

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD



**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y
GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL
HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

VÁSQUEZ MARTÍNEZ, FERNANDO

VELÁSQUEZ MEJÍA, WILFREDO EVENOR

PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRO EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

DICIEMBRE 2025

CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR : M.Sc. JUAN ROSA QUINTANILLA
VICERRECTORA ACADÉMICA : DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO : M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
SECRETARIO GENERAL : LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DECANA : LICDA. CELINA AMAYA DE CALDERÓN
VICEDECANO : M.Sc. LIC. NIXON ROGELIO HERNÁNDEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO : LIC. JUAN PABLO MARÍN
ADMINISTRADOR ACADÉMICO : LIC. EDGAR ANTONIO MEDRANO MELÉNDEZ

COORDINADOR DE MAESTRÍA Y ASESORA DE TRABAJO DE GRADUACIÓN:

COORDINADOR DE MAESTRÍA : M.Sc. LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR
ASESORA : M.Sc. LICDA. ANA JESSICA PAZ DE ALVARADO

TRIBUNAL EXAMINADOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN:

PRESIDENTE : M.Sc. LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR
SECRETARIA : M.Sc. LICDA. ANA JESSICA PAZ DE ALVARADO
VOCAL : M.Sc. ING. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA

DICIEMBRE 2025

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD



**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y
GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL
HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.**

PRESENTA:

LIC. FERNANDO VÁSQUEZ MARTÍNEZ

M.Sc. ING. WILFREDO EVENOR VELÁSQUEZ MEJÍA

Trabajo de Graduación de Maestría, como requisito para optar al título de:
MAESTRO EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

COORDINADOR DE MAESTRÍA:

M.Sc. LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR

ASESORA:

M.Sc. LICDA. ANA JESSICA PAZ DE ALVARADO

DICIEMBRE 2025

CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA
LIC. FERNANDO VÁSQUEZ MARTÍNEZ

M.Sc. ING. WILFREDO EVENOR VELÁSQUEZ MEJÍA

DECLARAN QUE:

El presente Trabajo de Graduación denominado “**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**” ha sido desarrollado sobre el fundamento de una investigación aplicada, respetando derechos intelectuales; conforme a citas y referencias bibliográficas correspondientes, según normas APA en su versión vigente. Consecuentemente este trabajo de graduación es de la autoría de los maestrantes autores y de propiedad intelectual de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador.

En virtud de esta declaración, los autores graduandos son responsables del contenido de los diferentes marcos de referencia, marco teórico, métodos, técnicas y herramientas utilizadas, resultados de la investigación y la propuesta de diseño del sistema integrado de gestión, como su veracidad y alcance metodológico académico e investigativo aplicado a los Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y otros ámbitos relacionados.

Ciudad Universitaria, San Salvador. Diciembre de 2025.



LIC. Fernando Vásquez Martínez



M.Sc. ING. Wilfredo Evenor Velásquez



LUGAR Y FECHA : San Salvador, 19 de febrero de 2026
 RAMO : Ministerio de Educación
 DEPENDENCIA : Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas
 TIPO DE ACUERDO : RATIFICACIÓN DE ACTA
 NUMERO DE ACUERDO: DOSCIENTOS DIEZ DE JUNTA DIRECTIVA

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes transcribo acuerdo tomado en Sesión Ordinaria No.14-2026, período 2025/2027, de Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Económicas, celebrada el día viernes trece de febrero del año dos mil veintiséis.

PUNTO VI- 6.3 a) RATIFICACIÓN DE RESULTADOS DE TRABAJO DE GRADUACIÓN DEL ACTA DE EVALUACIÓN N°19/2025, DE LA MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD (MASIG).

Conocida la solicitud de ratificación de resultados del Trabajo de Graduación del Acta de Evaluación N°19/2025 correspondiente al año 2025, presentado por el Msc. Luis Alonso Ramírez Aguilar, Coordinador de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG).

Luego de verificar que el acta contiene los datos pertinentes y con base en los Artículos 35 y 36 literal "e" del Reglamento General de la Ley Orgánica de la UES y Art.48 inciso tres Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la UES.

Junta Directiva por CINCO (5) votos a favor, CERO (0) abstenciones y CERO (0) en contra de los miembros propietarios presentes, ACUERDAN:

Ratificar los resultados del Trabajo de Graduación del Acta de Evaluación N°19/2025 correspondiente al año 2025, de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG), según detalle:

ACTA N° 19/2025

FECHA DE EXAMEN	NOMBRES DE LOS GRADUANDOS	CARNE	TEMA DE TRABAJO DE GRADUACION	NOTA GENERAL	TRIBUNAL EXAMINADOR
3/12/2025	FERNANDO VÁSQUEZ MARTÍNEZ	VM97009	"DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL"	8.33	<p>PRESIDENTE M.Sc. LIC. LUIS ALONSO RAMÍREZ AGUILAR</p> <p>SECRETARIA M.Sc. LICDA. ANA JESSICA PAZ DE ALVARADO</p> <p>VOCAL M.Sc. ING. JENNIFER IVETTE TREJO DE REINA</p>
	WILFREDO EVENOR VELÁSQUEZ MEJÍA	VM95016		8.33	

Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos legales consiguientes.

Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"



MSC. Juan Pablo Marín
SECRETARIO FCE



CC: VICEDECANATO, ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA DE LA FACULTAD DE CC.EE., COORDINADOR MASIG, ARCHIVO.

DEDICATORIA / RECONOCIMIENTO

Con profunda gratitud, deseo expresar mi reconocimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la culminación de este trabajo.

En primer lugar, agradezco a Dios padre, a mi guía Jesucristo y nuestra madre celestial María Auxiliadora por darme sus bendiciones, paciencia y sabiduría como principales herramientas de trabajo en esta ardua labor académica.

A M.Sc. Ana Jessica Paz de Alvarado, por su objetividad, paciencia y valiosas orientaciones que enriquecieron cada etapa de esta investigación. Su compromiso y dedicación fueron una inspiración constante cada día.

A mi familia, por su amor incondicional, apoyo emocional y comprensión en los momentos más desafiantes. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Leopoldo Evenor Velásquez Ventura y Dolores Mejía de Velásquez mis padres terrenales que me han apoyado desde mis inicios de preparatoria hasta mis posgrados. Mis hermanos Edgar Enrique, Carla María y Francisco Alexander Velásquez Mejía por su respaldo incondicional, mi bella sobrina Darlin Gabriela Velásquez Mejía que me impulsa a salir adelante.

A mi hermosa y nueva familia que he conformado con mi adorable esposa Karen Reyna Elisa Campos de Velásquez, mis preciosos hijos Wilfredo Evenor, ya con el creador, Belén Isabella y Diego Alejandro Velásquez Campos con su alegría, ocurrencias y juegos me llenan de esperanza para alcanzar las metas propuestas en esta vida.

A mis amigos y compañeros de estudio Luis Bonilla, Feliz Vásquez, por las conversaciones, el ánimo y las risas que hicieron más llevadero este camino.

En especial reconocimiento a Fernando Vásquez Martínez compañero de tesis y amigo, hombre apasionado y dedicado en sus labores, por sus aportes significativos al trabajo de graduación, su perseverancia fue el motor impulsor.

Finalmente, al Doc. Carlos Humberto Alvarenga Requeno y Licda. Wendy Somoza de Salvador, director y administradora del Hospital Policlínico Zacamil ISSS, por brindar los recursos y el espacio para desarrollar este proyecto, y a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron a que este sueño se hiciera realidad.

Wilfredo Evenor Velásquez Mejía.

El proyecto de cursar una maestría surgió con la idea de mejorar mi calidad de vida, un proyecto inicial de 3 años, con una gran inversión considerando mi salario mensual, un proyecto que se prolongó más de lo esperado y por su puesto más caro de lo planeado, esto conllevó a muchos sacrificios no solo económicos, sino de tiempo a la familia, a los amigos, a mí para hacer lo que más disfruto. Tanto esfuerzo, tanta inversión por fin ha culminado con una graduación, recibiendo un título en cuyo encabezado aparece el nombre de nuestra alma mater, “La Universidad de El Salvador” que me acredita como “Maestro en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad”, la primera parte de este gran esfuerzo ha culminado, esperando en un futuro cercano logre sacar provecho de esta investidura que ahora tengo. Este logro es en gran parte al apoyo de las personas que más cerca de mí han estado dando ánimo, empujándome cuando ya había decidido no continuar, si ahí está mi querida esposa Gloria Ester Alas de Vásquez, mi padre, Misael Vásquez Vásquez, mi madre, María Dina Martínez de Vásquez y mi hermano Guillermo Vásquez Martínez, a todos ellos va mi agradecimiento.

Fernando Vásquez Martínez

INDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iv
RESUMEN EJECUTIVO	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL	1
1.1 Introducción	1
1.2 Descripción del sujeto de estudio	1
1.2.1 Orígenes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social “ISSS”	1
1.2.2 Filosofía del ISSS	2
1.2.3 Políticas institucionales	4
1.2.4 Servicios ofrecidos	5
1.2.5 Hospital Policlínico Zacamil “HPZ”	6
1.3 Planteamiento del problema	13
1.3.1 Descripción de la situación problemática	13
1.3.2 Definición y formulación del problema	14
1.3.3 Sistematización del problema	15
1.3.4 Matriz diagnóstica de planteamiento del problema	17
1.4 Delimitación de la investigación	17
1.4.1 Delimitación espacial o geográfica	17
1.4.2 Delimitación temporal	19
1.5 Objetivos	19
1.5.1 Objetivo general	19
1.5.2 Objetivos específicos	19
1.6 Justificación	21
1.6.1 Justificación práctica	21
1.6.2 Justificación legal	22
1.7 Formulación de hipótesis o supuestos	23
1.7.1 Hipótesis general	23
1.7.2 Hipótesis específicas	23
1.8 Variables e indicadores de investigación	24
1.9 Matriz de consistencia marco referencial	25
1.10 Fundamentos éticos	25
1.10.1 Originalidad del estudio y exigencia crítica	25
1.10.2 Propiedad intelectual	26
1.10.3 Consentimiento informado de resultados investigativos	26
1.11 Viabilidad del trabajo de graduación	26
1.11.1 Viabilidad técnica	26
1.11.2 Viabilidad del consentimiento informado sujeto de estudio	27

1.11.3 Viabilidad metodológica	27
1.12 Dificultades y limitaciones.....	27
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 Introducción	28
2.2 Marco de antecedentes	28
2.2.1 Antecedentes nacionales	28
2.2.2 Antecedentes regionales.....	31
2.3 Marco conceptual	34
2.4 Marco de teoría fundamental.....	36
2.4.1 Teoría de un hospital policlínico.....	36
2.4.2 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.....	37
2.4.3 Norma Internacional NTS ISO 45001:2018.....	38
2.4.4 Sistemas de Gestión Ambiental.....	44
2.4.5 Norma Internacional NTS ISO 14001:2015.....	46
2.4.6 Sistema Integrado de Gestión.....	50
2.5 Marco legal y reglamentario	52
2.5.1 Seguridad y Salud en el trabajo.....	52
a. Constitución de la República de El Salvador	52
b. Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Decreto 254.	52
c. Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Decreto 86. ..	52
d. Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Decreto 89.	53
2.5.2 Medio Ambiente.....	53
a. Constitución de la República de El Salvador	53
b. Ley de Medio Ambiente.....	54
c. Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos.....	54
d. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	55
e. Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.....	55
f. Aguas, Aguas residuales. Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos residuales.	56
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.	57
3.1 Introducción.....	57
3.2 Tipo de investigación.....	57
3.3 Enfoque o ruta de la investigación.....	57
3.4 Alcance o tipo de estudio	58
3.5 El método de investigación	58
3.6 Diseño metodológico.....	59
3.7 Determinación de población y muestra	59
3.7.1 Unidad de análisis y población.....	59
3.7.2 Diseño de la muestra	60
3.8 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61

3.8.1 Niveles de información del marco teórico	61
3.8.2 Fuentes de información	62
3.8.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.8.4 Prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos	64
3.8.5 Matriz integral metodológica	64
3.9 Tabulación de datos y análisis de la información.....	64
3.9.1 Metodología del diagnostico	65
3.9.2 Resultados del diagnóstico	69
3.9.2.1 Resultados para el cumplimiento de la NTS ISO 45001:2018.....	70
3.9.2.2 Resultados para el cumplimiento de la ISO 14001:2015	78
3.9.2.3 <i>Acciones por tomar en cuenta para el diseño del sistema integrado</i>	83
3.9.2.4 <i>Resultados para el cumplimiento de requisitos legales</i>	86
3.10 Matriz metodológica de consistencia de la investigación	90
3.11 Análisis de las variables identificadas.....	90
3.12 Respuestas a las hipótesis formuladas.....	91
3.13 Resumen de la investigación	95
CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE DISEÑO DE SIG	97
4.1 Introducción	97
4.2 Descripción de la propuesta de diseño	97
4.3 Propuesta de documentación del Sistema Integrado de Gestión	101
4.4 Manual del Sistema Integrado de Gestión.....	108
4.5 Plan de Acción de Implementación del Sistema Integrado de Gestión.....	108
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	123
5.1 Conclusiones	123
5.2 Recomendaciones.....	124
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Política institucional del Seguridad y Salud Ocupacional	5
Figura 2 Organigrama de la Gerencia de Servicios Médicos	7
Figura 3 Organigrama del Hospital Policlínico Zacamil.....	8
Figura 4 Árbol de problemas detectados en la gerencia de servicios médico del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.	16
Figura 5 Ubicación geográfica del Hospital Policlínico Zacamil.	18
Figura 6 Edificio Hospital Policlínico Zacamil.....	18
Figura 7 Árbol de objetivos identificado de la gerencia de servicios médicos del HPZ.....	20
Figura 8 Línea del tiempo de la Norma NTS ISO 45001:2018.....	39
Figura 9 Ciclo de Deming (PHVA) gestión SST.	40
Figura 10 Ciclo de Deming (PHVA) del sistema de gestión ambiental.....	47
Figura 11 Aplicación del ciclo de mejora continua al proceso de integración.....	51
Figura 12 Fases del proceso	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables de investigación	24
Tabla 2 Estructura de norma NTS ISO 45001:2018	41
Tabla 3 Contenido de los capítulos de la norma NTS ISO 45001:2018	42
Tabla 4 Estructura de la norma NTS ISO 14001:2015	48
Tabla 5 Contenido de los capítulos de la norma NTS ISO 14001:2015	49
Tabla 6 Determinación de unidad de análisis, población y muestra.	60
Tabla 7 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	63
Tabla 8 Criterio de calificación.....	66
Tabla 9 Resultados del diagnóstico de la norma NTS ISO 45001:2018	70
Tabla 10 Resultados del diagnóstico de la norma NTS ISO 14001:2015	78
Tabla 11 Acciones para el diseño del Sistema Integrado de Gestión.....	84
Tabla 12 Resumen de resultados en requisitos legales en materia de SST	86
Tabla 13 Resumen de resultados en requisitos legales en materia de GA	88
Tabla 14 Resultados de la información documental ISO 45001:2018	89
Tabla 15 Resultados de la información documental ISO 14001:2015	89
Tabla 16 Resultados de las variables de investigación.....	90
Tabla 17 Resumen de la evaluación de la investigación	96
Tabla 18 Correlación entre objetivos específicos y actividades para el SIG.....	98
Tabla 19 Ejemplo de estructura de información documental.....	101
Tabla 20 Listado de documentación requerida para el diseño del SIG	102
Tabla 21 Roles y responsabilidades del personal.....	111
Tabla 22 Actividades del plan de acciones de implementación	113
Tabla 23 Cronograma de actividades de implementación del SIG propuesto.....	116
Tabla 24 Costos de implementación del SIG	120
Tabla 25 Valores para cálculo de probabilidad / consecuencia.....	121
Tabla 26 Nivel de riesgo (Relación Probabilidad / consecuencia).....	121
Tabla 27 Evaluación de riesgos para la implementación de la propuesta del SIG.....	122

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Carta emitida por MASIG a sujeto de estudio.....	125
Anexo 2: Viabilidad del consentimiento informado sujeto de estudio.....	127
Anexo 3: Viabilidad técnica.....	128

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice 1: Matriz Diagnóstica para Plantear El Problema de Investigación.....	1
Apéndice 2: Matriz de Conceptualización de Variables	2
Apéndice 3: Matriz de consistencia marco referencial	3
Apéndice 4: Guía de observación a la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.....	4
Apéndice 5: Guía de entrevista HPZ.....	12
Apéndice 6: Lista de verificación NTS ISO 45001:2018.....	18

Apéndice 7: Lista de verificación NTS ISO 14001:2015.....	44
Apéndice 8: Cuestionario de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas.	57
Apéndice 9: Condiciones ambientales	66
Apéndice 10: Gráfico de resultados – NTS ISO 45001:2018	73
Apéndice 11: Gráfico de resultados - NTS ISO 14001-2015.....	77
Apéndice 12: Información documentada a mantener y conservar por las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015.....	222
Apéndice 13: Matriz integral de variables, técnicas e instrumentos de investiga	226
Apéndice 14: Matriz metodológica de consistencia de la investigación	227
Apéndice 15: Manual del sistema integrado de gestión	229
Apéndice 16: Manual de procesos	292

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Sigla y Acrónimo	Significado o equivalencia
APA	American Phycological Association
CSSO	Comité de Seguridad y Salud Ocupacional
CGA	Comité de Gestión Ambiental
GA	Gestión Ambiental
HPZ	Hospital Policlínico Zacamil ISSS
ISO	Deriva de la palabra griega “isos”, que significa “igual” y que le da su nombre al Organismo Internacional de Normalización (International Organization for Standardization)
IVM	Seguro de Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
MASIG	Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad
MINTRAB	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
MINSAL	Ministerio de Salud
NTS	Norma Técnica Salvadoreña
PHVA	Ciclo de Deming, se compone en cuatro etapas: P: Planificar, H: Hacer, V: Verificar, A: Actuar.
SG	Sistema de Gestión
SIG	Sistema Integrado de Gestión
SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
UNE	Una Norma Española
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social

RESUMEN EJECUTIVO

Las instituciones nacionales o privadas se enfrentan a entornos cambiantes a los cuales se deben adaptar, por lo que necesitan reinventarse adquiriendo nuevas técnicas y herramientas, para modernizar operaciones y mejorar sus procedimientos para ser más eficientes en sus actividades diarias, entre estas herramientas se tienen las normas ISO que ofrecen una guía para mejorar la gestión, estandarizando la documentación, reduciendo costos, cumpliendo con requisitos legales y posicionarse mejor en el ambiente en que se desarrollen.

La Gerencia de Servicio Médicos del HPZ no cuenta con un sistema de gestión que le permita administrar los riesgos laborales e impactos ambientales, cuenta con un comité de seguridad y salud ocupacional y un comité de gestión ambiental que realizan una buena labor tratando de acatar la legislación pertinente, sin embargo la incorporación de nuevas tendencias en la gestión de riesgos a la seguridad y salud de los trabajadores e impactos ambientales contribuirá a que se reduzcan en forma significativa.

Atendiendo la problemática identificada en este trabajo de graduación se diseñó una propuesta que permite tener procesos alineados estratégicamente, coherentes, bien definidos y enfocados a la mejora continua que serán utilizados en la prestación de servicios de emergencia, consulta externa, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía. Con el objetivo de tener puestos de trabajo libre de riesgos, peligros, accidentes, enfermedades laborales y reduciendo la contaminación del entorno en los empleados desarrollan sus labores diarias.

En vista de ello en este trabajo de graduación se propone el diseño de un Sistema Integrado de Gestión que permita a la Gerencia de Servicios Médicos el tratamiento efectivo de la seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental tomando en cuenta los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, un sistema de gestión integrado con normas internacionales que vendrían a fortalecer la prevención de lesiones y enfermedades laborales y minimizar la contaminación del ambiente a través de procesos más limpios y eficientes, minimizando recursos y respete el marco legal y normativo pertinente.

INTRODUCCIÓN

El diseño de un sistema integrado de gestión es relevante en las instituciones hospitalarias para mejorar la planificación, la gestión de recursos y la respuesta a emergencias, ya que permiten visualizar y analizar variedad de datos que facilitan la toma de decisiones, una mejor asignación de recursos y respuesta eficiente ante crisis sanitarias. El Hospital Policlínico Zacamil fundado en el año 2008 es una institución que se encarga de proveer servicios de salud integral, permanente y de alta complejidad a la población salvadoreña, ofreciendo servicios de calidad en atención ambulatoria, internamiento, emergencias, servicios de diagnóstico y tratamientos.

En vista de la importancia de su labor en el cuidado de la salud de los cotizantes y derechohabientes la institución se ve en la necesidad de mejorar e incorporar nuevas herramientas que le permitan fortalecer los procesos actuales para la prevención de riesgos a la salud de los empleados y demás partes interesadas, así también con la gestión ambiental incorporando medidas enfocadas a controlar el impacto ambiental generados por las actividades realizadas en la institución.

La gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social “ISSS” tuvo como servicios iniciales de atención de emergencias en áreas como medicina interna y cirugía, con el paso del tiempo se ha logrado incorporar servicios de emergencia, consulta externa, ginecología y obstetricia, y pediatría. Con el firme propósito de mejorar los procesos que involucren la SST y GA estandarizarlos, optimizar los tiempos y proteger la integridad de los empleados, cotizantes y derechohabientes, la institución se ve en la necesidad de diseñar políticas que contribuyan a identificar y evaluar los diferentes tipos de riesgos a los que se ven expuestos los empleados en su área de trabajo.

Conociendo la importancia del trabajo que realiza esta institución en el cuidado de la salud de los afiliados, derechohabientes y con el objetivo de robustecer sus procesos simplificar los documentos, aumentar la productividad y generar una cultura de gestión estandarizada para preservar, mejorar la salud de los trabajadores, y evitar la contaminación del ambiente, se desarrolló el trabajo de graduación titulado: Diseño de un Sistema Integrado de gestión de la seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015, aplicable al Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que está distribuido por los capítulos detallados a continuación:

El CAPITULO I: Contiene una visión general del sujeto de investigación, incluyendo el planteamiento del problema, la descripción del objeto de estudio, se formula el objetivo que se desea alcanzar, la justificación. También se incluye un apartado donde se formula hipótesis general y las específicas. Se detallan las variables e indicadores de la investigación, la viabilidad técnica y finalmente se cita algunas de las dificultades y limitaciones encontradas en el transcurso de la exploración del problema.

