene información documentada Plataforma binaps		X		

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.			X		Se tiene información documentada Plataforma binaps Se tiene un lista de chequeo de contratos Estadística: Se tiene documentado las actividades que se realizan los colaboradores y una matriz en la cual especifican todo lo que se realiza en estadística, informes, periocidad a quien reportar etc. pero no está por calidad.		X		

4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
		6	5	1			9	7	7

5 LIDERAZGO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO **5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad**		40%					100%	100%	0%
La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al Sistema de gestión de la Calidad:									
a) asumiendo la rendición de cuentas de la eficacia del sistema de gestión de la calidad;			X		Comité de Calidad, informes de gestión.	Establecer Plan de comunicaciones de esta manera tener un plan de calidad eficaz para comunicar mensualmente por la página web y solicitar un espacio en Establecer el plan de capacitación de gestión integral. Como le voy a ayudar al lider a mejorar, ejemplo (como se plantea un plan de mejora como puede hacer una auditoria, como fortalecer el liderazgo y la toma de decisiones etc) Establecer pautas para que ellos capaciten se fortalezcan como líderes Metodologías de análisis como metodología de capacitación. Revisar cómo se va a incluir plan de comunicaciones	X	X	
b) asegurando que se establezcan para el sistema de gestión de la calidad la política de la calidad y los objetivos de la calidad y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización;;			X		Comités de gerencia, Comités de calidad, plataforma estratégica		X	X	
c) asegurando la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la organización;			X		Plataforma estratégica.		X	X	
d) promoviendo el uso del enfoque basado en procesos y el pensamiento basado en riesgos;				X			X	X	
e) asegurando que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles;			X		Personal a cargo del sistema de gestión de calidad, revisar o realizar seguimiento a l presupuesto para calidad.		X	X	
f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad;			X		Cartelera boletín interno e intranet		X	X	
g) asegurando que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos;			X		Seguimientos a planes de mejora y acciones, Reuniones extraordinarias de calidad para realizar seguimiento. Asistencial: Calidad es apoyo fundamental para los proceso todo lo que sale de calidad es socializado y se realiza seguimiento con indicadores		X	X	
h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;				X	Falta fortalecer		X	X	

5 LIDERAZGO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
i) promoviendo la mejora;			X		Fortalecer la realimentación de los resultados de las auditorias con los líderes de proceso y la alta gerencia	Matriz de correlación de requisitos. Establecer el enfoque basado en riesgos , puede ser implementando una política de gestión del riesgo Fortalecer la comunicación del sistema de gestión SST enfocado a lo beneficios Fortalecer la realimentación de los resultados de las auditorias con los líderes de proceso y la alta gerencia	X	X	
j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo aplicado a sus áreas de responsabilidad.			X		Fortalecer el acompañamiento a los líderes de procesos		X	X	
		0	8	2			10	10	0
5.1.2.Enfoque al cliente		67%					67 %	0%	0 %
La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:									
a) se determinan, se comprenden y se cumplen de manera coherente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;		X			SIAU: Las encuestas y formato de opiniones espontaneas formato de quejas se debe traer inmediatamente al siau	Establecer la gestión del riesgo y determinar que riesgos pueden afectar la capacidad de aumentar la satisfacción del usuario.	X		
b) se determinan y se tratan los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y los servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente;				X					
c) se mantiene el enfoque en aumentar la satisfacción del cliente.		X			Mesas de trabajo, actas de reunión con las EPS como soporte		X		
		2	0	1			2	0	0
5.2 POLÍTICA		43%					86	86	0

5 LIDERAZGO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
5.2.1.Desarrollar la politica de la calidad La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que:							%	%	%
a) sea apropiada al propósito y al contexto de la organización y apoya su dirección estratégica;			X		Política integral ya está formulada. Intranet, Socializaciones de los procesos	Revisar política Integral Una vez aprobada la polita realizar todo el plan de despliegue	X	X	
b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad			X				X	X	
c) incluya el compromiso de cumplir los requisitos aplicables;			X				X	X	
d) incluya el compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad.			X				X	X	
5.2.2 Comunicar la politica de la calidad La política de la calidad debe:						Socializar en procesos de inducción, en las carteleras, tener banner impresos por la intranet. implementar las píldoras de calidad trimestralmente Realizar barrido de personal para socializar política de politcas con personal de enfermería en practica			
a) estar disponible y mantenerse como información documentada;			X		Se tiene política documentada en manual y plataforma estratégica.		X	X	
b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización;			X		Política anterior se socializa en inducción y en la re inducción una vez al año.		X	X	
c) estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.				X					
		0	6	1			6	6	0
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN		50%					67 %	50 %	50 %
La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan dentro de la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para:			X		Modelo de atención centrado en el paciente SIAU Se tiene manual de funciones y responsabilidades el cual se encuentra desactualizado.	Revisar actualizar el manual de funciones y responsabilidades. E) establecer un comité que sea el responsable que no se realicen cambios sin tener encuesta su impacto. Revisar en el manual el cargo de dirección	X	X	X
a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional;			X				X	X	X
b) asegurarse de que los procesos están dando las salidas previstas;			X				X		
c) informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora (véase 10.1);			X				X	X	X

5 LIDERAZGO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
d) asegurarse de que se promueva el enfoque al cliente a través de la organización;		X				asistencial algunos de los cargos no están determinados: Actualizar el manual de funciones y responsabilidades ya que faltan las responsabilidades frente a los sistemas integrados de gestion SGA SST y SGC. Ademas de incluir las responsabilidades frente al plan de emergencias Referencia: revisar el cargo de lider o coordinaor en referencia y contra referencia SST: las responsailidades de brigadista			
e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad				X					
		1	4	1			4	3	3
5.4 CONSULTA Y PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES		50%					0%	100%	0%
La organización establece, implementa y mantiene procesos para la consulta y participacion de los trabajadores a todos los niveles y funciones aplicables			X		Se tiene Procedimiento de reporte de accidentes e incidentes formato de actos y condiones inseguras, jefes y lideres de proceso participan en la investigacion del caso con la colaborador, y esta hace parte de los planes de intervencion, de accion.	Realizar Procedimiento de consulta y participación de los trabajadores Realizar documentar el procedimietno de grupos focales Fortalecer el coppas evaluar con los colaboradores si se sienten parted e la politica si la entineden si la comunicación de los jefes sobre sst es efectiva		X	

5 LIDERAZGO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La organización proporciona los mecanismos, el tiempo, la formacion y los recursos necesarios para la consulta y participacion			X		Comunicaciones: Grupos focales una vez al año todos los funcionarios de la clínica ahí se mide como se entran de la información formal de la clínica política cambios en el portafolio cambios en la prestación de l servicio y (carteleras etc.) finalizando cada grupo focal hace un informe y los envía a al líder correspondiente Se tiene al coppas como medio de participacion de los trabajadores			X	
La organización proporciona el acceso oportuno a informacion clara, comprensible y pertinente sobre el sistema de gestion de SST			X		Intranet, protocolos manuales, todos tienen acceso a internet las actividades que se realizan se dan a conocer se dan a coner (banner).			X	
Determina y elimina los obstaculos o barreras a la participacion y minimiza aquellas que no puedan eliminarse			X		Oficina de sst siempre esta disponible para el trabajador, comunicación telefónica. Socializar, poner en marcah toda la comunicación apra las partes interesadas y que todos tengas conocimiento sobre el SSt			X	
		0	4	0			0	4	0

