

DISEÑO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO LAS NORMAS ISO
9001 VERSIÓN 2015 Y OHSAS 18001 VERSIÓN 2007 EN I.P.S. PROINSAR DE LA
CIUDAD DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA

MARCELINO GAFARO RAMÍREZ
DIANA CAROLINA ANAVE TARAZONA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE INGENIERIAS Y ARQUITECTURA
ESPECIALIZACION EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION
HSEQ
PAMPLONA
2017

DISEÑO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO LAS NORMAS ISO
9001 VERSIÓN 2015 Y OHSAS 18001 VERSIÓN 2007 EN I.P.S. PROINSAR DE LA
CIUDAD DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA

MARCELINO GAFARO

DIANA CAROLINA ANAVE TARAZONA

Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialistas en
Sistemas Integrados de Gestión

Asesor

OSCAR JOSÉ CÁCERES RINCÓN

MBA con énfasis en Sistemas Integrados de Gestión

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA

ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN

HSEQ

PAMPLONA

2017

Contenido

Introducción.....	7
1. El problema	8
1.1 Título	8
1.2 Planteamiento del problema	8
1.3 Formulación del problema.....	10
1.4 Justificación	10
1.5 Objetivos.....	12
1.5.1 Objetivo general.	12
1.5.2 Objetivos específicos. Se describen a continuación:	12
1.6 Alcance y limitaciones.....	13
1.6.1 Alcances.	13
1.6.2 Limitaciones.	13
2. Marco referencial.....	14
2.1 Antecedentes.....	14
2.2 Marco contextual	15
2.2.1 Datos generales.....	15
2.2.2 Reseña Histórica.	16
2.2.3 Misión de la organización.....	17
2.2.4 Visión de la organización.	17
2.2.5 Políticas.	17
2.2.5.1 Política de calidad.....	17
2.2.5.2 Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	17
2.2.6 Objetivos estratégicos.....	18
2.3 Marco teórico.....	19
2.3.1 Diagnóstico estratégico.....	19
2.3.2 Enfoque basado en procesos.....	19
2.3.3 Sistemas de gestión de la calidad y otros sistemas de gestión.	20
2.3.4 Norma OHSAS 18001:2007 (Occupational Health and Safety Assessment Series).	20
2.3.5 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional (S y SO).	21
2.3.5 Sistemas de seguridad y salud en el trabajo	21
2.3.5 Sistemas integrados de gestión	21
2.3.6 ¿para qué sirve un sistema integrado de gestión?.....	22
2.3.7 Sistema de información Biofile.	22

3.	Diseño metodológico.....	24
	3.2 población y muestra.....	24
	3.2.1 Población.....	24
	3.2.2 Muestra.....	24
	3.3 Instrumentos para recolección de información.....	24
	3.3.1 Fuentes de información primaria.....	24
	3.3.2 Fuente de información secundaria.....	25
	3.4 Análisis de la información.....	25
4.	Resultados y análisis.....	26
	4.1 Diagnóstico inicial.....	26
	4.1.1 Alcance del Sistema Integrado de Gestión bajo el enfoque de las normas ISO 9001 y OHSAS 18001.....	26
	4.1.2 Cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 y OHSAS 18001:2007 en la empresa Protección Integral en Salud y Riesgos S.A.S. de la ciudad de Cúcuta.....	26
	4.1.3 Informe resultado del diagnóstico realizado a la institución.....	31
	4.2 Diseño del sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007 para los procesos misionales de la organización.....	32
	4.2.1 Identificación de requisitos legales aplicables para definir la documentación necesaria mediante la aplicación de listas de chequeo.....	32
	4.2.2 Evaluación de la planeación estratégica de la institución.....	35
	4.2.2.1 Diagnóstico estratégico.....	35
	4.2.2.1.1 Análisis externo.....	36
	Priorización y calificación de los factores externos.....	37
	4.2.2.1.2 Análisis interno.....	38
	4.2.2.1.3 Análisis DOFA.....	41
	Realización del análisis DOFA.....	43
	4.2.2.2 Direccionamiento estratégico.....	43
	4.2.2.2.1 Principios corporativos.....	43
	4.2.2.2.2 Misión.....	44
	4.2.2.2.3 Visión.....	46
	4.2.2.2.4 Política integrada de gestión.....	47
	4.2.2.2.5 Objetivos de calidad.....	47
	4.2.2.2.5 Nuevos objetivos definidos por PROINSAR S.A.S.....	49
	4.2.3 Mapa de procesos de la institución mediante la metodología sugerida por la ISO 9001. Identificación y clasificación de los procesos.....	50
	4.2.3.1 Identificación de los procesos.....	51

4.2.3.2 Clasificación de los procesos.....	52
4.2.4. Mapa de procesos.	53
4.2.5 Documentación de los procesos misionales.	53
4.2.5.1 Proceso Gestión de Citas.	53
4.2.5.2 Proceso Gestión Consulta Externa.	54
4.2.5.3 Proceso Gestión de Apoyo Diagnóstico.	54
4.2.5.4 Proceso Asesoramiento en SG-SST.	54
4.2.5.5 Medición de los procesos.	55
4.3 socializar el sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OSHAS 18001 versión 2007.	60
4.3.1 Instructivo para interpretación del mapa de procesos.	60
4.3.2 Socialización a los funcionarios de la organización.....	60
5. Conclusiones.....	61
6. Recomendaciones	63
Bibliografía.....	64
Anexos	66
Anexo 1. Caracterización proceso Gestión de Citas.....	66
Anexo 2. Procedimiento Asignación de Citas.....	67
Anexo 3. Procedimiento Creación de Agendas.....	68
Anexo 4. Procedimiento Creación de Profesionales.	69
Anexo 5. Caracterización Gestión de Consulta Externa.....	71
Anexo 6. Procedimiento Consentimiento Informado.....	72
Anexo 6. Procedimiento Correcta Identificación del Paciente.....	73
Anexo 7. Procedimiento Correcta Identificación del Paciente.....	74
Anexo 8. Procedimiento Evaluación de la Calidad de la Atención.....	75
Anexo 9. Procedimiento Examen de Ingreso.	76
Anexo 10. Procedimiento Examen Periódico.....	77
Anexo 11. Procedimiento Examen de Retiro.	78
Anexo 12. Procedimiento Examen de Retiro.	79
Anexo 13. Manual de bioseguridad servicio de consulta externa.	80
Anexo 14. Protocolo para atención a víctimas de violencias sexuales.....	81
Anexo 15. Caracterización Proceso Apoyo Diagnóstico.....	82
Anexo 16. Procedimiento de Fisioterapia.	83
Anexo 17. Procedimiento de Foniatría.	84
Anexo 18. Procedimiento de Psicología.....	85

Anexo 19. Procedimiento la realización de visiometria.	87
Anexo 20. Caracterización Proceso Asesoramiento en Implementación de SG-SST.....	88
Anexo 21. Procedimiento Programación de Asesoría y Elaboración de Diagnóstico.....	89
Anexo 22. Procedimiento Programación de Asesoría y Elaboración de Diagnóstico.....	90
Anexo 23. Procedimiento planeación del sistema de SST.	91
Anexo 24. Procedimiento Implementación del Sistema de SST.	92
Anexo 25. Plantilla para Diagnóstico y Evaluación del SG-SST.....	93

Introducción

Actualmente las organizaciones se encuentran condicionadas por la capacidad competitiva con la cual se deben enfrentar al mercado debiendo fortalecer o destacar aspectos internos muy necesarios para sobresalir o mantenerse en el mercado con la participación deseada, además de la necesidad de asegurar una productividad duradera reflejada en mejores procesos administrativos de cara al cliente externo, así como un ambiente laboral acorde a las necesidades y expectativas de sus clientes internos.

Por esta razón, actualmente el sistema de gestión de la calidad juega un papel importante en la búsqueda de la ventaja competitiva necesaria para sobrevivir o destacarse en el mercado, sin dejar de lado el bienestar y la salud de los trabajadores como componente importante y necesario para lograr una productividad duradera, atendiendo a la necesidad de asegurar un ambiente con los menores riesgos posibles que atenten contra la integridad física y emocional de la población trabajadora, atendiendo al mismo tiempo los requisitos legales del sector en el cual pertenece la organización.

La existencia de más de un sistema de gestión en la organización requiere de unificar esfuerzos para optimizar recursos y lograr el aprovechamiento al máximo de las bondades que ofrece sistema integrado de gestión, siendo para el caso de PROINSAR S.A.S. el pilar fundamental de la gestión organizativa ante la identificación y fortalecimiento de las ventajas competitivas tanto en los servicios ofrecidos como en sus procesos internos.

1. El problema

1.1 Título

DISEÑO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO LAS NORMAS ISO 9001 VERSIÓN 2015 Y OHSAS 18001 VERSIÓN 2007 EN I.P.S. PROINSAR DE LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA.

1.2 Planteamiento del problema

Ser competitivos actualmente en el mercado exige mayor dedicación a encontrar el nivel que destaque a una empresa por sobre las demás, innovando en sus productos o servicios con estrategias acorde a sus necesidades. Las empresas deben establecer un direccionamiento estratégico para superar el simple esfuerzo que conlleva satisfacer sus propios intereses, orientadas a mirarse a sí mismas como rival y no al mercado globalizado al cual pertenecen donde la competencia se exige cada vez con un mayor nivel. Al respecto González (2011) concluye:

Las empresas bien sean grandes, medianas o pequeñas deben asumir los retos que trae consigo el entorno y la situación actual. Una tendencia en la actualidad es que éstas se desenvuelvan no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional, debido a las crecientes exigencias del mercado en cuanto a la calidad y productividad de bienes y servicios, que demanda tener a la mano un menú de estrategias que le permitan evaluar cuál de todas implementar de acuerdo a sus necesidades, lo importante es elegir estrategias que apunten a la competitividad de la organización, por ello es necesario cambiar los

paradigmas tradicionales, comprender que si no asumen el riesgo del cambio sin importar los costos y el tiempo, los clientes los cambiarán. (p. 87).

PROINSAR S.A.S., empresa con presencia en el sector salud, dedicada principalmente al asesoramiento en la implementación de Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo y a la prestación de servicios de consulta externa general como son medicina general, optometría, psicología, fisioterapia, fonoaudiología y medicina laboral. Actualmente se encuentra en posición de desventaja frente a los competidores del mercado en que hace presencia representada en pérdida de capacidad para captar con facilidad clientes debido a sea por su inexperiencia y a la variedad de competidores que ofrecen el mismo servicio lo cual puede generar problemas de sostenimiento y una expectativa de vida relativamente corta en el sector.

Su temprana existencia en el mercado evidencia la ausencia de un Sistema de Gestión de la Calidad que asegure normalización a sus procesos administrativos generando problemas administrativos en el funcionamiento interno de sus actividades repercutiendo negativamente en el grado de satisfacción del usuario posibilitando dificultades para captar clientes y el deterioro de la imagen corporativa alcanzada en el corto tiempo de existencia.

Además, la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo exigido por el decreto 1072 de 2015 del ministerio del Trabajo de la república de Colombia, en animo de darle cumplimiento a la exigencia legal, demanda un gran esfuerzo administrativo que de manera aislada o separada generaría un desperdicio de esfuerzos si no se logra complementar o integrar con el sistema de gestión de la calidad para crear el sistema integrado de gestión convirtiéndose en una herramienta fundamental para lograr el nivel de competitividad deseado en PROINSAR S.A.S. Aprovechando las bondades de la norma OHSAS 18001 versión 2007 para las exigencias en materia de seguridad y salud en el

trabajo e ISO 9001 versión 2015 en materia de calidad, las cuales se pueden certificar en un futuro no muy lejano, se pueden fusionar en el sistema integrado de gestión alcanzando la consecución de estándares superiores de calidad.

1.3 Formulación del problema

¿Cómo podría PROINSAR S.A.S. alcanzar estándares superiores de calidad para dar características competitivas y cumplir con las obligaciones legales en materia de seguridad y salud en el trabajo?

1.4 Justificación

A raíz de la obligatoriedad de la instauración del sistema de seguridad y salud en el trabajo en las empresas, con la entrada en vigencia del decreto 1072 de 2015 por medio del cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) expedido por el ministerio del Trabajo, se inició en la ciudad de Cúcuta un incremento significativo en la creación de las empresas dedicadas al asesoramiento en el diseño e implementación del SG-SST.

La gran cantidad de empresas y profesionales independientes dedicados a ofrecer este tipo de servicios ha incrementado la competencia del sector haciendo más difícil el ejercicio de mercadeo para la consecución de clientes. Por esta razón, la empresa Protección Integral en Salud y Riesgos S.A.S (PROINSAR) ve afectada su participación en el mercado disminuyendo la oportunidad de adquirir nuevos clientes e incluso quedando en desventaja con aquellos competidores de experiencia, trayectoria y reconocimiento.

Esta necesidad de adquirir diferenciación y obtener un reconocimiento en el sector, a pesar de su corto periodo de existencia, lleva a la empresa PROINSAR a buscar

alternativas para obtener aquella ventaja competitiva encontrando ese aspecto diferenciador, bien sea desde el interior como desde su entorno macroeconómico y sectorial.

Por no contar en PROINSAR SG-SST con un sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007, que normalice los procesos, la Gerencia General determina que esta opción es una de las posibilidades para encontrar una ventaja competitiva que fortalezca el posicionamiento de la empresa en el mercado de proveedores de servicios de seguridad y salud en el trabajo. Se deben reflejar buenas prácticas en la gestión tanto en calidad como en Seguridad y Salud en el Trabajo dada su razón de ser orientada a la asesoría en este último tema, con lo cual ganaría mayor credibilidad además de todas las contribuciones que un modelo de gestión integrado le traería a la organización.

El desconocimiento técnico responsable por parte de los competidores, la desinformación y el poco entendimiento del impacto de una implementación de los potenciales clientes corporativos siguiendo los lineamientos de la normatividad exigida por el Ministerio del Trabajo en esta materia hace que PROINSAR SG-SST busque estrategias de mejoramiento conducentes a ofrecer servicios con altos estándares de calidad a su vez integrándolo con mejoramiento continuo en el bienestar para sus trabajadores haciéndola coherente con la razón de ser en el sector.

Para adquirir una eficiencia operacional se requiere de estructurar los procesos determinando la interrelación y la forma de gestionar sus actividades, con una cultura de mejoramiento continuo y la identificación de las necesidades para el desempeño del Sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007 ofrece posibilidades de fortalecerla.

Otro de los beneficiarios con el resultado de la investigación es el contratante, independientemente del tipo de contrato adquirido por la institución, dado que el servicio de salud es regulado por el Ministerio de Salud con pautas claras establecidas en el Sistema de Seguridad Social en Salud. El contratante percibiría el establecimiento de diversas estrategias para la mejora continua en la cantidad de quejas y reclamos y aumentaría la satisfacción de sus colaboradores.

Los empleados y contratistas se benefician también dado que el Sistema Integrado de Gestión de Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo busca estrategias hacia el fortalecimiento de la mejora continua de manera conjunta para invertir recursos en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general.

Diseñar el sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007 para los procesos misionales con el propósito de mejorar sus ventajas competitivas frente a empresas del sector.

1.5.2 Objetivos específicos. Se describen a continuación:

Realizar un diagnóstico que determine el nivel de cumplimiento actual de la organización ante las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007.

Elaborar el diseño del sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007 para los procesos misionales de la organización.

Socializar el sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007 a todo el personal de la organización.

1.6 Alcance y limitaciones

1.6.1 Alcances.

El presente proyecto, cubrió desde el estudio inicial del grado de cumplimiento en el que se encontraba la empresa frente a los requisitos establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001 versión 2015 y en la Norma Técnica Colombiana NTC-OHSAS 18001 versión 2007, incluyendo el análisis del contexto organizacional y el planteamiento del diseño de la documentación para el sistema integrado de gestión que unifica las mencionadas normas.

1.6.2 Limitaciones.

Las principales limitaciones presentadas en el desarrollo del proyecto fueron la disponibilidad de tiempo del personal de la empresa en la participación del desarrollo de los objetivos.

2. Marco referencial

2.1 Antecedentes

HERNÁNDEZ, Tatiana e ISAAC GODÍNEZ, Cira lidia. Procedimiento para el Diseño e Implementación de un Sistema Integrado de Gestión. En este trabajo se realizó un análisis externo e interno mediante la metodología DOFA para determinar estrategias que faciliten la integración de los sistemas de gestión de calidad, medio ambiental y de seguridad y salud ocupacional partiendo del diagnóstico para determinar la situación de partida de la organización.

La estrategia está proyectada por medio de un procedimiento útil para facilitar el entendimiento de las similitudes de las diferentes normas a integrar y evita trabajar innecesariamente optimizando los esfuerzos para el cumplimiento de requisitos mutuos. En tres fases o etapas se puede apreciar la simplicidad de la integración como es el diagnóstico, la planificación tanto estratégica como de los procesos y la implantación, medición y mejora.

FERGUSN AMORES, María, GARCIA RODRIGUEZ, María y BORNAY BARRACHINA María del Mar. Modelos de Implantación de los Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad, el Medio Ambiente y la Seguridad. En la presente investigación se describen las debilidades de las instituciones al obtener sistemas de gestión independientes y desarticulados que no ofrecen estrategias competitivas. Es por ello que se ofrece el resultado de la investigación con el estudio de 5 empresas españolas para plantear un modelo de implementación de un Sistema Integrado de Gestión de manera eficiente. El presente artículo sirvió para comprender la necesidad de integración de los sistemas de

gestión y para fortalecer la justificación de la integración de los mismos en busca de estrategias competitivas en la organización.

SHERYL GONZÁLEZ, Vitoria. Sistemas integrados de gestión, un reto para las pequeñas y medianas empresas. Tesis de grado. Magíster en Sistemas de Gestión. Barranquilla: Universidad Autónoma del Caribe. Unidad de postgrados, 2011. 69 p. El anterior artículo sirvió de apoyo para la comprensión de los sistemas integrados de gestión y su aporte a la competitividad empresarial además de aportar ideas para la argumentación de la utilidad de los mismos en las organizaciones.

FRAGUELA FORMOSO, José Ángel y otros. La integración de los sistemas de gestión. Necesidad de una nueva cultura empresarial. La presente investigación da una visión de la importancia de los sistemas de gestión para el logro de los resultados previstos hacia una mayor productividad desde la perspectiva de calidad, seguridad y salud en el trabajo y medioambiental.