El CAPITULO II: Se presenta el marco teórico que involucra la investigación bibliográfica, el marco de antecedentes, marco conceptual, el marco de teoría fundamental, y marco legal, todo enfocado al sistema de gestión integrado.

CAPITULO III. Presenta el tipo de investigación, enfoque de investigación, el alcance del estudio, diseño metodológico, fuentes, técnicas y los instrumentos de recolección de información, resultados del diagnóstico y respuestas a las hipótesis.

CAPITULO IV. En este capítulo se presenta la propuesta del diseño del SIG, que incluye propuesta de documentación, manual del sistema integrado de gestión, manual de procesos y procedimientos y el plan de acción de implementación del SIG.

CAPITULO V. Esta sección presenta las conclusiones generadas durante la investigación que resumen los resultados obtenidos, así también se hacen las recomendaciones consideradas pertinentes que para mejorar los procesos en la institución.

CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL

1.1 Introducción

El marco de referencial es una compilación de antecedentes, teorías, conceptos y contexto general que sustentan el estudio, es decir, un conjunto de conocimientos que ayudan a entender sobre la descripción de la situación problemática, el planteamiento, definición y sistematización del problema, además las delimitaciones de la investigación, el planteamiento de los objetivos generales y específicos, por otra parte las justificaciones (teórica y práctica), formulación de hipótesis o supuestos (general, específicas), asimismo variables e indicadores de investigación, su matriz de consistencia marco referencial, con su fundamentos éticos que comprende la originalidad del estudio y exigencia crítica, propiedad intelectual, consentimiento informado de resultados investigativos al sujeto de estudio, en igual forma con las viabilidades del trabajo de graduación (técnica, consentimiento informado sujeto de estudio y metodológica), finalmente las dificultades y limitaciones preliminares para realizar la presente investigación.

1.2 Descripción del sujeto de estudio

1.2.1 Orígenes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social “ISSS”

Los orígenes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que de acá en adelante llamaremos ISSS, se remontan a la necesidad de contar con una institución pública que, en El Salvador, garantizara la protección integral del trabajador y sus beneficiarios frente a contingencias como enfermedad, accidentes laborales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria. El primer antecedente de esta idea se registró el 7 de febrero de 1923, durante la Conferencia Centroamericana celebrada en Washington, Estados Unidos.

No fue sino hasta 26 años después que, mediante un decreto emitido por el Consejo del Gobierno Revolucionario de El Salvador en 1949, se promulgó la primera Ley del Seguro Social. Esta legislación estableció la creación de una institución autónoma encargada de su administración: el ISSS.

La primera sede administrativa del ISSS se instaló en el edificio “Gadala María”, ubicado en la 1ª Calle Oriente y 4ª Avenida Norte, en el centro de San Salvador.

Sin embargo, los servicios médicos comenzaron a prestarse oficialmente el 14 de mayo de 1954, incluyendo atención hospitalaria, farmacia, laboratorio, enfermería, emergencias y consulta externa.

Luego con el crecimiento urbano e industrial en zonas como Ilopango y el Boulevard del Ejército, el ISSS amplió su cobertura. En 1958 se abrió un consultorio en Ilopango, seguido por la apertura de centros en Sonsonate, Acajutla y Apopa. Posteriormente, se habilitaron unidades médicas en Guazapa, Quezaltepeque y Aguilares.

En 1969 se implementó el programa de Riesgos Diferidos, que incluye prestaciones por invalidez, vejez y muerte. Este programa representó un avance significativo en la protección social de los trabajadores, ya que les garantizaba beneficios al llegar al final de su vida laboral activa.

Ese mismo año, el 1 de mayo de 1969, se inauguró el entonces Hospital General del ISSS, con una capacidad de 400 camas, considerado en su momento uno de los más grandes de Centroamérica. En sus instalaciones se centralizaron la mayoría de los servicios médicos.

Durante el período de 1973 a 1980, se expandió la red de atención médica con la construcción e inauguración de nuevas unidades médicas en San Francisco Gotera (Morazán), la clínica "15 de septiembre" (popularmente conocida como Santa Anita por su ubicación en ese barrio), así como las unidades de Zacamil, Atlacatl y San Jacinto.

Desde 1981, las oficinas administrativas del ISSS operan en la denominada Torre Administrativa, lo que permitió a los cotizantes y derechohabientes centralizar la atención de trámites institucionales en un solo lugar.

En la actualidad el ISSS cuenta a nivel nacional con 11 Hospitales, 32 Unidades Médicas, 33 Clínicas Comunes, 197 Clínicas Empresariales, 1 Unidad de Medicina Física, 6 Farmacias Generales, Unidad de Atención al Usuario y Unidad de Pensionados.

1.2.2 Filosofía del ISSS

La filosofía del ISSS se ha tomado del Marco Institucional existente en su página web institucional (ISSS, 2025)

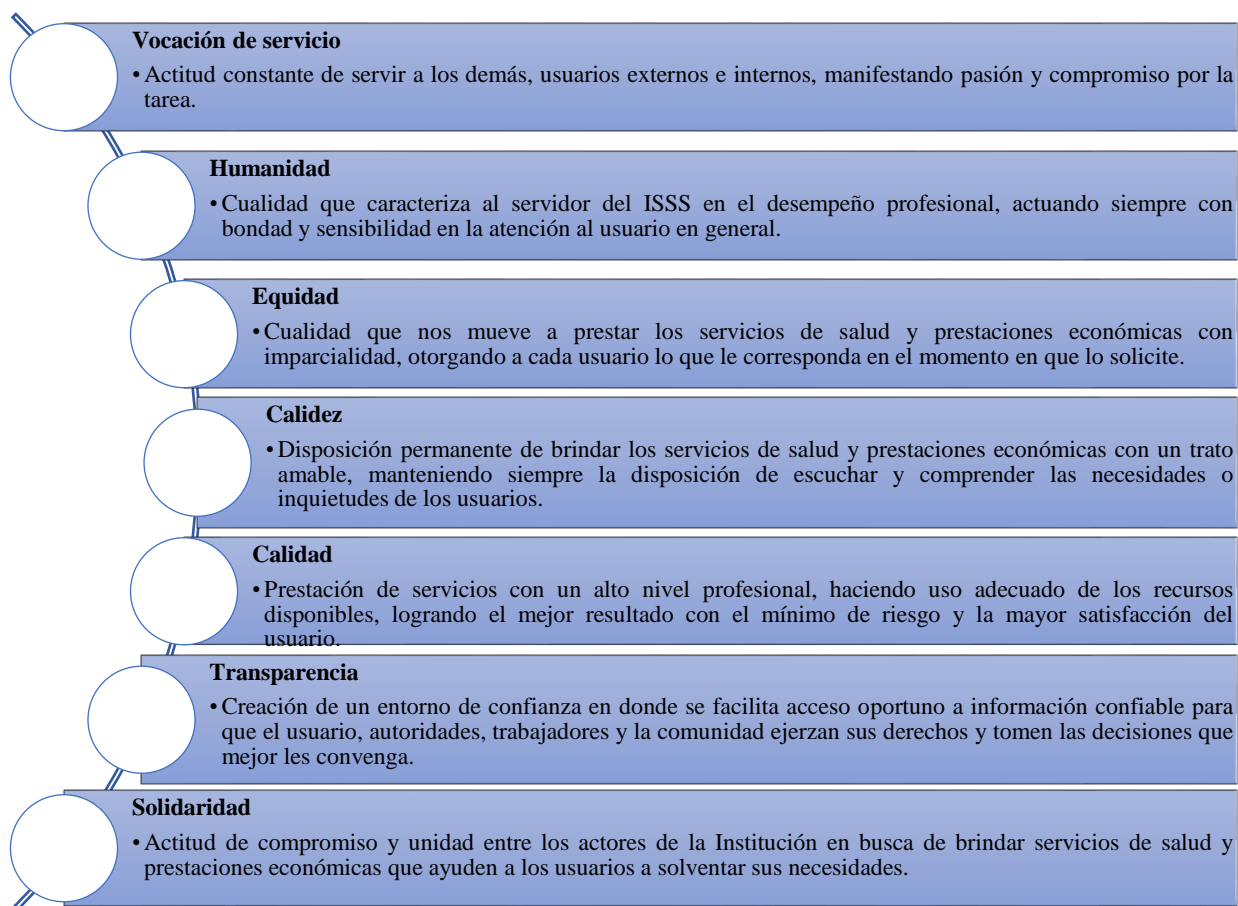
El ISSS, como parte fundamental de su identidad organizacional, establece una filosofía institucional que refleja su compromiso con los principios de la seguridad social, la calidad en la prestación de servicios y el bienestar integral de sus derechohabientes. A continuación, se presenta su filosofía:

Misión:

Somos una institución miembro del Sistema Nacional de Salud, con vocación de servicio basada en los principios de la seguridad social, la cual brinda una gestión integral del riesgo en salud y prestaciones económicas a sus derechohabientes a través de un modelo de atención integral en salud, que provee servicios con humanidad, calidad y calidez.

Visión:

Llegar a ser una institución orgullo de sus derechohabientes y de su personal; transparente en el uso de sus recursos financieros, que brinde atención integral en salud, comprometida en la mejora continua de la calidad de sus servicios. Que afronte desafíos y retos para mejorar en la implementación de nuevas estrategias sanitarias.

Valores:

1.2.3 Políticas institucionales

a. Política Institucional Ambiental

El ISSS ha desarrollado una política ambiental que orienta sus acciones en materia de protección, conservación y recuperación del medio ambiente. Esta política se fundamenta en los catorce principios establecidos en el artículo 2 de la Ley de Medio Ambiente (LMA), los cuales guían su implementación y reflejan el compromiso institucional con la sostenibilidad ambiental.

La política se detalla a continuación:

“El ISSS promueve la protección del medio ambiente, mediante la aplicación de medidas que procuren el ahorro y uso eficiente de los recursos naturales y materiales, así como minimizar el impacto al medio ambiente; derivado de los procesos inherentes a los servicios que presta la institución, conforme a la Ley de Medio Ambiente, Política Nacional de Medio Ambiente y otras normativas ambientales vigentes, tanto nacionales como internacionales que son de obligatorio cumplimiento”

Nota: Elaboración propia según política institucional ambiental ISSS.

b. Política Institucional de Seguridad y Salud Ocupacional.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social está comprometido con el cumplimiento de la ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo, dicha ley tiene por objeto establecer los requisitos de seguridad y salud ocupacional que deben aplicarse en los lugares de trabajo, a fin de establecer el marco básico de garantías y responsabilidades que garantice un adecuado nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras, frente a los riesgos derivados del trabajo.

La política se detalla a continuación en la **Figura 1**

Figura 1

Política institucional del Seguridad y Salud Ocupacional

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social se compromete en armonía con el desarrollo de su gestión de atención de salud, asegurador y de protección a los trabajadores, a proporcionar un entorno de trabajo seguro a sus colaboradoras y colaboradores; así como garantizar condiciones seguras de todas aquellas personas que visiten sus instalaciones a través del establecimiento de la cultura de prevención de riesgos laborales como su prioridad"

Por lo que:

A) Proporcionará un entorno de trabajo que potencie la cultura de prevención de riesgos laborales, promoviendo la participación de la dirección y de los colaboradores a través de su responsabilidad individual	B) Cumplirá con toda la legislación nacional vigente y prácticas aplicables a la institución, relativas a la prevención de riesgos en los lugares de trabajo y con los compromisos que de ellas se deriven.	C) Deteminará, a través de los niveles gerenciales, ejecutivos y mandos medios y en conjunto con todos los colaboradores, los riesgos asociados a cada puesto de trabajo y adoptará las medidas de prevención y protección necesarias, las que serán de acatamiento obligatorio .	D) Integrará los aspectos de seguridad y salud ocupacional entre los criterios para el diseño y la evaluación de proyectos, procesos y productos, así como para la adquisición de materiales y servicios.	E) Desarrollará planes de concienciación y formación, paralelos a la gestión de recursos humanos, sobre los temas de seguridad y salud en el trabajo, orientados a todas nuestras y nuestros colaboradores.	F)Comunicará esta política a todos los colaboradores de la institución, la pondrá a disposición pública y contribuirá a la difusión de la gestión preventiva de los riesgos laborales en nuestro entorno.	G) Creará una partida presupuestaria que garantice el desarrollo, ejecución y cumplimiento de las estrategias y objetivos definidos en materia de prevención y protección de riesgos laborales.
--	---	---	---	---	---	---

Nota: Elaboración propia según política de salud y seguridad ocupacional ISSS, Departamento Gestión de Calidad Institucional agosto 2016.

1.2.4 Servicios ofrecidos

El ISSS ofrece la cobertura médica y previsional a que se hace acreedor el afiliado y su grupo familiar (Esposa o compañera de vida e hijos). Comprende los riesgos cubiertos tanto por el Régimen de Salud (Seguro de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (Seguro de IVM).

El ISSS como entidad de derecho público que responde a los fines de la seguridad social, cubre los riesgos profesionales y comunes a los que están expuestos los trabajadores:

- Enfermedad accidente común
- Enfermedad profesional o Accidentes de trabajo
- Maternidad Invalidez
- Vejez
- Muerte

1.2.5 Hospital Policlínico Zacamil “HPZ”

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la institución responsable de la construcción del Hospital Policlínico Zacamil, con el objetivo de beneficiar a la población cotizante y derechohabiente de la zona norte del país.

En el año 2008, el ISSS impulsó siete proyectos bajo la modalidad llave en mano, con el fin de fortalecer la atención médica en distintas regiones del territorio nacional. Entre estos proyectos se incluyó la construcción del Hospital Policlínico Zacamil.

Posteriormente, en 2017, se desarrolló el programa de Fortalecimiento de la Atención Integral Pediátrica en el ISSS, el cual abarcó diversas acciones en los siguientes centros de atención:

Zacamil, en 2017 se desarrolla el “Fortalecimiento de la Atención Integral Pediátrica en el ISSS” en cada uno de estos centros:

1. Diseño, construcción, Adecuación y Equipamiento del Hospital de Sonsonate.
2. Mejoramiento de Unidad Médica de Ilopango.
3. Construcción y Equipamiento de Unidad Médica ISSS Soyapango.
4. Unidad Médica ISSS Chalchuapa.
5. Construcción y Equipamiento del Hospital Policlínico Zacamil.
6. Unidad Médica ISSS Quezaltepeque.
7. Mejoramiento de la Unidad Médica 15 de septiembre ISSS.

En los centros de atención del ISSS se creó el Comité de Prevención de Riesgos Laborales que se encarga de promover la seguridad y salud de los trabajadores. Para ello, identifica, evalúa y controla los riesgos laborales, promoviendo la salud y seguridad en el trabajo, investigar las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Además, se constituyó el Comité de Gestión Ambiental el (CGA) cuya función es sensibilizar y fortalecer el conocimiento en materia ambiental a las diferentes unidades organizativas del hospital y es el encargado de promover participación activa y adoptar buenas prácticas ambientales entre los empleados y demás partes interesadas, requiriendo que dicha participación sea enérgica, articulada, incluyente, responsable y transparente.

El Comité de Gestión Ambiental también apoya y asesora sobre el manejo de los impactos negativos ocasionados al medio ambiente e implementar medidas para el uso eficiente de la energía eléctrica, apegado a las directrices emitidas por el MARN.

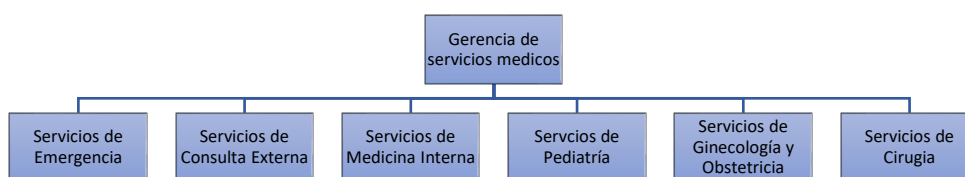
Para una mayor comprensión del sujeto de estudio se presenta el organigrama del HPZ, cabe mencionar que este fue elaborado por el Departamento Gestión de Calidad Institucional agosto 2016, la imagen presentada creado por los miembros de grupo del trabajo de graduación. Ver **Figura 2**.

Según la **Figura 3**, detalla el organigrama del HPZ mostrando la variedad de servicios hospitalarios de apoyo con los que cuenta, como farmacia, laboratorio clínico, radiología, enfermería y terapia respiratoria, entre otros.

En vista que la Gerencia de servicios médicos es la que proporciona los servicios claves o fundamentales para la atención de los cotizantes y derechohabientes que es el objetivo principal del hospital, el trabajo de investigación se centra en ella, para contribuir a fortalecer sus procesos.

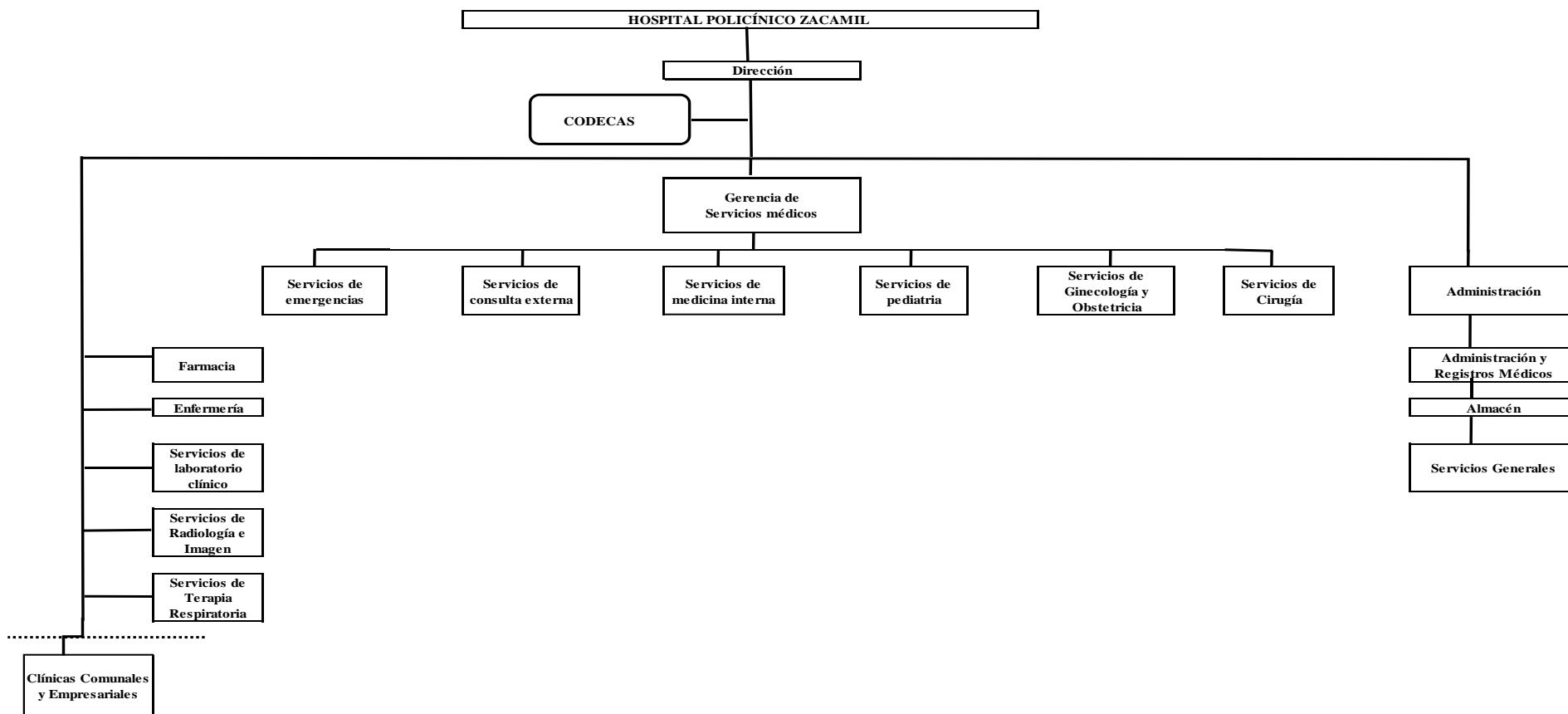
Para el trabajo de graduación el alcance de la investigación, se enfoca únicamente en la Gerencia de Servicios Médicos, el cual está conformado por los departamentos de servicio de emergencia, servicio de consulta externa, servicio de medicina interna, servicio de pediatría, servicio de ginecología y obstetricia y servicio de cirugía. En la **Figura 2**, se presenta el organigrama detallado del sujeto de estudio.

Figura 2
Organigrama de la Gerencia de Servicios Médicos



Nota: *Elaboración propia, extraída del Organigrama del Hospital Policlínico Zacamil, el cual fue elaborado por Departamento de Gestión de Calidad Institucional agosto 2016.*

Figura 3
Organigrama del Hospital Policlínico Zacamil



Nota: Elaborado por: Departamento Gestión de Calidad Institucional agosto 2016

Según la **Figura 2**, mostrada anteriormente, a continuación, se presenta la descripción y las funciones de los departamentos:

a) Servicio de Emergencia

Descripción: Realizar atenciones de calidad a pacientes críticos en casos de emergencia y urgencia médica de acuerdo a los instrumentos técnicos.