6.PLANIFIACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES		0%					0%	0%	0 %
6.1.1 Generalidades									
Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:				X		Establecer el enfoque de la gestion del riesgo por procesos.			
a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;				X					
b) aumentar los efectos deseables;				X					
c) prevenir o reducir efectos no deseados;				X					
d) lograr la mejora				X					
		0	0	5			0	0	0
6.1.2 La organización debe planificar:		0%					0%	0%	0 %
a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;				X		Establecer el enfoque de la gestion del riesgo por procesos.			
b) La manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad;				X					
2) evaluar la eficacia de estas acciones.				X					
Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios				X					
		0	0	4			0	0	0
6.1.2 Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades		50%					0%	100%	0 %

6.PLANIFIACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La organización establece, implementa y mantiene procesos de identificacion continua y proactiva de los peligros, teniendo encuenta factores sociales como, la carga de trabajo, las actividades y situaciones rutinarias y no rutinarias, incidentes internos y externos.			X		Matriz de evaluacion de peligros se va a actualizar para poder cuantificar los peligros y llevar el número de peligros intervenidos, se hizo con el apoyo de los jefes de area, con el jefe de área se va identificar las actividades del colaborador y se va a realizar la constancia de asistencia.	Revisar y actualizar el Procedimiento de Identificación, evaluación y valoración del riesgos		X	
La organización debe establecer implementar y mantener procesos para: a) evaluar los riesgos y oportunidades de SST apartir de peligros identificados teniendo ecuenta la eficacia de los controles existentes			X		Asistencial: Sé que existe se contempló los riesgos por riesgos visitas de observación, de comportamientos seguros sst y seguridad del paciente			X	

6.PLANIFIACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
b) determinar y evaluar otros riesgos relacionados con el establecimiento implementacion operacion y mantenimiento del sst Estas metodologias deben conservarse como informacion documentada			X		Asistencial :Realiza seguimeinto a su procesos mediante los informes de observacion que le reporta sst y seguridad del paciente se realiza la comparacion en matriz que lleva la jefe controles en el medio en la fuente y en la persona y en una de las pestañas estan los mas cirticos en los cuales se tiene que traajar		X		
		0	3	0			0	3	0
6.1.2 Aspectos ambientales		0%					0%	0%	0 %
Dentro del alcance definido del sistema de gestión ambiental, la organización debe determinar los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida.				X		Realizar Procedimiento para la identificación y evaluación aspectos ambientales e impactos Realizar la matriz de aspectos e impactos ambientales			
Cuando se determinan los aspectos ambientales, la organización debe tener en cuenta: a) los cambios, incluidos los desarrollos nuevos o planificados, y las actividades, productos y servicios nuevos o modificados;				X					
b) las condiciones anormales y las situaciones de emergencia razonablemente previsibles.				X					
La organización debe determinar aquellos aspectos que tengan o puedan tener un impacto ambiental significativo, es decir, los aspectos ambientales significativos, mediante el uso de criterios establecidos.				X					

6.PLANIFIACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La organización debe comunicar sus aspectos ambientales significativos entre los diferentes niveles y funciones de la organización, según corresponda.				X					
La organización debe mantener información documentada de sus: - aspectos ambientales e impactos ambientales asociados; - criterios usados para determinar sus aspectos ambientales significativos; - aspectos ambientales significativos				X					
		0	0	6			0	0	0
6.1.2.3 Evaluacion de las oportunidades para la SST y otras oportunidades para el SG-SST		25%					0%	50 %	0 %
La organización debe establecer implementar y mantener procesos para evaluar: a) las oportunidades para SST que permitan mejorar el desempeño de la SST teniendo en cuenta los cambios planificados en la organización, las políticas sus procesos o sus actividades. 1. oportunidades para adaptar el trabajo , la organización del trabajo y el medio ambiente de trabajo a los trabajadores 2. las oportunidades de eliminar los peligros y reducir los riesgos para SST			X		Cuando se identifica un riesgo medio o alto se ve oportunidad de intervención sin descuidar los que esta bajo se tiene como hacer la identificación de peligros esta enfocado en la matriz de peligros		X		
b) Otras oportunidades para mejorar el SST									
		0	1	0			0	1	0
6.1.3 Determinacion de los requisitos legales (ambiental)		50%					0%	100%	0 %
La organización debe establecer implementar y mantener procesos para:			X			Revisar y actualizar Procedimiento para la identificación de requisitos legales (incluir ambiental) Establer un normograma por procesos y que contenga los requisitos legales según corresponda.	X		
a) Determinar y tener acceso a los requisitos legales y otros requisitos actualizados que sean aplicables a sus peligros sus riesgos para la SST y su sistema de gestion de la SST			X		se tiene matriz legal de requisos por SST		X		

6.PLANIFIACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
b) Determinar cómo estos requisitos legales y otros requisitos aplican a la organización y que se necesita comunicar			X		Hay un procedimiento que se llama matriz legal	Realizar una matriz legal para cada sistema de gestión	X		
c)Tener en cuenta este y otros requisitos al establecer e implementar y mantener y mejorar de manera continua el SG SST			X				X		
La organización debe mantener y conservar información documentada sobre sus requisitos legales y otros requisitos y debe asegurarse de que se actualiza para reflejar el cambio			X				X		
		0	5	0			0	5	0
6.1.4 Planificacion de acciones (ambiental)		19%					0%	38 %	0 %
La organización debe planificar: a) las acciones para:			X				X		
1. abordar los riesgos y oportunidades 6.1.2.2 y 6.1.2.3.							X		
2. abordar los requisitos legales y otros 6.1.3			X				X		
3. prepararse y responder ante situaciones de emergencias 8.2			X						
b) la manera de:									
1. integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la SST o en otros procesos de negocio									
2. evaluar la eficacia de estas acciones									
Al planificar las acciones se debe considerar las mejores prácticas las opciones tecnológicas y los requisitos financieros, operacionales y de negocio									
		0	3	0			0	3	0
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS									
6.2.1 La organización debe establecer los objetivos de la calidad para las funciones, niveles y procesos pertinentes necesarios para el sistema de gestión de la calidad.		0%					100%	10 0%	0 %
Los objetivos de la calidad deben:									
a) ser coherentes con la política de la calidad;				X		Establecer los objetivos del sistema de gestion integral	X	X	
b) ser medibles;				X			X	X	