2.2 Marco contextual

2.2.1 Datos generales

Nombre: Protección Integral en Salud y Riesgos S.A.S (PROINSAR)

Ubicación. Avenida 9E No. 6-31 Colsag – Cúcuta – Norte de Santander

Actividad económica. Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)

NIT: 9009.716.02 – 4

Representante legal: Scarlett del Carmen Visbal Morales

2.2.2 Reseña Histórica.

La I.P.S. PROINSAR es una organización con 6 meses de presencia en el mercado de la seguridad y salud en el trabajo naciendo como unidad de negocio para sus socios y una alternativa al mercado de las empresas que requieren de la implementación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo así como de la protección de sus empleados con actividades específicas exigidas por la normatividad legal en sus procesos de vinculación y en el desarrollo de sus programas internos de seguridad y salud en el trabajo.

Dentro de los servicios de salud ofrecidos en el modelo de atención en salud se tienen:

- Asesoramiento en la implementación de sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.
- consulta médica general
- consulta especializada de medicina laboral.
- Apoyo terapéutico (psicología, fonoaudiología, foniatría y optometría)

Cuenta con una estructura jerárquica conformada por el gerente general, gerente operativo, médicos, especialistas y personal operativo. En la actualidad cuenta con 1 sede y una nómina de 7 empleados entre médicos, ingenieros y demás profesionales necesarios para la prestación del servicio.

La prestación del servicio queda registrada en el sistema de información llamado Biofile donde se almacena toda la actividad médica y contable haciendo énfasis permanentemente en la seguridad de la información como garantía de la prestación del servicio ya como lo indica la normatividad legal vigente la historia clínica es propiedad del cliente.

2.2.3 Misión de la organización.

Proveer servicios integrales de seguridad y salud en el trabajo para el bienestar del trabajador y el desarrollo productivo de las empresas.

2.2.4 Visión de la organización.

En el 2020 PROINSAR SG-SST será la Institución Prestadora de Servicios preferida por las empresas de todos los sectores económicos del país, reconocida por la calidad de sus servicios, el acompañamiento permanente y su responsabilidad social y ambiental.

2.2.5 Políticas.

2.2.5.1 Política de calidad.

PROINSAR SG-SST procurará el MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD convirtiéndolo en cultura organizacional a través del enfoque orientado a procesos, fomentando el trabajo en equipo, el conocimiento, entrenamiento y capacitación individual para generación de aporte colectivo. Dirigirá esfuerzos para trabajar en las personas, en la comunicación asertiva y efectiva, motivando compromiso y disciplina. Nos orientaremos a la consecución de resultados que impacten en forma positiva al contratante, usuarios, proveedores y a los profesionales y colaboradores de PROINSAR SG-SST. Los procesos y sus responsables serán medidos con el fin de detectar oportunidades de mejora en forma constante y sistemática.

2.2.5.2 Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.

PROINSAR SG- SST S.A.S_ es una IPS especializada en la prestación de servicios integrales de Seguridad y Salud en el trabajo. Cuenta con talento humano idóneo,

capacitado y comprometido que permite alcanzar altos niveles de calidad en la prestación de los servicios médico asistenciales, por lo tanto, PROINSAR SG-SST S.A.S se compromete a cumplir, con estricta sujeción, la normatividad vigente en materia de riesgos laborales. De igual forma desarrollará estrategias permanentes para identificar, evaluar, mitigar o eliminar los riesgos a los que están expuestos sus colaboradores en el desarrollo de las actividades propias de la operación, implementando el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con la activa participación de la alta gerencia.

Definirá acciones concretas y coherentes con los riesgos identificados, promoviendo actividades de promoción y prevención e incentivando la continua participación de los empleados, contratistas, subcontratistas y visitantes.

Realizará supervisión y vigilancia sistemática de los procesos de la IPS para establecer medidas anticipatorias ante fallas evidenciadas en busca del mejoramiento continuo.

Generará mecanismos que hagan perdurable las fortalezas del talento humano para el adecuado desarrollo del Sistema.

Establecerá un programa de mantenimiento de instalaciones y equipos biomédicos y/o tecnológicos que garanticen su efectivo funcionamiento, impactando positivamente en la productividad laboral.

Determinará el presupuesto que le permita la ejecución de actividades para promover la cultura de Seguridad y Salud en el trabajo.

2.2.6 Objetivos estratégicos

- Incrementar valor a la empresa.

- Fortalecer el posicionamiento de la empresa en el mercado de proveedores de servicios de seguridad y salud en el trabajo.
- Desarrollar la destreza operacional.
- Construir, desarrollar y fortalecer competencias y capacidades del talento humano.

2.3 Marco teórico.

2.3.1 Diagnóstico estratégico.

Como lo expresa el autor Humberto Serna (2014), para definir el direccionamiento estratégico de la organización se debe tener un marco de referencia sobre la situación actual, tanto internamente como de su entorno con el fin de determinar las fortalezas y debilidades, así como las oportunidades y amenazas con el fin de visualizar un panorama claro del futuro de la organización.

El diagnóstico estratégico se puede definir como el análisis de las fortalezas y debilidades internas de la organización, así como de las amenazas y oportunidades que tiene la institución (Serna, 2014: 73).

2.3.2 Enfoque basado en procesos.

Un enfoque basado en procesos es una excelente manera de organizar y gestionar las actividades de trabajo para crear valor para el cliente y otras partes interesadas.

El enfoque basado en procesos introduce la gestión horizontal, cruzando las barreras entre diferentes unidades funcionales y unificando sus enfoques hacia las metas principales de la organización.

El desempeño de una organización puede mejorarse a través del uso del enfoque basado en procesos. Los procesos se gestionan como un sistema definido por la red de procesos y sus interacciones, creando así un mejor entendimiento que aporta valor (Secretaría del ISO/TC 176/SC 2, 2008:5).

2.3.3 Sistemas de gestión de la calidad y otros sistemas de gestión.

El sistema de gestión de la calidad es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas, según corresponda. Los objetivos de la calidad complementan otros objetivos de la organización, tales como aquellos relacionados con el crecimiento, los recursos financieros, la rentabilidad, el medio ambiente y la seguridad y salud ocupacional. Las diferentes partes del sistema de gestión de una organización pueden integrarse conjuntamente con el sistema de gestión de la calidad, dentro de un sistema de gestión único, utilizando elementos comunes. Esto puede facilitar la planificación, la asignación de recursos, el establecimiento de objetivos complementarios y la evaluación de la eficacia global de la organización. El sistema de gestión de la organización puede evaluarse comparándolo con los requisitos del sistema de gestión de la organización. El sistema de gestión puede asimismo auditarse contra los requisitos de Normas Internacionales tales como ISO 9001 e ISO 14001. Estas auditorías del sistema de gestión pueden llevarse a cabo de forma separada o conjunta (ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario, 2015:15).

2.3.4 Norma OHSAS 18001:2007 (Occupational Health and Safety Assessment Series).

Norma creada para implantación de un modelo de gestión preventiva, controlar los riesgos de seguridad y salud en el trabajo y mejorar su desempeño. Los requisitos de esta

norma se han previsto para su incorporación a cualquier sistema de gestión, dependiendo la extensión de su aplicación de la política empresarial, la naturaleza de sus actividades, los riesgos y la complejidad de las operaciones (Fraguela y otros, 2011:45-46)

2.3.5 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional (S y SO).

Parte del sistema de gestión de una organización empleada para desarrollar e implementar su política de S y SO, y gestionar sus riesgos de S y SO (ICONTEC, 2007:3).

2.3.5 Sistemas de seguridad y salud en el trabajo

Con las exigencias a nivel de productividad durante la revolución industrial los trabajadores empezaron a presentar accidentes y enfermedades originadas por su desempeño en el trabajo lo cual exigía acciones encaminadas a proteger la integridad física y solo de carácter reactivo.

A través de estudios sobre población trabajadora se empezó a recopilar información sobre el impacto del trabajo sobre los costos que se ocasionaban y sobre los actos y condiciones peligrosas.

En la actualidad las medidas son de carácter preventivo implementando de la misma manera un Sistema de Gestión que mejoren las condiciones de los trabajadores exigiendo recursos para ello y buscando crear la cultura organizacional preventiva.

2.3.5 Sistemas integrados de gestión

Siendo el concepto básico de un sistema de gestión, el conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan, para establecer políticas y objetivos, que dentro de su implementación se obtengan resultados favorables en el cumplimiento de los mismos, se crea la necesidad de integrar los diferentes modelos de sistemas de gestión implementados en una organización.

La integración hace más alcanzables los resultados optimizando recursos y afianzando en los trabajadores la cultura integrada que exigen los diferentes sistemas de gestión implementados.

Actualmente se busca que la estructura de los sistemas de gestión sea la misma para facilitar la implementación y obtener la mayor eficacia en la evaluación, control y seguimiento.

2.3.6 ¿para qué sirve un sistema integrado de gestión?

La presencia de sistemas de gestión de calidad, medio ambiental y seguridad y salud ocupacional por separado ocasiona dificultades y duplicidad de trabajo tratando de mantenerlos funcionando adecuadamente reflejando costos innecesarios por la destinación de recursos por separado pudiendo ser optimizados con su integración.

El sistema integrado de gestión sirve para alinear una sola estrategia alcanzando mejora del desarrollo y transferencia tecnológica, mejora en la ejecución de las actividades en los diferentes procesos y sus equipos de trabajo, menores conflictos entre profesionales, optimización de auditorías internas y mejoramiento de la imagen corporativa al asegurar estándares superiores.

2.3.7 Sistema de información Biofile.

Software elaborado para el sector salud en el cual las instituciones prestadoras de servicios de salud registran la información de sus actividades todas consignadas en una historia clínica electrónica de cada paciente atendido.

2.3.8 sistema único de habilitación

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la

prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, ya que según lo afirma HERNANDEZ SAMPIERI y otros (2006) el propósito es medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar en PROINSAR S.A.S, partiendo de la recolección los datos necesarios para el diagnóstico que orienten hacia la mejor forma de proyectar la solución más apropiada para el diseño del Sistema Integrado de Gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007.

3.2 población y muestra

3.2.1 Población.

La población para la presente investigación está conformada por los 7 empleados que forman parte del talento humano de PRINSAR S.A.S.

3.2.2 Muestra.

La muestra la conforma la misma población con la que está conformada PROINSAR S.A.S. en vista de que el desarrollo del proyecto se llevó a cabo en cada uno de los servicios donde se desempeñan los trabajadores.

3.3 Instrumentos para recolección de información.

3.3.1 Fuentes de información primaria. La recolección de información primaria se llevó a cabo con la construcción de las listas de chequeo basadas en las normas ISO 9001:2015 y OHSAS 18001:2007. También formó parte de la información primaria la elaboración y aplicación de una lista de chequeo para la resolución 2003 de 2014 del ministerio de Salud y

la Protección Social (ver anexos en CD). La observación directa sobre cada uno de los servicios y las actividades desempeñadas por los trabajadores sirvió como fuente primaria.

3.3.2 Fuente de información secundaria.

Conformada por la normatividad legal aplicable al sector donde se desempeña la empresa, la documentación construida a la fecha de la aplicación de las listas de chequeo y los proyectos de grado, tesis y demás artículos consultados.

3.4 Análisis de la información

“La estadística descriptiva desarrolla un conjunto de técnicas cuya finalidad es presentar y reducir los diferentes datos observados. La presentación de los datos se realiza mediante su ordenación en tablas denominado tabulación, y su posterior representación gráfica. La reducción estadística consiste en utilizar un número reducido de los datos posibles para facilitar las operaciones estadísticas” (Fernández Fernández y otros, 2002:17).

Con el anterior argumento se analiza la información y los datos recolectados permitiendo transformar de manera clara y específica el resultado obtenido, mostrando mediante gráficos la distribución de frecuencia absoluta, en vista de querer representar el número de veces en que se repite un valor (Sarabia Alegria & Pascual Sáez, 2005:11).

4. Resultados y análisis

4.1 Diagnóstico inicial.

4.1.1 Alcance del Sistema Integrado de Gestión bajo el enfoque de las normas ISO 9001 y OHSAS 18001.

Se realizó entrevista con la gerencia de PROINSAR S.A.S. para determinar el alcance actual del sistema de gestión de calidad, encontrando para el primero un cumplimiento de los requisitos mínimos para instituciones prestadoras de servicios de salud establecidas por el Ministerio de Salud en la resolución 2003 de 2014 en la que se definen una serie de requisitos obligatorios en cuanto a la parte documental para los diferentes servicios que tiene la empresa habilitados y que presta a la comunidad.

En cuanto a la seguridad y salud en el trabajo, se determinó que el propósito se reduce en dar cumplimiento al decreto 1072 de 2015 establecido por el Ministerio del Trabajo para exigir a las empresas la implementación de un sistema de gestión en esta materia. Lo anterior indica la intensión de la organización por cumplir con lo estrictamente obligatorio sin aspirar en un futuro a la certificación del sistema de gestión.

4.1.2 Cumplimiento de las normas ISO 9001:2015 y OHSAS 18001:2007 en la empresa Protección Integral en Salud y Riesgos S.A.S. de la ciudad de Cúcuta.

Se dio inicio a la ejecución del diseño del Sistema Integrado de Gestión en la empresa PROINSAR S.A.S. realizando un diagnóstico para evaluar el cumplimiento actual de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015 y OHSAS 18001:2007 al interior de la institución. Dicho diagnóstico se llevó a cabo consultando la planeación estratégica, documentación elaborada e implementada y las diferentes actividades llevadas a cabo al

interior de la institución, dando como resultado un plan de trabajo para el diseño del sistema integrado de gestión.

Se aplicó la metodología utilizada para la ejecución del diagnóstico revisando de la norma ISO 9001:2015 y OHSAS 18001: 2007 para identificar la estructura en la cual se encuentran distribuidos los requisitos con base en el ciclo PHVA. Para representar este orden se elaboró una lista de chequeo por cada norma (ver anexo CD), utilizando como herramienta el programa Microsoft Excel, con el cual se facilita la valoración cuantitativa y cualitativa del cumplimiento de cada uno de los requisitos.

Para el diligenciamiento de las listas de chequeo se contó con la participación del personal que labora en la institución la cual conoce los procedimientos, instructivos, formatos, manuales, programas, entre otros, con los que se cuenta para darle cumplimiento a las normas ISO 9001:2015 y OHSAS 18001:2007.

Cada requisito ha sido evaluado como con base en los siguientes criterios:

CUMPLE. Criterio de calificación para el cual se cumple plenamente con lo exigido en el requisito tanto en implementación como en soportes de implementación.

CUMPLE PARCIALMENTE. Criterio para el cual se cumple con alguna dificultad lo que da dudas a su implementación como a los soportes exigidos.

NO CUMPLE. Criterio para el cual definitivamente no hay evidencias de la implementación y además de ello se desconoce la forma para darle cumplimiento.

NO APLICA. Criterio para el cual el requisito evaluado no es aplicable en su implementación.

Este último criterio de calificación se tiene en cuenta dado el alcance a dársele al sistema con relación a la norma ISO 9001:2015.

Los resultados de la evaluación fueron calculados dividiendo la cantidad de respuestas afirmativas entre la totalidad de las respuestas obtenidas, expresadas en porcentaje y de acuerdo a las listas de chequeo enfocadas con respecto al ciclo PHVA se obtuvo el resultado representado a continuación:

Etapas Ciclo PHVA	Numeral OHSAS 18001	Puntaje Obtenido	Puntaje Total	% Cumplimiento por numeral (puntaje obtenido/puntaje total) * 100
Planear	4.1 Requisitos generales	0	1	0%
	4.2 Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	9	12	75%
	4.3 Planificación	13	25	52%
Hacer	4.4 Implementación y operación	22	45	49%
Verificar	4.5 Verificación	25	38	66%
Actuar	4.6 Revisión por la Dirección	3	15	20%
Total cumplimiento norma NTC OHSAS 18001:2007 en la empresa PROINSAR S.A.S		72	136	53%

Figura 1. Resultado diagnóstico inicial del cumplimiento de la norma NTC OHSAS 18001:2007 en PROINSAR S.A.S.

Con la información obtenida en la tabla anterior se puede evidenciar un nivel de cumplimiento de la norma NT OHSAS 18001:2007 valorando los resultados con calificación CUMPLE sobre el total de requisitos evaluados. Para ampliar el resultado del diagnóstico se presenta la siguiente grafica determinando el resultado por cada criterio de calificación.

CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS OHSAS 18001:2007

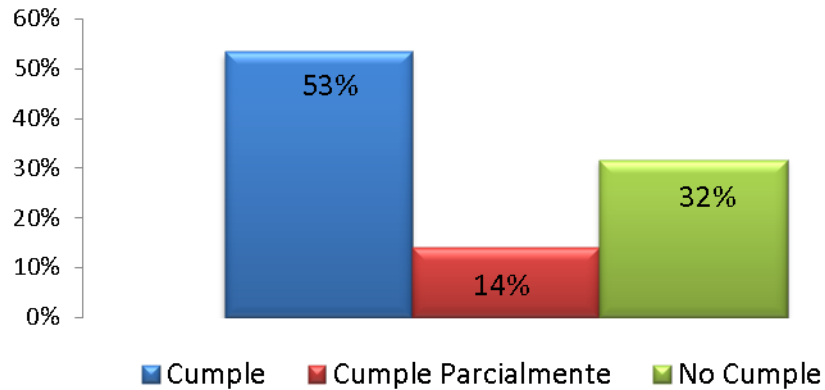


Figura 2. Cumplimiento requisitos OHSAS 18001:2007.

Como se puede apreciar en la figura anterior un balance favorable del estado de cumplimiento del 53%, acompañada de un 14% de cumplimiento parcial resaltando la política de SST, identificación de peligros, funciones ante el sistema y control de documentación entre otros. El nivel de incumplimiento total de requisitos es del 32% reflejado en la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles, objetivos y programas, auditoría interna, revisión por la dirección, entre otros.