Funciones:

1. Brindar atención oportuna y de calidad a los derechohabientes que presenten cuadros clínicos de emergencia.
2. Registrar a los pacientes que soliciten atención de emergencia verificando los DUI para efectos de control.
3. Coordinar con el proceso de hospitalización cuando el paciente amerite ser ingresado en el hospital.
4. Brindar a los pacientes tratamiento ambulatorio cuando por su cuadro clínico no ameriten ser hospitalizados.
5. Hacer uso eficiente de los materiales, medicamentos y equipos de trabajo.
6. Contar con el resumen clínico del paciente al momento de su egreso, que contenga los datos básicos mínimos.
7. Brindar atención médica de acuerdo al grado de gravedad de los pacientes.
8. Hacer respetar y aplicar la normativa vigente en cuanto al establecimiento de derecho de los pacientes.
9. Desarrollar programas de capacitación permanente a todo el personal asistencial y administrativo del hospital.

b) Servicio de Consulta Externa

Descripción: Proveer un servicio de calidad para contribuir al cuidado del paciente.

Funciones:

1. Atender, evaluar, diagnosticar y brindar el tratamiento médico y odontológico a pacientes de primera vez y subsecuentes proporcionando los tratamientos respectivos de acuerdo a las guías de manejo.

2. Indicar y analizar los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo.
3. Proporcionar los medicamentos, materiales e insumos contemplados en el cuadro básico del expediente del paciente.
4. Emitir de forma pertinente las incapacidades, recetas, referencias y órdenes de exámenes a cada paciente.
5. Atender, evaluar, diagnosticar y brindar el tratamiento médico y odontológico a pacientes de primera vez y subsecuentes proporcionando los tratamientos respectivos de acuerdo a las guías de manejo.
6. Indicar y analizar los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo.

c) Servicio de Medicina Interna

Descripción: Proporcionar la atención necesaria a fin de recuperar la salud de los pacientes hospitalizados mediante atención médica especializada con calidad y calidez.

Funciones:

1. Proporcionar a los pacientes ingresados y ambulatorios atención médica y de enfermería de calidad y con oportunidad.
2. Brindar asistencia médica integral, general y especializada a los pacientes en la etapa de internación.
3. Controlar el registro de los pacientes.
4. Utilizar adecuadamente los materiales y equipos de trabajo.
5. Registrar la evolución de los padecimientos de los pacientes, así como sus tratamientos médicos.
6. Brindar a los pacientes los cuidados higiénicos que contribuyan a mejorar su estado de salud.
7. Administrar a los pacientes los medicamentos y tratamientos indicados.
8. Brindar información de su enfermedad y recomendaciones médicas.
9. Utilizar racionalmente los recursos de Laboratorio Clínico y Radiológico de acuerdo a las patologías de los pacientes.
10. Programar, evaluar y controlar el desarrollo de las actividades del área.

11. Supervisar el buen uso de los medicamentos contemplados en cuadro básico: así como emitir en forma racional las recetas, referencias y órdenes de exámenes.

d) Servicio de pediatría

Descripción: Proporcionar una atención integrada, eficaz y personalizada aumentando la capacidad de adaptación a las necesidades asistenciales, así como facilitar la coordinación con Atención Primaria y con otros centros del ISSS y optimizar los procesos, buscando una atención ágil y dinámica y un uso eficiente de los recursos.

Funciones:

1. Formular Planes y Programas de Trabajo para coordinar la distribución del personal de enfermería y demás personal bajo su cargo.
2. Monitorear el cumplimiento de los planes de trabajo y turnos establecidos.
3. Mantener el equipo e implementos necesarios para brindar un buen servicio al paciente.
4. Cooperar con las actividades de otros servicios del Hospital, principalmente con el Servicio Médico.
5. Informar por escrito a la Jefatura inmediata sobre las necesidades que existen en relación con el personal, el material de trabajo o cualquier otro aspecto.
6. Supervisar que se mantenga dentro del Hospital: disciplina, orden, armonía, honestidad y una relación de respeto entre el personal.
7. Gestionar el suministro oportuno de insumos médico quirúrgico para proporcionar un buen servicio al paciente.
8. Velar porque los equipos e implementos necesarios para brindar un buen servicio al paciente, se mantengan en buenas condiciones.
9. Exponer a la Jefatura inmediata las necesidades que existen en relación con el personal o el material de trabajo.
10. Contar con el inventario actualizado de equipos e insumos a fin de controlar la ubicación y las existencias de los mismos.

e) Servicio de Ginecología y Obstetricia

Descripción: Brindar asistencia a las derechohabientes en ginecología programada y de emergencia, así como las medidas de formación y prevención de la salud.

Funciones:

1. Proporcionar a los pacientes ingresados atención médica y de enfermería de calidad y con oportunidad.
2. Brindar asistencia médica integral, general y especializada a los pacientes en la etapa de internación.
3. Controlar el registro de los pacientes.
4. Utilizar adecuadamente los materiales y equipos de trabajo.
5. Registrar la evolución de los padecimientos de los pacientes, así como sus tratamientos médicos.
6. Brindar a los pacientes los cuidados higiénicos que contribuyan a mejorar su estado de salud.
7. Administrar a los pacientes los medicamentos y tratamientos indicados.
8. Programar, evaluar y controlar el desarrollo de las actividades del Área.
9. Supervisar el buen uso de los medicamentos contemplados en cuadro básico: así como emitir en forma racional las recetas, referencias y órdenes de exámenes.
10. Brindar los servicios de emergencia correspondientes al área en forma oportuna.

f) Servicio de cirugía

Descripción: Proporcionar servicio de cirugía ambulatoria centrado en la persona, con una atención de calidad a los derechohabientes que requieren intervenciones sin necesidad de días cama en las instalaciones del hospital.

Funciones:

1. Velar por el estudio y tratamiento de pacientes complejos sin recurrir a hospitalizaciones prolongadas. Así como de pacientes con patologías quirúrgicas poco complejas.
2. Velar por el correcto llenado de los documentos clínicos de hospitalización y por el acatamiento de las normas, guías de manejo, procedimientos e instructivos

- oficiales elaborados.
3. Realizar las evaluaciones preoperatorias requeridas.
 4. Preparar a los pacientes para su traslado a Sala de Operaciones.
 5. Atender las consultas postoperatorias correspondientes.
 6. Velar porque se realice la evaluación de cada egreso del servicio.

1.3 Planteamiento del problema

La definición de un problema específico es el primer paso en la elaboración de un proyecto o trabajo de investigación, comprende las acciones necesarias para determinar lo que se va a investigar, además, su selección requerirá una fundamentación teórica y práctica de su importancia. De la definición clara y precisa depende las adecuadas estrategias para abordarlo, Vara Horna (2012) lo concibe de la siguiente manera:

El porqué, la razón de ser, el motivo de la investigación. Si se hace una investigación es porque se quiere resolver un problema, sea teórico o práctico. Por lo tanto, justamente, es una solución fundamentada, razonada y contundente ante los ojos de los demás. (p. 171)

En los siguientes apartados se desarrolló una breve descripción general del problema el cual está constituido por: la situación problemática que consistió en señalar de forma clara y precisa el contexto que se desea investigar sobre la institución sujeto de estudio, la formulación del problema en forma de pregunta, y problematización del problema (sistematización) con las incógnitas de investigación.

Así también incluye la justificación preliminar, objetivo provisional, tipo o ruta de investigación, posibles colaboradores y recursos disponibles.

1.3.1 Descripción de la situación problemática

Para el desarrollo de la situación problemática de la investigación se expuso las causas que los originaron, argumentos y datos de la realidad del sujeto de estudio, cuidándose de expresar conclusiones anticipadas, con el interés en comprenderlo y resolverlo.

Para tener una mejor comprensión respecto a lo que trata esta temática a continuación citamos al autor Lerma Gonzáles quien amplia lo que se debe entender por situación problemática en la investigación.

Lerma González (2009) nos ilustra:

Describe la situación problema: Enuncie los antecedentes del estudio y los hechos que originaron las inquietudes e interrogantes iniciales; tales hechos pueden referirse a: magnitud del fenómeno, frecuencia, grupos de población y áreas geográficas afectadas, factores involucrados, evidencias, explicaciones, discrepancias, consensos, formas de resolver los interrogantes, tendencias, hipótesis y personas e instituciones involucradas en el asunto a tratar. (p.36)

El HPZ presenta la siguiente situación problemática, carecen de procesos y procedimientos estandarizados para el desarrollo de las funciones operativas, no poseen un SIG basado en normas internacionales como la NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 que les permita la gestión del control de riesgos laborales, aspectos e impactos ambientales, generados en su funcionamiento para ser más eficientes en la toma de decisiones para optimizar la SST y la GA.

Por lo tanto, no existen sistemas de gestión fundamentados según las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, individual o integrada. Como en toda institución hospitalaria en el HPZ se desarrollan trabajos con riesgos potenciales relacionados con la seguridad de sus colaboradores que también involucran un mayor control de los aspectos e impactos ambientales que puedan afectar la salud de los empleados y el medio ambiente que lo rodea, otro factor no menos importante a los anteriores es el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a la institución los que deben estar bajo estricta supervisión para evitar ser acreedores a sanciones por incumplimiento. La estructura documental muestra deficiencias ya que no cuenta con una estandarización documental que es un elemento clave en toda institución hospitalaria ya que permite mayor orden y eficiencia, logrando una mayor productividad de los empleados en el desarrollo de sus funciones.

1.3.2 Definición y formulación del problema

La definición o formulación del problema es una presentación clara del mismo, con afirmaciones breves y en la parte final se formula la pregunta de investigación, que es el mismo título, formulado en pregunta. Vara Horna (2012) Expresa lo siguiente:

“La formulación del problema de investigación consiste en interrogar, en formular oraciones interrogativas, consecuencia lógica del planteamiento del problema, siendo estas el conjunto de premisas y la formulación del problema es la conclusión” (p.180)

Por lo anteriormente planteado en la situación problemática para el HPZ se formula el siguiente problema de investigación:

¿De qué manera el diseño de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a mejorar la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social?

1.3.3 Sistematización del problema

La sistematización del problema consiste en descomponer la pregunta planteada en varias interrogantes específicas que incorporan cada variable a investigar, facilitan la formulación de objetivos y la descripción de supuestos. Por consiguiente, deben de permitir al investigador responder a la pregunta de investigación.

De acuerdo a lo planteado en la formulación del problema se presenta la sistematización del problema de investigación del HPZ:

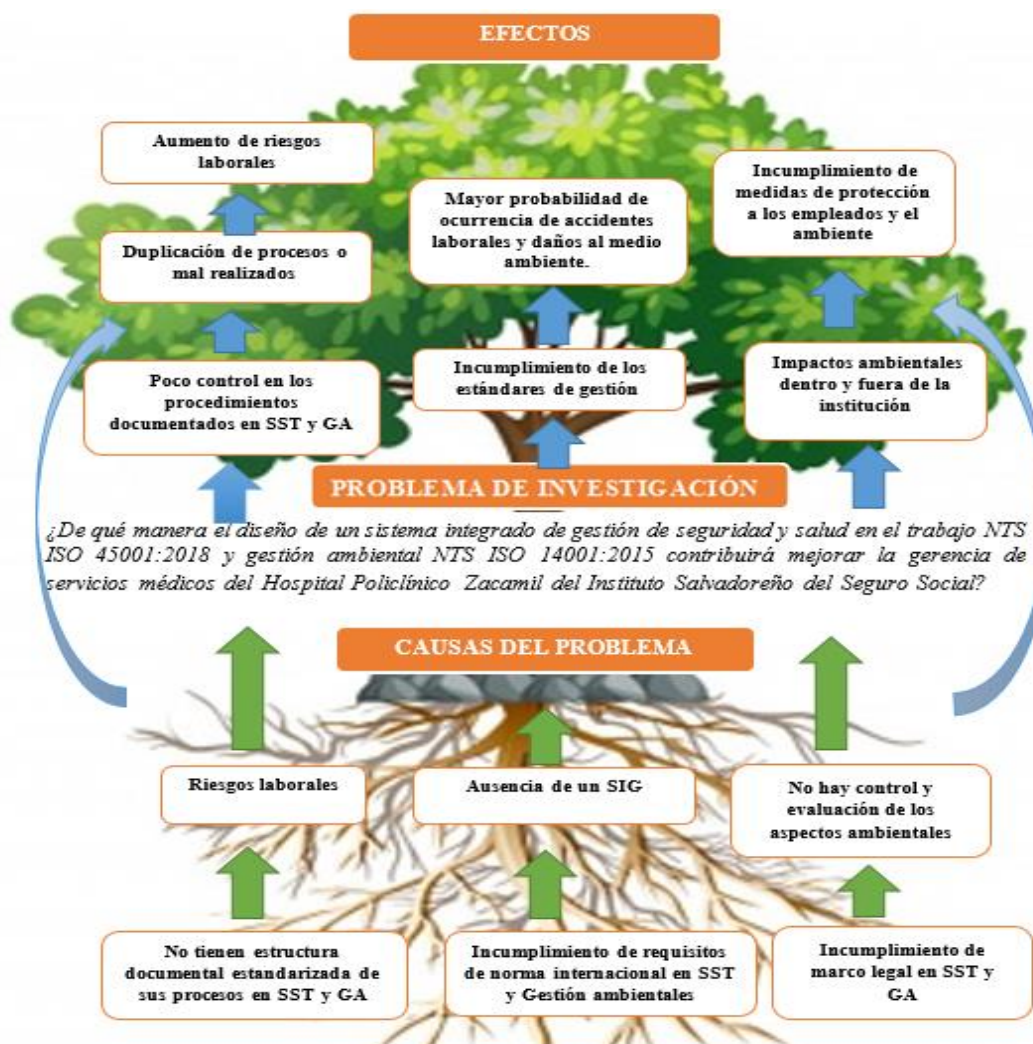
- 1. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para conocer la situación actual de los servicios de la organización?*
- 2. ¿Cómo la identificación de los riesgos laborales, ayudará en la seguridad y salud de los empleados?*
- 3. ¿Cómo controlar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas?*
- 4. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables para permitir el cumplimiento a la legislación actual?*
- 5. ¿Cuál es la estructura documental de la gerencia de servicios médicos que ayudará a fortalecer sus procesos?*

Seguidamente, para el diagnóstico del planteamiento del problema de investigación, formulación y sistematización, se utilizó la técnica del árbol de problemas, también conocido análisis situacional, que permite mapear o diagramar, construir causas y efectos organizados, generando un modelo de las relaciones para examinar el problema. Su estructura: Las raíces representan las causas, el tronco del árbol representa el problema, las ramas están los efectos o consecuencias.

Es una forma de representar el problema logrando de un vistazo entender qué es lo que está ocurriendo (problema principal), por qué está ocurriendo (causas) y que es lo que esto está ocasionando (los efectos o consecuencias), lo que nos permite hacer diversas cosas en la planificación del proyecto. (Ver Figura 4)

Figura 4

Árbol de problemas detectados en la gerencia de servicios médico del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



Nota. Elaboración propia, considerado el planteamiento y definición del problema

1.3.4 Matriz diagnóstica de planteamiento del problema

En esta matriz diagnóstica se expone lo que está ocurriendo (problema principal), los síntomas, causas del por qué está ocurriendo, que es lo que está ocasionando (efectos o consecuencias), la formulación y sistematización del problema de investigación de forma resumida y concreta, obteniendo una mejor visión de la situación. **Ver Apéndice 1, Matriz Diagnóstica para Plantear el Problema de Investigación.**

1.4 Delimitación de la investigación

Este apartado se refiere a la identificación de aquellos aspectos que son importantes analizar para el desempeño de la investigación, seleccionando las áreas de interés que intervienen en el problema identificado, disminuyendo el grado de complejidad.

Vara Horna (2012) expone:

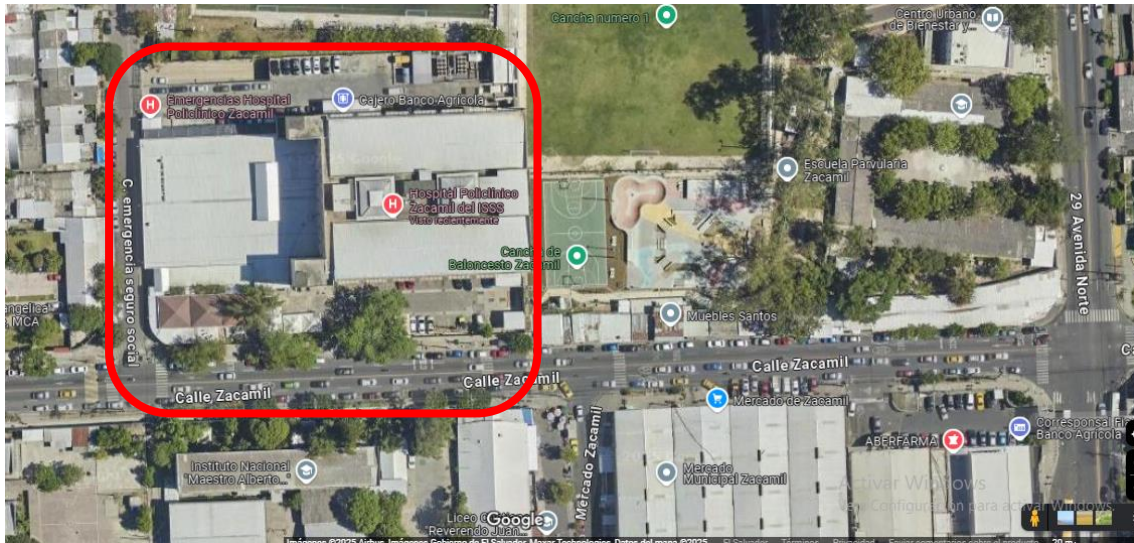
Todas las investigaciones tienen límites; para que un estudio científico sea efectivo, debe establecer de antemano dónde, cuándo y hasta cuánto va a investigarse. Ello se conoce como “delimitación” y tiene tres aspectos básicos. Delimitación espacial: Indicando el lugar dónde se realizará la investigación y se obtendrá la información primaria. Delimitación temporal: Indicando el periodo de tiempo de la procedencia de los datos. Delimitación conceptual o temática: Indicando los aspectos, temas, áreas, procesos o conceptos que se investigarán y los que no. (p.182)

1.4.1 Delimitación espacial o geográfica

La investigación está limitada a la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital Policlínico Zacamil del ISSS, ubicada en Calle y Colonia Zacamil, municipio de San Salvador Centro, distrito de mejicanos departamento de San Salvador, El Salvador.

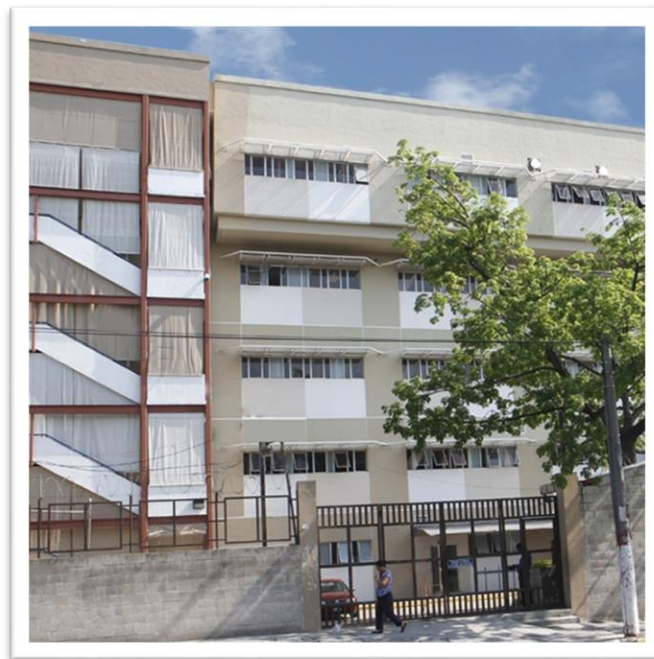
En la **Figura 5** se muestra la ubicación geográfica del Hospital Policlínico Zacamil y en la **Figura 6** el edificio del Hospital Policlínico Zacamil.

Figura 5
Ubicación geográfica del Hospital Policlínico Zacamil.



Nota. Adaptado de fotografía del HPZ, 2025, https://www.google.com/maps/@13.728024,-89.2036251,160m/data=!3m1!1e3?entry=tu&g_ep=EgoyMDI1MDQwOS4wIKXMDSoJLDEwMjExNDU1SAFQAaw%3D%3D

Figura 6
Edificio Hospital Policlínico Zacamil.



Nota. Adaptado de fotografía del HPZ, 2025, <https://www.iss.gov.sv/quirosanos-del-policlinico-zacamil-reanudan-procedimientos-que-fueron-suspendidos-por-covid-19/>.

1.4.2 Delimitación temporal

El período dentro del cual se encuentra la investigación dio inicio de marzo y finalizó en julio del 2025, se utilizó la NTS ISO 45001:2018, Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y NTS ISO 14001:2015. Gestión Ambiental.

1.5 Objetivos

Los objetivos son las tareas básicas que se cumplen en la creación de todo tipo de investigación aplicada, son aquellas metas específicas que se deben alcanzar para poder responder a una pregunta de investigación y que orientan el desarrollo.

1.5.1 Objetivo general

Diseñar un sistema integrado de la gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015, que mejorará la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

1.5.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos son generados a partir de la problematización del planteamiento del problema. Son los que se investigan y constituyen una parte del logro; la suma establece el objetivo general, se debe advertir que son propuestos.