6.PLANIFIACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
c) tener en cuenta los requisitos aplicables;				X			X	X	
d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente;				X			X	X	
e) ser objeto de seguimiento;				X			X	X	
f) comunicarse				X			X	X	
g) actualizarse, según corresponda.				X			X	X	
La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.				X			X	X	
		0	0	8			8	8	0
6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:		40%					80%	40 %	0 %
a) qué se va a hacer;				X		Realizar la planificacion para dar cumplimiento a los objetivos	X	X	
b) qué recursos se requerirán;				X			X	X	
c) quién será responsable;				X			X		
d) cuándo se finalizará;				X			X		
e) cómo se evaluarán los resultados.				X					
		0	0	5			4	2	0
6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS		50%					0%	100%	0 %
Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada y sistemática (véase 4.4). La organización debe considerar:					Se tiene herramienta redmail en el cual la actividad que se va desarrollar queda registrada. se hace una registro de pruebas queda histórico.	Revisar el procedimiento de gestion del cambio de SST y cambiar el enfoque para realizarlo integral Relación de capitulo con el 8.3 de iso 45001			
a) el propósito de los cambios y sus potenciales consecuencias;			X					X	
b) la integridad del sistema de gestión de la calidad;			X					X	
c) la disponibilidad de recursos;			X					X	
d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.			X					X	
		0	4	0			0	4	0

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
7.1 RECURSOS **7.1.1. Generalidades**		17%					33 %	0 %	0 %
La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad.			X			Incluir en las caracterizaciones de cada proceso los recursos que se necesitan para el funcionamiento del proceso Establecer todos los acuerdos para el servicio. Que conozcan la forma de evaluación y en que se basa.Hacerles llegar informes cada cierto tiempo sobre los resultados de la evaluación. Contar con una política de trabajo transparente que ofrezca confianza.	X		
La organización debe considerar:									
a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;				X					
b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.				X					
		0	1	2			1	0	0
7.1.2 Personas		100%					100 %	0 %	0 %
La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para implementación eficaz de su sistema de gestión del integral y para la operación y control de sus procesos.		X			Se tiene el personal con las competencias necesarias y en la parte asistencial que cuenten con todos los sosportes de ley. Se cuenta con el proceso de selección del personal	Revisar si se tiene documentado todo el proceso de selección y evaluacion. Fortalecer la documentacion de las hojas de vida en cuanto a certificados que faltan por archivar	X		
		1	0	0			1	0	0
7.1.3 Infraestructura		100%					100 %	0 %	0 %

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para que la operación de sus procesos logre la conformidad de los productos y servicios.		X			Plan de manteniento, cronogramas de mantetiniento metrologia y mantenimiento. Esta por separado hay un formato que es tranversal evidencias reportes y se archivan en la hoja de vida el plan esta cuantificado, cuantos aires condicionado, equipos de refrigeracion, infraestrutura como tal de cada servicio donde estan camas camillas ,etc Se tiene cronograma de mantenientmo preventicvo en excel sistemas se lleva documentacion de archivo de acciones correctivas, este si esta codificado obervaciones y por correo llega una notificaion de help desk y a sistemas le llega la notificaion.		X		
		1	0	0			1	0	0
7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos		50%					100%	0%	0%
La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.			X		Infraestructura: Cronogramas de manteniendo calificado. Se tienen hojas de vida por servicio de infraestructura plano del servicio, reportes que hace y las revisiones que hacen en cada servicio	Realizar la medición del clima laboral. Establecer un programa en gestion humana para mantener el ambiente buen ambiente laboral de los procesos	X		
		0	1	0			1	0	0
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición **7.1.5.1 Generalidades**		83%					89%	0%	0%
La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios		X			Se tienen cronogramas de		X		

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando el seguimiento o la medición se utilizan para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos.					mantenimiento, de calibración y mantenimiento preventivo				
La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados:									
a) son adecuados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas;			X				X		
b) se mantienen para asegurarse de la adecuación continua para su propósito.		X					X		
La organización debe conservar la información documentada adecuada como evidencia de la adecuación para el propósito del seguimiento y medición de los recursos.		X			Se guardan las evidencias de reportes de acciones correctiva en las hojas de vida		X		
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones									
Cuando la trazabilidad de las mediciones sea un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial de proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición debe:		X					X		
a) verificarse o calibrarse, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, comparando con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación;		X			Cuando se realizan calibraciones por terceros se pide evidencia de la calibración de sus patrones de mediciones y se guardan como evidencian al igual cada vez que se realiza la calibración que soportado en el registro los patrones con los que se realizo la medición.	Establecer en un documento los criterios cuando una calibracion no se considere apta y se deba tomar acciones adecuadas.	X		
b) identificarse para determinar su estado;		X					X		
c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.			X		se deja registro de mantenimiento en las hojas de vida		X		
La organización debe determinar si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y debe tomar las acciones adecuadas cuando sea necesario.			X						

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
		6	3	0			8	0	0
7.1.6 Conocimientos organizativos		0%					0 %	0 %	0 %
La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.				X		Establecer la Gestion del conocimiento (realizar un procedimiento para gestionar los conocimientos organizacionales) El conocimiento se mantenga y esté disponible (cuando sea necesario).Además, pide que si va haber cambios en la organización, se considere si el conocimiento que tiene la empresa es adecuado, y si no, determinar cómo adquirir el necesario. Desarrollo: Revisar que se tiene documentado de la creacion de software Giis y Sighu (SIIS y GIIS) Implementar un programa en el cual se mantenga actulizados a los funcionarios segun el tema			
Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la extensión necesaria.				X					
Cuando se tratan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.				X					
		0	0	3			0	0	0
7.2 COMPETENCIA		50%					80 %	60 %	0 %
La organización debe:									
a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad; SST y SGA			X		Se tiene Manual de competencias pero no se ha trabajado en como desarrollarlas		X	X	
b) asegurarse de que estas personas sean competentes, (incluyendo la capacidad de identificar los peligros) basándose en la educación, formación o experiencia adecuadas;			X		Manual de funciones y Responsabilidades		X	X	
c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;			X				X		
d) conservar la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.		X					X	X	
7.2 AMBIENTAL c) determinar las necesidades de formación asociadas con sus aspectos ambientales y su sistema de gestión ambiental				X					
		1	3	1			4	3	0

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
7.3 TOMA DE CONCIENCIA La organización debe asegurarse de que las personas pertinentes que realizan el trabajo bajo el control de la organización toman conciencia de:			**44%**				**44 %**	**67 %**	**0 %**
a) la política de la calidad;			**X**		La evaluación de resultado cuando se realizan las calificaciones del según orientación al resultado cumplimiento al objetivo de los resultados la planeación de las actividades Evaluación del desempeño por sistemas Reuniones primaras con las jefe donde se realiza realimentación de los resultados de proceso se hacen seguimientos	Establecer en las reuniones primarias un espacio para que los lideres sean mas concientes de la importancia de sus actividades para el cumplimiento de los sistemas integrados de gestion	**X**	**X**	
b) los objetivos de la calidad pertinentes;			**X**				**X**	**X**	
c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los beneficios de una mejora del desempeño SGC, SGA y SST;			**X**				**X**		
d) las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Y los requisitos legales de SST, SGA			**X**				**X**		
7.3 AMBIENTAL b) Los aspectos ambientales significativos y los impactos ambientales reales o potenciales relacionados, asociados con su trabajo;									
7.3 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO								**X**	
d) los incidentes, y los resultados de investigaciones, que sean pertinentes para ellos;			**X**		el trabajador participa en la investigación de los accidentes se hace un plan de intervención que casi ismpres e el trabajador hace actividades y trabajador cumpla con la tarea y capacitación dependiendo el plan de acción lección aprendida			**X**	
e) los peligros, los riesgos para la SST y las acciones determinadas, que sean pertinentes para ellos:			**X**					**X**	
f) la capacidad de alejarse de situaciones de trabajo que consideren que presentan un peligro inminente y serio para su vida o su salud, así como las disposiciones para protegerles de las consecuencias indebidas de hacerlo.			**X**					**X**	
		0	**7**	**0**			**4**	**6**	**0**
7.4 COMUNICACIÓN La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, SST y SGA que incluyan:			**20%**				**0 %**	**80 %**	**0 %**
a) qué comunicar;			**X**		Se está elaborando el	Revisar el plan de comunicación		**X**	