Con relación al cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015 se presenta un balance desfavorable con un cumplimiento extremadamente bajo concluyendo que la organización solo se limita a los requisitos establecidos por la normatividad legal como aspectos técnicos necesarios para la prestación de servicios en las instituciones prestadoras de servicios de salud como se mencionó en anteriormente. En la siguiente figura se presenta la valoración de cada una de las etapas del ciclo PHVA:

Etapa Ciclo PHVA	Numeral ISO 9001		Puntaje Obtenido	Puntaje Total	% Cump. por numeral (puntaje obtenido/puntaje total)*100
Planear	4. Contexto de la organización	4.1 Comprensión de la Organización y su Contexto	0	1	0%
		4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	0	1	
		4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad	0	1	
		4.4 Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos	0	2	
	5. Liderazgo	5.1 Liderazgo y compromiso	0	2	20%
		5.2 Política	1	2	
		5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en las organización	0	1	
	6. Planificación	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	0	2	0%
		6.2 Objetivos de la calidad y planificación	0	2	
		6.3 Planificación de los cambios.	0	1	
	7. Apoyo	7.1 Recursos	3	7	38,46%
		7.2 Competencia	0	1	
		7.3 Toma de conciencia	0	1	
7.4 Comunicación		0	1		
7.5 Información documentada		2	3		
Hacer	8. Operación	8.1 Planificación y control operacional	0	1	12,5%
		8.2 Requisitos para los productos y servicios	1	4	
		8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios	0	7	
		8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	0	3	
		8.5 Producción y provisión del servicio	2	6	
		8.6 Liberación de los productos y servicios	0	1	
		8.7 Control de las salidas no conformes	0	2	
Verificar	9. Evaluación del desempeño	9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación	0	3	0%
		9.2 auditoría interna	0	2	
		9.3 revisión por la dirección	0	3	
Actuar	10. Mejora	10.1 generalidades	0	1	0%
		10.2 no conformidad y acción correctiva	0	1	
		10.3 mejora continua	0	1	
Total cumplimiento norma NTC ISO 9001:2015 en la empresa PROINSAR S.A.S			9	3	14,3%

Figura 3. Resultado diagnóstico inicial del cumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2015 en PROINSAR S.A.S.

De la misma manera que con la valoración de la norma OHSAS 18001:2007 se calcula relacionando la cantidad de criterios con resultado CUMPLE sobre el total de criterios evaluados.

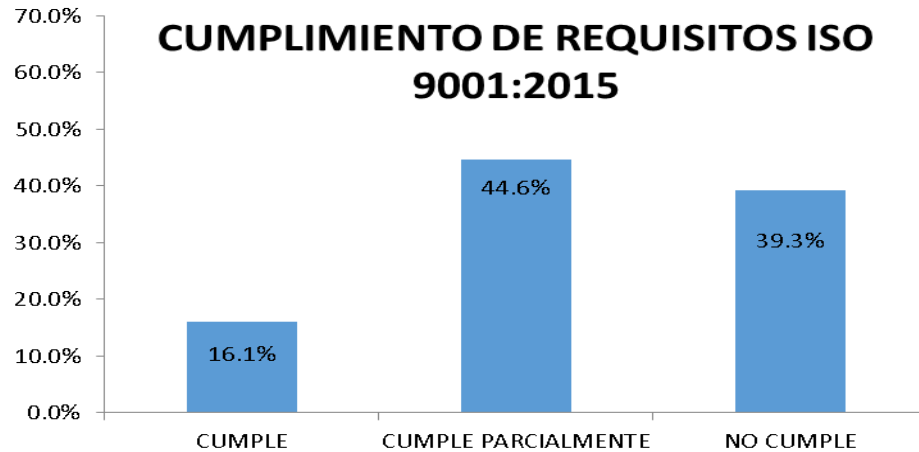


Figura 4. Cumplimiento requisitos ISO 9001:2015.

4.1.3 Informe resultado del diagnóstico realizado a la institución.

Las gráficas anteriores reflejan un resultado bastante bajo en la implementación de los sistemas de gestión ISO 9001:2015 y OHSAS 18001:2007 los cuales fueron evaluados de manera independiente. El sistema de gestión con mayor cumplimiento es aquel que obedece a una exigencia obligatoria por parte de entidades de vigilancia y control como es el caso Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo; no obstante, el Sistema de Gestión de la Calidad presenta un cumplimiento mínimo representado por lo ya establecido para el sistema obligatorio de garantía de la calidad exigido por el ente de vigilancia y control del cual hace parte la organización.

Para llegar cumplimiento del ciclo PHVA en cada una de las normas la organización tiene demasiadas falencias en su implementación lo cual se refleja en una insipiente madurez que refleje el sistema integrado de gestión. Redoblar esfuerzos para llegar al sistema integrado de gestión es una necesidad en vista del estado actual con un cumplimiento del 59,9% para OHSAS 18001.2007 y de 14,3% para ISO 9001.2015.

4.2 Diseño del sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OHSAS 18001 versión 2007 para los procesos misionales de la organización.

4.2.1 Identificación de requisitos legales aplicables para definir la documentación necesaria mediante la aplicación de listas de chequeo.

En el sector salud, al cual pertenece PROINSAR S.A.S. se tiene establecida la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 .expedida por el Ministerio de la Salud y la Protección Social, en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Esta resolución se encuentra distribuida en siete grupos de estándares llamados de habilitación los cuales describen las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud. Estos grupos de estándares son:

- Talento humano
- Infraestructura
- Dotación
- Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
- Procesos prioritarios
- Historia clínica y registros
- Interdependencia

De cada uno de los grupos de estándares se extrajo el listado de documentos de obligatorio cumplimiento para su inclusión o unificación a los procesos del sistema integrado de gestión.

Para determinar la documentación a integrar se diseñó una lista de chequeo (ver anexo en CD) que contiene la totalidad de los requisitos documentales determinando si se

cuenta con el documento. El resultado de la aplicación de la lista de chequeo determinó que los tipos documentos exigidos para los servicios son:

- Procedimiento
- Protocolo
- Política
- Manual
- Programa
- Indicador
- Formato
- Documento externo

Esta documentación presenta deficiencias como es el no contar con una codificación o forma alguna de identificación siendo difícil el control como lo exige la norma ISO 9001 en el numeral “7.5 Información documentada” o la norma OHSAS 18001 en su numeral “4.4.5 Control de documentos”.

Los documentos de obligatorio cumplimiento exigidos en la resolución 2003 que se deben unificar con el sistema integrado de gestión son los siguientes:

ALCANCE	ESTANDAR	TIPO DE DOC.	CRITERIO (REQUISITO DOCUMENTAL)	EVALUACIÓN
Todos los servicios	Talento humano	Manual	Documento que contenga la cantidad de talento humano requerido para cada uno de los servicios.	Cumple
	Dotación	Documento externo	Soporte técnico científico de equipos	Cumple
		Programa	Programa de mantenimiento	Cumple
		Formato	Hoja de vida de equipos	Cumple
		Formato	Cronograma de mantenimiento	Cumple
		Documento externo	Registros de calibración de equipos	Cumple
		Documento externo	Hoja de vida de ingeniero o técnico biomédico	Cumple
	Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	Formato	Registro con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	Cumple
		Formato	Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación	Cumple

ALCANCE	ESTANDAR	TIPO DE DOC.	CRITERIO (REQUISITO DOCUMENTAL)	EVALUACIÓN
			del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.	
		Manual	Especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos y dispositivos médicos.	Cumple
	Procesos Prioritarios	Programa	Programa de Tecnovigilancia	Cumple
		Política	Norma institucional que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	Cumple
		Procedimiento	Procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende.	Cumple
		Programa	Programa de seguridad del paciente.	Cumple
		Política	Política de Seguridad del paciente.	Cumple
		Procedimiento	Procedimiento para el reporte de eventos adversos.	Cumple
		Formato	Formato para el reporte de evento adverso.	Cumple
		Indicador	Indicadores de seguimiento a riesgos	Cumple
		Programa	Programa de gestión de riesgos.	Cumple
		Documento externo	Guías clínicas de atención.	Cumple
		Procedimiento	Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención	Cumple
		Protocolo	Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	Cumple
		Programa	Proceso de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Cumple
		Protocolo	Protocolo para el lavado de manos	Cumple
		Procedimiento	Procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo y la aplicación de precauciones de aislamiento universales.	Cumple
		Manual	Manual de bioseguridad	Cumple
		Programa	Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	Cumple
		Formato	Formato RH1	Cumple
		Protocolo	Protocolo de limpieza y desinfección de áreas	Cumple
		Protocolo	Protocolo de limpieza y desinfección de superficies	Cumple
		Protocolo	Protocolo para el manejo de derrame de sangre u otros fluidos corporales	Cumple
		Protocolo	Protocolo para la prevención de caídas	Cumple
		Procedimiento	Procedimiento para correcta identificación del paciente	Cumple
		Procedimiento	Procedimiento para la custodia de pertenencias a pacientes	Cumple
		Manual	Manual de remisión de pacientes (Referencia y Contrarreferencia)	Cumple
		Programa	Programa de atención en salud para víctimas de violencias.	Cumple
	Historia Clínica y Registros	Procedimiento	Proceso de apertura de historia clínica	Cumple
		Procedimiento	Procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.	Cumple
		Documento externo	Licencia del software de historia clínica	Cumple
		Política	Políticas de confidencialidad de la historia clínica.	Cumple
		Procedimiento	Procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido.	Cumple
Formato		Lista de chequeo para verificar la aplicación del procedimiento para consentimiento informado.	Cumple	
Consulta Externa General	Procesos Prioritarios	Procedimiento	Guías internas y procesos educativos de los eventos de interés en salud pública, según la oferta de servicios de salud	Cumple
		Procedimiento	Manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice.	Cumple

Figura 5. Resultado de evaluación de requisitos legales aplicables al sector salud en PROINSAR S.A.S. Fuente propia.

4.2.2 Evaluación de la planeación estratégica de la institución.

La planeación estratégica es un proceso mediante el cual los líderes o quienes toman las decisiones dentro de la organización obtienen, procesan y analizan la información necesaria para conocer la situación actual de la empresa dentro del sector al cual pertenece con el propósito de definir estrategias para el direccionamiento de la institución hacia el futuro.

Es por ello que en este paso se debe indagar si la organización aplicó en algún momento un proceso estratégico que, mediante la aplicación de un diagnóstico, haya definido el direccionamiento materializado en estrategias concretas para el beneficio de la organización. En la etapa del diagnóstico es donde se puede determinar si la organización definió la situación actual, tanto internamente como de su entorno, razón por la cual se realizó entrevista con la Gerencia General concluyendo que lo definido hasta ahora no se adhiere a metodología alguna.

Como direccionamiento estratégico se tienen definidas la misión, la visión y los objetivos estratégicos como resultado de la intención de la organización de darle una identidad y un reconocimiento como empresa conformada; sin embargo, no se realizó el diagnóstico necesario para definir las características del entorno y la competencia.

4.2.2.1 Diagnóstico estratégico.

Para iniciar el diseño del sistema integrado de gestión se determina el comité encargado de la integración de los sistemas de gestión el cual está conformado por la gerencia general, la gerencia operativa y el asesor del sistema integrado de gestión, siendo necesario para hacer más participativo el proceso.

4.2.2.1.1 Análisis externo.

Perfil de oportunidades y amenazas del medio (POAM). Se debe partir de analizar el entorno de la organización para reducir la incertidumbre al momento de la toma de decisiones, por ello se utilizó uno de los métodos de análisis existentes llamado “Perfil de Oportunidades y Amenazas del Medio” que permite estudiar los elementos que pueden afectar la gestión de la calidad, la de seguridad y salud en el trabajo y por supuesto la gestión integrada. Los elementos a estudiar son:

- Factores económicos
- Factores sociales
- Factores tecnológicos
- Factores políticos

Identificación de las oportunidades y amenazas mediante la participación de los miembros del comité quienes seleccionan aportando sus ideas aquellos aspectos externos los cuales quedaron representados como se muestra a continuación:

FACTORES
ECONÓMICOS
Sostenibilidad en el mercado.
Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas
Ley aplicable al sector salud
SOCIALES
Corresponsabilidad social con los empleados.
Nivel de desempleo en el mercado laboral
TECNOLÓGICOS
Plataforma tecnológica disponible.
Globalización de la información
Uso de nuevas tecnologías
POLITICOS
Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo
Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control
Alta exigencia y participación activa de los administrativos.

Figura 6. Factores a evaluar para el análisis externo.

Priorización y calificación de los factores externos.

Como se puede ver en el cuadro anterior se han definido por medio de una lluvia de ideas los principales factores con los cuales se procede a calificar según el conocimiento de los participantes las oportunidades y amenazas con los criterios de alto, medio y bajo, donde bajo es una oportunidad o amenaza menor y alto es una oportunidad o amenaza importante.

FACTORES	AMENAZAS			OPORTUNIDADES		
	A	M	B	A	M	B
ECONÓMICOS						
Sostenibilidad en el mercado.				X		
Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas				X		
Ley aplicable al sector salud	X					
SOCIALES						
Corresponsabilidad social con los empleados.			X			
Nivel de desempleo en el mercado laboral					X	
TECNOLÓGICOS						
Plataforma tecnológica disponible.					X	
Globalización de la información						X
Uso de nuevas tecnologías					X	
POLITICOS						
Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo	X					
Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control	X					
Alta exigencia y participación activa de los administrativos.						X

Figura 7. Priorización de factores.

Calificación del impacto. Dándole la continuidad al procedimiento se califica el impacto de cada oportunidad y amenaza con los mismos criterios de calificación de alto, medio y bajo.

FACTORES	AMENAZAS			OPORTUNIDADES			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
ECONÓMICOS									
Sostenibilidad en el mercado.				X			X		
Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas				X			X		
Ley aplicable al sector salud	X							X	
SOCIALES									
Corresponsabilidad social con los empleados.			X				X		
Nivel de desempleo en el mercado laboral								X	
TECNOLÓGICOS									
Plataforma tecnológica disponible.					X		X		
Globalización de la información						X	X		
Uso de nuevas tecnologías					X				X
POLITICOS									
Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo	X						X		
Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control	X						X		
Alta exigencia y participación activa de los administrativos.						X		X	

Figura 8. Impacto de los factores.

De la determinación del perfil de oportunidades y amenazas se extrae como resultado los siguientes aspectos:

Oportunidades.

- Sostenibilidad en el mercado.
- Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas.
- Amenazas.
 - Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo.
 - Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control.

4.2.2.1.2 Análisis interno.

De la misma manera que el análisis externo se debe realizar el análisis interno consistente en evaluar la situación presente, es por ello que se recurre a aplicar una de las metodologías para diagnosticar la situación presente bien sea para replantear la estrategia existente o para plantear la estrategia presente, recurriendo a evaluar el desempeño de la empresa con relación al de su competencia utilizando el Perfil de capacidad interna (PCI).

Para la elaboración del PCI se tiene en cuenta las diferentes capacidades de la empresa para darle una evaluación de las fortalezas y debilidades resaltando el impacto que se tiene examinando cinco categorías, como son:

- La capacidad directiva.
- La capacidad competitiva (o de mercadeo).
- La capacidad financiera.
- La capacidad tecnológica (prestación del servicio).
- La capacidad del talento humano.

Con el mismo grupo de trabajo o comité se hizo la identificación de las fortalezas y debilidades en cada una de las capacidades enunciadas realizando una lluvia de ideas priorizando y calificando los factores por medio de los criterios de alto, medio y bajo, donde bajo es una fortaleza o debilidad menor y alto es una fortaleza o debilidad importante.

CAPACIDADES	FORTALEZA			DEBILIDAD		
	A	M	B	A	M	B
CAPACIDAD DIRECTIVA						
1. Imagen corporativa. Responsabilidad Social	X					
2. Uso de planes estratégicos. Análisis estratégico				X		
3. Comunicación y control gerencial					X	
4. Flexibilidad de la estructura organizacional		X				
5. Agresividad para enfrentar la competencia	X					
6. Sistemas de coordinación		X				
7. Evaluación de gestión				X		
CAPACIDAD COMPETITIVA						
1. Fuerza de producto, calidad, exclusividad			X			
2. Lealtad y satisfacción del cliente	X					
3. Participación del mercado				X		
4. Uso de la curva de experiencia				X		
5. Ventaja sacada del potencial de crecimiento de! mercado					X	
6. Fortaleza del (los) proveedores) y disponibilidad de insumos						
7. Acceso a organismos privados o públicos	X					
CAPACIDAD FINANCIERA						
1. Acceso a capital cuando lo requiere.				X		
2. Grado de utilización de su capacidad de endeudamiento.						
3. Habilidad para competir con precios.				X		
4. Inversión de capital. Capacidad para satisfacer la demanda.			X			
5. Habilidad para mantener el esfuerzo ante la demanda cíclica.	X					
6. Liquidez, disponibilidad de fondos internos				X		
4. Rentabilidad, retorno de la inversión.						X
CAPACIDAD TECNOLÒGICA						
1. Habilidad técnica y de prestación del servicio	X					
2. Capacidad de innovación			X			
3. Nivel de tecnología utilizado en los servicios			X			
4. Efectividad de la prestación del servicio y programas de atención	X					
5. Valor agregado al servicio				X		
6. Flexibilidad de la prestación del servicio				X		
7. Diferenciación con la competencia				X		
CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO						
1. Nivel académico del talento humano			X			
2. Experiencia técnica			X			
3. Estabilidad				X		
4. Rotación				X		
7. Motivación					X	
8. Nivel de remuneración					X	
9. Pertenencia	X					

Figura 9. Priorización de los factores para el Perfil de Capacidad Interna.

Calificación del impacto. Se procedió a calificar el impacto de cada fortaleza y debilidad con los mismos criterios de calificación de alto, medio y bajo.

CAPACIDADES	FORTALEZA			DEBILIDAD			IMPACTO		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
CAPACIDAD DIRECTIVA									
1. Imagen corporativa. Responsabilidad Social	X						X		
2. Uso de planes estratégicos. Análisis estratégico				X			X		
3. Comunicación y control gerencial					X				X
4. Flexibilidad de la estructura organizacional		X							X
5. Agresividad para enfrentar la competencia	X						X		
6. Sistemas de coordinación		X							X
7. Evaluación de gestión				X			X		
CAPACIDAD COMPETITIVA									
1. Fuerza de producto, calidad, exclusividad			X						X
2. Lealtad y satisfacción del cliente	X						X		
3. Participación del mercado				X			X		
4. Uso de la curva de experiencia				X				X	
5. Ventaja sacada del potencial de crecimiento de! Mercado					X			X	
6. Fortaleza del (los) proveedores) y disponibilidad de insumos	X						X		
7. Acceso a organismos privados o públicos	X						X		
CAPACIDAD FINANCIERA									
1. Acceso a capital cuando lo requiere.				X				X	
2. Grado de utilización de su capacidad de endeudamiento.			X					X	
3. Habilidad para competir con precios.					X			X	
4. Inversión de capital. Capacidad para satisfacer la demanda.			X					X	
5. Habilidad para mantener el esfuerzo ante la demanda cíclica.			X						
6. Liquidez, disponibilidad de fondos internos				X				X	
4. Rentabilidad, retorno de la inversión.						X		X	
CAPACIDAD TECNOLÒGICA									
1. Habilidad técnica y de prestación del servicio	X							X	
2. Capacidad de innovación			X					X	
3. Nivel de tecnología utilizado en los servicios			X					X	
4. Efectividad de la prestación del servicio y programas de atención	X							X	
5. Valor agregado al servicio				X			X		
6. Flexibilidad de la prestación del servicio				X			X		
7. Diferenciación con la competencia				X				X	
CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO									
1. Nivel académico del talento humano			X					X	
2. Experiencia técnica			X					X	
3. Estabilidad				X				X	
4. Rotación				X				X	
7. Motivación					X			X	
8. Nivel de remuneración					X			X	
7. Pertenencia	X							X	

Figura 10. Priorización de los factores para el Perfil de Capacidad Interna.