Se presentan los objetivos específicos en atención a la coherencia de la sistematización del problema de la investigación:

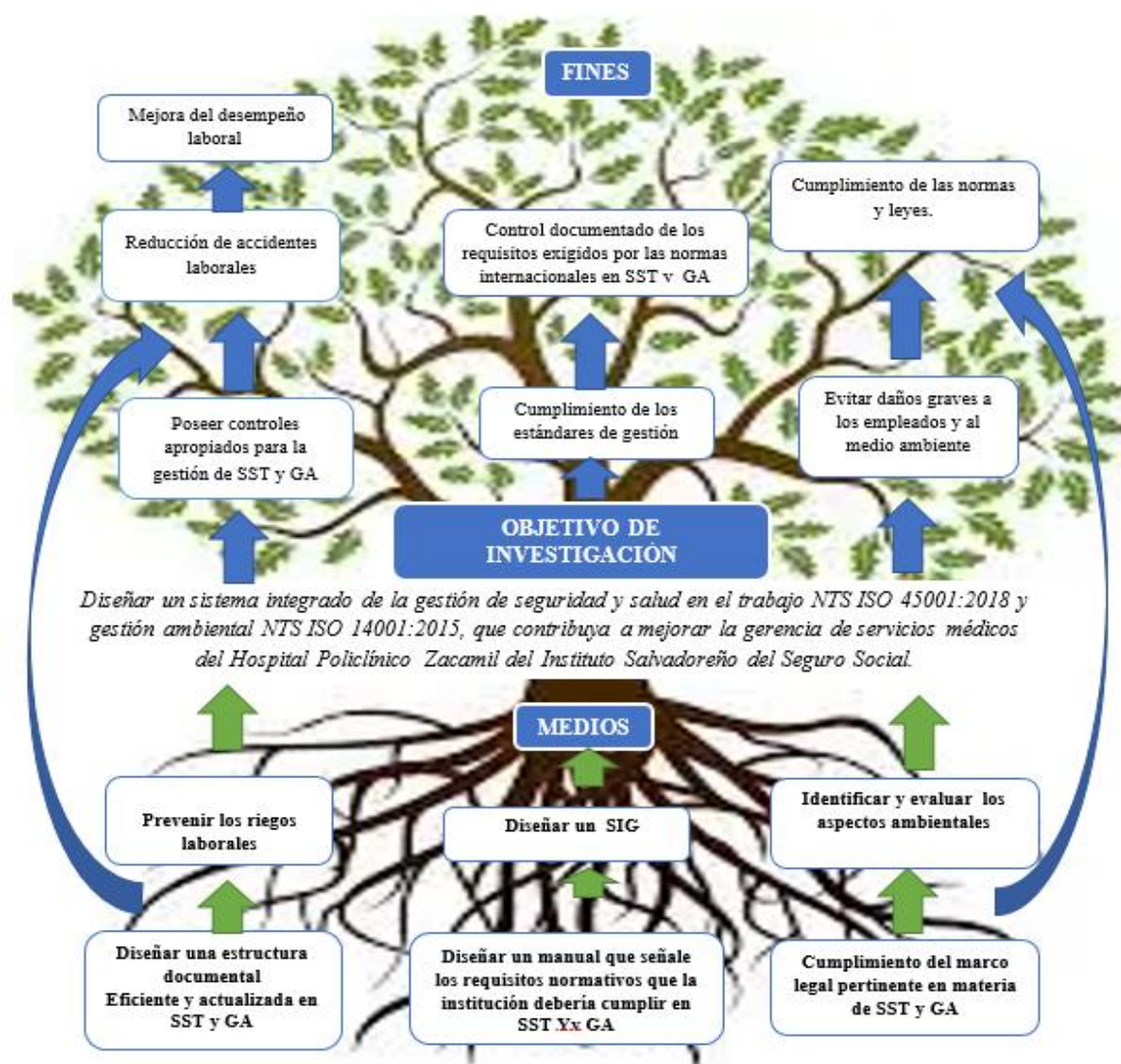
- 1. Identificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para conocer la situación actual de los servicios de la organización.*
- 2. Identificar los riesgos laborales, para ayudar en la seguridad y salud de los empleados.*
- 3. Determinar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas.*
- 4. Determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables para permitir el cumplimiento a la legislación actual.*

5. Diseñar la estructura documental de la gerencia de servicios médicos para ayudar a fortalecer sus procesos.

Habiendo formulado los objetivos se usará la herramienta conocida como el árbol de objetivos llamado de igual manera árbol de medios y fines o árbol de soluciones, esta herramienta permite transformar del árbol de problemas: las causas (raíces) en medios, el problema de investigación (tronco) en el objetivo de investigación y los efectos (hojas) en fines, además guía hacia el análisis de alternativas, llevando los medios a estrategias ver Figura 7.

Figura 7

Árbol de objetivos identificado de la gerencia de servicios médicos del HPZ



Nota. Elaboración propia, considerando el árbol de problemas de la Figura 4.

1.6 Justificación

La justificación de un trabajo de investigación expone las razones que motivaron la realización de dicho trabajo. Se trata de la sección del documento en la que se busca destacar la relevancia de la investigación que se presenta para un contexto determinado, ya sea académico, laboral, institucional, social.

Sampieri. Et. al (2014), define la justificación como: “Indica el porqué de la investigación exponiendo sus razones. Por medio de la justificación debemos demostrar que el estudio es necesario e importante.” (p. 39)

A continuación, se detalla la justificación práctica y legal de la investigación.

1.6.1 Justificación práctica

La propuesta de un sistema integrado de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo basado en la norma NTS ISO 45001:2018, y de Gestión Ambiental conforme a la norma NTS ISO 14001:2015, tiene como meta prevenir los riesgos laborales y mitigar los impactos ambientales en el Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Esta iniciativa permitirá establecer una estructura clara de estandarización de procesos relacionados con la seguridad laboral y la protección ambiental, lo cual beneficiará a la institución en el cumplimiento de sus metas.

El diseño del sistema contribuirá a una utilización más eficiente de los recursos disponibles, garantizando el respeto por los procesos previamente diseñados y fomentando el trabajo coordinado entre diferentes áreas, en pro de alcanzar los objetivos institucionales en materia de SST y GA. Este enfoque integrado posicionará al hospital como una institución modelo dentro de la red hospitalaria del ISSS, el Ministerio de Salud (MINSAL) y el sector privado, otorgándole prestigio y reconocimiento a nivel nacional. Cabe destacar que esta propuesta representa una innovación en el contexto salvadoreño en vista que durante el proceso de investigación no se encontraron registros oficiales de hospitales en el país que hayan implementado un sistema integrado con base en ambas normas, a pesar de su amplio reconocimiento y aplicación internacional. Por lo tanto, la propuesta de diseño de un SIG dará la solución técnica para la sistematización de sus iniciativas alineadas a la estandarización de sus procesos en las normas de gestión mencionadas. Con el planteamiento de la justificación del TG, se formularon hipótesis para dar las respuestas a la problemática encontrada.

1.6.2 Justificación legal

La parte legal sobre la cual se fundamentó la investigación, es de gran importancia especialmente porque el sujeto de estudio enfoca su función a la atención de la salud de personas, el respeto del marco legal vigente pertinente al hospital es primordial, donde la parte de la SST y la GA es auditada en forma periódica por los organismos competentes, ya que se genera variedad de residuos que requieren un trato especial para ser desechados.

Por tal motivo, las operaciones del HPZ están sujetas a varias leyes, reglamentos y normas relacionadas a la protección del ambiente y a la SST. A continuación, se presenta el marco regulatorio aplicable al HPZ a la temática mencionada.

- Constitución de la República de El Salvador, 1983.
- Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Diario oficial: 82 tomo: 387. Decreto 254. 2010.
- Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Decreto 89, 2012.
- Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Decreto N° 86, 2020
- Ley de Medio Ambiente. Decreto N° 233, Diario Oficial República de El Salvador. Diario oficial tomo No. 339, Número 79, 1998.
- Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos. Decreto N° 41, 2000.
- Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos. Diario oficial tomo N° 408, Número 162. Acuerdo N° 1251, 2015.
- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje. Tomo 428, Número 40. Decreto N° 527, 2019.
- Aguas, Aguas residuales. Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos residuales. Diario oficial tomo N° 423. Número 79. Acuerdo N° 130, 2024.

Como puede verse el marco legal aplicable al HPZ requiere del cumplimiento de variedad de requisitos y su cumplimiento se vuelve complejo. El diseño de un SIG facilitará al hospital la identificación y cumplimiento de los requisitos legales aplicables en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.

1.7 Formulación de hipótesis o supuestos

La hipótesis general es la respuesta basada en hechos que no han sido demostrados, se deben relacionar el problema y objetivo general.

Según Sampieri. et al., (2014) definen la hipótesis como: “Las hipótesis indican lo que se trata de explicar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación” (p. 92)

1.7.1 Hipótesis general

Se presenta la hipótesis general de la investigación:

El diseño de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a mejorar la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

1.7.2 Hipótesis específicas

- 1. La identificación del nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 permitirá conocer la situación actual de los servicios de la organización.*
- 2. La identificación de los riesgos laborales, ayudará en la seguridad y salud de los empleados.*
- 3. La determinación de los aspectos ambientales reducirá los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas.*
- 4. La determinación del nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables permitirá el cumplimiento a la legislación actual.*
- 5. El diseño de la estructura documental de la gerencia de servicios médicos ayudará a fortalecer sus procesos.*

1.8 Variables e indicadores de investigación

Las variables son utilizadas para designar cualquier característica o cualidad de la unidad de estudio, estas pueden mostrar diferentes valores comparándolas con otra organización o varían con el tiempo. Las investigaciones giran alrededor de las variables, son los elementos principales del problema, objetivos, hipótesis; en el marco referencial se crean y conceptualizan, en el metodológico se plantea la forma de observarlas, medirlas, presentarlas y analizar.

A continuación, se presenta la **Tabla 1** que detalla la operacionalización de las variables de investigación relacionadas tanto con la hipótesis general como con las específicas.

Tabla 1

Operacionalización de variables de investigación

Matriz de operacionalización de variables de investigación					
MACROVARIABLES		Micro variables		Indicadores	Medición (Cualitativa o cuantitativa)
Y ₁	<i>Sistema integrado de gestión</i>	X ₁	Riesgo laboral	- # de enfermedades/accidentes de trabajo	Cuantitativa
				- # de incapacidades	
		X ₂	Aspectos e impactos Ambientales identificados.	- # de aspectos e impactos ambientales Identificación	Cuantitativa
		X ₃	Requisitos normativos NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO 14001:2015	- % de cumplimiento de requisitos normativos NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO 14001:2015	Cuantitativa
		X ₄	Requisitos legales en SST/ambientales	- % de cumplimiento de los requisitos legales en SST/ambientales	Cuantitativa
Y ₂	<i>Mejora en la gerencia de servicios médicos</i>	X ₅	Información documentada	- % de cumplimiento de información documentada de NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO 14001:2015	Cuantitativa
		X ₆	Procesos documentados	- # procesos existentes documentados	Cuantitativa
Y: Variable dependiente (efectos)					
X: Variable independiente (Causas)					

Nota: *Elaboración propia.*

1.9 Matriz de consistencia marco referencial

Se denomina matriz de consistencia, a la tabla elaborada para expresar las concordancias entre cada una de las partes y componentes o elementos constitutivos de que consta un proyecto de investigación fundamentado sintéticamente en su Marco de Referencia. Detallando el diagnóstico preliminar, sistematización, objetivos, hipótesis y variables. **Ver Apéndice 3**

1.10 Fundamentos éticos

Al realizar una propuesta de investigación y su ejecución, se debe reflexionar sobre los principios éticos. Algunos de estos asuntos pueden estar considerados en las leyes, reglamentos y normas jurídicas. Los fundamentos éticos que se tomarán en cuenta en este trabajo de graduación serán la originalidad del estudio, la propiedad intelectual y el consentimiento informado, su detalle se muestra a continuación.

1.10.1 Originalidad del estudio y exigencia crítica

La originalidad del estudio, es entendida cuando posee novedad, sea por el objeto que estudia, la técnica que sigue, el instrumento que utiliza o la población que se investiga.

La crítica como exigencia ética significa que el trabajo de graduación, pretende superar una situación anterior o por lo menos se intenta contribuir en la solución de problemas, de igual manera radica en aplicar hipótesis o perspectivas teóricas a objetos o preguntas que no hayan sido aún indagados, realizar estudios de caso novedosos, discutir a partir de la investigación propia de cierta perspectiva teórica.

Habiendo realizado indagaciones sobre la aplicación de SIG en instituciones hospitalarias, no se encontró ninguna en el territorio nacional que contara con sistemas de gestión que integren las normas *NTS ISO 45001:2018* y *NTS ISO 14001:2015* y que por lo tanto aprovechen el beneficio de la integración.

Dicho lo anterior, el diseño del sistema integrado de gestión SST y GA promoverá el uso eficiente de recursos, permitirá integrar los esfuerzos que el HPZ ha ejecutado y que realizará para reducción de riesgos, accidentes, enfermedades profesionales, incapacidades, controlar los aspectos ambientales, reducir los impactos ambientales y efectuar la mejora continua de sus actividades.

1.10.2 Propiedad intelectual

Lo que es investigado por otro autor es de su propiedad y debe respetarse. La investigación hará uso de importantes fuentes de información documental, por lo cual se deberá utilizar referencia bibliográfica, citando según normativa de la American Psychological Association, por sus siglas en inglés (APA) séptima edición, a los diferentes escritores de libros, tesis, revistas, de los cuales se extraiga información para la construcción de este trabajo de graduación.

1.10.3 Consentimiento informado de resultados investigativos

En los casos de investigación aplicada que se realizan en instituciones, organizaciones o empresas, es necesario desde un fundamento ético manifestar al sujeto de estudio, como es en este caso; que la información y los resultados obtenidos serán de dominio público, a través de consultas en las bibliotecas de la Universidad de El Salvador e internet. En **Anexo 1** se presenta la carta de solicitud y autorización para la divulgación, emitida por MASIG a sujeto de estudio.

1.11 Viabilidad del trabajo de graduación

La viabilidad es un análisis que tiene por objeto conocer la probabilidad que existe de poder realizar el trabajo de graduación con éxito. En vista de lo anterior una característica que debe tener la investigación, es ser viable tomando en cuenta diversas circunstancias: tiempo, lugar, procedimiento, recursos.

1.11.1 Viabilidad técnica

Esta viabilidad representa la disponibilidad de los recursos técnicos para realizar la investigación y se manifiesta por medio de un escrito presentado a la coordinación MASIG en donde el autor del trabajo de graduación argumenta ser el responsable directo, con la suficiente competencia y pericia técnica, se compromete a finalizar el Trabajo de Graduación en plazo y términos establecidos (**Carta de viabilidad técnica Anexo 3**).

1.11.2 Viabilidad del consentimiento informado sujeto de estudio

Esta viabilidad fue otorgada por el director del HPZ mediante una carta dirigida a la coordinación MASIG, manifestando estar de acuerdo que los resultados de la investigación serán de dominio público, ya que, los autores del trabajo de graduación entregarán a la biblioteca de la facultad de Ciencias Económicas y la Biblioteca Central de la Universidad de El Salvador, para ser consultada por los alumnos que deseen. (**Carta de consentimiento informado, Anexo 2**)

1.11.3 Viabilidad metodológica

La viabilidad metodológica es producto del cumplimiento de los requisitos expuestos por la coordinación de la MASIG, siempre y cuando el documento académico, sea coherente entre la metodología, los objetivos y el problema planteado, al igual que la viabilidad en el tiempo y el costo del estudio, para lo cual se emitirá carta de aprobación del TG.

1.12 Dificultades y limitaciones.

En el transcurso de la exploración del problema, surgen algunas dificultades y limitaciones que son preciso argumentar en este apartado.

- **Dificultades:** El horario y compromiso de los colaboradores, esto impide las reuniones presenciales y virtuales para entrevistas.
- **Limitaciones:** Desmotivación de los colaboradores al aportar información fidedigna en las encuestas que se le realicen, ausencia de instituciones hospitalarias con sistemas integrados de gestión NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 Introducción

El marco teórico es conocido en el ámbito académico como *estado de los conocimientos*, describe el problema a investigar dentro del conjunto de variables, conceptos, hipótesis y teorías desarrolladas por otros investigadores sobre los sistemas de gestión de SST y GA. La revisión y el análisis crítico de la información obtenida en la consulta de literatura o bibliográfica, ayuda a conformar los distintos marcos. Los marcos teóricos utilizados en esta investigación son: marco de antecedentes (nacionales y regionales), conceptual, de teorías fundamentales y finalmente el marco legal y reglamentario.

2.2 Marco de antecedentes

La investigación en el HPZ requirió de la revisión de bibliografía, trabajos de graduación nacionales e internacionales y de otras fuentes que se dispongan, relacionados al campo de los sistemas de SST y GA aplicados a hospitales, basados en las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015; a continuación, se citan algunos de importancia para el desarrollo del estudio.

El campo de los sistemas integrados de gestión de seguridad y salud en el trabajo y de gestión ambiental en hospitales es un tema con limitada información, nacional e internacional, existe poca información bibliográfica que desarrolle la temática de los SIG en instituciones de salud, en vista de ello esta investigación se considera precursor al tratarse de un diseño de un sistema integrado de gestión basado en las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, aplicado al HPZ. No dudando que traerá importantes aportes que mejorarán su desempeño.

A continuación, se presentan estudios que hacen referencia al fundamento técnico del tema en sistema de gestión.

2.2.1 Antecedentes nacionales

a. Laboratorio Clínico de hospital HPZ

En el trabajo de graduación “Diseño de un sistema de gestión de la calidad y competencia ISO 15189:2022 y NTS ISO 9001:2015, al laboratorio clínico del Hospital Policlínico Zacamil, Cruz Martínez (2025) establece:

El HPZ cuenta con estudios donde se ha realizado la integración de dos normas ISO la 15189:2022 y NTS ISO 9001:2015, que se aplicó al Laboratorio Clínico de este hospital, el cual identificó que el RTS 11.01.01:13 no contiene ninguna sección específica que mencione la importancia de utilizar indicadores para verificar el desempeño. Tal y como se presentan en el requisito 8.8.2 Indicadores de la calidad de la Norma ISO 15189:2022 y el requisito 9.1.1 Generalidades de la NTS ISO 9001:2015, que especifican que se deben de abordar indicadores institucionales y que es necesario realizar ajustes y revisiones cada vez que se realizan cambios en las condiciones de los procesos, esta investigación menciona, el caso del laboratorio clínico del HPZ, específicamente en la digitalización al implementar la ISO 9001 implicaría hacer una revisión de los indicadores: como se miden, como se reportan, hacer los ajustes necesarios para que estos no queden obsoletos (así como se encuentran actualmente) y que exista información documentada de la manera de cómo debe de realizarse. (p.86)

b. Hospital Materno Infantil 1° de mayo ISSS

Otro trabajo de graduación denominado “Implementación de un Sistema de Gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica del hospital materno infantil primero de mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)”. Estrada Regalado et al. (2018) detalla.

La norma ISO 9001 es una herramienta de mejora que puede ser utilizada por todo tipo de organizaciones que buscan incrementar la satisfacción de sus clientes. Es una guía que puede ser utilizada no solo por el Hospital 1° de Mayo y su proceso de emergencia obstétrica, si no por los diferentes centros en los distintos niveles de atención, y sus demás dependencias.

Al momento de entrega de este documento, ya se implementaron intervenciones creadas con un enfoque a procesos y que buscan la satisfacción de los derechohabientes: se ha reducido el tiempo del proceso de emergencia del Hospital General, un paciente que esperaba 4 horas por la respuesta de sus exámenes de laboratorio, hoy obtiene su respuesta en 1 hora 30 minutos; se ha reducido el tiempo en el proceso de farmacia del Consultorio de Especialidades.

La Unidad Médica 15 de septiembre; se ha implementado en el proceso de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, una nueva etapa, la cual permitirá reducir el número de referencias no correspondientes al centro, permitiendo una mayor oportunidad de cita para los derechohabientes que necesitan de una atención más pronta (p.100)

c. Asociación AGAPE

Esta institución brinda servicios en salud y que posee certificación en normativa ISO (45001:2018, 9001:2015, y 14001:2015), posee un sistema de gestión integrado y ha sido certificada por AENOR quien la ratificó mediante una serie de auditorías concluidas en marzo de 2024, el cumplimiento de los requisitos basados en las normas internacionales ISO 9001:2015 (Sistemas de Gestión de la Calidad), ISO 45001:2018 (Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo) e ISO 14001:2015 (Sistemas de Gestión Ambiental).

Dentro del alcance de esta certificación esta la Atención en salud intramural, extramural y adultos mayores: Ejecutado en Unidad de Salud San Francisco de Asís y Hogar de Ancianos Paz y Bien en el servicio de Atención Médica; Salud Rural Integral en el servicio de Salud Preventiva en Dispensario y Visita Domiciliar.

Esta integración de sistemas de gestión le ha permitido formular una política que involucra la normativa aplicable, donde además de tener un compromiso con la mejora continua, también se compromete a:

- Gestionar la calidad en sus procesos como pilar fundamental y estratégico de su gestión
- Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de lesiones, deterioro de la salud, eliminando peligros, reduciendo riesgos de Seguridad y Salud en el trabajo, promoviendo la consulta y la participación de los trabajadores.
- La protección del medio ambiente, gestionando los aspectos ambientales significativos, para la prevención de la contaminación. (Asociación Agape de El Salvador, 2024)

d. Unidad de Pensiones del ISSS

Dentro del ISSS también se pudo constatar que la unidad de pensiones se encuentra certificada con la norma ISO 9001:2015 la cual en marzo de 2021 obtuvo un certificado y marca de conformidad del sistema de gestión de calidad, entregado por el OSN.

Con esta certificación se disminuye el margen de error en los procesos, con el objeto de brindar un trato humano, digno, cálido y con calidad a todos los derechohabientes. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2021).

La aplicación de la normativa ISO en El Salvador sobre Gestión Ambiental en instituciones de salud es relativamente escasa, la mayoría se limitan a cumplir lo que mandata la ley que les compete, así se tiene que en el área ambiental el ministerio de salud implementa el proyecto de hospitales verdes sostenibles, sin tomar en cuenta la ISO 14001:2015 la cual aportaría mejores beneficios al ambiente. De igual manera en Seguridad y Salud en el trabajo no se tiene con evidencia fidedigna que hospitales en El Salvador estén poniendo en práctica la norma ISO 45001:2018 que les permita cumplir con los requisitos de este estándar internacional y así tener un mejor ambiente de trabajo para sus empleados y colaboradores.

2.2.2 Antecedentes regionales

a) Perea Cano (2021), en su trabajo de graduación titulado “Formulación de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente, basado en las normas NTC-ISO 45001 de 2018 y NTC ISO 14001 de 2015, para el servicio de unidad de cuidados intensivos adulto - ucia, en la clínica san francisco” para optar al grado de especialista en seguridad y salud en el trabajo, presenta:

El Sector Salud está pasando por un momento de renovación y cambio, que demanda la incorporación de nuevas estrategias y herramientas a nivel organizacional, dentro de éstas se encuentran los sistemas integrados de gestión y su certificación, promoviendo estándares altos de calidad en las actividades de prestación de servicios y compromiso con la seguridad y salud de la población trabajadora y con el cuidado del medio ambiente.