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
					plan de comunicaciones con tres estrategias : Pedagógica Educativa y de posicionamiento.	en la plataforma de la clínica, en carteleras de la clínica, píldora de calidad, divulgación de políticas con estudiantes de la Uceva			
b) cuándo comunicar;				X	Se tiene matriz de comunicaciones por proceso pero no están por calidad	Revisar y aprobar las matrices/planes que se tiene y pasar por calidad		X	
c) a quién comunicar;				X		SST: Revisar y actualizar protocolo de comunicaciones e incluir apartes de ambiental.		X	
d) cómo comunicar.				X	Se realizó un entrenamiento de voceros la cual se realizó por personal de septimo dia	evidenciar que se hacen comunicaciones importantes sistema de gestion ambiental		X	
e) quién comunica.			X		hay un protocolo de comunicaciones (proceso comunicativo) para sst				
		0	2	3			0	4	0
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA **7.5.1 Generalidades**		33%					100%	100%	0%
El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:						Actualizar Procedimiento para el Control de Documentos y Registros			
a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional			X				X	X	
b) la información documentada que la organización ha determinado que es necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.			X			Actualizar los procedimientos, guias, protocolos, formatos en plantilla actualizada.	X	X	
		0	2	0			2	2	0
7.5.2 Creación y actualización		50%					100%	100%	0%
Cuando se crea y actualiza información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado									
a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);			X				X	X	
b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y sus medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);			X				X	X	
c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.			X				X	X	
		0	3	0			3	3	0
7.5.3 Control de la información documentada		50%					10	10	0

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:					Escribir procedimientos de calidad. Control documtal control de registros etc	Infraestructura: Revisar formatos y sus plantillas, estan desactualizados Mantenimiento biomédico: Separar procedimiento de mantenimiento biomédico y realizar aparte procedimiento de mantenimiento infraestructura Sistemas: Revisar formatos de sistemas, están con versión y/o plantilla desactualizados. Revisar y/o establecer los cronogramas que están relacionados Actualizar el procedimiento de mantenimiento preventivo. Establecer políticas de uso de la información Comercial: actualizar documentación de comercial están desactualizados Compras: Revisar formatos F-FIN-001 y el F-COM-003 Revisar formatos existen algunos con plantilla pasada Cirugía: Realizar procedimientos de Endoscopia no cuenta con procedimientos faltan por documentar como traslado de pacientes especiales, admisión de pacientes hospitalarios Revisar el proceso de programación de cirugías y establecer criterios como filtro Revisar formatos de soporte de cirugía que están sin codificar. Desarrollo: Actualizar el documento de mantenimiento de código fuente. Realizar procedimiento protocolo de cambios de contraseña Apoyo diagnóstico: Realizar procedimiento de de exámenes periódicos de radiación de ionización establecer por caqda	0 %	0 %	%
a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;			x				x	x	
b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).			x				x	x	
7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe tratar las siguientes actividades, según corresponda:			x				x	x	
a) distribución, acceso, recuperación y uso;			x				x	x	
b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;			x				x	x	
c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);			x		Listado maestro de documentos		x	x	
d) conservación y disposición.			x				x	x	

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad se debe identificar según sea adecuado y controlar.			X			estudio radiologico cuanto es la carga que recibe por estudio radiológico realizado. Indicador de rechazos esta en onstrucción	X	X	

7.SOPORTE	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra las modificaciones no intencionadas.			x				x	x	
		0	9	0			9	9	0

8.OPERACIÓN	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL									
La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la producción de productos y prestación de servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante:		21%			21%	En el creación del documento gestión del cambio se debe tener en cuenta los cambios asistenciales para planificarlos y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, cuando sea necesario.	43%	43%	43%
a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios; SGA SST y SGC			X		Caracterización, procedimientos		X	X	X
b) el establecimiento de criterios para: SGC SST SGA 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios;			X		Caracterización, procedimientos	Asistencial: Determinar los criterios para asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados, Debe definir el tipo y grado de control o influencia que se va a aplicar a estos procesos.	X	X	X
c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad para los requisitos de los productos y servicios;			X		Caracterización, informes, procedimientos.	Determinar los controles para externos: Grato Brilladora Cardio Urgencias Unidad Renal Seguridad Risk	X	X	X
d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; SGC SGA SST			X		Caracterización y procedimientos		X	X	X
e) la determinación y almacenaje de la información documentada en la medida necesaria: 1) para confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) para demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos..			X		Indicadores que se llevan en los procesos. Procedimientos, guías protocolos	Sistemas: identificar al proveedor externo encargado de los desechos tecnológicos de sistemas y solicitar la documentación pertinente según el caso.	X	X	X
El elemento de salida de esta planificación debe ser adecuado para las operaciones de la organización.			X		Procedimientos, guías protocolos		X	X	X
La organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, cuando sea necesario. INTEGRAL				X		Determinar los controles necesarios para ese proveedor			
La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados (véase 8.4). Debe definir el tipo y grado de control o influencia que se va a aplicar a estos procesos. INTEGRAL				X	Sistemas: Se realiza gestión de desechos con una empresa y/o personal natural certificada	Desarrollo: Establecer indicadores para el proceso de desarrollo			
SST d) La adaptacion del trabajo a los trabajadores									
En coherencia con la perspectiva del ciclo de vida, la organización debe: a) establecer los controles, según corresponda, para asegurarse de que sus requisitos Ambientales se aborden en el proceso de diseño y desarrollo del producto o servicio, Considerando cada etapa de su ciclo de vida;	X								
b) determinar sus requisitos ambientales para la compra de productos y servicios, según Corresponda;				X					
c) comunicar sus requisitos ambientales pertinentes a los proveedores externos, incluidos los contratistas;				X					