De la determinación del perfil de la capacidad de proceso se extrae como resultado los siguientes aspectos:

- Fortalezas.
 - Imagen corporativa. Responsabilidad Social
 - Agresividad para enfrentar la competencia
 - Fortaleza del (los) proveedores y disponibilidad de insumos
 - Acceso a organismos privados o públicos
- Debilidades.
 - Uso de planes estratégicos. Análisis estratégico
 - Evaluación de gestión
 - Participación del mercado
 - Valor agregado al servicio
 - Flexibilidad de la prestación del servicio

4.2.2.1.3 Análisis DOFA.

Análisis de vulnerabilidad. Siendo el DOFA la herramienta para determinar si la organización está capacitada para desempeñarse en su medio se ha realizado un análisis tomando lo definido en el POAM y el PCI. Como primera medida para PROINSAR S.A.S. se realizó la matriz de vulnerabilidad confrontando las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades. A continuación, se presenta el resultado de dicho análisis:

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Sostenibilidad en el mercado.	Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo.
Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas.	Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control.
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Imagen corporativa. Responsabilidad Social	Uso de planes estratégicos. Análisis estratégico
Lealtad y satisfacción del cliente	Evaluación de gestión
Fortaleza del (los) proveedores) y disponibilidad de insumos	Participación del mercado
Acceso a organismos privados o públicos	Uso de la curva de experiencia
Habilidad técnica y de prestación del servicio	Acceso a capital cuando lo requiere.
Efectividad de la prestación del servicio y programas de atención	Liquidez, disponibilidad de fondos internos
Pertenencia	Valor agregado al servicio
Imagen corporativa. Responsabilidad Social	Flexibilidad de la prestación del servicio
	Diferenciación con la competencia
	Estabilidad
	Rotación

Figura No. 11. Resultado del análisis interno y externo.

Para la selección de los factores claves de éxito se realizó la ponderación dando el siguiente resultado:

OPORTUNIDADES	IMPACTO			AMENAZAS	IMPACTO		
	Alto	Medio	Bajo		Alto	Medio	Bajo
Sostenibilidad en el mercado.	X			Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo.	X		
Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas.	X			Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control.	X		
FORTALEZAS	IMPACTO			DEBILIDADES	IMPACTO		
	Alto	Medio	Bajo		Alto	Medio	Bajo
Imagen corporativa. Responsabilidad Social	X			Uso de planes estratégicos. Análisis estratégico	X		
Lealtad y satisfacción del cliente	X			Evaluación de gestión	X		
Fortaleza del (los) proveedores y disponibilidad de insumos	X			Participación del mercado	X		
Acceso a organismos privados o públicos	X			Uso de la curva de experiencia		X	
Habilidad técnica y de prestación del servicio		X		Acceso a capital cuando lo requiere.		X	
Efectividad de la prestación del servicio y programas de atención		X		Liquidez, disponibilidad de fondos internos	X		
Pertenencia		X		Valor agregado al servicio	X		
Imagen corporativa. Responsabilidad Social		X		Flexibilidad de la prestación del servicio	X		
				Diferenciación con la competencia		X	
				Estabilidad		X	
				Rotación		X	

Figura No. 12. Matriz de impactos DOFA.

Realización del análisis DOFA.

El resultado de la matriz de impactos da los siguientes factores principales con los cuales se realizó el cruce para determinar las principales estrategias a proyectar hacia el futuro:

Análisis DOFA	OPORTUNIDADES		AMENAZAS		
	O1	Sostenibilidad en el mercado.	A1	Nuevas políticas estatales del ministerio de salud y ministerio del trabajo.	
	O2	Diversificación de la contratación con entidades públicas y privadas.	A2	Estricto seguimiento de las entidades de vigilancia y control.	
FORTALEZAS		ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS FA	
F1	Imagen corporativa. Responsabilidad Social.	F1O1	Desarrollo de campañas de mercadeo y comunicaciones.		
F2	Lealtad y satisfacción del cliente			F2A2	Fidelización de los clientes corporativos.
F3	Fortaleza del (los) proveedores y disponibilidad de insumos	F3O1	Desarrollo de servicios complementarios en el sector salud.		
F4	Acceso a organismos privados o públicos.				
DEBILIDADES		ESTRATEGIAS DO		ESTRATEGIAS DA	
D1	Uso de planes estratégicos. Análisis estratégico				
D2	Evaluación de gestión	D2O1	Implementación del sistema integrado de gestión.		
D3	Participación del mercado	D3O1	Expansión hacia otras regiones con los servicios actuales.		
D4	Liquidez, disponibilidad de fondos internos	D4O2	Aumento de rentabilidad del negocio.		
D5	Valor agregado al servicio			D4A1	Rediseño de servicios prestados acorde a la normatividad del sector salud.
D6	Flexibilidad de la prestación del servicio				

Figura No. 13. Principales estrategias DOFA.

4.2.2.2 Direccionamiento estratégico.

Posterior al diagnóstico estratégico se evalúa si la organización tiene definido el direccionamiento, el cual debe ser integrado por los principios corporativos, la misión y la visión.

4.2.2.2.1 Principios corporativos.

Son los elementos con los cuales se debe identificar cada miembro ofreciendo pertenencia y soporte a la cultura organizacional, así como de la visión y misión. De esta

manera para definir la misión y la visión la organización debería tener estructurados y definidos los principios corporativos.

Como resultado del diagnóstico sobre este aspecto estratégico se puede afirmar que la organización no presenta los principios corporativos definidos, por lo que se han concretado los siguientes:

- **Rentabilidad.** Ofrecer salud financiera al negocio en el actuar de mis funciones dentro de la organización.
- **Responsabilidad.** Cumplir en mi actuación con todas las exigencias organizacionales y legales.
- **Transparencia.** Mi actuación se presenta con ética y respeto.
- **Confianza.** Mi actuación asegura la confianza necesaria a los clientes.
- **Calidad.** Todas mis actuaciones están adheridos a los estándares organizacionales y legales.

4.2.2.2.2 Misión.

En PROINSAR la misión actual está definida de la siguiente manera: *“Proveer servicios integrales de seguridad y salud en el trabajo para el bienestar del trabajador y el desarrollo productivo de las empresas”*.

Para realizar el análisis de la misión se aplicó el siguiente cuestionario para evidenciar la claridad de la misma.

PREGUNTA	RESPUESTA
¿En qué negocio estamos?	Seguridad social en salud
¿Para qué existe la empresa?	Bienestar del trabajador y el desarrollo productivo de las empresas.
¿Cuáles son los elementos innovadores de la compañía?	No responde.
¿Quiénes son nuestros clientes?	No responde.
¿Cuáles son los productos y servicios?	No responde.
¿Cuáles son los mercados presentes y futuros?	No responde.
¿Cuáles son los canales de distribución presentes futuros?	No responde.
¿Cuáles son los objetivos de rentabilidad de la empresa?	No responde.
¿Cuáles son los principios organizacionales?	No responde.
¿Cuáles son los compromisos con los grupos de excelencia?	No responde.

Figura No. 14. Cuestionario para la evaluación de la misión.

Ahora bien, se aplicó el cuestionario para establecer una nueva misión en PROINSAR S.A.S. dando como resultado una serie de elementos indispensables. El resultado fue el siguiente:

PREGUNTA	RESPUESTA
¿En qué negocio estamos?	Seguridad social en salud
¿Para qué existe la empresa? ¿Cuál es el propósito básico?	Lograr posicionamiento en el sector.
¿Cuáles son los elementos innovadores de la compañía?	Servicios integrales de seguridad y salud en el trabajo. Alternativas innovadoras en la prestación del servicio.
¿Quiénes son nuestros clientes?	Entidades públicas y privadas de todos los sectores económicos.
¿Cuáles son los productos y servicios?	Asesoramiento en la implementación de Sistema de Gestión en S.S.T. Consulta médica general y especializada. Consulta de apoyo terapéutico
¿Cuáles son los mercados presentes y futuros?	Región nororiental de Colombia
¿Cuáles son los canales de distribución presentes futuros?	Representantes de ventas Ventas por medios tecnológicos
¿Cuáles son los objetivos de rentabilidad de la empresa?	Lograr el equilibrio rentable para los accionistas.
¿Cuáles son los principios organizacionales?	Transparencia Credibilidad Confianza
¿Cuáles son los compromisos con los grupos de excelencia?	Responsabilidad con sus trabajadores, accionistas y legislación colombiana.

Figura No. 15. Cuestionario para establecer la misión.

Nueva misión en PROINSAR S.A.S.:

“El propósito de PROINSAR S.A.S es la satisfacción de sus clientes con la prestación de servicios en salud y seguridad en el trabajo, adheridos a las exigencias de calidad del sector, ofreciendo alternativas integrales para las empresas de la región del nororiente colombiano, asegurando la confianza en sus clientes con transparencia y

credibilidad en su actuación, el bienestar de sus trabajadores, la rentabilidad para sus accionistas y el cumplimiento de las obligaciones legales”.

4.2.2.2.3 Visión.

La visión actual está definida de la siguiente manera: *“En el 2020 PROINSAR SG-SST será la Institución Prestadora de Servicios preferida por las empresas de todos los sectores económicos del país, reconocida por la calidad de sus servicios, el acompañamiento permanente y su responsabilidad social y ambiental”.*

Según los elementos que debe componer una visión se pudo concluir que la definida por la gerencia es adecuada para expresar lo que la empresa quiere y espera ver en el futuro.

Los elementos con los cuales cumple son:

- Formulada para los líderes de la organización
- Dimensión de tiempo
- Integradora
- Amplia y detallada
- Positiva y alentadora
- Realista – posible.
- Consistente
- Difundida interna y externamente

A pesar de cumplir con los elementos la gerencia definió nuevamente la visión para hacerla más explícita y coherente con la nueva propuesta de la visión, quedando de la siguiente manera: *“En el año 2020 PROINSAR SG-SST será la Institución Prestadora de Servicios líder en el nororiente colombiano reflejando rentabilidad y eficiencia operacional, reconocida por la calidad e integralidad de sus servicios, el acompañamiento*

permanente a sus clientes y su destacada responsabilidad con sus empleados, la legislación colombiana”.

4.2.2.2.4 Política integrada de gestión.

PRINSAR cuenta en la actualidad con la política de calidad y la política de seguridad y salud en el trabajo; sin embargo, se establece la siguiente política la cual integra el sistema de calidad y el sistema de seguridad y salud en el trabajo.

“PROINSAR SAS está comprometida con la satisfacción del cliente ofreciendo servicios integrales de seguridad y salud en el trabajo con personal altamente calificado, cumpliendo con las exigencias legales y contractuales, la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y gestionando los riesgos a los que están expuesto los colaboradores.

Esto es posible mejorando continuamente los procesos del sistema integrado de gestión procurando el logro del bienestar social y económico de las partes interesadas”.

4.2.2.2.5 Objetivos de calidad.

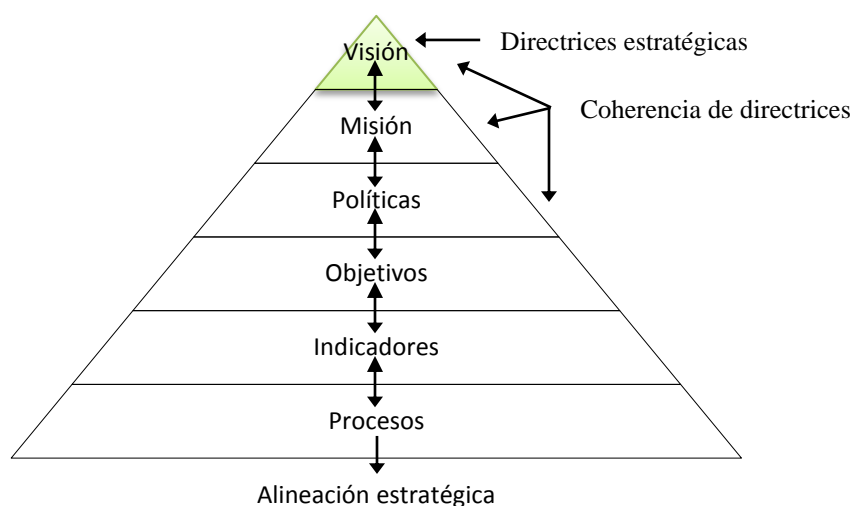
Los objetivos definidos por la organización son:

- Incrementar valor a la empresa.
- Fortalecer el posicionamiento de la empresa en el mercado de proveedores de servicios de seguridad y salud en el trabajo.
- Desarrollar la destreza operacional.
- Construir, desarrollar y fortalecer competencias y capacidades del talento humano.

Se puede apreciar que los objetivos no son alcanzables, medibles ni finitos en el tiempo, además su formulación no obedece a una metodología sistemática sino más bien a

una espontánea necesidad de cumplir con el direccionamiento en la organización. Es por ello que se partió del resultado del análisis DOFA y de la identificación de las directrices implícitas en la visión, misión y política para definir objetivos estratégicos de PROINSAR.

Haciendo la comparación de la visión, la misión y la política se pueden definir las directrices estratégicas necesarias para el establecimiento de los objetivos. El resultado de las directrices estratégicas se debe correlacionar para definir dichos objetivos y así asegurar la coherencia en la construcción de la estrategia institucional como se representa en la siguiente gráfica:



Grafica No. 16. Fuente Libro “Seguimiento, medición, análisis y mejora de los sistemas de gestión. Segunda Edición.

El resultado de la identificación de las directrices para PROINSAR S.A.S. se representa a continuación:

DIRECTRIZ VISIÓN	DIRECTRIZ MISIÓN	DIRECTRIZ POLÍTICA	DIRECTRIZ ESTRATÉGICA	PERSPECTIVA
1. En el año 2020 PROINSAR SG-SST será la Institución Prestadora de Servicios líder en el nororiente colombiano	8. El propósito de PROINSAR S.A.S es la satisfacción de sus clientes con la prestación de servicios en salud y seguridad en el trabajo	15. PROINSAR SAS está comprometida con la satisfacción del cliente	1 y 10. Participación en el mercado regional.	Financiera
2. Rentabilidad	9. adheridos a las exigencias de calidad del sector	16. ofreciendo servicios integrales de seguridad y salud en el trabajo	2 y 13. Rentabilidad	Financiera
3. Eficiencia operacional	10. ofreciendo alternativas integrales para las empresas de la región del nororiente colombiano	17. con personal altamente calificado.	4, 9 y 20. Calidad de servicios prestados.	Cliente
4. Calidad de sus servicios	11. asegurando la confianza en sus clientes con transparencia y credibilidad en su actuación,	18. cumpliendo con las exigencias legales y contractuales	6, 8 y 15. Satisfacción del cliente y partes interesadas.	Cliente
5. Integralidad de sus servicios	12. el bienestar de sus trabajadores	19. la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y gestionando los riesgos a los que están expuesto los colaboradores	3 y 11. Eficiencia	Procesos
6. el acompañamiento permanente a sus clientes	13. la rentabilidad para sus accionistas	20. Esto es posible mejorando continuamente los procesos del sistema integrado de gestión	7, 12, 17 y 21. Formación permanente para sus trabajadores.	Aprendizaje y crecimiento
7. destacada responsabilidad con sus empleados, la legislación colombiana y el desarrollo de la región.	14. el cumplimiento de las obligaciones legales	21. procurando el logro del bienestar social	5 y 16. Ventajas competitivas en los servicios ofrecidos.	Procesos
		22. económico de las partes interesadas		

Grafica No. 17. Identificación de directrices para PRINSAR S.A.S.

4.2.2.2.5 Nuevos objetivos definidos por PROINSAR S.A.S.

Los objetivos deben ser simples, medibles, alcanzables, retadores y con periodo de tiempo definido. Para la formulación de los objetivos se debe relacionar cada perspectiva con variables o características que se desean mejorar como por ejemplo satisfacción, costo, productividad, calidad, entre otras. A continuación, se relaciona el resultado de la formulación de los objetivos de la organización:

PERSPECTIVA	DIRECTRIZ	VARIABLE O CARACTERÍSTICA	OBJETIVO
Financiera	Participación en el mercado regional.	Participación en el mercado.	Aumentar la participación en el mercado con un crecimiento del 5% para el cierre del año 2018 mediante estrategias de mercadeo.
	Rentabilidad	Rentabilidad de la empresa.	Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.
Cliente	Calidad de servicios prestados.	Conformidad en requisitos legales de calidad.	Asegurar estándares superiores de calidad para el cierre del año 2018 mediante cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión (Calidad y S&SO).
	Satisfacción del cliente y partes interesadas.	Satisfacción.	Mantener la satisfacción de usuarios sobre un 90% durante al cierre del año 2018.
Procesos	Eficiencia	Costo operacional.	Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.
		Cantidad de servicios prestados.	Mantener el uso de la capacidad instalada sobre el 80% para cierre del año 2018.
	Ventajas competitivas en los servicios ofrecidos.	Innovación.	Incursionar en el mercado con servicios innovadores al cierre del año 2018.
Aprendizaje y crecimiento	Formación permanente para sus trabajadores.	Cobertura en capacitaciones.	Desarrollar el programa de formación del personal en un 90% para el cierre del año 2018.

Grafica No. 18. Objetivos para PRINSAR S.A.S.

4.2.3 Mapa de procesos de la institución mediante la metodología sugerida por la ISO

9001. Identificación y clasificación de los procesos.

Como punto de partida para la creación del mapa de procesos se recurrió a la identificación de los procesos que se consideran son necesarios para cumplir con el requisito de la norma ISO 9001:2015 del numeral 4.4.1 que establece la definición de los procesos necesarios y sus interacciones.

Según el requisito se definieron los procesos suficientemente significativos para ser parte de la estructura del sistema integrado de gestión, tomando como base los factores descritos por Ricardo Mauricio Giraldo en su libro “Seguimiento, Medición,

Análisis y Mejora en los Sistemas de Gestión”. Los factores considerados fueron los siguientes:

Factores para la identificación y selección de procesos
<ul style="list-style-type: none">• Influencia en la satisfacción del cliente• Efectos en la calidad del producto o servicio• Influencia en los factores claves de éxito (directrices estratégicas institucionales)• Influencia en la visión y la misión• Cumplimiento de los requisitos legales, del cliente y de la organización• Utilización intensiva de recursos• Imagen corporativa

Tabla No. 19. Factores para la identificación y selección de procesos. Fuente “Seguimiento, Medición, Análisis y Mejora en los Sistemas de Gestión” Segunda edición.