Se identificaron los factores claves del éxito de la integración de sistemas, dentro de las cuales se destacan la minimización de los costos de no calidad gracias a la intervención, control y seguimiento de cada uno de los procesos, la optimización de los recursos, el posicionamiento en el sector, el aumento de la rentabilidad y la gestión integral de la organización, tanto administrativa como operativamente. (p.176)

b) Silverio Escalada (2021), por su parte en su trabajo de graduación para optar al título de área de biología y biomédico ingeniero en gestión ambiental, denominado Diseño de un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para el "Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Central Loja del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social basado en la norma ISO 45001:2018, Silverio Escalada (2021), expone:

En el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Central De Loja se presentan varios riesgos que ponen en peligro la vida e integridad de los funcionarios, entre los cuales los más detonantes son los riesgos ergonómicos debido al esfuerzo físico, posturas forzadas y continuos movimientos. (p. 42)

c) Lozano Gómez (2021), en el estudio realizado para optar al título de ingeniera industrial desarrollo su trabajo de graduación con el tema "Implementación de un Sistema Integrado de Gestión Basado en las Normas ISO 14001:2015 y La Norma ISO 45001: 2018 en la Empresa Consultores Solano Navas de Piedecuesta", describe importantes logros que se detallan a continuación:

Una vez se comprendió las necesidades de la empresa y su foco por transformar su gestión administrativa se procedió a diseñar una serie de instrumentos de recolección de datos que se caracterizaron por ser unas listas de chequeo para comprender el panorama de la entidad en el cumplimiento de los requisitos mínimos de las normas ISO 14001:2015 y la norma ISO 45001:2018. Los resultados encontraron que la entidad no cumple con los requisitos mínimos de ninguna de las dos normas, en especial de la norma 14001; aunque cuentan con algunas consideraciones que adaptándose sirvieron en el Sistema de Gestión Integral. (p.73)

d) Ávila Velastegui (2021), por su parte en su trabajo de graduación para optar al título de Ingeniero Industrial de Automatización, desarrolló su trabajo de graduación con el tema " Sistema de Gestión Ambiental Basado en la Norma ISO14001:2015 Para El Hospital Privado Tungurahua S.A". A continuación se citan algunos de los hallazgos encontrados.

A partir de la evaluación de los riesgos ambientales presentes en el hospital básico privado "Tungurahua" S.A. se determinó que existen ciertos escenarios que presentan riesgos moderados, entre los más significativos se encuentra la generación de desechos peligrosos e infecciosos.

La exposición a materiales infecciosos como cortos punzantes por parte del personal del hospital, así como también al virus COVID-19 que afecta directamente a la salud y calidad de vida por parte de los colaboradores del hospital; también se consideran a los riesgos geofísicos como sismos y caída de ceniza del volcán Tungurahua. Del resto de escenarios de peligro la afectación es de bajo riesgo ya que no presentan mayor impacto para el sistema de gestión ambiental propuesto.

Con base en la auditoría inicial realizada, se elaboró la documentación correspondiente al sistema de gestión ambiental basado en la norma ISO14001:2015 que consta de: 1 manual, 10 documentos correspondientes a los requisitos solicitados por la norma, 8 procedimientos con las diferentes especificaciones de ISO y 21 registros que evidencian las actividades que se plantean en los distintos procedimientos. Con la elaboración de esta documentación se pretende que el hospital mejore su desempeño ambiental contribuyendo al desarrollo sostenible y la calidad de vida de los involucrados. (p. 153)

En conclusión, puede notarse que las investigaciones realizadas regionalmente en materia de seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental, van orientados a la prevención de riesgos a la salud del trabajador, evitando accidentes que causen incapacidades, invalidez o muerte, así también la gestión ambiental se orienta a la protección del ambiente, controlando los aspectos ambientales para que los impactos representen mínimos daños al medio ambiente.

No se encontraron precedentes sobre la integración de sistemas de gestión ambiental y de seguridad y salud en el trabajo en el contexto hospitalario. Por ello, el diseño de un sistema integrado conforme a estas normas representó un enfoque innovador para abordar la problemática existente en el sujeto de estudio.

2.3 Marco conceptual

La elaboración del marco conceptual es relevante para la comprensión de los sistemas de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, por lo que para la realización del trabajo de graduación se recopiló una serie de conceptos claves que orientaron la interpretación de los requisitos de ambas normas de referencia.

Se presentan a continuación los términos y definiciones relacionadas con la SST y la Gestión Ambiental.

- a) **Accidente de trabajo:** Accidente de trabajo es toda lesión orgánica, perturbación funcional o muerte, que el trabajador sufra a causa, con ocasión, o por motivo del trabajo, (Código de trabajo, art. 317)
- b) **Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel. (NTS ISO 9000:2015, p. 11)
- c) **Aspecto ambiental:** Elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que interactúa o puede interactuar con el medio ambiente. (NTS ISO 14001:2015, p.2)
- d) **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría. (NTS ISO 9000:2015, p. 31)
- e) **Compromiso:** Participación activa en, y contribución a, las actividades para lograr *objetivos* compartidos (NTS ISO 9000:2015, p. 11)
- f) **Contexto de la organización:** Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos (NTS ISO 9000:2015, p. 12)
- g) **Documento:** Información y el medio en el que está contenida (NTS ISO 9000:2015, p. 30)
- h) **Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización. (NTS ISO 9000:2015, p. 18)

- i) **Impacto ambiental:** Cambio en el medio ambiente, ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización. (NTS ISO 14001:2015, p.3)
- j) **Información documentada:** Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene (NTS ISO 9000:2015, p. 30).
- k) **Parte interesada:** Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad (NTS ISO 9000:2015, p. 19).
- l) **Política de la seguridad y salud en el trabajo:** Política para prevenir lesiones y deterioro de la salud relacionado con el trabajo a los trabajadores, y para proporcionar lugares de trabajo seguros y saludables (Guía para la aplicación ISO 45001:2018, p. 41)
- m) **Procedimiento:** Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso (NTS ISO 9000:2015, p. 20).
- n) **Proceso:** Es el conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto (NTS ISO 9000:2015, p. 19).
- o) **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas (NTS ISO 9000:2015, p. 31).
- p) **Requisito legal:** Requisito (3.6.4) obligatorio especificado por un organismo legislativo (NTS ISO 9000:2015, p. 26).
- q) **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria (NTS ISO 9000:2015, p. 25).
- r) **Riesgo laboral:** Riesgo para la seguridad y salud en el trabajo: Combinación de la probabilidad de que ocurran eventos o exposiciones peligrosos relacionados con el trabajo y la severidad de la lesión y deterioro de la salud que pueden causar los eventos o exposiciones. (NTS ISO 45001:2018, p. 17)
- s) **Sistema de gestión:** Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos. Un sistema de gestión puede tratar una o varias disciplinas, por ejemplo, gestión de la calidad, gestión financiera o gestión ambiental. (NTS ISO 9000:2015, p. 24)
- t) **Sistema de gestión ambiental:** Parte del sistema de gestión de una organización empleada para desarrollar e implementar su política ambiental y gestionar sus aspectos ambientales. (NTS ISO 1401:2015, p. 2)

- u) **Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo:** Sistema de gestión de gestión (o parte de un sistema de gestión) utilizado para alcanzar la política de la seguridad u salud en el trabajo. (NTS ISO 45001:2018, p. 4)
- v) **Sistema de gestión integrado:** Se considera un sistema de gestión integrado al conjunto de elementos interrelacionados con un impacto ambiental mínimo de los procesos desarrollados y con el menor riesgo posible para la seguridad y salud de los trabajadores. (Guía práctica para la integración de sistemas de gestión ISO 14001 e ISO 45001 p. 26)

2.4 Marco de teoría fundamental

En este apartado se presenta una descripción detallada de las teorías que se analizarán a lo largo de la investigación. Su importancia reside en la vinculación con las normas de gestión y en su pertinencia respecto al tema principal del estudio.

2.4.1 Teoría de un hospital policlínico.

Un policlínico es una institución sanitaria que ofrece atención médica en diversas especialidades, generalmente con un enfoque ambulatorio. A diferencia de un hospital, donde la atención puede incluir hospitalización, el policlínico se centra en consultas y tratamientos que no requieren ingreso prolongado. Su objetivo es atender una amplia gama de patologías a través de diferentes especialistas en un mismo lugar, facilitando así el acceso a la atención médica. (Goong.com, 2024)

Los policlínicos suelen estar equipados con consultorios para médicos generales y especialistas, así como con unidades para pruebas diagnósticas como radiografías y análisis de laboratorio. Además, pueden ofrecer servicios de urgencias menores, atención prenatal, control de enfermedades crónicas y programas de salud pública.

La organización de un policlínico puede variar según su tamaño y ubicación, pero generalmente incluye varias áreas y servicios clave. Entre estos se encuentran: Consultorios Médicos, Laboratorio Clínico, Servicios de Imagenología, Área de Urgencias menores. Esta estructura permite que un policlínico funcione como un centro integral de atención, brindando a los pacientes una amplia gama de servicios médicos sin necesidad de desplazarse a diferentes instituciones. (Salud data, 2025)

Características de un policlínico:

- **Atención ambulatoria:**
Se enfoca en consultas, tratamientos y procedimientos que no requieren hospitalización.
- **Servicios generales y especializados:**
Ofrece atención en diversas especialidades médicas, como medicina general, pediatría, ginecología, etc.
- **Accesibilidad:**
Generalmente, son más accesibles y cercanos a la comunidad que los hospitales, facilitando la atención primaria y preventiva.
- **Menor complejidad:**
No están equipados para manejar casos de emergencia o cirugías que requieran hospitalización prolongada.
- **Enfoque en la prevención:**
Promueve la salud a través de programas preventivos y de promoción de la salud.

2.4.2 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

El propósito de un sistema de gestión de la SST es proporcionar un marco de referencia para gestionar los riesgos y oportunidades. El objetivo y los resultados previstos del sistema de gestión de la SST son prevenir lesiones y deterioro de la salud relacionados con el trabajo a los trabajadores y proporcionar lugares de trabajo seguros y saludables; en consecuencia, es de importancia crítica para la organización eliminar los peligros y minimizar los riesgos, tomando medidas de prevención y protección eficaces.

Un sistema de gestión de la SST puede ser más eficaz y eficiente cuando toma acciones tempranas para abordar oportunidades de mejora.

Con ayuda de este sistema de gestión se pueden alcanzar resultados coherentes con la política de la SST de la organización que incluyen:

- a) La mejora continua del desempeño de la SST.
- b) El cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos.
- c) El logro de los objetivos de la SST.

Pensamiento basado en riesgos

El pensamiento basado en riesgos es esencial para lograr un sistema de gestión de la calidad eficaz. Ha estado implícito en ediciones anteriores de esta Norma Internacional, incluyendo, por ejemplo, llevar a cabo acciones preventivas para eliminar no conformidades potenciales, analizarlas y tomar acciones que sean apropiadas para los efectos para prevenir su recurrencia.

Para ser conforme con los requisitos, una organización necesita planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. Establecer una base para aumentar la eficacia, alcanzar mejores resultados y prevenir los efectos negativos.

Oportunidades que ayuden a circunstancias que permita a la organización atraer clientes, desarrollar nuevos productos y servicios, reducir los residuos o mejorar la productividad.

2.4.3 Norma Internacional NTS ISO 45001:2018

Las Normas NTS ISO 45001 han evolucionado con el tiempo. Las primeras especificaciones para un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST) aparecen en el año 1996 con la publicación por parte del British Standards Institution (BSI). Sin embargo, cada vez más crecía la demanda de los clientes de un estándar de SGSST reconocible frente al que poder evaluar y certificar sus sistemas de gestión.

Teniendo dicha demanda en cuenta, es que el BSI en el año 1999, a través del Grupo de Proyecto OHSAS, publica la Serie OHSAS 18000 (Occupational Health and Safety Assessment Series). Esta Serie establece un modelo para la Gestión de la Prevención de los Riesgos Laborales y fue desarrollado por un conjunto de entidades de normalización y de certificación internacionales.

Dentro de esta serie se encuentra la especificación (luego llamado estándar) BS OHSAS 18001, el cual rápidamente se convierte a nivel internacional en la referencia por excelencia a la hora de implementar un SGSST.

El estándar OHSAS 18001 tiene como finalidad proporcionar a las organizaciones un SGSST eficaz que pueda ser integrado con otros requisitos de gestión (tales como los de la Calidad y Medio Ambiente) y para ayudar a las organizaciones a lograr los objetivos de SST y económicos. Este estándar establece requisitos para un SGSST y es certificable.

En el año 2000, es lanzada también la OHSAS 18002 “Directrices para la implementación de OHSAS 18001”. En 2013 la Organización Internacional de Normalización (ISO) comienza una etapa de propuesta para elaborar la primera norma internacional de sistemas de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), allanándose un camino que culminaría en 2018 con la publicación de las normas ISO 45001. (Aguilar, J. 2022, p.1).

La Figura 8 que se muestra a continuación muestra la evolución de esta norma.

Figura 8

Línea del tiempo de la Norma NTS ISO 45001:2018



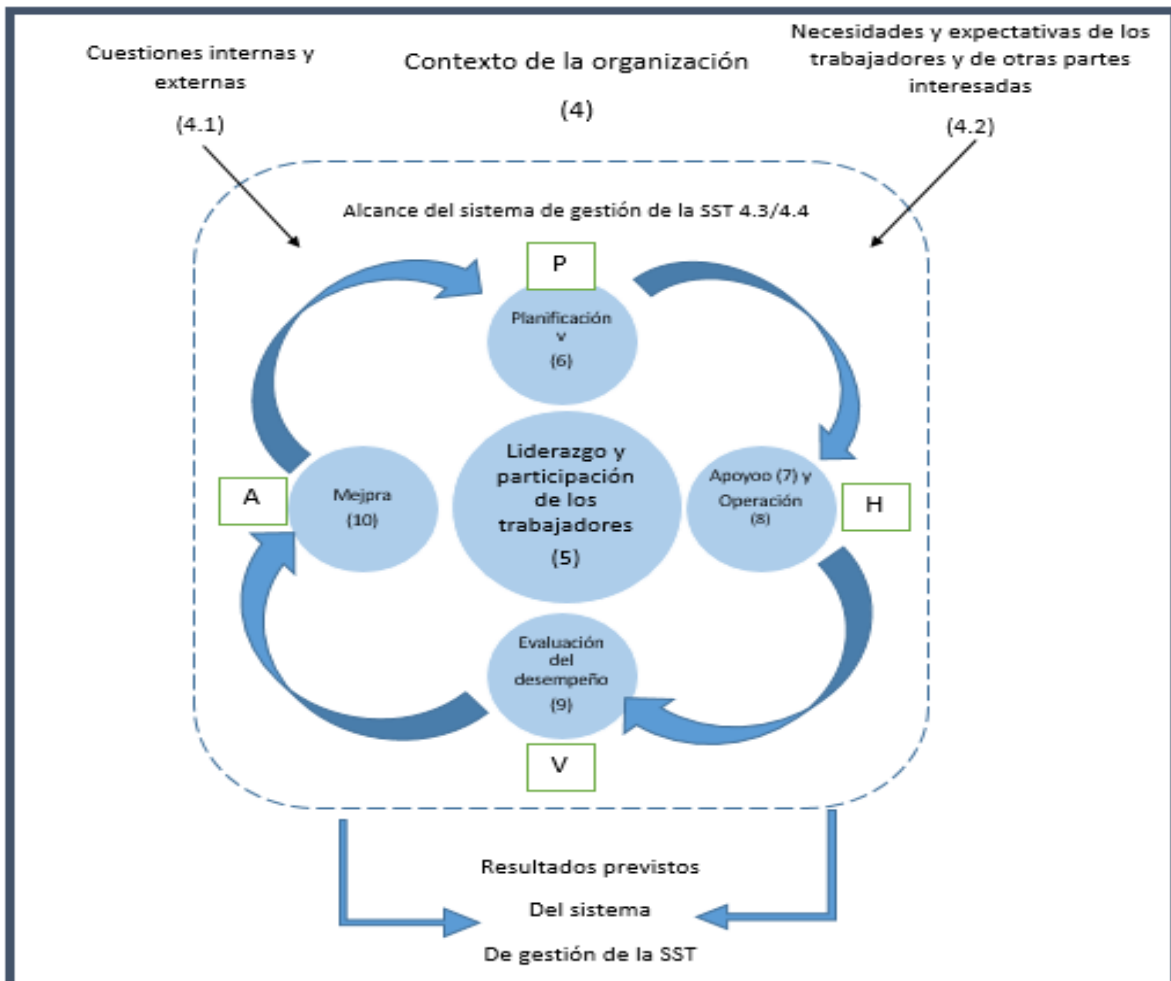
Nota. *Elaboración propia. Adaptado de <https://www.ics-peru.com › transicion-de-la-norma-ohs>*

La norma ISO 45001:2018 Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo, proporciona orientación para permitir a las organizaciones lugares de trabajo seguros y saludables previniendo lesiones y el deterioro de la salud relacionados con el trabajo, así como mejorando de manera proactiva su desempeño.

El enfoque del sistema de gestión de la SST aplicado en este documento se basa en el concepto de Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) basado en lo establecido por W. Edwards Deming¹, a continuación, en la **Figura 9**, una representación esquemática.

¹ **W. Edwards Deming (1900-1993):** fue un estadístico estadounidense, profesor universitario, autor de textos, consultor y difusor del concepto de calidad total. Su nombre está asociado al desarrollo y crecimiento de Japón después de la segunda guerra mundial. Su obra principal es Out of the Crisis (1986).

Figura 9
Ciclo de Deming (PHVA) gestión SST.



Nota: Elaboración propia en base a NTS ISO 45001:2018

Ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

El enfoque del sistema de gestión de la SST aplicado en este documento se basa en el concepto de Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA).

El concepto PHVA es un proceso iterativo utilizado por las organizaciones para lograr la mejora continua. Puede aplicarse a un sistema de gestión y a cada uno de sus elementos individuales, como:

- Planificar:** determinar y evaluar los riesgos para la SST, las oportunidades para la SST y otros riesgos y otras oportunidades, establecer los objetivos de la SST y los procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con la política de la SST de la organización; esto incluye los Capítulos 4. Contexto de la Organización y el 6. Planificación.

- b) **Hacer:** implementar los procesos según lo planificado; esto incluye los Capítulos 7. Apoyo y 8. Operación.
- c) **Verificar:** hacer el seguimiento y la medición de las actividades y los procesos respecto a la política y los objetivos de la SST, e informar sobre los resultados; este incluye el Capítulo 9. Evaluación del desempeño.
- d) **Actuar:** tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de la SST para alcanzar los resultados previstos. Este incluye el Capítulo 10. Mejora.

La **Tabla 2** presenta el contenido de la norma NTS ISO 45001:2018, que incluye los capítulos con sus respectivos requisitos.

Tabla 2

Estructura de norma NTS ISO 45001:2018

CAPITULO	REQUISITOS
0. Introducción	Incluye: 1 Antecedentes, Objetivo de un sistema de gestión de la SST, Factores de éxito, Ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar El enfoque del sistema de gestión de la SST, Contenido de este documento,
1. Objeto y campo de aplicación	Este documento especifica requisitos para un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SST) y proporciona orientación para su uso en cualquier tipo de organización.
2. Referencias normativas	La ISO NTS 45001:2018 no presenta referencias normativas.
3. Términos y definiciones	ISO NTS 45001:2018 mantienen bases de datos terminológicas para su utilización en normalización.
4. Contexto de la organización	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas. 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST. 4.4 Sistema de gestión de la SST
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Liderazgo y compromiso 5.2 Política de la SST 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización 5.4 Consulta y participación de los trabajadores
6. Planificación	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidad 6.2 Objetivos de la SST y planificación para lograrlos
7. Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> 7.1 Recursos 7.2 Competencia 7.3 Toma de conciencia 7.4 Comunicación 7.5 Información documentada
8. Operación	<ul style="list-style-type: none"> 8.1 Planificación y control operacional 8.2 Preparación y respuesta ante emergencias

CAPITULO	REQUISITOS
9. Evaluación del desempeño	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño 9.2 Auditoría interna 9.3 Revisión por la dirección
10. Mejora	10.1 Generalidades 10.2 Incidentes, no conformidades y acciones correctivas 10.3 Mejora continua

Nota: *Elaboración propia en base a ISO NTS 45001:2018.*

La norma NTS ISO 45001:2018, tiene como objeto y campo de aplicación “proporcionar un marco de referencia para gestionar los riesgos y oportunidades para la SST. El objetivo y los resultados previstos del sistema de gestión de la SST son prevenir lesiones y deterioro de la salud relacionados con el trabajo a los trabajadores y proporcionar lugares de trabajo seguros y saludables; en consecuencia, es de importancia crítica para la organización eliminar los peligros y minimizar los riesgos para la SST tomando medidas de prevención y protección eficaces” (p.7)

Este documento es aplicable a cualquier organización que desee establecer, implementar y mantener un sistema de gestión de la SST para mejorar la seguridad y salud en el trabajo, eliminar los peligros y minimizar los riesgos para la SST (incluyendo las deficiencias del sistema), aprovechar las oportunidades para la SST y abordar las no conformidades del sistema de gestión de la SST asociadas a sus actividades.

A continuación, en la **Tabla 3** se muestra un breve contenido de los principales capítulos de la norma NTS ISO 45001:2018

Tabla 3

Contenido de los capítulos de la norma NTS ISO 45001:2018

Capítulo	Descripción
Capítulo 4. Comprensión de la organización y de su contexto.	La comprensión del contexto de una organización se utiliza para establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente su sistema de gestión de la SST. Las cuestiones internas y externas pueden ser positivas o negativas e incluyen condiciones, características o circunstancias cambiantes que pueden afectar al sistema de gestión de la SST.