d) considerar la necesidad de suministrar información acerca de los impactos ambientales Potenciales significativos asociados con el transporte o la entrega, el uso, el tratamiento al fin de la vida útil y la disposición final de sus productos o servicios.				X					
La organización debe mantener la información documentada en la medida necesaria para tener la confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado.				X					
		0	6	6			6	6	6
8.1.2 ELIMINAR PELIGROS Y REDUCIR RIESGOS PARA LA SST									
La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para la eliminación de peligros y la reducción de los riesgos para la SST utilizando la sgte jerarquía de controles :		50%					0 %	100 %	0 %
a) Eliminar el peligro			X		En evaluación de peligros, en los análisis o mediante la matriz de riesgos y peligros.			X	
b) Sustituir con procesos, operaciones, materiales o equipos menos peligrosos;			X		Se utiliza la matriz de peligros			X	
c) utilizar controles de ingeniería y reorganización de trabajo			X		análisis, metodologías de trabajo			X	
d) utilizar controles administrativos, incluyendo la formación;			X					X	
e) utilizar equipos de protección adecuados			X		Después de realizar los planes el resultado es utilizar equipos como: lacetas de seguridad macrogoteros yelcos de seguridad señalizacion demarcaacion de las areas desnivels de los pisos las capacitaciones de movilizacion de pacientes campañas de riesgo biologico, manipulacion de herramientas.		0	X	0
		0	5	0		0		5	
8.1.3 GESTION DEL CAMBIO		17%					0 %	67 %	0 %
La organización debe establecer procesos para la implementación y el control de los cambios planificados temporales y permanentes que impactan en el desempeño de la SST, incluyendo:			X			Procedimiento de gestión de la cambio de sst y Revisar si se puede integrar con calidad y sga. Calidad capitulo 6.3		X	
a) Los nuevos productos, servicios y procesos o los cambios de productos. Servicios y procesos existentes, incluyendo: - Las ubicaciones de los lugares de trabajo y sus alrededores - La organización del trabajo - Las condiciones de trabajo - Los equipos - La fuerza de trabajo			X		hay un procedimiento de gestión del camio pero no siempre¿ se tiene en cuenta a sst para los cambios			X	
b) Cambios en los requisitos legales y otros requisitos								X	
c) Cambios en el conocimientos o la información sobre los peligros y riesgos para la SST								X	
d) Desarrollos en conocimiento y tecnología									
La organización debe revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto, según sea necesario									

		0	2	0			0	4	0
8.1.4.1 COMPRAS		0%					0 %	0 %	0 %
8.1.4.1 GENERALIDADES La organización debe establecer, implementar y mantener procesos para controlar la compra de productos y servicios de forma que se asegure su conformidad con su sistema de gestión de la SST						Realizar procedimientos de gestión de compras d ebienes y servicios			
		0	0	0			0	0	0
8.1.4.2 CONTRATISTAS		8%					0 %	2 5 %	0 %
La organización debe coordinar sus procesos de compras con sus contratistas, para identificar los peligros y para evaluar y controlar los riesgos para la SST, que surjan de: a) Las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en la organización			X		no hay cultura para establecer los criterios de los contratistas	procedimiento para el manejo de contratistas donde se incluya a jefes de proceso vigilancia y compras		X	
b) Las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en los trabajadores de los contratistas				X	se archivan documentos en carpeta de contratistas cuando se piden seguridad y pereimoos como trabajo confinado				
c) Las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en otras partes interesadas en el lugar de trabajo				X	porteros no pueden dejar entrar a nadie sin la seguridad y salud del trabajo				
La organización debe asegurarse de que los requisitos de su sistema de gestión de la SST se cumplen por los contratistas y sus trabajadores. Los procesos de compra de la organización deben definir y aplicar los criterios de la seguridad y salud en el trabajo para la selección de contratistas.				X					
		0	1	3			0	1	0
8.1.4.3 CONTRATACION EXTERNA		0%					0 %	0 %	0 %
La organización debe asegurarse de que las funciones y los procesos contratados externamente estén controlados. La organización debe asegurarse de que sus acuerdos en materia de contratación externa son coherentes con los requisitos legales y otros requisitos y con alcanzar los resultados previstos del sistema de gestión de la SST. El tipo y el grado de control a aplicar a estas funciones y procesos deben definirse dentro del sistema de gestión de la SST				X		Realizar y evaluar en procedimiento de manejo de contratistas este literal con concontratacion externa ejemplo :vincular risk grato brilladora conocer como es el sistema de gestión de seguridad de ellos , auditoria de sistema de gestión			
		0	0	1			0	0	0
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					Total del Numeral				
8.2.1 Comunicación con el cliente		50%			50%	Comercial: Implementar en el proceso de contratación la socialización de la contratación con las eps como se le da manejo cuando se requiere al igual que los requisitos especificos en caso de contingencia	1 0 0 %	0 %	0 %
La comunicación con los clientes debe :									
a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios;			X				X		

b) la atención de las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;			X		Mesas de trabajo trimestral se habla de seguimiento, segurabilidad de la prestación del servicio, el cliente manifiesta como le va con la contratación y con base se identifica a cada coordinador de la prestación del servicio para revisar si se requiere otro servicio y si se requiere alguno que la que la clínica tiene se adiciona y se va haciendo mas robusto el portafolio de servicios		X		
c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes;			X		Lineación en mesas de trabajo circulares de entendimiento de socialización de contratos		X		
d) manipular o controlar las propiedades del cliente;			X				X		
e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.			X				X		
		0	5	0			5	0	0
8.2.2 Determinación de los requisitos relativos a los productos y servicios		50%				Implementar los normogramas por procesos	100%	0%	0%
Cuando determina los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:			X				X		
a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: 1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable; 2) aquellos considerados necesarios por la organización;			X		Se tiene en cuenta codificación de los cups de acuerdo a los cambios que se generen Res 5851 de 2018. Y el Plan de beneficio resolución 5857 de 2018		X		
b) la organización puede cumplir las reclamaciones de los productos y servicios que ofrece.			X		Se da trámite por siau y con EPS se da tramite por la oficina de comercial via email		X		
		0	3	0			3	0	0
8.2.3 Revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios		50%					100%	0%	0%
8.2.3.1 La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes.			X			Comercial: Realizar lista de chequeo de la iso para que incluya le pertinente ISO para realizar procedimiento	X		
La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir:			X				X		
a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma;			X		Se garantiza que los servicios que se presta hospitalizado servicio integral que todo este incluido dentro del contrato		X		
b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido;			X				X		
c) los requisitos especificados por la organización;			X				X		