4.2.3.1 Identificación de los procesos.

Al considerar las diferentes actividades realizadas en la organización necesariamente se debe relacionar con algún proceso dándole cobertura e integralidad. El nombre del proceso parece poco importante, pero es necesario definirlo lo más representativo posible para darle identidad a cada uno de los participantes. A continuación, se relacionan las pautas que se tuvieron en cuenta para la identificación:

- El nombre del proceso debe representativo y ofrecer identidad.
- La totalidad de las actividades desarrolladas en la organización deben estar relacionadas con algún proceso.
- La cantidad de procesos definidos debe obedecer a necesidades como el sector al cual pertenece la empresa, si es pública o privada, de manufactura o servicios, de una o varias sedes, la complejidad de las actividades, tamaño, tipo de servicios que ofrece, entre otros.

ACTIVIDADES	NOMBRE REPRESENTATIVO QUE LE AGRUPA
Planeación estratégica (Diagnóstico, direccionamiento, formulación, operacionalización, control de la gestión y alineamiento estratégicos) Mercadeo de servicios establecidos en el portafolio. Contratación de servicios complementarios con otras IPS.	Gestión Estratégica
Planificación de las actividades de selección, administración de personal, de compras y del mantenimiento de las instalaciones. Implementación de requisitos establecidos en el decreto 1072 relacionados con la seguridad y salud de los trabajadores. Archivo para las historias clínicas.	Gestión Administrativa
Planificación financiera, tesorería, pagos, cartera y contabilidad.	Gestión Financiera
Gestión de recursos jurídicos e identificación de requisitos legales aplicables a la organización.	Gestión Jurídica
Gestión de citas para la atención de los usuarios en los diferentes servicios con los que se cuentan en la institución.	Gestión de Citas
Gestión de la atención de medicina laboral para exámenes de ingreso, periódicos y de retiro.	Gestión de Consulta Externa
Gestión de la atención para valoración de fisioterapia, fonoaudiología, psicología y optometría.	Gestión de Apoyo diagnóstico
Prestación de servicios de asesoramiento en la implementación del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.	Gestión del Asesoramiento
Implementación de seguimiento y medición a los procesos. Seguimiento a quejas, reclamos, sugerencias Seguimiento a la satisfacción del cliente.	Gestión de la mejora

Grafica No. 20. Factores para la identificación y selección de procesos.

4.2.3.2 Clasificación de los procesos.

Esta etapa de la construcción del mapa de procesos se determinó la clasificación en una de las más tradicionales vistas en las empresas y que obedecen al papel que desempeñan dentro del sistema de gestión. La clasificación definida es la siguiente:

TIPO	DEFINICIÓN	PROCESO DEFINIDO
Estratégico	Son aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección. Se refieren fundamentalmente a los procesos de planeación y a otros que se consideran ligados a factores clave o estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Estratégica • Gestión de la mejora
Operativo	Son aquellos ligados directamente a la realización del producto y/o prestación del servicio. Son los procesos del negocio o misionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Citas • Gestión de Consulta Externa • Gestión de Apoyo diagnóstico • Gestión del Asesoramiento en SGSST
Soporte	Son aquellos que dan soporte a los operativos, se suelen referir a procesos relacionados con recursos y mediciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Administrativa • Gestión Financiera • Gestión Jurídica

Grafica No. 21. Clasificación de procesos.

4.2.4. Mapa de procesos.

Se definió la manera gráfica para demostrar la representación y la clasificación de los mismos expuesto en el siguiente gráfico:



Grafica No. 22. Mapa de procesos de PROINSAR.

4.2.5 Documentación de los procesos misionales.

4.2.5.1 Proceso Gestión de Citas.

Caracterización proceso Gestión de Citas.

Procedimiento Creación de Profesionales en el Sistema de Información.

Procedimiento Creación de Agendas en el Sistema de Información.

Procedimiento Asignación de Citas.

4.2.5.2 Proceso Gestión Consulta Externa.

Procedimiento Consentimiento Informado.

Procedimiento Correcta identificación del paciente.

Procedimiento Custodia de Pertenencias.

Procedimiento Evaluación de la Calidad de la Atención.

Procedimiento Examen de Ingreso.

Procedimiento Examen de Retiro.

Procedimiento Examen Periódico.

Procedimiento Manejo de residuos.

Manual de Bioseguridad Consulta Externa.

Protocolo Atención Víctimas de Violencias Sexuales.

4.2.5.3 Proceso Gestión de Apoyo Diagnóstico.

Procedimiento atención por fisioterapia.

Procedimiento atención por foniatría.

Procedimiento atención por psicología.

Procedimiento para realización de visiometría.

4.2.5.4 Proceso Asesoramiento en SG-SST.

Caracterización Asesoramiento en SG-SST.

Programación de Asesoría y Elaboración de Diagnóstico.

Planeación del SG-SST.

Implementación del SG-SST.

Plantilla Diagnóstico y Evaluación SGSST

Plantilla Evolución Inicial SG-SST

Plantilla Matriz de Peligros y Riesgos

Plantilla Matriz legal

Plantilla Política SG-SST

4.2.5.5 Medición de los procesos.

Para la medición de los procesos se determinó en cada uno de ellos indicadores de gestión con los cuales se pretende determinar si el resultado alcanzado tiene coherencia con lo definido en los objetivos. Partiendo de un despliegue de los objetivos sobre cada uno de los procesos definidos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROCESOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN								
	Gestión estratégica	Gestión de la mejora	Gestión de Citas	Gestión de Consulta Externa	Gestión Apoyo diagnóstico	Gestión Asesoramiento en SG-SST	Gestión Admón.	Gestión Financiera	Gestión Jurídica
Aumentar la participación en el mercado con un crecimiento del 5% para el cierre del año 2018 mediante estrategias de mercadeo.	X								X
Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.	X			X	X	X		X	
Asegurar estándares superiores de calidad para el cierre del año 2018 mediante cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión (Calidad y S&SO).		X		X	X	X			
Mantener la satisfacción de usuarios sobre un 90% durante al cierre del año 2018.		X	X	X	X	X			
Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.			X	X	X	X	X		
Mantener el uso de la capacidad instalada sobre el 80% para cierre del año 2018.	X								
Incursionar en el mercado con servicios innovadores al cierre del año 2018.	X								
Desarrollar el programa de formación del personal en un 90% para el cierre del año 2018.							X		

Grafica No. 23. Correlación de Objetivos Vs. Procesos.

De esta manera se correlacionó cada uno de los objetivos con los procesos presentados a continuación:

PERSPECTIVA	OBJETIVO	PROCESO
Financiera	Aumentar la participación en el mercado con un crecimiento del 5% para el cierre del año 2018 mediante estrategias de mercadeo.	Gestión Estratégica
		Gestión Jurídica
	Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.	Gestión estratégica
		Gestión de Consulta Externa
		Gestión Apoyo diagnóstico
		Gestión Asesoramiento en SG-SST
Cliente	Asegurar estándares superiores de calidad para el cierre del año 2018 mediante cumplimiento del Sistema Integrado de gestión.	Gestión de Mejora
		Gestión de Consulta Externa
		Gestión Apoyo diagnóstico
		Gestión Asesoramiento en SG-SST
	Mantener la satisfacción de usuarios sobre un 90% durante al cierre del año 2018.	Gestión de Mejora
		Gestión de Citas
		Gestión de Consulta Externa
		Gestión Apoyo diagnóstico
Procesos	Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.	Gestión Asesoramiento en SG-SST
		Gestión Administrativa
		Gestión de Citas
		Gestión de Consulta Externa
	Mantener el uso de la capacidad instalada sobre el 80% para cierre del año 2018.	Gestión Apoyo diagnóstico
		Gestión Administrativa
	Incursionar en el mercado con servicios innovadores al cierre del año 2018.	Gestión estratégica
Aprendizaje y crecimiento	Desarrollar el programa de formación del personal en un 90% para el cierre del año 2018.	Gestión Administrativa

Grafica No. 24. Perspectiva, objetivos y procesos.

Para el presente trabajo se tomaron los procesos misionales para la definición de los indicadores de gestión. Partiendo del objetivo del indicador se presenta a continuación los indicadores definidos:

PROCESO	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
Gestión de Citas	Gestionar la asignación de citas para el usuario con las características de accesibilidad y oportunidad requeridas por los términos contractuales.	Disponibilidad de citas para medicina laboral	$\frac{\text{Sumatoria de días hábiles para el que se dispone de citas más cercana}}{\text{Número de profesionales ofertados en la fecha de medición por servicio}}$	Mantener la satisfacción de usuarios sobre un 90% durante al cierre del año 2018.
		Disponibilidad de citas para apoyo diagnóstico	$\frac{\text{Sumatoria de días hábiles para el que se dispone de citas más cercana}}{\text{Número de profesionales ofertados en la fecha de medición por servicio}}$	
		Oportunidad de citas para medicina laboral	$\frac{\text{Sumatoria de días de espera para asignación de cada cita}}{\text{Total de citas asignadas}}$	
		Oportunidad de citas para apoyo diagnóstico	$\frac{\text{Sumatoria de días de espera para asignación de cada cita}}{\text{Total de citas asignadas}}$	
		Productividad	$\frac{\text{Total de consultas atendidas}}{\text{total de horas profesional contratadas}} \times 100$	Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.
Gestión de Consulta Externa	Gestionar el servicio de atención especializada por medicina laboral para dar recomendaciones e información a los programas de vigilancia epidemiológica de la empresa donde desempeña o desempeñará sus actividades el trabajador con las características de seguridad, racionalidad y pertinencia.	Demanda no atendida	$\frac{\text{Total de pacientes no atendidos(cancelados más los no programados)}}{\text{total de consulta realizada}} \times 100$	Mantener la satisfacción de usuarios sobre un 90% durante al cierre del año 2018.
		Rendimiento Paciente - Hora	$\frac{\text{Total de pacientes atendidos}}{\text{Número de horas laboradas}}$	Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.
		Rentabilidad por consulta	$\frac{\text{Total ingresos por consulta}}{\text{Costo total de consulta}} \times 100$	Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.

PROCESO	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
		Adherencia a guías de atención	$\frac{\text{Total de criterios evaluados conformes}}{\text{Total de criterios evaluados}} \times 100$	Asegurar estándares superiores de calidad para el cierre del año 2018 mediante cumplimiento del Sistema Integrado de gestión.
		Calidad del registro clínico	$\frac{\text{Total de variables de HC evaluados}}{\text{Total de variables de la HC}} \times 100$	
		Eventos adversos gestionados	$\frac{\text{Total de eventos adversos gestionados}}{\text{Total de eventos adversos registrados}} \times 100$	
Gestión de Apoyo diagnóstico	Gestionar el servicio de apoyo diagnóstico por fonoaudiología, optometría, psicología y fisioterapia para contribuir a una valoración médica integral con las características de seguridad, racionalidad y pertinencia.	Demanda no atendida	$\frac{\text{Total de pacientes no atendidos(cancelados más los no programados)}}{\text{total de consulta realizada}} \times 100$	Mantener la satisfacción de usuarios sobre un 90% durante al cierre del año 2018.
		Rendimiento Paciente - Hora	$\frac{\text{Total de pacientes atendidos}}{\text{Número de horas laboradas}}$	Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.
		Rentabilidad por consulta	$\frac{\text{Total ingresos por consulta}}{\text{Costo total de consulta}} \times 100$	Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.
		Adherencia a guías de atención	$\frac{\text{Total de criterios evaluados conformes}}{\text{Total de criterios evaluados}} \times 100$	Asegurar estándares superiores de calidad para el cierre del año 2018 mediante cumplimiento del Sistema Integrado de gestión.
		Calidad del registro clínico	$\frac{\text{Total de variables de HC evaluados}}{\text{Total de variables de la HC}} \times 100$	

PROCESO	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
		Eventos adversos gestionados	$\frac{\text{Total de eventos adversos gestionados}}{\text{Total de eventos adversos registrados}} \times 100$	
Gestión de Asesoramiento en SG-SST	Gestionar las actividades necesarias para a prestación de servicio de asesoramiento en la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo exigido en el decreto 1072 del Ministerio del Trabajo.	Cumplimiento programación de actividades	$\frac{\text{Total de actividades realizadas}}{\text{total de actividades programadas}} \times 100$	Disminuir el costo operacional en un 30% para el cierre del año 2018.
		Conformidad de los servicios	$\frac{\text{Total de reclamaciones recibidas}}{\text{Total de servicios prestados}} \times 100$	Asegurar estándares superiores de calidad para el cierre del año 2018 mediante cumplimiento del Sistema Integrado de gestión.
		Rentabilidad por servicio	$\frac{\text{Total ingresos por servicio}}{\text{Costo total del servicio}} \times 100$	Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.
		Demanda no atendida	$\frac{\text{Total de empresas no atendidas(cancelados más los no programados)}}{\text{total de empresas intervenidas}} \times 100$	Alcanzar rentabilidad del negocio al punto de equilibrio para el cierre del año 2018 mediante el aumento de clientes.

Grafica No. 25. Indicadores de gestión.

4.3 socializar el sistema integrado de gestión bajo las normas ISO 9001 versión 2015 y OSHAS 18001 versión 2007.

4.3.1 Instructivo para interpretación del mapa de procesos.

Se elaboró un instructivo para explicar al personal de PROINSAR S.A.S. la estructura del Sistema Integrado de Gestión, sus componentes y los procesos definidos. Este instructivo debe hacer parte de un programa de capacitaciones donde se explique más abiertamente los procesos y la interacción de los mismos, así como la integración del Sistema de Gestión de Calidad con base en la norma ISO 9001:2015 y Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo con base en la norma OHSAS 18001:2007. Ver instructivo anexo en CD.

4.3.2 Socialización a los funcionarios de la organización.

La socialización fue realizada con la participación del personal de PROINSAR S.A.S. explicando la necesidad de integrar los sistemas de gestión mencionados, así como la inclusión de los requisitos legales dada la importancia y relevancia que se da en el sector salud al cumplimiento por medio de la vigilancia permanente de las condiciones de habilitación.

5. Conclusiones

Proinsar debe esforzarse más en la implementación de la norma ISO 9001 en vista del resultado del diagnóstico con un porcentaje bajo de cumplimiento, caso contrario lo que ocurre con la implementación de la norma OHSAS 18001 ya que la implementación de las exigencias del decreto 1072 de 2015 está bastante avanzada.

El diseño del Sistema Integrado de Gestión se enfocó en partir del análisis de interno y externo de la organización identificando aquellos aspectos importantes a resaltar para el aprovechamiento en la búsqueda de ventajas competitivas, siendo este el inicio para la redefinición y el despliegue del direccionamiento estratégico como pilar fundamental de la organización.

La socialización del sistema integrado de gestión se basó en dar a conocer los elementos importantes para estructurar e implementar el mismo dentro de la organización y a sus partes interesadas.

Como resultado del diagnóstico para determinar el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015 encontrando un resultado poco alentador de un 14% de requisitos conformes en su totalidad y un 39.7% de cumplimiento parcial, esto en parte justificado por la preocupación en darle prioridad a los estrictamente obligatorio como es los componentes de la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y la Protección Social.

La documentación encontrada para los diferentes servicios requerida por la resolución 2003 de 2015 no cuenta con una estructura que facilite el control como es la codificación, versión y fecha de actualización.

La planeación estratégica encontrada en PROINSAR S.A.S. no estaba estructurada con base en una metodología para la determinación del contexto organizacional, lo que en definitiva repercute en una proyección futurista poco acertada.

El Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo exigido en el decreto 1072 de 2015, el cual se encuentra en proceso de implementación con su gran mayoría de documentos definidos, facilitará la implementación del Sistema Integrado de gestión.

Al evaluar la planeación estratégica se identificó la necesidad de rediseñar nuevamente direccionamiento estratégico redefiniendo la misión, la visión, los objetivos estratégicos y definiendo los principios corporativos. Estos elementos fueron muy necesarios para la determinación del contexto organizacional.

Con base en la política de seguridad y salud en el trabajo y la política de calidad se redefinió la Política Integrada de Gestión lo que facilitará la medición y el seguimiento hacia el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Las empresas del sector salud deben siempre tener presente la obligatoriedad del Ministerio de Salud del cumplimiento del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad para integrar todos sus requisitos o elementos a implementar en el Sistema Integrado de gestión, esto facilita la mejora continua de los procesos sin caer en la desarticulación de lo voluntario con los obligatorio.

6. Recomendaciones

Implementar la norma ISO 9001:2015 integrando los requisitos para la habilitación de los servicios establecidos en la resolución 2003, para simplificar los esfuerzos, recursos y personal de la organización.

Terminar la implementación del SG- SST para facilitar la integración con el Sistema de Calidad buscando la consecución del Sistema Integrado de Gestión.

Capacitar permanentemente al personal sobre el proyecto a desarrollar para la implementación del Sistema Integrado de Gestión siempre resaltando la necesidad de conseguir ventajas competitivas en el mercado donde se desempeña.

En la fase de elaboración de la documentación del sistema integrado de gestión se debe iniciar con el establecimiento de la gestión documental para facilitar el control de los documentos, con base en la codificación a asignar a los diferentes tipos de documentos se inicia la construcción del listado maestro de documentos.

La implementación del Sistema Integrado de Gestión no es la última etapa de este proyecto, se debe buscar su certificación para destacarse ante los competidores y apuntarle a la consecución de reconocimiento y mayor participación del mercado, definidas como objetivo estratégico.