Capítulo	Descripción
Capítulo 5. Liderazgo y compromiso	El liderazgo y compromiso por parte de la alta dirección de la organización, incluyendo la toma de conciencia, la capacidad de respuesta, el soporte activo y la retroalimentación, son crítico para el éxito del sistema de gestión de la SST y para el logro de sus resultados previstos; por tanto, la alta dirección tiene responsabilidades específicas para las que necesita involucrarse personalmente o necesita dirigir.
Capítulo 6. Planificación	La planificación no es un evento único, sino un proceso continuo, que se anticipa a las circunstancias cambiantes e identifica continuamente los riesgos y oportunidades para los trabajadores y para el sistema de gestión de la SST. Los efectos indeseados pueden incluir lesiones y deterioro de la salud relacionada con el trabajo, incumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos o daño a la reputación.
Capítulo 7. Apoyo	Se trata de requisitos que incluyen actividades necesarias para desarrollar el resto del sistema de gestión en condiciones controladas, determinando y proporcionando los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la SST, también incluyendo los conocimientos y habilidades necesarios para identificar apropiadamente los peligros, además de tomar conciencia de los riesgos para la SST, los procesos de comunicación y la información documentada, son cuestiones a tomar en cuenta dentro de este capítulo.
Capítulo 8. Operación.	Este capítulo hace énfasis en establecer e implementar la planificación y los controles de los procesos cuando sea necesario para aumentar la seguridad y salud en el trabajo, eliminando los peligros o, si eso no es factible, reduciendo los riesgos para la SST a niveles tan bajos como sea razonablemente viable para las áreas y actividades operacionales.

Capítulo	Descripción
Capítulo 9. Evaluación del desempeño.	Con este capítulo se entra en la verificación del ciclo PHVA. Esto es, ahora se va a definir como se obtienen información del sistema, y si se está trabajando en condiciones contraladas o no. Para ello, se tienen que definir uno o varios procesos con el fin de asegurar que lo que se hace se está haciendo dentro de los parámetros que se fijan, bien para cumplir con la legislación o bien porque en el capítulo anterior se marcaron como criterios de cumplimiento de los procesos o para lograr los objetivos. También servirá para evaluar las acciones planificadas definidas esto es, para abordar los riesgos y oportunidades que se han incluido en el sistema de gestión ya sea en controles para la operación o en los propios procesos del sistema de gestión.
Capítulo 10. Mejora.	La mejora continua es el último paso del ciclo PHVA. Tras la evaluación del desempeño de los procesos y del sistema de gestión de la SST a través de las distintas herramientas citadas dentro del capítulo 9 de la norma, llega el momento de tomar decisiones estratégicas con respecto a los resultados esperados y a los objetivos que se establecerán para el nuevo ciclo de mejora continua, se analiza y toma decisiones con respecto a los incidentes y a las no conformidades, se avanza para que un sistema de mejor continua logre sus objetivos y alcance los resultados previstos.

Nota: *Elaboración propia*

2.4.4 Sistemas de Gestión Ambiental

El sistema de gestión ambiental SGA, es la parte del sistema de gestión de la organización que se dedica a la gestión de los aspectos ambientales (residuos, emisiones, vertidos, consumos, etc.), al cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos que de manera voluntaria suscriba la organización, y a abordar los posibles riesgos y oportunidades que puedan surgir a nivel ambiental. Por lo tanto, alguna parte de los elementos del sistema de gestión (procesos, recursos, estructura organizativa, documentos, etc.) se dedican a abordar el tema ambiental.

Arevalo (2018), expresa: el objetivo principal de conseguir por parte de una organización es la certificación internacional con la Norma ISO 14001 es proteger el medio ambiente y responder a las cambiantes, condiciones del medioambiente. Además, con la implantación de esta norma la industria o empresa optimiza las etapas de fabricación de un producto o servicio. (pp. 33-34)

Los objetivos se presentan a continuación:

- La protección del medioambiente.
- La reducción de los impactos ambientales mediante la aplicación de acciones de mitigación
- La reducción de los impactos potenciales hacia la empresa
- El cumplimiento de la normativa ambiental
- La mejora del desempeño ambiental
- La empresa considera todo el ciclo de vida de las materias primas y de esa manera la empresa logra mitigar posibles cargas ambientales no deseables
- Los productos de la empresa logran mayor penetración en el mercado cautivo
- Reduce los costos de producción de los productos
- Implanta una política ambiental dentro de la empresa
- Dentro de la empresa se toma en cuenta los controles operacionales
- Se realiza controles del desempeño ambiental de la empresa
- Las acciones desde la alta dirección son más eficaces

Un enfoque sistemático a la gestión ambiental puede proporcionar información a la alta dirección para generar éxito a largo plazo y crear opciones para contribuir al desarrollo sostenible mediante:

- ✓ La protección del medio ambiente, mediante la prevención o mitigación de impactos ambientales adversos;
- ✓ La mitigación de efectos potencialmente adversos de las condiciones ambientales sobre la organización;
- ✓ El apoyo a la organización en el cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos;

- ✓ La mejora del desempeño ambiental; el control o la influencia sobre la forma en la que la organización diseña, fabrica, distribuye, consume y lleva a cabo la disposición final de productos o servicios, usando una perspectiva de ciclo de vida que pueda prevenir que los impactos ambientales sean involuntariamente trasladados a otro punto del ciclo de vida;
- ✓ El logro de beneficios financieros y operacionales que puedan ser el resultado de implementar alternativas ambientales respetuosas que fortalezcan la posición de la organización en el mercado;
- ✓ La comunicación de la información ambiental a las partes interesadas pertinentes.

ISO, Sistema de gestión ambiental - requisitos con orientación para su uso, 2015 (p. 7).

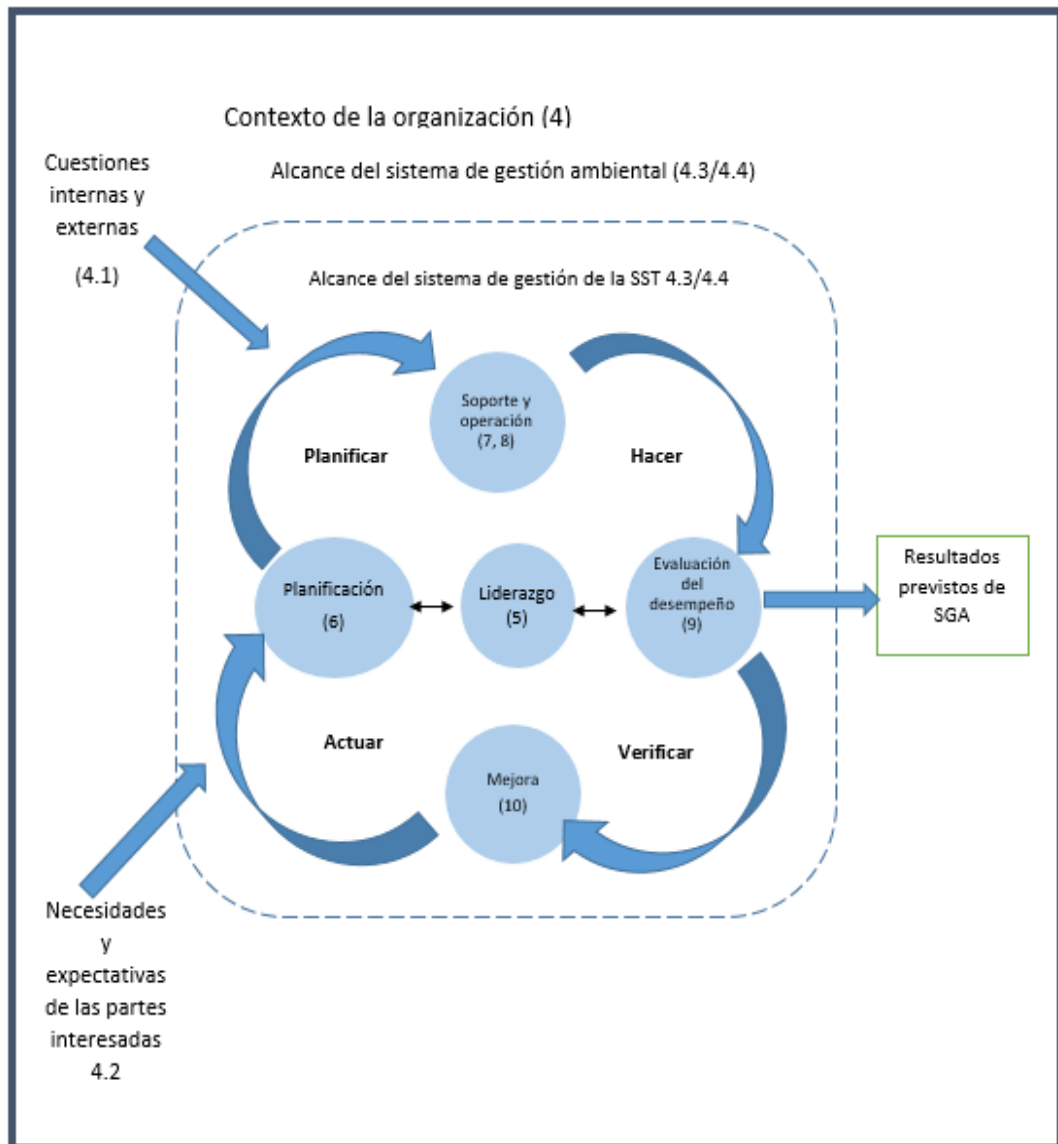
2.4.5 Norma Internacional NTS ISO 14001:2015

La norma NTS ISO 14001:2015, es un referente que establece requisitos técnicos para un sistema de gestión ambiental, que busca proteger el medio ambiente y responder a las condiciones ambientales cambiantes, en equilibrio con las necesidades socioeconómicas. Esta norma especifica requisitos que permitan que una organización logre los resultados previstos que ha establecido para su sistema de gestión ambiental.

La norma NTS ISO 14001:2015, tiene como objeto proporcionar a las organizaciones un marco de referencia para proteger el medio ambiente y responder a las condiciones ambientales cambiantes, en equilibrio con las necesidades socioeconómicas. Esta norma especifica requisitos que permitan que una organización logre los resultados previstos que ha establecido para su sistema de gestión ambiental. (p. 7).

Esta norma internacional incorpora el concepto PHVA en un nuevo marco de referencia, como se muestra a continuación en la **Figura 10**.

Figura 10
Ciclo de Deming (PHVA) del sistema de gestión ambiental.



Nota: Elaboración propia en base a NTS ISO 14001:2015

La base para el enfoque que subyace a un sistema de gestión ambiental se fundamenta en el concepto de Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA). El modelo PHVA proporciona un proceso iterativo usado por las organizaciones para lograr la mejora continua. Se puede aplicar a un sistema de gestión ambiental y a cada uno de sus elementos individuales, y se puede describir brevemente así:

- **Planificar:** establecer los objetivos ambientales y los procesos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con la política ambiental de la organización

- **Hacer:** implementar los procesos según lo planificado
- **Verificar:** hacer el seguimiento y medir los procesos respecto a la política ambiental incluidos sus compromisos, objetivos ambientales y criterios operacionales, e informar de sus resultados.
- **Actuar:** emprender acciones para mejorar continuamente.

Para tener una mejor comprensión del contenido de la norma NTS ISO 14001:2015 en la **Tabla 4** se detalla el contenido de cada uno de sus capítulos.

Tabla 4

Estructura de la norma NTS ISO 14001:2015

CAPITULO	REQUISITOS
0. Introducción	Incluye: 1 Antecedentes, Objetivo de un sistema de gestión de la ambiental, Factores de éxito, Modelo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar El enfoque del sistema de gestión de la SST, Contenido de este documento,
1. Objeto y campo de aplicación	Esta norma internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión ambiental que una organización puede usar para mejorar su desempeño ambiental. La presente norma internacional está prevista para uso por una organización que busque gestionar sus responsabilidades ambientales de una forma sistemática que contribuya al pilar ambiental de la sostenibilidad.
2. Referencias normativas	La ISO NTS 14001:2015 no presenta referencias normativas.
3. Términos y definiciones	ISO NTS 14001:2015 mantienen bases de datos terminológicas para su utilización en normalización.
4. Contexto de la organización	4.1 Comprensión de la organización y de su contexto 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas. 4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión Ambiental. 4.4 Sistema de gestión de la ambiental
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	5.1 Liderazgo y compromiso 5.2 Política de la ambiental 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.
6. Planificación	6.1 Acciones para tratar riesgos asociados con amenazas y oportunidades 6.2 Objetivos ambientales y planificación para lograrlos
7. Apoyo	7.1 Recursos 7.2 Competencia 7.3 Toma de conciencia 7.4 Comunicación 7.5 Información documentada
8. Operación	8.1 Planificación y control operacional 8.2 Preparación y respuesta ante emergencias

CAPITULO	REQUISITOS
9. Evaluación del desempeño	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño 9.2 Auditoría interna 9.3 Revisión por la dirección
10. Mejora	10.1 No conformidades y acciones correctivas 10.2 Mejora continua

Nota: *Elaboración propia*

La **Tabla 5** muestra los capítulos claves de la norma y una breve descripción de su contenido.

Tabla 5

Contenido de los capítulos de la norma NTS ISO 14001:2015

Capitulo	Descripción
Capítulo 4. Contexto de la organización.	La cláusula es secuencial, ya que es necesario comprender la organización y el contexto (4.1), antes de identificar a las partes interesadas y comprender sus necesidades y expectativas (4.2), el resultado tanto de 4.1 como de 4.2 permite determinar el alcance (4.3) y, por último, diseñar el SGMA (4.4)
Capítulo 5. Liderazgo	La Norma establece que la alta dirección debe demostrar liderazgo, compromiso y asumir la responsabilidad de la "eficacia del SGA". Esto marca la pauta para la Sección 5 y el funcionamiento de todo el SGA. Su éxito global y su nivel de comportamiento medioambiental dependerán del grado de compromiso de la alta dirección en la mayoría de los aspectos del establecimiento, la aplicación y la mejora continua del SGMA.
Capítulo 6. Planificación	Esta sección establece un marco que pide a una organización que se analice a sí misma para determinar los aspectos, impactos, riesgos y oportunidades de sus actividades, productos y servicios y, a continuación, cómo gestionar el resultado de este análisis.

Capítulo	Descripción
Capítulo 7. Soporte	En esta sección se analizan los recursos, la comunicación y la documentación de un SGA. Estos requisitos son los que realmente sustentan un SGA y garantizan su funcionamiento eficaz.
Capítulo 8. Operación.	Uno de los fundamentos de la Norma es la mitigación, la gestión y el control del impacto medioambiental de una organización, y por eso diseñar, implantar y mejorar continuamente la forma en que se producen los procesos u operaciones es esencial para un SGMA eficaz.
Capítulo 9. Evaluación del desempeño.	La evaluación del rendimiento consiste en medir y evaluar un SGA para garantizar su eficacia y contribuir a su mejora continua.
Capítulo 10. Mejora.	Esta sección reúne los fundamentos para lograr la mejora continua, es decir: <ul style="list-style-type: none"> • Los puntos de la sección 9 en relación con los resultados de la evaluación del comportamiento medioambiental, la evaluación del cumplimiento, las auditorías internas y la revisión de la gestión. • No conformidad y medidas para correctivas.

Nota: *Elaboración propia adaptado de <https://www.nqa.com/getmedia/641ed66a-1d8e-48bc-b5ea-076b9bdb6d54/NQA-ISO-14001-Guia-de-implementacion>.*

2.4.6 Sistema Integrado de Gestión

Un Sistema Integrado de Gestión es un sistema único diseñado para gestionar múltiples aspectos de las operaciones de una organización en consonancia con múltiples normas, como las relativas a la gestión de la calidad, medioambiente, seguridad y salud en el trabajo. El nivel de integración lo decide la propia organización por la complejidad de sus sistemas actuales y de lo que pretenda lograr.

Por tanto, el SIG, reúne todos los componentes de una organización en un sistema ordenado y coherente que permite lograr un propósito o misión, además de hacer uso de su estructura para establecer y gestionar de manera adecuada todos los procesos y actividades que realiza la organización; de tal forma que, queden repartidos los recursos equitativamente en cada área.

La norma UNE 66177. (2005) “proporciona directrices para desarrollar, implantar y evaluar el proceso de integración de los sistemas de aquellas organizaciones que han decidido integrar total o parcialmente en busca de una mayor eficacia en su gestión y de aumentar su rentabilidad”. (p.4)

Esta norma orienta hacia los sistemas de gestión ambiental y de seguridad y salud en el trabajo, pero puede aplicarse a otros, se ha considerado como mejor método el enfoque de la gestión por procesos, además utiliza el ciclo PHVA. (Ver **Figura 11**).

Toscano et al. (2018) Expone:

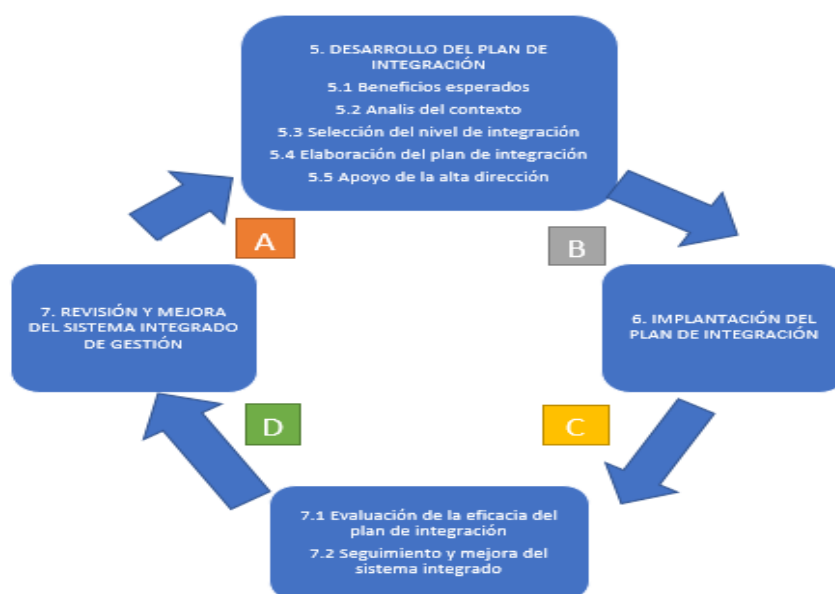
La integración de sistemas alcanza varias áreas de la organización, consume recursos, puede conllevar cambios funcionales y, en función de su complejidad, durar un considerable periodo.

La organización debería realizar un análisis del contexto, que identifique el mejor método de integración posible y los recursos necesarios para su ejecución. El contenido del análisis debe contemplar: madurez, complejidad, alcance y riesgo. (p. 83)

En este trabajo de graduación el equipo recomienda la norma UNE 66177. (2005) para llevar a cabo la integración de los sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo NTS ISO 45001:2018, y Gestión ambiental NTS ISO 14001:2015.

Figura 11

Aplicación del ciclo de mejora continua al proceso de integración.



Nota: Adaptado de *Sistemas Integrados de Gestión* (p. 81) por Toscano et al. 2018, Grupo Compás.

2.5 Marco legal y reglamentario

2.5.1 Seguridad y Salud en el trabajo

a. Constitución de la República de El Salvador

La Constitución de la República de El Salvador demanda que el HPZ cumpla con las normativas legales relativas en la asistencia, previsión y seguridad social, que es el fin a existir del ISSS, esto lo expresa en su artículo 44:

La ley reglamentará las condiciones que deban reunir los talleres, fábricas y locales de trabajo.

El Estado mantendrá un servicio de inspección técnica encargado de velar por el fiel cumplimiento de las normas legales de trabajo, asistencia, previsión y seguridad social, a fin de comprobar sus resultados y sugerir las reformas pertinentes.
(Decreto N° 38, 1983, p. 10).

b. Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Decreto 254.

El HPZ por ser parte del sector de la salud debe cumplir condiciones de seguridad ante riesgos físicos y biológicos para sus pacientes, clientes y trabajadores. Por lo que la ley antes citada, “establece los principios generales relativos a la prevención de riesgos ocupacionales, así como velar porque se adopten las medidas tendientes a proteger la vida, integridad corporal y la salud de los trabajadores y trabajadoras en el desempeño de sus labores.” (Decreto 254, 2011, p. 1)

c. Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. Decreto 86.

La naturaleza de las actividades que se realizan en el hospital y el diseño propuesto en la norma ISO 45001, se relacionan con el cumplimiento legal nacional, debido a que en sus lineamientos involucra la determinación, planificación, comunicación y demostrar el cumplimiento de los requisitos legales de carácter obligatorio y voluntarios que son aplicables a la organización, por lo tanto, es importante destacar dentro del reglamento:

“Determina la obligatoriedad de los patronos de garantizar que los lugares de trabajo sean seguros y no entrañen riesgos para la salud del personal; reiterando que la cooperación entre empleadores y trabajadores, debe ser un elemento esencial de las medidas que se adopten en materia de prevención de afectaciones a la integridad de las partes interesadas.” (Decreto N° 86, 2012, p. 1)

d. Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Decreto 89.