d) los requisitos legales y reglamentarios adicionales aplicables a los productos y servicios;			X				X		
e) las diferencias existentes entre los requisitos de contrato o pedido y los expresados previamente.			X				X		
La organización debe asegurarse de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.			X		Mesas de trabajo, actas de esas reuniones		X		
La organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación, cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de sus requisitos.			X		Mesas de trabajo, actas de esas reuniones		X		
8.2.3.2 La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable:									
a) sobre los resultados de la revisión;			X		Actas de reunión de mesas de trabajo		X		
b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.			X		Actas de reunión de mesas de trabajo		X		
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios									
La organización debe asegurarse de que la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios			X		Otro si. Mesas de trabajo donde se	Comercial Comunicar Socializar los cambio que surgen en las revisiones	X		
		0	12	0			12	0	0
8.2 PREPARACION Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS		23%			23%		0%	54%	31%
La organización debe establecer, implementar y mantener procesos necesarios para prepararse y para responder ante la situaciones de emergencia potenciales, según se identifica en el apartados 6.1.2.1, incluyendo									
a) El establecimiento de una respuesta planificada a la situaciones de emergencias incluyendo la prestación de primeros auxilios (acciones para prevenir o mitigar los impactos ambientales) adversos provocados por emergencias)			X		plan de emergencia socialización d inducciones y re inducciones			X	X
b) La provisión de formación y el ejercicio de la capacidad de respuesta planificada			X		manual de plan de emergencias análisis de vulnerabilidad plan de evacuación			X	
c) Las pruebas periódicas y el ejercicio de la capacidad de respuestas planificada			X		se socializa en las inducciones			X	
d) La evaluación del desempeños y, cuando sea necesario, la revisión de la respuesta planificada, incluso después de las pruebas y, en particular, después de que ocurran situaciones de emergencias			X		se tiene un folleto	falta que hacer los usuarios en las emergencias		X	
e) La comunicación y provisión de la información pertinente a todos los trabajadores sobre sus deberes y responsabilidades			X					X	
f) La comunicación de la información pertinente a los contratistas, visitantes, servicios de respuesta ante emergencias, autoridades gubernamentales y, según sea apropiado, a la comunidad local				X					
g) Tener en cuenta las necesidades y capacidades de todas las partes interesadas pertinentes y asegurándose que se involucran, según sea apropiado, en el desarrollo de la respuesta planificada				X					
La organización debe mantener y conservar información documentada sobre los procesos y sobre los planes de respuestas ante situaciones potenciales.SST y SGA			X					X	

b) Responder a situaciones de emergencias reales									X
c) tomar acciones para prevenir o mitigar las consecuencias de las situaciones de emergencia, apropiadas a la magnitud de la emergencia y al impacto ambiental potencial;									X
d) poner a prueba periódicamente las acciones de respuesta planificadas, cuando sea factible;									X
e) evaluar y revisar periódicamente los procesos y las acciones de respuesta planificadas, en particular, después de que hayan ocurrido situaciones de emergencia o de que se hayan realizado pruebas;								X	
f) proporcionar información y formación pertinentes, con relación a la preparación y respuesta ante emergencias, según corresponda, a las partes interesadas pertinentes, incluidas las personas que trabajan bajo su control.									
		0	6	2	Total del Numeral		0	7	4
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE		57%			55%		43%	0%	0%
8.4.1 Generalidades									
La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.		X					X		
La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:			X		Comras: Se realizaba evaluación de proveedores de alto impacto Se tiene procedimientos de selección y evaluación de proveedores	Actualizar el procedimiento de selección y evaluación de proveedores al igual que los registros para la evaluación. Solicitar por bionexo actualizar los proveedores que marcan en rojo documentación vencida o información que les hace falta. Realizar Listado de proveedores Integrar con 8.1.4.2 y 8.1.4.3	X		
a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización;			X				X		
b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;			X						
c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.			X						
La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos.			X		Formato para realizar la autoevaluacion				
La organización debe conservar la información documentada adecuada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.			X		Se tienen evaluaciones pasadas en archivo				
		1	6	0			3	0	0
8.4.2 Tipo y alcance del control de la provisión externa		50%				Compras: Determinar en el documento de evaluacion de proveedores las auditorias a proveedores, para realizar control proveedore externo	100%	0%	0%

La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe:			X			Integrar con el capitulo anterior	X		
a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;			X		Se realizan procesos de auditorias externas a algunos proveedores.		X		
b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes;			X				X		
c) tener en consideración: 1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; 2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo;			X				X		
d) determinar la verificación, u otras actividades, necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.			X		Auditorias que se realizan a proveedores		X		
		0	5	0			5	0	0
8.4.3 Información para los proveedores externos		57%					43%	0%	0%
La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo.			X				X		
La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para:									
a) los procesos, productos y servicios a proporcionar;		X			Previo a la contratación	Actualizar la Evalcuion de proveedores	X		
b) la aprobación de: 1) productos y servicios; 2) métodos, procesos y equipo; 3) la liberación de productos y servicios;			X		procedimiento de evaluación d e proveedores	Complementar con el apartado anterior por sst se cumplen los literales	X		
c) la competencia, incluyendo cualquier calificación de las personas requerida;			X			Revisar con sst			
d) las interacciones del proveedor externo con la organización;			X						
e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por la organización;			X						
f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretenden llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.			X		Se realiza mediante correos con previa notificacion				
		1	6	0			3	0	0
8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO					Total del Numeral				
8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio		50%			58%	Actualizar procedimientos protocolos etc. Que se tiene como información	89	0%	0%

						documentada y que a la fecha no esta actualizada.	%		
La organización debe implementar la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.			x		Se tienen procedimientos, guías, protocolos, manuales, instructivos en los servicios que se prestan	Asistencial: Documentar (protocolo y formatos)plan de entrenamiento a personal de enfermería ya que es un buen modelo a seguir para los demás procesos. Y que quede como gestión del conocimiento.	x		
Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:									
a) la disponibilidad de información documentada que defina: 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar; 2) los resultados a alcanzar;			x		Se tiene un plan de entrenamiento donde realizan la socialización del personal de enfermería cuando llega. se le da una inducción, luego se tiene plan de entrenamiento en donde se profundiza en protocolos de enferneria y luego en áreas de impacto como infecciones seguridad del paciente, sst calidad, violecia sexual mantenimiento, toma de muestras. Se tiene una matriz de induccion y capacitacion al personal que ingresa para la parte asistencialenfermeria, todo este plande enfermeria no se tiene documentado por calidad.	Revisar si lista de verificación de entrenamiento esta por calidad Documentar un protocolo de normas generales de enfermeria Realizar la evaluacion del desempeño. Fortalecer el proceso de gestion de la documentacion de las hojas de vida que cuenten con todos los certitifcados	x		
b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;			x		Apoyo Diagnostico: Se realizan visitas de controlde calidad para veririficar que las puertas no estan irradiando hacia el exterior		x		
c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o las salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;			x				x		
d) el uso de la infraestructura y el ambiente adecuados para la operación de los procesos;			x				x		
e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;			x		faltan hojas de vida de profesionales por ceritificados		x		

f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, donde el elemento de salida resultante no pueda verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;									
g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos;			X		Se tiene el manual de de deberes y convivencia, en reglamento interno de la clinica		X		
h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.		X			Procedimientos y protocolos ruta de atencion Cirugia: Procedimiento de traslado de pacientes de un ser vicio a otro y cuando egresa planes pos alta por procedimiento		X		
		1	7	0			8	0	0
		100%					100%	0%	0%
8.5.2 Identificación y trazabilidad									
La organización debe utilizar los medios adecuados para identificar las salidas cuando sea necesario para asegurar la conformidad de los productos y servicios.		X			Se tienen registros en la historia clinica.		X		
La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.		X			Se tiene de igual manera la identificación con manillas, identificación en cama e identificación única en historia clínica		X		
La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y		X			Software de historia clínica GIIS		X		
Se debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.		X			Historia clinica queda guardada digital y todos los soportes se escanean y se suben a la historia clinica del paciente Se Realiza copias de seguridad de todos los procesos y las de servicios se encueuntra procedimentado		X		
		4	0	0			4		
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos		50%				Asistencial: Revisar y actualizar procedimiento de custodia. Desarrollo: documentar el procedimiento de cambio de clave. Documenar procedimiento de consulta o soporte a los usuarios internos	100%	0%	0%
La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma			X		Se tiene un formato de bienes en custodia y procedimiento de custodia, La información de la Historia clínica es propiedad del cliente y para ello se tiene sistematizada y existen controles para acceder a ella con usuarios que tienen permisos de igual manera se realizan copias de seguridad para evitar perdiad de la información		X		