Bibliografía

- Ferguson, J., Garcia, M. & Bornay M., (2002) *Modelos de Implantación de los Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad, El Medio Ambiente y la Seguridad, España*. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2002; 97-118.
- Fraguela Formoso, J., Carral Couce, L., Iglesias Rodríguez, G., Castro Ponte, A., & Rodríguez Guerreiro, M. (2011). *La Integración de los Sistemas de Gestión. Necesidad de una Nueva Cultura Empresarial*. DYNA, 78(167), 44-49. Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/dyna/article/view/25761/39345>
- Girbert Soler, V.; Bohigues Ortiz, A.; (2014). *Evolución en la Implantación de Sistemas Integrados de Gestión*. 3C Empresa, 2014; 3. 193 - 205.
- Hernandez A., *Sistemas Integrados de Gestión*. 1ª ed., madrid: Instituto de Desarrollo Económico del Principado de Asturias; 2002.
- Hernández, Tatiana; Isaac Godínez, Cira Lidia; (2007). *Procedimiento para el Diseño e Implantación de un Sistema de Gestión Integrado en el Biocen*. Ingeniería Industrial, XXVIII. 27-33.
- Humberto Serna Gómez, *Gerencia Estratégica*, 2ª ed., Bogotá: 3R Editores; 2014.
- ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC-OHSAS 18001. *Sistemas de gestión en seguridad y salud ocupacional requisitos*. 2007.
- ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9001. *Sistemas de gestión de Calidad Requisitos*. 2015.
- Ministerio de Salud y la Protección Social de la Republica de Colombia. *Resolución 2003 del 2014*. Recuperado de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=>

rja&uact=8&sqi=2&ved=0ahUKEwj71qi5zebUAhXGdz4KHeE2DRUQFgghMAA
&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2FNormatividad_Nuevo%2FReso
luci%25C3%25B3n%25202003%2520de%25202014.pdf&usg=AFQjCNG19DpRd
2NL3muQTL9rWVX9kZ_7aw

Ministerio del Trabajo de la Republica de Colombia. *Resolución 2346 del 2007.*

Recuperado de

https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0ahUKEwjN9qHrzebUAhXLPz4KHTKTC3IQFggoMAE&url=https%3A%2F%2Fsaludseguridadtrabajo.files.wordpress.com%2F2013%2F03%2Fresolucic3b3n-2346-de-2007.doc&usg=AFQjCNH_x3K8ljf3tqsS00x9AAqgJBYwIw

Ministerio del Trabajo de la Republica de Colombia. *Decreto 1072 del 2015.* Recuperado

de

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5w5nizubUAhVMbT4KHWctDCgQFgg8MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.mintrabajo.gov.co%2Fnormatividad%2Fdecreto-unico-reglamentario-trabajo.html&usg=AFQjCNFp9Ka5Hy-pewKqzwwgXxcSYNc4Hg>


Rios, M., *Seguimiento, Medición, Análisis y Mejora en los Sistemas de Gestión*, 2ª ed., Bogotá: ICONTEC; 2010.

Vidal Vázquez, Estrella. & Soto Rodríguez, E., (2013). *Implantación de los Sistemas Integrados de Gestión*. Tourism & Management Studies, . 1112-1121.

Anexos

Anexo 1. Caracterización proceso Gestión de Citas.

Página 1 de 2				
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS			
GESTIÓN DE CITAS				
CODIGO				
Versión 1				
Actualizado Jun./17				
OBJETIVO:	Gestionar la asignación de citas para el usuario con las características de accesibilidad y oportunidad requeridas por los términos contractuales.			
ALCANCE:	Desde recepción de la contratación realizada hasta la asignación de la cita al usuario.			
RESPONSABLE:	Auxiliar administrativo.			
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Gerencia comercial	- Contratos realizados	P Planear los recursos necesarios.	- Servicios a atender	Auxiliar administrativo
Auxiliar administrativo	- Servicios a atender	P Actualizar la base de datos de profesionales.	- Base de datos actualizada	Proceso Gestión de Consulta Externa
	- Servicios a atender	P Crear profesionales en el sistema de información	- Parámetros de profesionales definidos en el sistema de información.	Proceso Gestión de Apoyo Terapéutico
Auxiliar administrativa	- Parámetros de profesionales definidos en el sistema de información.	H Programar agendas de profesionales.	- Registro en software de atención.	Proceso Gestión de Consulta Externa Proceso Gestión de Apoyo Terapéutico
Auxiliar administrativa	- Documento de identidad de paciente.	H Recibir solicitud y asignar cita médica.	- Cita asignada.	Usuario o paciente
Gerencia operativa	- Agendas de profesionales atendidas.	V Evaluar accesibilidad y oportunidad en la atención.	- Indicadores del proceso	Proceso Gestión de la mejora
Gerencia operativa	- No conformidades - Oportunidades de mejora	A Realizar plan de mejora.	- Planes de mejora gestionados	Proceso Gestión de la mejora
Gerencia operativa	- Planes de mejora gestionados	A Evaluar la eficacia de la mejora.	- Registros de la mejora continua	Proceso Gestión de la mejora
DOCUMENTOS RELACIONADOS		REQUISITOS	NORMATIVIDAD	
Documentos internos: <ul style="list-style-type: none"> • Creación de profesionales en el sistema de información • Creación de agendas en el sistema de información • Procedimiento Asignación de citas Formatos: <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos de profesionales 		Requisitos de la norma ISO 9001:2015: <ul style="list-style-type: none"> • 8.1 Planificación y control operacional • 8.5 Producción y provisión del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Términos contractuales 	

Página 2 de 2		
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	
GESTIÓN DE CITAS		
CODIGO		
Versión 1		
Actualizado Jun./17		
RECURSOS	INDICADORES	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> • Talento Humano. • Recursos tecnológicos: software y hardware para el registro de la atención. • Recursos físicos: equipos de oficina y papelería. 	Ver cuadro de mando integral.	Ver mapa de riesgos.

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 2. Procedimiento Asignación de Citas.

	ASIGNACIÓN DE CITAS			CODIGO
				Página 1 de 2
				Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Misionales	Proceso	Gestión de Citas	

1. OBJETIVO GENERAL:

Asegurar que los usuarios de los servicios de consulta externa obtengan las citas requeridas, cumpliendo con sus expectativas y con los requisitos de los entidades contratantes.

2. ALCANCE:

Desde la definición de agendas de consulta hasta la evaluación de las acciones de mejoramiento.

3. RESPONSABLE:

Auxiliar administrativo

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Definir recurso profesional, horarios y sitios de atención según requerimientos de la demanda.	Gerente operativo
02	Elaborar las agendas de consulta por servicios y profesionales, teniendo en cuenta los recursos disponibles y las exigencias de la demanda.	Auxiliar administrativo
03	Habilitar en el software disponible la información de las agendas para su gestión.	Auxiliar administrativo
04	<p>Recibir del usuario la siguiente información y/o documentos, según el tipo de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención telefónica: Nombre, número y tipo del documento de identidad y el nombre de la entidad en la que se vinculará o en la que está vinculado. ▪ Atención personalizada: Documento de identidad y el nombre de la entidad en la que se vinculará o en la que está vinculado. <p>NOTA 1: Si el usuario solicita cancelación de cita, se debe cancelar en el software, registrando el motivo y reasignarla a otro usuario que la solicite.</p>	Auxiliar administrativo
05	Informar al usuario la disponibilidad de la cita con el medico laboral asignado.	Auxiliar administrativo
06	Asignar la cita de acuerdo con la disponibilidad.	Auxiliar administrativo
07	Confirmar al usuario la hora de atención.	Auxiliar administrativo
	Fin	

Anexo 3. Procedimiento Creación de Agendas.

	CREACIÓN DE AGENDAS			CODIGO
				Página 1 de 2
				Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Misionales	Proceso	Gestión de Citas	

1. OBJETIVO GENERAL: Definir la metodología para la creación de agendas para la consulta en los diferentes servicios, con el objetivo de ofertar los espacios disponibles para la asignación de citas a los usuarios.
2. ALCANCE: Inicia con la recepción de la disponibilidad horaria de profesionales definidos en las agendas y finaliza con la verificación de los horarios montados en el sistema.
3. RESPONSABLE: Auxiliar administrativo

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:



No.	Actividad	Responsable
01	Solicitar a los profesionales las horas del mes a laborar. Nota. Tener en cuenta el horario permanente o fijo para la programación de sus agendas.	Auxiliar administrativo
02	¿Se presentan novedades en los horarios de atención de los profesionales a programar para el periodo? Si, pasar a la actividad No. 03. No, pasar a la actividad No. 05.	Auxiliar administrativo
03	Actualizar "bitácora de profesionales" o "cuadro de turnos" según se la información recibida de profesionales.	Auxiliar administrativo
04	Organizar los soportes recibidos por escrito de las novedades para ajustar las agendas al momento de la programación. Nota. Las novedades sobre bloqueos, permisos o vacaciones deben contar con el aval de la Gerencia Operativa. Continuar con el procedimiento.	Auxiliar administrativo
05	Ingresar al sistema de información para definir horario de profesionales. Nota. Tener en cuenta si el horario es permanente o continuo durante la semana o por el contrario varía dependiendo de la disponibilidad del profesional.	Auxiliar administrativo
06	Crear el horario de atención del profesional.	Auxiliar administrativo
07	Verificar la correcta elaboración de la agenda, si se encuentra algún error se debe corregir. Nota. La revisión se puede hacer manual revisando el formato físico contra lo registrado en el sistema de información.	Auxiliar administrativo
	Fin	

Anexo 4. Procedimiento Creación de Profesionales.

	CREACIÓN DE PROFESIONALES			CODIGO
				Página 1 de 2
				Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Misionales	Proceso	Gestión de Citas	

1. OBJETIVO GENERAL: Garantizar la disponibilidad de los horarios médicos en los diferentes servicios ofrecidos.
2. ALCANCE: Desde la requisición del profesional hasta la activación en el sistema de información de los parámetros para la creación de agendas.
3. RESPONSABLE: Auxiliar administrativo

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar requisición o solicitud del profesional vía correo electrónico.	Auxiliar administrativo
02	Crear profesional en el sistema de información y notificar a las áreas respectivas.	Gerencia Operativa
03	Recibir información de la novedad para creación de agenda.	Auxiliar administrativo
04	Actualizar la bitácora del personal el nuevo profesional (archivo Excel con listado de profesionales contratados).]	Auxiliar administrativo
05	¿La creación de la agenda es por aumento de los profesionales contratados (profesional adicional)? No, Pasar a la tarea No.06, dado que la creación de agenda es para cubrir la necesidad de un profesional existente bien sea por renuncia, incapacidad, vacaciones o permisos. Si, pasar a la tarea No. 09.	Auxiliar administrativo
06	Verificar si el profesional saliente tiene citas programadas, para lo cual se debe realizar el traspaso de las mismas de un profesional a otro.	Auxiliar administrativo
07	¿La salida del profesional es por vacaciones o incapacidad médica? Si, ir a tarea No. 08. No, ir a tarea No. 09.	Auxiliar administrativo
08	Eliminar agenda del profesional saliente. Pasar a la actividad No. 10.	Auxiliar administrativo
09	Concretar con el profesional entrante el sitio de atención y el horario. Nota. Si el sitio de atención será dentro de la sede de la Fundación Medico Preventiva se debe concretar la disponibilidad de consultorios consultando la bitácora respectiva. En caso de no favorecerle la disponibilidad de los consultorios de la sede se debe requerir la información para registrarla en el sistema de información DGH. Nota. Tener en cuenta aquellos servicios que contractualmente se exigen dentro de la sede para definir sitio de atención.	Auxiliar administrativo
10	Actualizar "Bitácora de Consultorios" (archivo Excel) con los datos del profesional.	Auxiliar administrativo


	CREACIÓN DE PROFESIONALES		CODIGO
			Página 2 de 2
			Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Misionales	Proceso	Gestión de Citas

No.	Actividad	Responsable
11	Realizar creación de "Horario de Médicos" para definir el horario de atención.	Auxiliar administrativo
12	Verificar el correcto registro de los parámetros. Nota. Corregir errores presentados.	Auxiliar administrativo
	Fin	


CONTROL DE CAMBIOS		
Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 5. Caracterización Gestión de Consulta Externa.

Página 1 de 2

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		CODIGO		
	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA		Versión 1 Actualizado Jun./17		
OBJETIVO:	Gestionar el servicio de atención especializada por medicina laboral para dar recomendaciones e información a los programas de vigilancia epidemiológica de la empresa donde desempeña o desempeñará sus actividades el trabajador con las características de seguridad, racionalidad y pertinencia.				
ALCANCE:	Desde el ingreso del usuario al consultorio médico para inicio de la atención hasta la entrega de resultados de la atención médica al usuario.				
RESPONSABLE:	Gerente operativo				
PROVEEDOR	ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Gerencia comercial	Contratos realizados	P	Planear los recursos necesarios.	Servicios a atender	Gerencia operativa
Usuario o paciente	<ul style="list-style-type: none"> Perfil del cargo. Indicadores epidemiológicos sobre el factor de riesgo. Estudios de higiene industrial específicos sobre factores de riesgo. Indicadores específicos biológicos con respecto al factor de riesgo. Resultados de apoyos diagnósticos y/o terapéuticos 	H	Verificar identificación del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica ocupacional Consentimiento informado Certificado médico Referencia de servicios 	Usuario o paciente Empleador Entidad administradora de Riesgos Laborales
			Aplicar las medidas necesarias para garantizar la custodia de pertenencia de pacientes.		
			Realizar atención médica aplicando medidas de bioseguridad necesarias.		
			Aplicar consentimiento informado cuando la atención lo requiera.		
			Generar registros de la atención.		
Profesional de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica ocupacional Consentimiento informado Certificado médico 	V	Evaluar calidad del registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Registros de evaluación de historia clínica. Indicadores del proceso 	Proceso Gestión de la mejora
Gerencia operativa	<ul style="list-style-type: none"> No conformidades Oportunidades de mejora 	A	Realizar plan de mejora.	Planes de mejora gestionados	Proceso Gestión de la mejora
Gerencia operativa	Planes de mejora gestionados	A	Evaluar la eficacia de la mejora.	Registros de la mejora continua	Proceso Gestión de la mejora

Página 2 de 2

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		CODIGO	
	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA		Versión 1 Actualizado Jun./17	
DOCUMENTOS RELACIONADOS	REQUISITOS	NORMATIVIDAD		
<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento Consentimiento Informado Procedimiento Correcta identificación del paciente Procedimiento Custodia de Pertenencias Procedimiento Evaluación de la Calidad de la Atención Procedimiento Examen de Ingreso Procedimiento Examen de Retiro Procedimiento Examen Periódico Procedimiento Manejo de residuos Manual de Bioseguridad Consulta Externa Protocolo Atención Víctimas de Violencias Sexuales 	Requisitos de la norma ISO 9001:2015: <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Planificación y control operacional 8.5 Producción y provisión del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 2346 de 2007 Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo. Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Ley 23 de febrero 18 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica. 		
RECURSOS	INDICADORES	RIESGOS		
<ul style="list-style-type: none"> Talento Humano. Recursos tecnológicos: software y hardware para el registro de la atención. Recursos físicos: equipos de oficina y papelería. 	Ver cuadro de mando integral.	Ver mapa de riesgos.		

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 6. Procedimiento Consentimiento Informado.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		CODIGO
			Página 1 de 1
			Versión 1 – Jun.717
Macroproceso		Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL: Brindar al paciente o a su representante legal la información suficiente y necesaria, que incluye los beneficios del procedimiento en salud, así como las posibles complicaciones, para facilitar la toma de decisión en cuanto a aprobar o no la realización del mismo.
2. ALCANCE: Inicia desde la identificación de la necesidad de aplicar el consentimiento informado y termina cuando el consentimiento informado es archivado en la historia clínica.
3. RESPONSABLE: Medico laboral.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Identificar necesidad de aplicar consentimiento de acuerdo a la necesidad de notificar resultados de la atención médica.	Medico laboral
02	Imprimir formato de consentimiento informado.	Medico laboral
03	Explicar al paciente de manera breve y sencilla, su objetivo, en que consiste y el fin último de dicha solicitud.	Medico laboral
04	Solicitar la firma del trabajador y el número de documento de identidad.	Medico laboral
05	Archivar en la historia clínica.	Medico laboral
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 6. Procedimiento Correcta Identificación del Paciente.

	CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		CODIGO
			Página 1 de 2
			Versión 1 – Jun.717
	Proceso		

<p>1. OBJETIVO GENERAL: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales instaurando una política de identificación segura de pacientes, que desarrolle y fortalezca en el personal involucrado con la atención, destrezas y competencias para identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que va dirigidos los servicios.</p>
<p>2. ALCANCE: Desde la identificación documental y verificación verbal de la identificación del paciente hasta la prestación de los servicios con la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.</p>
<p>3. RESPONSABLE: Personal asistencial y administrativo.</p>

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	<p>Solicitar número de documento de identidad para realizar la "liquidación de consulta" en el software, siendo este un requisito previo para acceder a la consulta programada en los diferentes servicios. Dicha actividad se realiza verificando en la base de datos la identidad del paciente.</p> <p>Nota. Los datos de identificación obligatorios para el registro de ingreso a un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico.</p>	Auxiliar administrativo
02	Realizar llamado del usuario para brindar el servicio verificar su identificación verbalmente.	Profesional de la salud
03	Reafirmar con el usuario su identificación.	Profesional de la salud
04	Al ingreso al consultorio, ante de iniciar la consulta el profesional deberá pedir al paciente que diga su nombre completo para verificar que coincida con la Historia Clínica que se va a diligenciar (en caso de no tener historia clínica realizar apertura).	Profesional de la salud
05	Verificar en la base de datos del sistema de información la identidad del paciente. La responsabilidad principal de los trabajadores de la atención es de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta antes de suministrar la atención.	Profesional de la salud
06	Realizar validación verbal de la identidad del paciente permanentemente junto con el registro realizado en papel o software disponible para asegurar un registro correcto de acuerdo al servicio prestado.	Profesional de la salud
07	Al terminar la atención indicar al usuario a que verifique la concordancia entre los soportes o resultados de la atención recibida con su identidad para evitar entregas equivocadas.	Profesional de la salud Personal administrativo
	Fin	

Anexo 7. Procedimiento Correcta Identificación del Paciente.

	CUSTODIA DE PERTENENCIAS A PACIENTES	CODIGO
		Página 1 de 1
		Versión 1 – Jun.717
Macroproceso		Proceso



<p>1. OBJETIVO GENERAL: Garantizar la custodia de las pertenencias de los usuarios que ingresan a los servicios de PROINSAR, asegurando que no se presentes pérdidas durante su estancia y teniendo como premisa fundamental la preservación de una excelente imagen de la IPS, mediante un servicio cálido y amable.</p>
<p>2. ALCANCE: Desde el ingreso del usuario a la realización de la atención o procedimientos con o sin acompañante responsable, hasta el final de su atención en los diferentes servicios ofrecidos en PROINSAR.</p>
<p>3. RESPONSABLE: Todo el personal que tiene contacto directo con usuarios en PROINSAR.</p>

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar llamado al usuario y saludarlo cordial y atentamente.	Profesional de la Salud
03	Entregar al usuario una bolsa de tela e indicar al usuario que deposite allí sus pertenencias Ropa, zapatos, joyas, documentos, dinero, etc.	Profesional de la Salud
04	Enseñar al usuario el lugar donde quedarán guardadas sus pertenencias bien sea casillero o en un cajón con llave al mismo usuario.	Profesional de la Salud
05	Al finalizar la atención realizar la devolución de sus pertenencias, mediante el acompañamiento al casillero hasta que sean tomadas sus pertenencias y devueltas las llaves del lugar.	Profesional de la Salud
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 8. Procedimiento Evaluación de la Calidad de la Atención.