Las actividades que realiza el HPZ generan riesgos mecánicos, físicos, químicos y biológicos en sus áreas de trabajo, por lo tanto, el Decreto 89 lo obliga a aplicarlo para prevenir los riesgos en lo relativo a condiciones de seguridad e higiene en que se debe de desarrollar las labores, esto se establece en su artículo 1:

El presente Reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, en adelante "la Ley", en lo relativo a condiciones de Seguridad e Higiene en que deben desarrollarse las labores, a fin de eliminar o controlar los factores de riesgos en los puestos de trabajo, sean éstos de naturaleza mecánica o estructural, física, química, ergonómica, biológica o psicosocial; todo con el propósito de proteger la vida, salud, integridad física, mental y moral de los trabajadores y trabajadoras. (Decreto N° 89, 2012, p. 1)

2.5.2 Medio Ambiente

a. Constitución de la República de El Salvador

La Constitución de la República (1983), tiene como finalidad proteger los recursos naturales y el medio ambiente, El HPZ por ser parte del estado y la sociedad salvadoreña, se declara de interés social la protección, conservación, aprovechamiento racional, de los recursos naturales, como se expresa artículo número 117 de la constitución de la república de El Salvador:

Es deber del Estado de proteger los recursos naturales, así como la diversidad e integridad del medio ambiente, para garantizar el desarrollo sostenible. Se declara de interés social la protección, conservación, aprovechamiento racional, restauración o sustitución de los recursos naturales, en los términos que establezca la Ley. Se prohíbe la introducción al territorio nacional de residuos nucleares y desechos tóxicos. (Decreto N° 38, 1983, p. 24)

b. Ley de Medio Ambiente

La Ley del Medio Ambiente y Recursos Naturales fue emitido bajo el Decreto Legislativo N° 233 (2/03/1998) y es el cuerpo normativo por medio del cual se establecen tanto la definición, motivo y parámetros de evaluación de impacto ambiental por las actividades.

Respecto a este trabajo de graduación, el Art. 21 de la Ley del Medio Ambiente y Recursos Naturales en el literal “D” y “E” nos señala:

D) Sistemas de tratamiento, confinamiento y eliminación, instalaciones de almacenamiento y disposición final de residuos sólidos y desechos peligrosos”;

N) Actividades consideradas como altamente riesgosas, en virtud de las características corrosivas, explosivas, radioactivas, reactivas, tóxicas, inflamables o biológico-infecciosa para la salud y bienestar humano y medio ambiente, las que deberán adicionar un Estudio de Riesgo y Manejo Ambiental. (Decreto N° 233, 1998, p. 15)

c. Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos.

Debido a la naturaleza de los procesos a ser desarrollados por la actividad HPZ, se deberá acatar las disposiciones plasmadas en dicho reglamento, referentes a la clasificación, al manejo, almacenamiento, uso, transporte y disposición final de todos los materiales y desechos peligrosos generados, esto lo expresa el Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos a continuación:

Que es una necesidad urgente para la preservación del medio ambiente y la salud pública, dictar medidas que minimicen los riesgos de la contaminación por sustancias, residuos y desechos peligrosos.

Las presentes disposiciones tienen por objeto reglamentar en lo que se refiere a las actividades relacionadas con sustancias, residuos y desechos peligrosos. (Decreto N°41, 1998, p. 1-2)

d. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.

El HPZ por ser un hospital de tercer nivel genera diariamente desechos bioinfecciosos los cuales deben de ser manejados, almacenados temporalmente, transportados y entregar a una empresa autorizada por el MARN que haga el transporte externo y disposición final en un relleno sanitario autorizado, el nosocomio se regula por dicho reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos que su finalidad se expresa a continuación:

Establecer los requisitos sanitarios que se deben cumplir para el manejo de los desechos bioinfecciosos.

Aplica a toda persona natural o jurídica que establecida en el territorio nacional y que por sus actividades genere, almacenen o se dedique a recolectar, transportar, tratar y disponer los desechos bioinfecciosos. (Acuerdo Ministerial, N° 1251, p. 1)

e. Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.

En el hospital se genera diariamente una cantidad considerable de residuos, para lo cual se deben considerar los procesos siguientes: disminución de la generación de residuos priorizando la prevención, el fomento a la reutilización, reparación, el reciclaje y otros tipos de valorización, concientizando a la población interna en la preferencia de productos que generen residuos aprovechables, para esto se basa en Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje que expresa su finalidad en el artículo 1:

Art. 1.- La presente ley tiene por objeto lograr el aprovechamiento y disposición final sanitaria y ambientalmente segura de los residuos, a fin de proteger la salud de las personas, el medio ambiente y fomentar una economía circular, a través del establecimiento de una visión sistémica en la gestión integral de los residuos, la determinación de los actores y su forma de interacción, y la asignación de responsabilidades para lograr cambios conductuales en la población.
(Decreto 527, 2020, p. 1)

f. Aguas, Aguas residuales. Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos residuales.

Las actividades hospitalarias, el lavado de ropa médica y de cama unido a esto el uso de los sanitarios por los empleados, pacientes y visita a estos generan aguas residuales de tipo especial en cantidades considerables, se cuenta con una planta de tratamiento de estas aguas las cuales están reguladas por el reglamento el cual tiene por objeto y ámbito de aplicación:

Establecer los límites permisibles para los parámetros de calidad de las aguas residuales y sus lodos, previo a su disposición final, así como los mecanismos y procedimientos técnicos para la gestión de los mismos; y contribuir a la recuperación y aprovechamiento sostenible de recurso hídrico.

Aplica a toda actividad obra o proyecto que realice gestión de las aguas residuales previas a la descarga de un medio receptor; así como el manejo de los lodos residuales independiente de la procedencia y destino ubicados en el territorio nacional. (Acuerdo N°130, 2019, p. 1)

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Introducción

El marco metodológico explica los mecanismos a utilizar para el análisis de la problemática de la investigación. Es el resultado de la aplicación, sistemática y lógica, de los conceptos y fundamentos expuestos en el marco teórico. En este se describe como se hizo el estudio del tema, cuales métodos, técnicas o procedimientos se aplicaron, facilitando una visión clara de lo que se investigó, porqué y cómo, exponiendo también la metodología que se eligió y sus limitaciones.

Sampieri. Et. al (2014), define diseño como:

Diseño: Plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación. (p. 120)

3.2 Tipo de investigación

En un trabajo de graduación, el tipo de investigación se refiere al enfoque metodológico utilizado para abordar el problema de investigación.

Este trabajo de graduación utilizó la **investigación de tipo aplicada**, debido a que el estudio se centró en una problemática específica, en la Gerencia de Servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil, utilizando para ello los conocimientos en el diseño de un sistemas Integrados de Gestión (SIG), conforme a las normas NTS ISO 45001:2018 Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y NTS ISO 14001:2015 Sistema de gestión ambiental, teniendo por objetivo resolver la situación problemática planteada, dejando claro que no se atendió la rigurosidad científica que incluyen las investigaciones puras en el trayecto de sus estudios.

3.3 Enfoque o ruta de la investigación

Enfoque o ruta de la investigación se refiere al método o camino que se elige para realizar una investigación. Este puede ser cuantitativo, cualitativo o mixto.

Para realizar el trabajo de investigación se utilizó un tipo de investigación **cuantitativa**, ya que se consideró únicamente variables de naturaleza cuantitativas que permitieron la recolección de información y diseñar posibles soluciones a la problemática identificada. Como lo detalla Sampieri, et al. (2014) “El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4),

3.4 Alcance o tipo de estudio

La investigación derivada de este trabajo de graduación fue de **naturaleza exploratoria y descriptiva**, como lo define Sampieri, et al. (2014). “Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas en el problema de estudio” (p.91).

Sampieri et al. (2014). También define los estudios descriptivos como “los que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, únicamente pretender medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar como se relacionan estas”. (p.92)

Atendiendo lo antes descrito se utilizó la investigación exploratoria que aportó información cuantitativa para determinar la situación actual del HPZ y demostrar el nivel de cumplimiento de la normativa aplicable. Buscando antecedentes nacionales e internacionales de la integración de los modelos de gestión aplicado en NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015.

Además, fue descriptiva, dado que caracteriza los elementos del fenómeno, visualizando un panorama de la realidad, conforme a la aplicación de métodos para la recolección de datos de las partes interesadas que permitió establecer el grado de cumplimiento de los requisitos contemplados en normativas citadas.

3.5 El método de investigación

La recolección de información para el desarrollo de esta investigación requirió del uso de diferentes fuentes y técnicas de información que permitieron obtener los datos necesarios que la sustenten, en primera instancia **la observación**, proceso mediante el cual se percibieron ciertos rasgos existentes en la realidad propia del sujeto de estudio, también se utilizó el **método deductivo** que a partir de situaciones generales se llegó a identificar explicaciones particulares del sujeto de estudio, abordando las secciones cuantitativas, como, por ejemplo: recolección y análisis de los datos con ayuda de instrumentos predeterminados, análisis estadístico, relación entre variables, comparación de resultados con predicciones y estudios previos.

Seguidamente se utilizó **el método de análisis** que inicia su proceso de conocimiento por la identificación de cada una de las partes que caracterizaran una realidad de este modo podrá establecerse las relaciones causa efecto entre los elementos que componen la investigación, así también con **la síntesis** se procesó información de lo simple a lo compuesto, de la causa a los efectos, del principio a las consecuencias.

3.6 Diseño metodológico

El desarrollo de esta investigación se fundamentó en un diseño metodológico de **tipo no experimental**, donde no hay control de las variables y está íntimamente relacionado a un estudio descriptivo, analizando la situación actual del sujeto de estudio en materia de salud y seguridad en el trabajo y gestión ambiental, como lo detalla Sampieri, et al. (2014) los estudios no experimentales son:

“Los estudios no experimentales se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p. 152)

3.7 Determinación de población y muestra

La población objetivo es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas conclusiones de la investigación. Esta queda determinada por el problema y por los objetivos del estudio.

Como lo expresa Vara Horna (2012):

La población es el conjunto de sujetos o cosas que tienen una o más propiedades en común, se encuentran en un espacio o territorio y varían en el transcurso del tiempo y la muestra (n), es el conjunto de casos extraídos de la población, seleccionados por algún método racional, siempre parte de la población. Si se tienen varias poblaciones, entonces se tendrán varias muestras. (p. 221)

3.7.1 Unidad de análisis y población

La unidad de análisis es cada uno de los elementos que constituyen la población, es la entidad principal que se está analizando en un estudio.

Según Sampieri et al. (2014): “La unidad de análisis indica quiénes van a ser medidos, o sea, los participantes o casos a quienes en última instancia vamos aplicar el instrumento de medición (p.182) y población o universo es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 174)

Para propósitos de la investigación, las unidades de análisis por su grado de participación e influencia, capacidades y conocimientos, fueron:

- Dirección y administración del HPZ
- Gerencia de servicios médicos
- Jefes de los servicios relacionados al proceso de investigación.
- Jefes de departamentos: Mantenimiento y servicios generales.
- Personal clave de los comités de seguridad y salud ocupacional y gestión ambiental.

3.7.2 Diseño de la muestra

Al establecer la población objeto de estudio, corresponde seleccionar la muestra, dado el tipo de estudio, se realizó un tipo de **muestreo no probabilístico o dirigida**, en el cual según Sampieri et al. (2014)

La elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o propósitos del investigador. Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador y desde luego, la muestra seleccionada obedece a otros criterios de investigación (p.176).

En la **Tabla 6** se presenta la muestra seleccionada que fueron entrevistadas y encuestadas para obtener datos que posteriormente se analizaron, obteniendo el diagnóstico para conocer la situación actual de la institución.

Tabla 6

Determinación de unidad de análisis, población y muestra.

Unidad muestral de investigación		
Unidad de Análisis	Población	Muestra
Dirección	- Director	1
	- Administradora	1

Unidad muestral de investigación		
Gerencia de Servicios Médicos	- Gerente	1
Jefe de servicio	- Jefe del servicio relacionado al proceso de investigación.	3
Jefes de departamentos	- Jefe de mantenimiento - Jefe de servicios generales	2
Personal clave de los comités de seguridad y salud ocupacional y gestión ambiental.	- Presidente - Coordinador - Gestora ambiental	3
Total de la muestra:		11

Nota: Elaboración propia.

3.8 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Definidas la muestra, compete recolectar los datos pertinentes sobre los atributos, conceptos o variables de las unidades de análisis de la población determinada, estos procedimientos condujeron a reunir datos confiables, válidos y objetivos, además determinaron: ¿Cuáles son las fuentes de donde se obtuvieron? ¿En dónde se localizaron tales fuentes? y ¿Con qué medio o método se recolectaron los datos? Estos se detallan a continuación.

3.8.1 Niveles de información del marco teórico

Para el desarrollo la investigación se recurrió a fuentes históricas, estadística y a todos aquellos documentos prestigiosos e importantes sobre la integración de sistema de gestión; también se cimentó en fuentes documentales, apoyo en información de campo, tanto para responder al problema planteado como para formular y buscar respuesta a las aseveraciones enunciadas.

El autor Rojas Soriano, (2013) manifiesta:

Se tienen tres niveles de información para construir el marco teórico: **Primer nivel:** implica el manejo de las teorías generales y los elementos teóricos particulares existentes sobre el problema; **Segundo nivel:** analizar la información empírica secundaria o indirecta proveniente de distintas fuentes, como revistas y periódicos y **Tercer nivel:** manejo de información empírica primaria o directa obtenida mediante un acercamiento con la realidad, a través de guías de observación y entrevista a informantes claves. (p. 96)

Esta investigación utilizó los tres niveles de información en mención:

- **Primer nivel:** se utilizaron las normas sobre sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018, sistema de gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 y sistemas integrados de gestión, así como leyes y reglamentos pertinentes al sujeto de estudio.
- **Segundo nivel:** Información seleccionada de trabajos de graduación con énfasis a los sistemas de gestión aplicados a hospitales.
- **Tercer nivel:** Información primaria obtenida directamente del sujeto de estudio.

El uso de los tres niveles de información proporcionó la información necesaria para la comprensión de la problemática planteada.

3.8.2 Fuentes de información

Para el estudio de los Sistemas Integrados de Gestión, se requiere de información amplia, seleccionada y precisa. La investigación utilizó dos fuentes de información de acuerdo al problema, los objetivos y supuestos planteados:

- **Fuentes primarias:** Proporcionó datos de primera mano, recolectada mediante investigación de campo directamente en el espacio geográfico del sujeto de estudio, a través de entrevistas a profundidad realizadas a personas relacionadas como actores claves y encuestas aplicadas, además se realizó observación directa como parte del diagnóstico sobre la integración de los Sistemas de Gestión; todo con el objetivo de recopilar datos que respalde su validez.
- **Fuentes secundarias:** Se usó una amplia investigación documental, que comprende una variedad bibliográfica especializada como: libros, textos, normativas técnicas, leyes y reglamentos, trabajos de graduación, y otros documentos de procedencia académica.

3.8.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para obtener datos sobre la investigación relacionada con el diseño de Sistemas Integrados de Gestión, se empleó métodos y técnicas de recolección de datos que ayudaron a realizar el diagnóstico de la situación actual del HPZ.

Sampieri, et al. (2014) expresan al respecto:

Entre las principales técnicas e instrumentos de recolección de datos se encuentran los diversos tipos de observación, diferentes clases de entrevista, estudio de casos, historias de vida, historia oral, entre otros. Asimismo, es importante considerar el uso de materiales que faciliten la recolección de información como cintas y grabaciones, videos, fotografías y técnicas de mapeo necesarias para la reconstrucción de la realidad social. (p. 488)

Las técnicas son procedimientos generales y los instrumentos son herramientas específicas de investigación que se utilizaron para recolectar, analizar y presentar la información de una investigación

En atención a la captación de información primaria y secundaria, se dispuso de variedad de técnicas e instrumentos los cuales se utilizaron los siguientes descritos en la **Tabla 7**:

Tabla 7

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnicas e instrumentos de recolección de información		
a) Técnica e instrumentos de información primaria		
Información obtenida en el trabajo de campo. Por el tipo de información, la selección, diseño y adecuación de instrumentos fueron de carácter cuantitativo, lo que permitió recolectar información válida, confiable, procesada y analizada sin mayores dificultades.		
Técnica	Instrumento	Apéndice
- Observación directa Se realizó por medio de visitas dentro de las instalaciones del HPZ, para observar procesos, cumplimiento de reglamentos de SST y GA e identificar áreas de mejora.	- Guía de observación Permitió registrar de manera sistemática y estructurada los datos de importancia, para luego ser analizados y generar conclusiones	N° 4
- Entrevista estructurada Las entrevistas fueron realizadas a personas claves de la institución, como el director, administrador y encargados de áreas de servicio, para obtener información específica y objetiva.	- Guía de entrevista Con el objetivo de llevar un orden lógico y asegurar la consistencia y objetividad de la información recabada se ocupó la guía de entrevista, realizando preguntas cerradas y abiertas que permitieron conocer información relevante para confirmar las aseveraciones planteadas.	N° 5
- Encuesta La técnica de la encuesta permitió extraer información de la población que permitió describir y explicar el porqué de la problemática identificada.	- Cuestionario Por medio de una lista de preguntas se logró recolectar información de forma organizada sobre las variables de interés, las hipótesis y objetivos de investigación. - Check list Permitió determinar el grado de cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 45001:2015; ISO 14001:2018, Cumplimiento de requisitos legales de SST y medio ambiente.	N° 8 N° 6, N°7

Técnicas e instrumentos de recolección de información		
<p><i>b) Técnicas e Instrumentos para captar información secundaria</i> Esta se refiere a información documental como libros, revistas, periódicos, informes, documentos de archivo, estadísticas gubernamentales, entre otros. Que contienen información relevante sobre la investigación.</p>		
<p>- <i>Sistematización bibliográfica</i> Permitió la organización y posterior análisis de la información procedente de diversas fuentes documentales utilizadas como libros, leyes, reglamentos, tesis, páginas web, que aportaron información concerniente a los SIG aplicados al sujeto de estudio.</p>	<p>- <i>Ficha de referencia bibliográfica</i> El uso de este instrumento se encuentra implícito dentro del documento, evidencia de ello es la cita y referencia realizada de los diversos autores de los cuales se ha obtenido información de acuerdo a la normativa APA versión 7.</p>	

Nota: *Creación propia, de acuerdo a técnicas e instrumentos de recolección de información.*

3.8.4 Prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos

Se realizó una prueba piloto con una muestra pequeña, cuyas características sean similares a la población, de los instrumentos para recolectar datos, luego se probó antes de lanzarse al trabajo de campo.

Esta prueba guía no pretendió obtener importancia estadística, sino más bien conocer cómo funcionan las preguntas en forma individual y en conjunto, indagando: preguntas mal formuladas, incomprensibles o que reflejarán cansancio o molestia al encuestado. De igual manera se detectó: el correcto ordenamiento, presentación de las preguntas y si las instrucciones para responder son suficiente, claras y precisas.

Las observaciones resultantes fueron registradas para discusión y mejora, lo que permitió disponer de instrumentos idóneos que permitieron captar los datos requeridos.

3.8.5 Matriz integral metodológica

Esta matriz aporta información integral, es decir, las unidades de análisis que serán sujeto de estudio en la asociación y muestra respectiva, las variables que se investigan producto de la sistematización del problema, los métodos, técnicas e instrumentos que se utilizarán para obtener la información tanto primaria como secundaria que servirán para realizar el diagnóstico de la situación actual de la institución. (**Ver Apéndice 13**).

3.9 Tabulación de datos y análisis de la información

Es conveniente integrar toda la información obtenida de forma clasificada previamente, en tablas o gráficas que faciliten el análisis e interpretación de los datos relativos a las variables o indicadores en cuestión, para realizar de una manera sistematizada el estudio y generar las conclusiones de la investigación de una manera más acertada.

La tabulación de datos se realizó sobre la base de información que obtendrá en la lista de verificación, encuesta y cuestionarios que se considerará como herramienta de diagnóstico, construida a partir de los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO14001:2015.

3.9.1 Metodología del diagnóstico

El diagnóstico de la situación actual del HPZ permitió obtener resultados que muestran el nivel de cumplimiento de los requisitos exigidos por los sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y de Gestión Ambiental, además de los requisitos legales que le aplican y otras normativas en los temas competentes.

La metodología utilizada comprendió la realización de entrevistas y encuestas a personal clave del HPZ, como el director y administrador, al presidente del comité de Seguridad y salud ocupacional, y al coordinador del comité de gestión ambiental, quienes proporcionaron información referente a la gerencia de servicios médicos en cuanto a procedimientos de trabajo y documentos que evidenciaron el nivel de cumplimiento de las normativas en cuestión.

A continuación, se presenta la metodología aplicada.

3.9.1.1 Normas del Sistema de gestión

Para evaluar el nivel de cumplimiento de las normas del sistema de gestión en cuestión en la gerencia de servicios médicos, se diseñó una lista de chequeo (**Ver Apéndice 6 y 7**). De las 2 listas en la cual se formularon preguntas para cada una de sus cláusulas desde el capítulo 4 hasta el capítulo 10 de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, logrando conocer el grado de conocimiento y aplicación de los requisitos que dichas normas requieren. Los capítulos del 1 al 3 no se tomaron en cuenta por tocar temas, introductorios a las normas, su objeto y campo de aplicación, referencias normativas y la terminología utilizada.

El contenido de dichas normas se detalla a continuación:

1. Objetivo y campo de aplicación.
2. Referencias normativas.
3. Términos y definiciones.
4. Contexto de la organización.
5. Liderazgo / Liderazgo y participación de los trabajadores.
6. Planificación.

7. Apoyo.
8. Operación.
9. Evaluación del desempeño.
10. Mejora.

La metodología utilizada para obtener el diagnóstico de la situación actual de la gerencia de servicios médicos en el HPZ, consistió en que el entrevistado respondiera a las preguntas formuladas asignando un “0” cuando no hay ninguna evidencia de cumplimiento, “1” cuando hay evidencia limitada del cumplimiento del requisito cuestionado y “2” cuando existe evidencia suficiente de que se está cumpliendo el requisito, en la **Tabla 8** se describe los criterios de evaluación.

Tabla 8
Criterio de calificación

Criterios de evaluación de los Sistemas de Gestión	
Puntaje	Criterio
0	Ninguna evidencia de cumplimiento
1	Evidencia limitada de cumplimiento
2	Cumple totalmente

Nota: Elaboración propia.

Por otra parte, en la lista de verificación se anexo una columna en las cual el entrevistado pudo citar la evidencia que respalda el cumplimiento parcial o total del requisito de la norma cuestionada.