La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios.			X		Se tiene procedimiento de propiedad del cliente y formato. La informacion de la Historia clinica es propieda del cliente y para ello se tiene sistematizada y existen controles para acceder a ella con usuarios que tienen permisos de igual manera se realizan copias de seguridad para evitar perdiad de la informacion		X		
Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y			X		Se tiene procedimiento de propiedad del cliente y formato La informacion de la Historia clinica es propieda del cliente y para ello se tiene sistematizada y existen controles para acceder a ella con usuarios que tienen permisos de igual manera se realizan copias de seguridad para evitar perdiad de la informacion. Tambien existe protocolos y procedimientos para la idientificacion del paciente en sala y para la ididntificaacion de muestras de laboratorio.		X		
conservar la información documentada sobre lo que ha ocurrido..			X		Se salva guarda la informacion necesaria.		X		
		0	4	0			4	0	0
8.5.4 Preservación		50%					100%	0%	0%
La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.			X		Aspectos a controlar tenemos el documento en sí (historia clinica), la confidencialidad, los servidores informáticos, las copias de seguridad, etc, Herramientas para realizar copias de seguiradd red mine dms se guarda todo lo que necesitan para trabajar se hace copia para la intranet sola mente, solo copias a pagina web mediawiki siguh de produccion hacemos copia a soapp y los repositorios tante de giis como dde sugiuh base de datos y aplicaciones de pruebas		X		
		0	1	0			1	0	0
		50%					100%	0%	0%
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega									
La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.			X		Almacenamiento de la historia clinica		X		
Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar:									
a) los requisitos legales y reglamentarios;			X		Se realizan aplicación de encuestas		X		
b) las potenciales consecuencias no deseadas asociadas con sus productos y servicios;			X		Analisis de casos por seguridad del paciente		X		

c) la naturaleza, el uso y la vida prevista de sus productos y servicios;			X		Registro en la historia clinica del uso de medicamentos y dispositivos que fueron utilizados en su estancia		X		
d) los requisitos del cliente;			X				X		
e) retroalimentación del cliente;			X		Actividades de eduacion, clisanf		X		
		0	6	0			6	0	0
		50%					100%	0%	0%
8.5.6 Control de los cambios									
La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad continua con los requisitos especificados.			X		Se realiza la autoevaluacion de servicios de manera anual para asegurarse de que se ofrecen los servicios ofertados	Establecer e integrar en la gestion del cambio (cambio significativos para la prestacioon del servicio)	X		
La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.			X		Se guardan constancias de autoevaluacion y soporte de habilitacion		X		
		0	2	0			2	0	0
8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS		50%					100%	0%	0%
La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.			X		Historia clinica		X		
La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente.			X		Historia clinica		X		
La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.			X		Historia clinica		X		
La información documentada debe incluir: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a las personas que han autorizado la liberación.			X		Historia clinica		X		
		0	4	0			4	0	0

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Integral		39%					67%	67%	11%
9.1.1 Generalidades									

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La organización debe determinar: (implementar y mantener para el seguimiento y medicion análisis del desempeño SST y (ambiental)									
a) a qué es necesario hacer seguimiento y qué es necesario medir; 1. el grado en que se cumplen los requisitos legales y otros requisitos 2. Sus actividades y operaciones realacionadas con los peligros los riesgos y oportunidades identificados 3. el progreso del logro de los objetivos de SST de la organizacion 4. la eficacia de los controles operacionales y de otros controles			X		Fichas de indicadores	Revisar indicadores de SST para verificar si apuntan a los requsitos que exije la norma Revisar los obejtivos de SST y verificar si tienen indicadores para medir el cumpliento de esos objetivos Evaluar el cumplimiento de los objetivos y evaluar la eficacia del sistema de gestion. Establecer el comite de gestion integral en cual cada sistema de la informacion pertinente al desempeño del sistema integral. Utilizar los canales de comunicacion pertinentes para comunicar esterna e internamente el desempeño ambiental GH: Actualizar los indicadores de gestion humana GH: No se teinen indicadores significativos, gestion humana propone dos rotacion del personal y tiempo medio de seleccion Revisar indicadores de Mantenimiento biomedico Sistemas: Revisar indicadores Comercial: revisar y actualizar los indicadores de comercial Comunicaciones: Revisar los Indicadores reputacion corporativa y fortalecimiento de canalaes cualitativo y	X	X	
b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;			X		Se tienen comites insitucionales y comites primarios.		X	X	
c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;			X				X	X	
d) cuándo se deben analizar, evaluar y comunicar los resultados del seguimiento y la medición.			X				X	X	
La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. SGA Y SST			X				X	X	
La organización debe mantener la información documentada como evidencia de los resultados. SGA y SST SGC			X		Se guardan los reportes de indicadores que realizan los proceso con sus respectivos analisis.		X	X	
c) los criterios contra los cuales la organización evaluará su desempeño ambiental y los indicadores apropiados **SST**					indicadores que se tienen por sst. Desechos hospitalarios				

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
la organización debe asegurarse de que se usan y se mantienen equipos de mantenimiento y medicion calibrados o verificados según corresponda			X		Se tienen equipos de medicion calibrados y se tienen contrataos con proveedores que tinen sus equipo patron certificados copia de esta estan en las hojas de vida de los equipos medicos	cuantitativo, se encuentran por el sistema de gestion de calidad. Apoyo diagnositco: implementar Indicador de rechazos esta en construccion y documantacion referente Indicadores de apoyo diagnostico estan en rojo por falta de tecnologos Referencia: existe comité de referencia y contra refernecia el cual falta por legalizar el que tienen ya tiene las correciones falta dar el visto nbueno y enviar cronograma SIAU: actualizar indicador efectividad, aumento de meta ya que se cumpleEstablecer inidcadores de impacto			X
La organización debe comunicar externa e internamente la informacion pertinente del desempeño ambiental según este identificado en sus procesos de comunicación y como se exijan en sus requisitos legales y otros					Se realizan analsis de vertimientos y de aguas limpias 8 dias antes se hace el analisis y ocho dias despues analisis				
		0	7	0			6	6	1
9.1.2 Satisfacción del cliente		150%					100%	0%	0%
La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.		X			Planes de accion se genera despues de los informes que se envian a los usarios en la restructuracion del siau esta realizar las encuenstas por el perosnal de siau para que no hayan inconsistencias en los resultados		X		
La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.		X			encuestas, gestion de quejas. Asociacion de usuarios la muestra para la muestra estadistica la realizo un estadistico		X		
		2	0	0			2	0	0
9.1.2 Evaluacion de Cumplimiento SGA y SST		25%					0%	50%	0%