	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION		CODIGO
			Página 1 de 2
			Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Proceso		

1. OBJETIVO GENERAL: Verificar los requisitos de calidad, pertinencia y racionalidad de las historias clínicas y definir si son acordes a lo establecido en las guías de atención correspondientes y conllevan un beneficio para el paciente, reflejándose en una atención segura.
2. ALCANCE: Desde la atención del paciente hasta la evaluación de las acciones de mejoramiento.
3. RESPONSABLE: Gerencia operativa.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:



No.	Actividad	Responsable
01	Definir los objetivos y el alcance de la Auditoría de Historia Clínica, las actividades a analizar, los recursos necesarios para efectuar el estudio.	Gerente Operativo
02	Especificar los profesionales objeto de evaluación para la Auditoría de Historia Clínica, basados en los servicios habilitados.	Gerente Operativo
03	Establecer el Instrumento a utilizar para la Auditoría de Historia Clínica.	Gerente Operativo
04	Establecer la muestra para realizar la auditoría de historia clínica respectiva de cada uno de los servicios habilitados.	Gerente Operativo
05	Elaboración del Cronograma de Auditoría de Historia Clínica teniendo en cuenta los profesionales objeto de auditoría y perfil de morbilidad general de los servicios habilitados.	Gerente Operativo
06	Revisar y verificar que la historia clínica esté debidamente diligenciada según la normatividad vigente, criterios de la guía clínica a evaluar y adherente al formato definido por la institución.	Gerente Operativo
07	Analizar y establecer si las decisiones de los profesionales auditados, son claras y completas, oportunas y adherentes a las guías de práctica clínica definidas por la institución.	Gerente Operativo
08	Analizar y consolidar los resultados obtenidos de los profesionales implicados en la Auditoría de Historia Clínica.	Gerente Operativo
09	Socializar los resultados de la Auditoría de Historia Clínica con los profesionales objeto de la auditoría para su utilización en los planes de formación y mejoramiento de las competencias del personal.	Gerente Operativo
10	Determinar las acciones de mejoras necesarias, si no se alcanza el estándar de cumplimiento definido y elaborar el correspondiente plan de mejora.	Gerente Operativo
11	Realizar seguimiento de los compromisos ya establecidos por los profesionales implicados en la auditoría, que no cumplan con el estándar mediante actas de seguimiento.	Gerente Operativo
12	Verificar el cumplimiento del proceso de Gestión de Consulta Externa –Auditoría de Historia Clínica, según el cronograma establecido y su respectivo seguimiento en cada uno de los procesos pendientes.	Gerente Operativo
	Fin	

Anexo 9. Procedimiento Examen de Ingreso.

	EXAMEN DE INGRESO	CODIGO
		Página 1 de 2
		Versión 1 – Jun.717
	Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL: Describir las condiciones del aspirante para desempeñar de manera eficiente las actividades laborales sin caer en perjuicios a su integridad física y mental o de terceros cotejando las exigencias o demandas de su oficio.
2. ALCANCE: Aplica para las valoraciones medicas de ingreso exigidas en la legislación colombiana. Inicia con la programación de la cita y termina con el resumen de las recomendaciones sobre su estado de salud.
3. RESPONSABLE: Medico laboral.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar el llamado a consulta al usuario y saludarlo cordial y atentamente.	Medico laboral
02	Verificar la identidad del paciente, para asegurar que corresponda al mismo usuario registrado en la base de datos aplicando el procedimiento " <i>Correcta Identificación del paciente</i> ".	Medico laboral
03	Entrevistar al usuario registrando los datos en la historia clínica ocupacional.	Medico laboral
04	Practicar el examen físico acorde con las guías de manejo clínico adoptadas por la Institución, registrando todos los datos en la historia clínica.	Medico laboral
05	Identificar factores de riesgo identificando restricciones existentes y recomendaciones o condiciones que se requieren adaptar para que el trabajador pueda desempeñar su labor así como la necesidad de ingresar a algún programa de vigilancia epidemiológico.	Medico laboral
06	Informar al paciente los hallazgos de la evaluación médica.	Medico laboral
07	Cuando sea pertinente, diligenciar el formato " <i>Consentimiento Informado</i> " y hacer firmar su aceptación o rechazo al apoyo diagnóstico requerido.	Medico laboral
08	Entregar al paciente copia de cada una de las evaluaciones médicas ocupacionales practicadas, dejando constancia del recibido. Nota. Si el paciente requiere referencia (interconsulta o remisión), diligenciar el Anexo Técnico 9 de la resolución 4331 de 2012 llamado " <i>Formato Estandarizado De Referencia De Pacientes</i> ", con base en lo estipulado en el manual " <i>Referencia y Contrarreferencia</i> ".	Medico laboral
09	Reportar para análisis y plan de mejora los casos de complicaciones, incidentes o eventos adversos que se presenten.	Gerente operativo
10	Evaluar mediante muestreo el registro clínico de las atenciones médicas (calidad del registro y adherencia a guías, entre otros).	Gerente operativo
11	Consolidar la información de calidad de la atención médica generando los indicadores definidos.	Gerente operativo
12	Identificar las desviaciones y establecer los planes de mejoramiento necesarios de manera concertada con los respectivos profesionales.	Gerente operativo
	Fin	

Anexo 10. Procedimiento Examen Periódico.

	EXAMEN PERIODICO	CODIGO
		Página 1 de 2
		Versión 1 – Jun.717
	Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo.

2. ALCANCE:

Aplica para las valoraciones médicas periódicas exigidas en la legislación colombiana. Inicia con la programación de la cita y termina con el resumen de las recomendaciones sobre su estado de salud.

3. RESPONSABLE:

Medico laboral.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:



No.	Actividad	Responsable
01	Realizar el llamado a consulta al usuario y saludarlo cordial y atentamente.	Medico laboral
02	Verificar la identidad del paciente, para asegurar que corresponda al mismo usuario registrado en la base de datos aplicando el procedimiento " <i>Correcta Identificación del paciente</i> ".	Medico laboral
03	Entrevistar al usuario registrando los datos en la historia clínica ocupacional.	Medico laboral
04	Practicar el examen físico acorde con las guías de manejo clínico adoptadas por la Institución, registrando todos los datos en la historia clínica.	Medico laboral
05	Identificar factores de riesgo identificando restricciones existentes y recomendaciones o condiciones que se requieren adaptar para que el trabajador pueda desempeñar su labor así como la necesidad de ingresar a algún programa de vigilancia epidemiológico.	Medico laboral
06	Informar al paciente los hallazgos de la evaluación médica. Nota. Remitir al trabajador a la EPS, especialmente cuando se sospeche de una presunta enfermedad laboral.	Medico laboral
07	Cuando sea pertinente, diligenciar el formato " <i>Consentimiento Informado</i> " y hacer firmar su aceptación o rechazo al apoyo diagnóstico requerido.	Medico laboral
08	Entregar al paciente copia de cada una de las evaluaciones médicas ocupacionales practicadas, dejando constancia del recibido. Nota. Si el paciente requiere referencia (interconsulta o remisión), diligenciar el Anexo Técnico 9 de la resolución 4331 de 2012 llamado " <i>Formato Estandarizado De Referencia De Pacientes</i> ", con base en lo estipulado en el manual " <i>Referencia y Contrarreferencia</i> ".	Medico laboral
09	Reportar para análisis y plan de mejora los casos de complicaciones, incidentes o eventos adversos que se presenten.	Gerente operativo
10	Evaluar mediante muestreo el registro clínico de las atenciones médicas (calidad del registro y adherencia a guías, entre otros).	Gerente operativo
11	Consolidar la información de calidad de la atención médica generando los indicadores definidos.	Gerente operativo
12	Identificar las desviaciones y establecer los planes de mejoramiento necesarios de manera concertada con los respectivos profesionales.	Gerente operativo
	Fin	

Anexo 11. Procedimiento Examen de Retiro.

	EXAMEN DE EGRESO (RETIRO)		CODIGO
			Página 1 de 2
			Versión 1 – Jun.717
Macroproceso		Proceso	

<p>1. OBJETIVO GENERAL: Valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas o funciones asignadas en la empresa donde se desempeñó.</p> <p>2. ALCANCE: Aplica para las valoraciones médicas periódicas exigidas en la legislación colombiana. Inicia con la programación de la cita y termina con emisión del concepto médico sobre el estado de salud o la remisión a la EPS o ARL en caso de sospecha de enfermedad laboral.</p> <p>3. RESPONSABLE: Medico laboral.</p>
--

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar el llamado a consulta al usuario y saludarlo cordial y atentamente.	Medico laboral
02	Verificar la identidad del paciente, para asegurar que corresponda al mismo usuario registrado en la base de datos aplicando el procedimiento " Correcta Identificación del paciente ".	Medico laboral
03	Entrevistar al usuario registrando los datos en la historia clínica ocupacional.	Medico laboral
04	Practicar el examen físico acorde con las guías de manejo clínico adoptadas por la Institución, registrando todos los datos en la historia clínica.	Medico laboral
05	Determinar la condición de salud con la que se retira el trabajador de la empresa.	Medico laboral
06	Informar al paciente los hallazgos de la evaluación médica. Nota. Remitir al trabajador a la EPS, especialmente cuando se sospeche de una presunta enfermedad laboral.	Medico laboral
07	Cuando sea pertinente, diligenciar el formato " Consentimiento Informado " y hacer firmar su aceptación o rechazo al apoyo diagnóstico requerido.	Medico laboral
08	Entregar al paciente copia de cada una de las evaluaciones médicas ocupacionales practicadas, dejando constancia del recibido. Nota. Si el paciente requiere referencia (interconsulta o remisión), diligenciar el Anexo Técnico 9 de la resolución 4331 de 2012 llamado " Formato Estandarizado De Referencia De Pacientes ", con base en lo estipulado en el manual " Referencia y Contrareferencia ".	Medico laboral
09	Reportar para análisis y plan de mejora los casos de complicaciones, incidentes o eventos adversos que se presenten.	Gerente operativo
10	Evaluar mediante muestreo el registro clínico de las atenciones médicas (calidad del registro y adherencia a guías, entre otros).	Gerente operativo
11	Consolidar la información de calidad de la atención médica generando los indicadores definidos.	Gerente operativo
12	Identificar las desviaciones y establecer los planes de mejoramiento necesarios de manera concertada con los respectivos profesionales.	Gerente operativo
	Fin	

Anexo 12. Procedimiento Examen de Retiro.


	MANEJO DE RESIDUOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	CODIGO
		Página 1 de 2
		Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Proceso	

<p>1. OBJETIVO GENERAL: Establecer la metodología para el manejo correcto de residuos hospitalarios infecciosos y/o riesgo biológico en los servicios de consulta externa.</p> <p>2. ALCANCE: Desde la segregación en la fuente hasta la entrega a la empresa recolectora de residuos.</p> <p>3. RESPONSABLE: Medico laboral.</p>
--

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar la segregación de los residuos teniendo en cuenta el código del color establecido por la normatividad legal.	Medico laboral
02	Iniciar el recorrido de la ruta de evacuación de residuos según la versión oficial publicada en cartelera.	Auxiliar de servicios generales
03	Realizar inactivación de residuos bio-sanitarios con la aplicación del peróxido de hidrógeno en forma de aspersión o rocío. NOTA. El peróxido de Hidrógeno debe ser previamente preparado por el personal asignado para la tarea tomando las medidas de seguridad respectivas.	Auxiliar de servicios generales
04	Retirar la bolsa de residuos con la revisión necesaria para evitar algún accidente de trabajo elementos cortopunzantes mal segregados. NOTA. En caso de ruptura de termómetro de mercurio se aplica lo establecido en el protocolo de limpieza y desinfección para su recolección. Nunca introduzca las manos en la bolsa o pasar de una bolsa a otra.	Auxiliar de servicios generales
05	Colocar una nueva bolsa en el recipiente en cada área de trabajo donde se realiza la recolección.	Auxiliar de servicios generales
06	Terminar la recolección de residuos como lo indica la ruta de evacuación respectiva.	Auxiliar de servicios generales
07	Realizar el pesaje de residuos de acuerdo a su tipo y área de generación.	Auxiliar de servicios generales
08	Depositar las bolsas de residuos en los recipientes disponibles y de mayor capacidad ubicados en el depósito central manteniendo organizado el área para evitar accidentes de trabajo. NOTA. No se debe depositar elementos, herramientas, materiales o algo diferente para lo que fue diseñado el depósito y se debe mantener bajo llave el depósito de residuos.	Auxiliar de servicios generales
09	Registrar la información en el formato RH1.	Auxiliar de servicios generales
10	Terminar la recolección de residuos como lo indica la ruta de evacuación respectiva.	Auxiliar de servicios generales
	Fin	

Anexo 13. Manual de bioseguridad servicio de consulta externa.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		CODIGO
			Página 2 de 14
			Versión 2 – Jun. /2017
Macroproceso		Proceso	

1. INTRODUCCIÓN

PROINSAR como toda institución de servicios en salud y apoyo, que estén orientadas a procesos de cara al usuario, presenta para los funcionarios en la ejecución de sus tareas exposición al factor de riesgo biológico, el cual debe asumir con el mayor compromiso de prevención y protección de eventos relacionados con el mismo y que pueden afectar tanto a empleados como usuarios, visitantes y proveedores.

La implementación de los programas de bioseguridad, surgieron a partir de los importantes hallazgos y hechos por el Centro de Control de Enfermedades (C.D.C.) de Atlanta (USA), en 1987, a través de un grupo de expertos, preocupados por elevar la prevención en los medios asistenciales; es así como se definen las normas o precauciones universales destinadas a proteger a toda persona que está en riesgo de infectarse.

Las siguientes normas de bioseguridad son de obligatorio cumplimiento, con ellas se busca proteger la salud, bienestar, elevar los niveles de productividad y competitividad de la organización, cuidar su desempeño laboral y retornarlo a casa sano. De igual manera nos permite entregar servicios a usuarios y visitantes con los mayores cuidados y prevenir también en ellos enfermedades relacionadas.

2. JUSTIFICACIÓN

Dentro de las prioridades de PROINSAR en relación a la salud de sus funcionarios, usuarios, visitantes y proveedores; se genera la necesidad de crear y promover ambientes de trabajo sanos, por medio de procedimientos y programas adecuados a las necesidades propias de la IPS y que tengan como finalidad desarrollar en cada uno hábitos de prevención de enfermedades.

Cuando se manejan materiales relacionados con riesgo biológico, se requiere del cumplimiento de un Programa integral de Bioseguridad.

Cuando hablamos de BIOSEGURIDAD nos referimos a un conjunto de medidas de seguridad y estándares de prevención, destinados a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención y el control de impactos nocivos, frente a riesgos propios de su actividad diaria, asegurando que el desarrollo de las actividades no atenten contra la seguridad de los empleados, usuarios, visitantes, proveedores y el medio ambiente. Por tal motivo PROINSAR establece en todas sus sedes de atención un PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD.


Por medio de este documento se pretende sensibilizar a las diferentes áreas sobre la importancia de la protección personal a los funcionarios, usuarios, visitantes, proveedores, a través del análisis y exposición de las enfermedades originadas por todo tipo de contacto funcionario – usuario y viceversa, al igual que con el medio en el cual se desenvuelve.

3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de trabajo, salud y ambiente del trabajador de la salud, usuario, visitante y proveedor; protegiéndolos de los potenciales efectos sobre la salud causados por la exposición accidental o a microorganismos, en particular a aquellos con capacidad infectante a través de fluidos corporales, mediante la implementación de normas de bioseguridad que prevengan y minimicen los factores de riesgo.

Anexo 14. Protocolo para atención a víctimas de violencias sexuales.

	PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES		CODIGO
			Página 2 de 14
			Versión 1 – Jun./2017
Macroproceso		Proceso	

1. INTRODUCCIÓN

Las víctimas de la violencia sexual buscan asistencia médica venciendo temores, dudas, presiones sociales y todos los conflictos internos que genera un evento de violencia sexual, por los que su atención de manera integral se convierte en un reto para los profesionales de la salud y para las instituciones promotoras de salud.

La víctima no solo necesita asistencia médica, necesita asistencia humana, comprensión, trato digno e inmediato que le ayude a vencer o por lo menos a mitigar todas las emociones encontradas que el hecho victimizante le genera, por lo que en su atención se deben aplicar los procedimientos estandarizados y efectivos para controlar el riesgo que el evento tiene sobre la salud sexual y reproductiva, la salud mental y el medio familiar y social; y se tendrá que garantizar los insumos médicos necesarios para la aplicación de dichos procedimientos e intervenciones.

Para brindar una atención integral y de calidad a los usuarios, las IPS y EPS deben contar con capacidad de respuesta inmediata ante estas circunstancias especiales tales como: personal calificado y capacitado, tener un comité institucional que dirija y actúe en el abordaje del caso, realizar continua capacitación al personal de atención y administrativo, identificar posibles barreras de acceso a la institución y desarrollar planes para disminuirlas, tener claridad en los procedimientos e insumos para dar una atención con calidad, garantizar los elementos para realizar profilaxis post exposición para ETS, VIH, Hepatitis B, embarazo; establecer los procesos de remisión intersectorial: rutas de protección, rutas de acceso a justicia, definir y garantizar acciones de seguimiento. A los profesionales de salud, el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, les permitirá contar con herramientas conceptuales y prácticas para el abordaje integral de la violencia sexual y para las acciones de prevención, detección y atención integral que tendrán a su cargo.

2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL.

Garantizar la atención integral a toda víctima de violencia sexual, a través del trabajo sectorial e intersectorial asumiéndolo como un evento prioritario de urgencia en salud, teniendo en cuenta la población desde una perspectiva de derechos y enfoque diferencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adoptar el modelo de atención integral para víctimas de violencia sexual del Ministerio de la Protección Social.
- Identificar víctimas de violencia sexual por medio de intervención de cada uno de los profesionales de la salud.
- Garantizar desde el sector salud, que la persona víctima de violencia sexual reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad y su recuperación física y emocional, y desde los otros sectores que cuente con las garantías de protección y no repetición del hecho violento y de acceso a justicia para que el delito no quede impune.
- Reporte oportuno al sistema de vigilancia epidemiológica y entidades competentes.
- Reporte de la ficha de Vigilancia en salud pública de las violencias de género, código INS 875.

3. POBLACION OBJETO

Anexo 15. Caracterización Proceso Apoyo Diagnóstico.

Página 1 de 3

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS	CLIENTE
		Gerencia comercial	Contratos realizados		
Médico especialista	<ul style="list-style-type: none"> Referencia al servicio Historia clínica 	H	Verificar identificación del paciente. Aplicar las medidas necesarias para garantizar la custodia de pertenencia de pacientes. Realizar atención al paciente aplicando medidas de bioseguridad necesarias. Generar registros de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Contrarreferencia de servicios Resultados de la valoración 	Usuario o paciente Médico especialista
Profesional de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica ocupacional Certificado médico 	V	Evaluar calidad del registro clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Registros de evaluación de historia clínica. Indicadores del proceso 	
Gerencia operativa	<ul style="list-style-type: none"> Agendas de atención 	A	Realizar plan de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> Planes de mejora gestionados 	Proceso Gestión de la mejora
Gerencia operativa	<ul style="list-style-type: none"> No conformidades Oportunidades de mejora 	A	Evaluar la eficacia de la mejora.	<ul style="list-style-type: none"> Registros de la mejora continua 	Proceso Gestión de la mejora

Página 2 de 3

DOCUMENTOS RELACIONADOS		REQUISITOS	NORMATIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento Correcta identificación del paciente Procedimiento Custodia de Pertenencias Procedimiento Evaluación de la Calidad de la Atención Procedimiento Manejo de residuos Manual de Bioseguridad Consulta Externa Procedimiento atención por fisioterapia Procedimiento atención por foniatria Procedimiento atención por psicología Procedimiento para realización de visometría 	Requisitos de la norma ISO 9001:2015: <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Planificación y control operacional 8.5 Producción y provisión del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución 2346 de 2007 Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo. Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Ley 23 de febrero 18 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica. 	
RECURSOS	INDICADORES	RIESGOS	
<ul style="list-style-type: none"> Talento Humano. Recursos tecnológicos: software y hardware para el registro de la atención. Recursos físicos: equipos de oficina y papelería. 	Ver cuadro de mando integral.	Ver mapa de riesgos.	

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión No.	Descripción de los cambios	Fecha

Anexo 16. Procedimiento de Fisioterapia.

	ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA		CODIGO
			Página 1 de 1
			Versión 1 – Jun.717
Microproceso		Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL:

Realizar el apoyo diagnóstico para determinar la conducta a seguir del profesional tratante.

2. ALCANCE:

Desde la remisión del paciente a las actividades de apoyo diagnóstico hasta la atención y entrega de resultados.

3. RESPONSABLE:

Profesional en fisioterapia.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar la valoración inicial del paciente, midiendo el factor crítico a evaluar.	Profesional en fisioterapia
02	Revisar la Historia Clínica y registrar los hallazgos de la valoración.	Profesional en fisioterapia
03	Realizar la atención siguiendo los protocolos definidos.	Profesional en fisioterapia
04	Registrar en la historia clínica la atención ejecutada.	Profesional en fisioterapia
05	Consolidar información de las atenciones y sus resultados en el sistema de información.	Profesional en fisioterapia
06	Entregar al paciente el resultado de la atención dejando constancia del recibido.	Profesional en fisioterapia
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 17. Procedimiento de Foniatría.

	ATENCIÓN EN FONIATRÍA		CÓDIGO
			Página 1 de 1
			Versión 1 – Jun.717
Macroproceso		Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL:

Realizar el apoyo diagnóstico para determinar la conducta a seguir del profesional tratante.

2. ALCANCE:

Desde la remisión del paciente a las actividades de apoyo terapéutico hasta la atención y entrega de resultados.

3. RESPONSABLE:

Profesional en fonoaudiología.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar la valoración inicial del paciente, midiendo el factor crítico a evaluar.	Profesional en Fonoaudiología
02	Revisar la Historia Clínica y registrar los hallazgos de la valoración.	Profesional en Fonoaudiología
03	Realizar la atención siguiendo los protocolos definidos.	Profesional en Fonoaudiología
04	Registrar en la historia clínica la atención ejecutada.	Profesional en Fonoaudiología
05	Consolidar información de las atenciones y sus resultados en el sistema de información.	Profesional en Fonoaudiología
06	Entregar al paciente el resultado de la atención dejando constancia del recibido.	Profesional en Fonoaudiología
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 18. Procedimiento de Psicología.


	ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA		CODIGO
			Página 1 de 2
			Versión 1 – Jun.2017
Macroproceso		Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL: Realizar el apoyo diagnóstico para determinar la conducta a seguir del profesional tratante.
2. ALCANCE: Desde la remisión del paciente a la consulta de psicología hasta la atención y entrega de resultados.
3. RESPONSABLE: Profesional en psicología.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar la valoración inicial del paciente, midiendo el factor crítico a evaluar.	Profesional en psicología
02	Revisar en la Historia Clínica antecedentes y registrar la anamnesis.	Profesional en psicología
03	Realizar la atención siguiendo las guías adoptadas y las baterías de diagnóstico requeridas según lo definido en la anamnesis.	Profesional en psicología
04	Aplicar las baterías diagnósticas así: Evaluar Personalidad. <ul style="list-style-type: none"> • Test de Rorschach: test proyectivo que orienta sobre el funcionamiento psíquico del entrevistado. Evalúa la personalidad a través de la interpretación de 10 láminas. • 16 PF-S: evaluación de 10 escalas primarias y 5 dimensiones globales de la personalidad en sujetos normales. Test de salud laboral. <ul style="list-style-type: none"> • CLA: cuestionario para evaluar el clima de las organizaciones en 2 dimensiones: Empresa y Persona. • DECORE: cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales. Test de Motivación e Intereses. <ul style="list-style-type: none"> • TOM: Evalúa las motivaciones que orientan al comportamiento laboral en 4 dimensiones: 1. Orientación a resultados 2. Orientación a la innovación 3. Orientación al liderazgo 4. Orientación a las relaciones. Batería de Riesgo Psicosocial: identifica factores de riesgo psicosociales y stress. Perfil sociodemográfico. Documento en el que se reflejan características que debe tener un candidato que se ha seleccionado para cubrir un puesto que previamente se ha descrito mediante el correspondiente análisis y descripción del puesto de trabajo.	Profesional en psicología

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:

	ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA		CODIGO
			Página 2 de 2
			Versión 1 – Jun.2017
Macroproceso	Proceso		
No.	Actividad	Responsable	
05	Registrar en la historia clínica la atención ejecutada y los resultados de la aplicación de las baterías específicas	Profesional en psicología	
06	Consolidar información de las atenciones y sus resultados en el sistema de información.	Profesional en psicología	
07	Comunicar al Médico laboral los resultados individuales y generales de los resultados	Profesional en psicología	
08	Definir en conjunto con el profesional tratante la conducta a seguir: <ul style="list-style-type: none"> • Plan terapéutico • Remisión a otro profesional (EPS o IPS) • Complemento otro tipo de exámenes 	Profesional en psicología	
09	Entregar al paciente el resultado de la atención, solicitar recibido y explicar conducta definida de manejo.	Profesional en psicología	
	Fin		

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:

Anexo 19. Procedimiento la realización de visiometria.

	ATENCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE VISIOMETRIA	CODIGO
		Página 1 de 1
		Versión 1 – Jun.2017
	Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL: Realizar el apoyo diagnóstico para determinar la conducta a seguir del profesional tratante.
2. ALCANCE: Desde la remisión del paciente a la atención de visiometria hasta la atención y entrega de resultados.
3. RESPONSABLE: Profesional en psicología.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Realizar la recepción del paciente verificando su identificación.	Profesional de optometría
02	Realizar el procedimiento de visiometria.	Profesional de optometría
03	Revisar la historia clínica y registrar los hallazgos de la valoración.	Profesional de optometría
04	Registrar en la historia clínica la atención ejecutada.	Profesional de optometría
05	Consolidar información de las atenciones y sus resultados en el software.	Profesional de optometría
06	Entregar al paciente el resultado de la atención.	Profesional de optometría
	Fin	


CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:

Anexo 20. Caracterización Proceso Asesoramiento en Implementación de SG-SST.

Página 1 de 3

		CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS			CODIGO
		GESTIÓN DE ASESORAMIENTO EN SG-SST			Actualizado Jun./17
OBJETIVO:	Gestionar las actividades necesarias para a prestación de servicio de asesoramiento en la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo exigido en el decreto 1072 del Ministerio del Trabajo.				
ALCANCE:	Desde la programación de la visita a la entidad a asesorar hasta la entrega del servicio de la implementación a la entidad contratante.				
RESPONSABLE:	Profesional en Salud Ocupacional.				
PROVEEDOR	ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Gerencia comercial	Contratos realizados.	P	Planear los recursos necesarios para la implementación del SG-SST.	- Programación del servicio.	Profesional en Salud Ocupacional
Gerencia operativa	Servicios a atender		Programar calendario de visitas en las fases del servicio a prestar.	- Cronograma de ejecución del servicio.	Alta Dirección de contratante
Profesional de Salud Ocupacional	- Herramienta para el diagnóstico.	H	Realizar la evaluación preliminar en relación con los requisitos establecidos por el decreto 1072 de 2015.	- Informe de diagnóstico. - Política de S.S.T. - Matriz legal - Identificación de los roles del personal y sus funciones. - Matriz de riesgos (identificación de peligros, evaluación y control de riesgos).	Alta Dirección de contratante
Empresa contratante	- Informe de diagnóstico. - Política de S.S.T. - Matriz legal - Identificación de los roles del personal y sus funciones. - Matriz de riesgos (identificación de peligros, evaluación y control de riesgos).	H	Realizar la planeación del Sistema de Gestión de S.S.T.	- Mecanismos de difusión de la política de S.S.T. - Validación de requisitos legales aplicables y otros que la organización suscriba de manera voluntaria. - Objetivos, metas y programas de S.S.T. para el periodo. - Definición de criterios para la selección de proveedores. - Requisitos especiales de capacitación interna y externa. - Procedimiento de consultas y participación del personal y de comunicaciones internas y externas. - Mecanismo para el control de documentos. - Plan inicial de emergencias. - Plan de supervisión del primer simulacro de evacuación.	Alta Dirección de contratante

Página 2 de 3

		CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS			CODIGO
		GESTIÓN DE ASESORAMIENTO EN SG-SST			Actualizado Jun./17
OBJETIVO:	Gestionar las actividades necesarias para a prestación de servicio de asesoramiento en la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo exigido en el decreto 1072 del Ministerio del Trabajo.				
ALCANCE:	Desde la programación de la visita a la entidad a asesorar hasta la entrega del servicio de la implementación a la entidad contratante.				
RESPONSABLE:	Profesional en Salud Ocupacional.				
PROVEEDOR	ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Empresa contratante	- Plan de Trabajo Anual	H	Realizar la implementación del Sistema de Gestión de S.S.T.	- Documentación de las responsabilidades específicas en Seguridad y Salud en el Trabajo. - Desarrollo de actividades del Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Profesional de Salud Ocupacional
Profesional de Salud Ocupacional	- Lista de chequeo de implementación.	V	Evaluar la conformidad en la ejecución del servicio.	- Indicadores del proceso	Proceso Gestión de la mejora
Profesional de Salud Ocupacional	- No conformidades - Oportunidades de mejora	A	Realizar plan de mejora.	- Planes de mejora gestionados	Proceso Gestión de la mejora
Profesional de Salud Ocupacional	- Planes de mejora gestionados	A	Evaluar la eficacia de la mejora.	- Registros de la mejora continua	Proceso Gestión de la mejora
DOCUMENTOS RELACIONADOS		REQUISITOS		NORMATIVIDAD	
Internos: Procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> Programación de Asesoría y Elaboración de Diagnóstico. Planeación del SG-SST. Implementación del SG-SST. Formatos: <ul style="list-style-type: none"> Plantilla Diagnóstico y Evaluación SGSST Plantilla Evolución Inicial SG-SST Plantilla Matriz de Peligros y Riesgos Plantilla Matriz legal Plantilla Política SG-SST 		Requisitos de la norma ISO 9001:2015: <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Planificación y control operacional 8.5 Producción y provisión del servicio 		<ul style="list-style-type: none"> Constitución política de Colombia Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo. Resolución 1111 de 2017 por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes. 	
RECURSOS		INDICADORES		RIESGOS	
<ul style="list-style-type: none"> Talento Humano. Recursos tecnológicos: software y hardware para edición de documentos. Recursos físicos: equipos de oficina y papelería. 		Ver cuadro de mando integral.		Ver mapa de riesgos.	

Anexo 21. Procedimiento Programación de Asesoría y Elaboración de Diagnóstico.

	PROGRAMACIÓN DE ASESORIA Y ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO	CODIGO
		Página 1 de 1
		Versión 1 – Jun.717
Macroproceso	Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL: Describir las tareas para la programación de asesorías y elaboración del informe de diagnóstico a la empresa contratante sobre el SG-SST.
2. ALCANCE: Desde la recepción del correo electrónico para la asesoría a empresas hasta la elaboración de los entregables de esta fase.
3. RESPONSABLE: Profesional de Salud Ocupacional.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Recibir correo electrónico con la información de la empresa a intervenir.	Profesional de Salud Ocupacional
02	Elaborar la programación del asesoramiento junto con la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
03	Preparar la ejecución de la asesoría a la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
04	Enviar notificación a la empresa para iniciar la actividad de diagnóstico.	Profesional de Salud Ocupacional
05	Aplicar instrumento de diagnóstico llamado "Plantilla Diagnóstico y Evaluación SGSST".	Profesional de Salud Ocupacional
06	Elaborar informe de evaluación inicial en el formato "Evaluación Proinsar SG-SST" junto con la política, matriz legal, funciones antes el SG-SST y matriz de riesgos.	Profesional de Salud Ocupacional Alta Dirección de la Empresa Contratante
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

Anexo 22. Procedimiento Programación de Asesoría y Elaboración de Diagnóstico.

	PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE SST	CODIGO
		Página 1 de 2
		Versión 1 – Jun.2017
	Proceso	

1. OBJETIVO GENERAL: Describir las tareas para la planeación del SG-SST en la empresa contratante.
2. ALCANCE: Desde la determinación de los mecanismos de difusión de la política de SST hasta el diseño del plan inicial de emergencias y de supervisión del primer simulacro de evacuación.
3. RESPONSABLE: Profesional de Salud Ocupacional.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Definir los medios para difusión de la política de SST.	Profesional de Salud Ocupacional
02	Concretar los requisitos legales y voluntarios de la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
03	Definir los objetivos, metas y programas de SST para el periodo definido por la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
04	Establecer criterios para selección de proveedores.	Profesional de Salud Ocupacional
05	Identificar y definir requisitos de capacitación para todos los involucrados.	Profesional de Salud Ocupacional
06	Elaborar el procedimiento de consultas y participación de personal.	Profesional de Salud Ocupacional
07	Elaborar el procedimiento de comunicaciones internas y externas para el alcance del SG-SST.	Profesional de Salud Ocupacional
08	Establecer las directrices para el control de documentos.	Profesional de Salud Ocupacional
09	Elaborar el plan inicial de emergencias y de supervisión del primer simulacro de evacuación.	Profesional de Salud Ocupacional
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Marcelino Gálano Ramírez	Nombre: Edwin Suárez	Nombre: Piedad Mejía
Cargo: Asesor de Calidad	Cargo: Médico Laboral	Cargo: Gerente Operativo

Anexo 23. Procedimiento planeación del sistema de SST.

	PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE SST	CODIGO
		Página 1 de 2
		Versión 1 – Jun.2017
		

1. OBJETIVO GENERAL: Describir las tareas para la planeación del SG-SST en la empresa contratante.
2. ALCANCE: Desde la determinación de los mecanismos de difusión de la política de SST hasta el diseño del plan inicial de emergencias y de supervisión del primer simulacro de evacuación.
3. RESPONSABLE: Profesional de Salud Ocupacional.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Definir los medios para difusión de la política de SST.	Profesional de Salud Ocupacional
02	Concretar los requisitos legales y voluntarios de la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
03	Definir los objetivos, metas y programas de SST para el periodo definido por la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
04	Establecer criterios para selección de proveedores.]	Profesional de Salud Ocupacional
05	Identificar y definir requisitos de capacitación para todos los involucrados.	Profesional de Salud Ocupacional
06	Elaborar el procedimiento de consultas y participación de personal.	Profesional de Salud Ocupacional
07	Elaborar el procedimiento de comunicaciones internas y externas para el alcance del SG-SST.	Profesional de Salud Ocupacional
08	Establecer las directrices para el control de documentos.	Profesional de Salud Ocupacional
09	Elaborar el plan inicial de emergencias y de supervisión del primer simulacro de evacuación.	Profesional de Salud Ocupacional
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Marcelino Galero Ramírez	Nombre: Edwin Suarez	Nombre: Piedad Mejía
Cargo: Asesor de Calidad	Cargo: Medico Laboral	Cargo: Gerente Operativo

Anexo 24. Procedimiento Implementación del Sistema de SST.

	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SST		CODIGO
			Página 1 de 1
			Versión 1 – Jun.717
Recursos	Proceso		

1. OBJETIVO GENERAL:

Describir las tareas para la planeación del SG-SST en la empresa contratante.

2. ALCANCE:

Desde la determinación de los mecanismos de difusión de la política de SST hasta el diseño del plan inicial de emergencias y de supervisión del primer simulacro de evacuación.

3. RESPONSABLE:

Profesional de Salud Ocupacional.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

No.	Actividad	Responsable
01	Establecer, documentar y comunicar las funciones, responsabilidades y autoridad del personal que dirige, ejecuta y verifica actividades que tengan efectos sobre los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo en la empresa contratante.	Profesional de Salud Ocupacional
02	Monitorear a las tareas, inspecciones y actividades definidas en el plan de trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo.	Profesional de Salud Ocupacional
03	Identificar las desviaciones en la ejecución del plan de trabajo para aplicar correcciones pertinentes.	Profesional de Salud Ocupacional
	Fin	

CONTROL DE CAMBIOS

Revisión No.	Descripción de los cambios	Fecha
1	Creación del documento.	Junio de 2017

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:

Anexo 25. Plantilla para Diagnóstico y Evaluación del SG-SST.

HERRAMIENTA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
0



Datos Principales de la Empresa

Cuestionario

Resultados

Indicadores de Gestión

Informe Completo Empresa

Informe Evaluación Decreto 1072

Ayuda

CODIGO FORMATO-VERSIÓN-FECHA PUBLICACIÓN