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para evaluar el cumplimiento de sus requisitos legales y otros requisitos. La organización debe:									
a) determinar la frecuencia con la que se evaluará el cumplimiento;			X		se tiene auditoria cumplimiento 91.25 por parte de la arl sura	establecer una metodologia para realziar seguimeint al grador de cumplimiento del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo, ambiental			
b) evaluar el cumplimiento y emprender las acciones que fueran necesarias;			X		indicadores			X	
c) mantener el conocimiento y la comprensión de su estado de cumplimiento.					En los comites se puede realizar				
La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de la evaluación del cumplimiento.								X	
		0	2	0			0	2	0
9.1.3 Análisis y evaluación		44%					89%	0%	0%
La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados originados por el seguimiento y la medición.			X			Realizar segumiento de la informacion que se reporta, tomar decsiones y dejar evidencia	X		
Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:					Indicadores estan reportados a mes de noviembre dos indicadores		X		
a) la conformidad de los productos y servicios;			X		En los comités del sistema de gestion se evalua y se toman decisiones		X		
b) el grado de satisfacción del cliente;			X				X		
c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;			X				X		
d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;			X				X		
e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;									
f) el desempeño de los proveedores externos;			X				X		
g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.			X				X		
		0	7	0			8	0	0

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
9.2 Auditoría interna		**38%**					**75%**	**0%**	**0%**
9.2.1 La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:			**X**		Se tiene Procedimiento de auditorias internas	Revisar y actualizar el procedimiento de auditorias internas.	**X**		
a) cumple:					Se realiza plan de auditoria y programacion de auditoria				
1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad;			**X**		programa de auditoria	Realizar el plan de auditoria y el programa de auditoria para el año 2019 implementar el proceso de auditoria	**X**		
2) los requisitos de esta Norma Internacional;			**X**		Plan y programa de auditoria		**X**		
b) está implementado y mantenido eficazmente.									
		0	**3**	**0**			**3**	**0**	**0**
9.2.2 La organización debe:		**50%**					**100%**	**0%**	**0%**
a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;			**X**		Se tiene Programa de auditoria y procedimiento de auditoria	Realizar formacion de lideres, capacitar al personal en auditoria	**X**		
b) para cada auditoría, definir los criterios de la auditoría y el alcance de cada auditoría;			**X**				**X**		
c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;			**X**				**X**		
d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente;			**X**				**X**		
e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;			**X**				**X**		
f) conservar la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de la auditoría.			**X**				**X**		
		0	**6**	**0**			**6**	**0**	**0**
9.3 Revisión por la dirección **9.3.1. Generalidades**		**47%**					**100**	**20%**	**0%**

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
							%		
La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica de la organización continua.			X				X	X	
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:			X			Fortalecer el proceso de revision por la direccion	X	X	
a) el estado de las acciones desde revisiones por la dirección previas;			X				X		
b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad;			X				X		
c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:			X				X		
1) satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;			X				X		
2) el grado en que se han cumplido los objetivos de la calidad;			X				X		
3) desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;			X				X		
4) no conformidades y acciones correctivas;			X				X		
5) resultados de seguimiento y medición;			X				X		
6) resultados de las auditorías;			X				X		
7) el desempeño de los proveedores externos;			X				X		
d) la adecuación de los recursos;			X				X		
e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1);							X	X	
f) oportunidades de mejora.			X				X		
		0	14	0			15	3	0
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección		0%				Fortalecer el proceso de revision por la direccion	0%	25%	0%
Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con: a) las oportunidades de mejora;				X				X	
b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad;				X					

9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
c) las necesidades de recursos.				X					
La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.				X					
		0	0	4			0	1	0

10. MEJORA	NO APLICA	COMPLETO	PARCIAL	NINGUNO	QUÉ TIENE?	QUE NOS FALTA	SGC	SST	SGA
10.1 Generalidades		50%					0 %	0%	0 %
La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. SST Y SGA			X			Procedimiento de mejora, que describe los mecanismos para identificar oportunidades de mejora enfocados a la mejora del producto, las expectativas de los clientes y del sistema de calidad.			
Estas deben incluir:									
a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como tratar las necesidades y expectativas futuras;			X						
b) corregir, prevenir o reducir los efectos indeseados;			X						
c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.			X						
□		0	4	0			0	0	0
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA integral		39%					11 %	78 %	0 %
La organización debe establecer, implementar y mantener procesos incluyendo informar investigar y tomar acciones para determinar y gestionar los incidentes y las no conformidades.									
10.2.1 Cuando ocurra un incidente o una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:						Desarrollo:Todo lo que presenta fallo en el sitema se pasa como no conforme en calidad se tiene con corte a noviembre en el archivo de excell SST debe buscar el espacio en el coppas y compartir informacion de accidentes o investigacinones que se han hecho o se estan haciendo			
a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) hacer frente a las consecuencias; Incluidad la mitigacion de los impactos ambientales adversos			X				X	X	
b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:			X				X	X	
1) la revisión y el análisis de la no conformidad;			X					X	

2) la determinación de las causas de la no conformidad;			X					X	
3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir;			X					X	
b) evaluar con la participacion de los trabajadores (5.4) e involucrando a otras partes interesadas pertinentes la necesidad de acciones correctivas para eliminar las causas raiz del incidente o la no conformirdad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte mediante:			X					X	
1) La investigación del incidente o la revisión de la no conformidad;			X					X	
2) la determinación de las causas de la no conformidad;			X					X	
3) la determinación de si han ocurrido incidentes similares, si existen no conformidades, o si potencialmente podrian ocurrir.			X					X	
c)revisar las evaluaciones existentes de los riesgos para la SST y otros riesgos según sea apropiado (6.1)			X					X	
d) determinar e implementar cualquier acción necesaria. Incluyendo acciones correctivas de acuerdo con la jerarquía de los controles (8.1.2) y la gestión del cambio (8.1.3)			X					X	
e) evaluar los riesgos de la SST que se relacionan con los peligros nuevos o modificados, antes de tomar acciones;			X					X	
c) implementar cualquier acción necesaria;			X					X	
d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; de cualquier accion tomada (f)									
e) si es necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación;									
f) si es necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad. SST Y SGA			X						
Las acciones correctivas deben ser adecuadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Incluidos los impactos ambientales							X		
La organización debe comunicar esta información documentada a los trabajadores pertinentes y cuando existan, a los representantes de los trabajadores y a otras partes interesadas pertinentes									
		0	14	0			2	14	0
		50%					0 %	100%	0 %
10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de:									
a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción posterior tomada;			X		Desarrollo: Se presentan informes a la gerencia			X	
b) los resultados de cualquier acción correctiva.			X		Investigaciones y planes de accion			X	
		0	2	0			0	2	0
		25%					0 %	0%	0 %
10.3 MEJORA CONTINUA						Realizar procedimiento de			

La organización debe mejorar continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad. SGA - SST			X		Desarrollo Se rinde informe y se realizan mejoras deacuerdo a su prioridad	mejora continua			
La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben tratarse como parte de la mejora continua.				X					
		0	1	1			0	0	0