Para obtener el nivel de cumplimiento de cada requisito se procedió a sumar los puntajes asignados por el entrevistado a las preguntas formuladas de cada apartado del capítulo analizado y luego dividirlo entre la puntuación máxima del título analizado.

$$\% \text{ de cumplimiento por apartado} = \frac{\Sigma \text{ de puntuación acumulada en capítulo analizado}}{\text{Puntuación máxima por capítulo analizado}} \times 100$$

El cumplimiento por título de la norma se hizo similar al cálculo anterior sumando el nivel de cumplimiento por apartado (4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10) y posteriormente dividirlo entre el porcentaje total de la norma.

$$\% \text{ de cumplimiento de la norma} = \frac{\Sigma \text{ de } \% \text{ cumplimiento por capítulo analizado}}{\% \text{ Cumplimiento total de la norma analizada}} \times 100$$

Finalmente, los datos recabados pudieron ser presentados en forma gráfica, detallando el nivel de cumplimiento de los apartados de la norma, logrando visualizar la situación actual del sistema de gestión de la gerencia de servicios médicos del HPZ.

3.9.1.2 Metodología de los cuestionarios

1) Cumplimiento legal en material de SSO.

Para este apartado se utilizó el instrumento de autoevaluación del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, denominado “Cuestionario de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas”, este cuestionario contiene 65 preguntas que evalúan la Ley General de prevención de riesgos en los lugares de trabajo y sus reglamentos. Para conocer el nivel de cumplimiento que tiene la gerencia de servicios médicos del HPZ se consultó al presidente del Comité de SSO de la institución.

El instrumento utilizado consistió en un cuestionario (**Ver Apéndice 8**), que contenía una serie de preguntas repartidas en 9 secciones dando a cada cuestionamiento la misma ponderación, y para conocer el grado de cumplimiento de cada sección se procedió a sumar las respuestas positivas o negativas y dividir esta suma entre el total de preguntas de la sección y el resultado multiplicado por 100. Para obtener el cumplimiento de esta normativa, se procedió a sumar la totalidad de puntos favorables entre la totalidad de preguntas contenidas en el instrumento multiplicado por 100.

$$\text{Cumplimiento por sección} = \frac{\Sigma \text{ respuestas favorables por sección}}{\Sigma \text{ preguntas de la sección evaluada}} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento de la leyes} = \frac{\Sigma \text{ respuestas favorables de todas las secciones}}{\Sigma \text{ preguntas de todas las secciones}} \times 100$$

2) Cumplimiento legal en material de GA

Para evaluar la parte de la Gestión Ambiental se utilizó como instrumento un cuestionario (**Ver Apéndice 9**), el que contiene 49 preguntas, que abordan las leyes y reglamentos que el HPZ está obligado a cumplir, este instrumento aborda los temas de Organización y planificación de actividades y reuniones del comité de gestión ambiental, Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje, Reglamento

Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos, Aguas, Aguas residuales, Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos y finalmente condiciones ambientales, la información de este apartado fue proporcionada por del presidente del comité de gestión ambiental de la institución.

Para la evaluación del cumplimiento de esta legislación se sumó las respuestas de las preguntas formuladas por cada sección y luego se dividió entre el total de preguntas del mismo multiplicado por 100.

Para conocer el porcentaje total del cumplimiento de esta normativa se procedió a sumar el porcentaje de cumplimiento por sección, logrando así conocer el grado de conocimiento y aplicación de estas leyes y reglamentos por parte de la gerencia de servicios médicos del HPZ

$$\text{Cumplimiento por sección} = \frac{\Sigma \text{respuestas favorables por sección}}{\Sigma \text{preguntas de la sección evaluada}} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento de la legislación} = \Sigma \text{ de \% de cumplimiento de todas las secciones}$$

3) Guía de entrevista

Otro de los instrumentos utilizados para recolectar información y determinar la situación actual de la gerencia de servicios médicos del HPZ, es la guía de entrevista, la cual permitió investigar la planificación estratégica existente para la gestión ambiental y de seguridad y salud en el trabajo (SST) en la institución, se llevó a cabo una entrevista con el director y administrador del HPZ.

Se utilizó la guía de entrevista (**Ver Apéndice 5**) diseñada para tal efecto, la cual contenía una lista de preguntas enfocadas en explorar a fondo la planificación estratégica de la institución en relación con la gestión ambiental y de SST, permitiendo respuestas detalladas y comprensivas.

El director y administrador se seleccionaron por su conocimiento en estas áreas, obteniendo información significativa referente a los temas indagados. Durante la entrevista, se plantearon las preguntas de manera estructurada, promoviendo una discusión abierta y fomentando un ambiente de confianza.

Las respuestas se registraron mediante notas escritas, garantizando la confidencialidad y el respeto por las opiniones expresadas. Los hallazgos obtenidos sirvieron para abonar a la evaluación de algunas variables de la investigación planteada.

4) Guía de observación

Este instrumento sirvió para verificar el respeto a la legislación laboral y ambiental a que está sujeta la institución y en consecuencia la gerencia de servicios médicos, esta consistió en realizar un recorrido dentro de las instalaciones del HPZ, pudiendo observar señalización pertinente a SSO y GA, equipo de protección personal de los empleados e instrumentos utilizados durante las labores ordinarias del personal, procesos utilizados para dar tratamiento a los desechos generados, charlas de sensibilización a los derechohabientes, murales de divulgación de información, entre otros. **Ver apéndice 4.**

3.9.2 Resultados del diagnóstico

Este apartado presenta los resultados obtenidos del diagnóstico realizado en el HPZ, dentro del cual se evaluó el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normas NTS ISO 14001:2015, NTS ISO 45001:2018. Por otra parte, también se evaluó el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a la organización en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.

En nuestra investigación se ha logrado encontrar que el HPZ a pesar de los estudios de graduación “Diseño de un sistema de gestión de la calidad y competencia ISO 15189:2022 y NTS ISO 9001:2015, al laboratorio clínico del Hospital Policlínico Zacamil, Cruz Martínez (2025), “Implementación de un Sistema de Gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstétrica del hospital materno infantil primero de mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)”. Estrada Regalado et al. (2018), aún no se utilizan indicadores institucionales para verificar el desempeño, no se utiliza el foque de procesos, no obstante, si se tiene un compromiso de garantizar condiciones seguras y favorables, para la prevención de lesiones, deterioro de la salud, eliminando peligros y reduciendo riesgos, de igual manera el compromiso de la protección del medio ambiente gestionando la prevención de la contaminación.

Al igual que los estudios nacionales y regionales se utilizaron en este trabajo de graduación, entrevistas directas con empleados, la dirección y administración, y listas de verificación para conocer la situación actual de HPZ.

Identificando documentos que existen en los comités de SST y GA que pueden adaptarse en la implementación del SIG, contribuyendo a disminuir costos de la no calidad y aumentar la optimización de recursos, por otra parte la implementación del SIG permitirá formular una política integrada involucrando las normativas aplicables, comprometiéndose con la mejora continua, gestionando la eficacia en sus procesos como pilar fundamental y estratégico de su gestión, promoviendo la consulta y la participación de los trabajadores, derechohabientes, proveedores en las áreas de SST y GA.

3.9.2.1 Resultados para el cumplimiento de la NTS ISO 45001:2018

La situación actual del HPZ en lo concerniente a la Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se determinó haciendo uso de la lista de verificación (**Apéndice 6**), el cual permitió evaluar los requisitos que la norma involucra.

La evaluación realizada permitió conocer el nivel de cumplimiento de los requisitos de cada una de las secciones que integra la norma, un resumen del cumplimiento de esta normativa se muestra en la **Tabla 9**.

Tabla 9

Resultados del diagnóstico de la norma NTS ISO 45001:2018

REQUISITOS	CUMPLE
4. Contexto de la organización	50%
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	75%
6. Planificación	66%
7. Apoyo	66%
8. Operación	76%
9. Evaluación del desempeño	57%
10. Mejora	66%
Cumplimiento total promedio	65%

Nota: *Elaboración propia.*

Los resultados mostrados en la **Tabla 9** reflejan que el porcentaje de cumplimiento total de la norma ISO 45001:2018, en el HPZ, es del **65%**, detallando el nivel actual de cumplimiento del sistema de gestión en todos los requisitos que la componen.

El capítulo mejor evaluado es el número 8 (Operación) con un 76% de cumplimiento, contando con evidencia en la que se demuestra la existencia de planes anuales para implementar y controlar los procesos.

También se identifica y comunica a los empleados sobre peligros en los lugares de trabajo, además se cuenta con planes de emergencia y de capacitación para el control de conatos de incendio, inundaciones o sismos.

Por otra parte, el capítulo que presenta un menor grado de cumplimiento es el número 4 (contexto de la organización) con un 50% de cumplimiento, especialmente el requisito de comprensión de la organización y su contexto donde se desconoce las cuestiones internas y externas que afectan a la institución en el cumplimiento de resultados de la SST.

Otro capítulo bien evaluado es el número 5 (Liderazgo y participación de los trabajadores) con un 75% de cumplimiento, contando con evidencia en la que se demuestra el compromiso de la alta dirección por proteger la salud de los empleados, promoviendo la participación de los empleados para evitar accidentes en el desarrollo de sus labores.

A continuación, se presenta los resultados de manera más detallada por cada uno de los capítulos del 4 al 10 de la norma ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Los resultados de la 45001 obtenidos en el desarrollo del diagnóstico realizado en el hospital. **Ver Apéndice 6.**

Capítulo 4: Contexto de la Organización

4.1 Comprensión de la organización y de su contexto

El HPZ, no ha determinado las cuestiones externas e internas que son pertinente para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr sus objetivos de SST, ni ha determinado si el cambio climático es un tema relevante, analizando su impacto en los riesgos laborales.

4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas.

En el hospital se ha determinado las necesidades y expectativas solo para los trabajadores de la institución, así también se trabaja en mantener un ambiente libre de accidentes de los derechohabientes, proveedores y demás personas que visiten sus instalaciones, no obstante, se tiene documentado formalmente quienes comprenden sus partes interesadas y las necesidades de los mismos, para cumplir con los requisitos que la norma requiere.

El HPZ debe identificar peligros laborales causados por el cambio climático, como los relacionados con el calor y buscar oportunidades para implementar prácticas más seguras

y eficientes, considerar las expectativas de los empleados y otras partes interesadas sobre cómo el hospital abordará los riesgos del cambio climático.

4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST

El hospital no tiene documentado el límite y la aplicabilidad del sistema de gestión porque las leyes en materia de seguridad y salud ocupacional no lo exigen, por lo que se limita a cumplir las leyes y normativa en materia laboral aplicable a la institución.

No obstante, la legislación exige requisitos que son aplicables a norma analizada, como es el caso de tomar en cuenta las actividades relacionadas con el trabajo desempeñado y también se toma en cuenta las actividades, productos y servicios dentro del control o influencia de la institución que pueden impactar en el desempeño de la SST.

4.4 Sistema de Gestión de la SST

El hospital no ha determinado, establecido o implementado un Sistema de Gestión de la SST, únicamente se tienen procesos que se alinean con los requisitos de la Ley General de Previsión de Riesgos en los Lugares de Trabajo debido a que cuenta con un comité de salud y ocupacional y dando cumplimiento a esta legislación se logra cumplir con parte de lo exigido por el sistema de gestión de la SST.

1) Capítulo 5: Liderazgo y participación de los trabajadores

5.1 Liderazgo y compromiso

La alta dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la SST, prueba de ello es el apoyo que muestra a las actividades en materia de SSO, asegurándose de la integración de procesos, asignación de recursos, promoviendo participación de los trabajadores y también la mejora continua, tomando acciones para superar no conformidades señaladas en las auditorias.

5.2. Política de la SST

El Hospital cuenta con una política en materia de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la ley y se encuentra como información documentada, sin embargo, no es aplicable en su totalidad para un sistema de gestión de SST, debido a que no incluye un compromiso para eliminar los peligros y un compromiso para la mejora continua.

Sin embargo, se ha detectado que no todos los empleados conocen la política, debido a que no está divulgada por los medios de difusión del hospital como carteleras, solo está disponible en documentación del comité de SSO.

5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

La alta dirección del hospital tiene al comité de SSO quien se encarga de ejecutar y comunicar a sus integrantes de todos los niveles los roles y responsabilidades en materia de seguridad ocupacional, manteniendo información documentada, dicho comité se asegura de cumplir con los requisitos normativos y legales pertinentes a la institución.

5.4 Consulta y participación de los trabajadores

El hospital ha establecido como mecanismo de mejora de la SSO las reuniones periódicas con los trabajadores, donde se escuchan y toman en cuenta sus aportes para la reducción de accidentes laborales y para la identificación y evaluación de riesgos con el fin de mejorar la seguridad y salud ocupacional en la institución.

2) Capítulo 6: Planificación

6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades

El hospital no ha realizado diagnósticos que le permitan identificar las cuestiones internas y externas, sus partes interesadas, su alcance y los riesgos y oportunidades que le permitan lograr la mejora continua, ya que solo involucra la participación activa de los trabajadores y un sistema de gestión de SST involucra todas las partes interesadas de la institución.

Por otra parte, para determinar los riesgos y oportunidades el hospital ha tomado en cuenta los peligros y riesgos de la SST, abordando los requisitos legales relacionados con la operación, para su evaluación se utiliza la matriz de riesgos, la cual se diseñó como parte del plan de prevención de riesgos laborales.

El comité de seguridad y salud ocupacional mantiene información documentada de los riesgos para la SST y los procesos para abordarlos, también se ha implementado una metodología para identificar los peligros que surgen dentro de la institución, al manipular equipos, materiales, en los procesos médicos y por esfuerzo físico, involucrando no solo a los empleados sino también a los visitantes, derechohabientes y contratistas, para lograr este objetivo se ha diseñado procedimientos que han logrado reducir los riesgos laborales.

El respeto a la parte legal pertinente específicamente de los decretos 254, 89, 87 y 86 ha sido un factor clave en la evaluación de los riesgos y peligros relacionados a la SSO. Para dar cumplimiento a la parte legal, se orientan los recursos necesarios para que el CSSO, acate todos requisitos que la legislación ordene que se cumple en materia de seguridad laboral y evitar sanciones por incumplimiento.

La identificación de las oportunidades de mejora de la SST, se da por experiencia de los trabajadores y miembros del CSSO, con estos aportes se ha logrado reducir los riesgos y accidentes dentro de la institución.

6.2 Objetivos de la SST y planificación para lograrlos

El hospital cuenta con objetivos de SSO y estos son basados en la política Seguridad y Salud Ocupacional del ISSS, para su cumplimiento se hace por medio de un plan de trabajo el cual detalla quien será el responsable de la ejecución. Respecto a la medición de las metas, esta se realiza una vez al año, guardando los resultados sobre el cumplimiento del plan de trabajo y de las metas alcanzadas.

3) Capítulo 7: Apoyo

7.1 Recursos

El hospital cuenta con el apoyo de la alta dirección, asignando recursos financieros, humanos, infraestructura y recursos tecnológicos para el establecimiento, implementación y mantenimiento de la SST.

7.2 Competencia

La institución capacita a los miembros de CSSO en los temas relacionados con la seguridad y salud de los trabajadores, por lo que conocen la forma de proceder ante la presencia de una situación de emergencia. Se cuenta con información documentada de las capacitaciones impartidas a miembros del comité y del personal en general.

7.3 Toma de conciencia

El hospital desarrolla jornadas de sensibilización sobre la SST en los lugares de trabajo, haciendo conciencia de respetar reglamentos internos para la prevención de peligros y riesgos en los lugares de trabajo y con ello evitar sanciones del MTPS por no acatar la legislación orientada a la protección de la salud del empleado.

7.4 Comunicación

El requisito de la comunicación se cumple teniendo identificado los canales apropiados para comunicar los temas que interesan conocer los empleados, derechohabientes y visitantes en general, en materia de SST, la manera de como informar internamente es por medio de reuniones, periódicos murales y perifoneo, externamente se hace vía telefónica y correo electrónico, estos medios utilizados son comprensibles por todos los empleados, por lo que se ha logrado una comunicación eficiente entre los trabajadores y la alta dirección, esta última está abierta a escuchar las sugerencias dadas por la parte laboral.

7.5 Información Documentada

La institución cuenta con información documentada respecto a la SST, se tienen archivos con documentos que resguardan amplia información respecto a requisitos legales a respetar en materia de seguridad y salud en el trabajo, procesos para la prevención de riesgos y peligros laborales, entre otros, sin embargo, estos no están conforme a los requisitos que exige un sistema de gestión en SST, ya que no lo tienen implementado.

4) Capítulo 8: Operación

8.1 Planificación y control operacional

El hospital cuenta con un plan operativo anual que contiene las actividades y recursos asignados para lograr los objetivos en materia de SST, entre los recursos asignados a los empleados están los EPP, cabe mencionar que el personal proveniente de contratistas, también se les exige el uso de EPP y se les da indicaciones para no entrar en lugares restringidos para evitar riesgos laborales, también se hace uso de controles administrativos que vigilan el respeto a los requisitos pertinentes de la ley para eliminar peligros en los lugares de trabajo.

La institución tiene cuidado de actualizar los procesos al momento de incluir un nuevo servicio en hospital, lo que implica elaborar nuevos procesos y procedimientos.

Para la realización de compras, esas se hacen atendiendo procedimientos establecidos, el cual incluye la aprobación de un panel de profesionales quienes evalúan los servicios o productos a adquirir.

8.2 Preparación y respuesta ante emergencias

El hospital cuenta con un plan de emergencias el cual detalla que hacer antes, durante y después de una catástrofe que pudiera darse dentro de las instalaciones de la institución, para ello se ha capacitado al personal contra conatos de incendio, inundaciones y sismos, con el fin de reducir al mínimo los accidentes de los empleados, derechohabientes y visitantes en la institución, se tiene señalizado las rutas de evacuación y puntos de encuentro dentro de las instalaciones.

5) Capítulo 9: Evaluación del desempeño

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño

En vista de que el hospital no tiene implementado un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, no se puede evaluar su desempeño.

Sin embargo, si se evalúa y da seguimiento al cumplimiento de la parte legal competente a la SST, también procesos y procedimientos para eliminar ruidos, se da seguimiento a los objetivos establecidos en el plan de trabajo, a las capacitaciones impartidas y a impartir, etc., ya que periódicamente el MINTRAB realiza inspecciones para verificar de primera mano el cumplimiento de la legislación laboral, revisando entre muchos aspectos el uso de EPP, señalización, y extintores.

9.2. Auditoría interna

Según información proporcionada se realizan auditorías internas por parte de CSSO, los puntos auditados son los procesos y porcentaje alcanzado de los objetivos con los indicadores establecidos, producto de la auditoría surgen algunas inconformidades las cuales son analizadas y superadas lo más pronto posible. En vista que el hospital no tiene un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, este no posee programas de auditoria interna que le den seguimiento al cumplimiento de requisitos que la norma exige y poder señalar las no conformidades del sistema de gestión.

9.3. Revisión por la dirección

La dirección revisa los planes de trabajo anual y apoya su ejecución, otro aspecto a revisar son los requisitos legales, en vista que la política exige su cumplimiento, se revisan los indicadores de trabajadores incapacitados, ausencias y número de accidentes.

Algo muy importante a revisar son los resultados de las auditorias de CSSO y en mayor énfasis las no conformidades, para lo cual se toman las medidas pertinentes para subsanarlas incluyendo la disponibilidad de recurso económico y humano necesario a utilizar. Sin embargo al cambiar de mando, la dirección saliente no informa a la dirección entrante sobre el estado de los planes anuales en materia de SST, generando atrasos en su ejecución.

6) Capítulo 10: Mejora

10.1 Incidentes, no conformidades y acciones correctivas

El hospital cuenta con un manual de emergencias y además de un proceso para investigar incidentes, acciones a tomar para evitar que vuelvan a ocurrir y también para notificar al MTPS para que acuda a realizar las inspecciones pertinentes en el lugar del hecho. Para la revisión de incidentes se tiene designado a personal del CSSO, quienes realizan una investigación para determinar la causa raíz, que posteriormente es divulgada con el objeto de que no vuelva a ocurrir.

El propósito de aplicar medidas correctivas es ayudar al personal afectado, sean estos empleados, derechohabientes, visitantes u otra parte interesada para que esté libre de riesgo de sufrir accidentes. A su vez se elabora un informe detallando lo ocurrido y las medidas correctivas propuestas, de encontrar fallas en el procedimiento actual se le hacen mejoras para minimizar riesgos. Todo en el fin de cumplir con la ley, no con el objeto de cumplir con el Sistema de Gestión de SST ya que no se tiene implementado.

10.2 Mejora continua

El hospital ha mejorado en la SST, en vista que el CSSO, promueve la cultura de prevención de riesgos, al ocurrir un accidente se comunica a los empleados, la dirección escucha las sugerencias del comité orientadas a la prevención de riesgos laborales.

3.9.2.2 Resultados para el cumplimiento de la ISO 14001:2015

La situación actual del HPZ en lo concerniente a la Gestión Ambiental se determinó haciendo uso de la lista de verificación (**Apéndice 7**), el cual permitió evaluar los requisitos que la norma involucra.

La evaluación realizada permitió conocer el nivel de cumplimiento de los requisitos de cada una de las secciones que integra la norma, un resumen del cumplimiento de esta normativa se muestra en la **Tabla 10**.

3.9.2.2 Resultados para el cumplimiento de la ISO 14001:2015

En la **Tabla 10** se presenta un resumen del cumplimiento de los requisitos de la norma NTS ISO 14001:2015.

Tabla 10

Resultados del diagnóstico de la norma NTS ISO 14001:2015

REQUISITOS	CUMPLE
4. Contexto de la organización	59%
5. Liderazgo	89%
6. Planificación	57%
7. Apoyo	55%
8. Operación	70%
9. Evaluación del desempeño	39%
10. Mejora	60%
Cumplimiento total	61%

Nota: *Elaboración propia.*

Los resultados mostrados en la **Tabla 10** reflejan que el porcentaje de cumplimiento total de la norma ISO 14001:2015, en el HPZ, es del **61%**, detallando el nivel actual de cumplimiento del sistema de gestión en todos los requisitos que la componen. El capítulo con el mayor porcentaje de evaluación fue el número 5 Liderazgo y participación de los trabajadores, con un 89% de cumplimiento, contando con evidencia en la que se demuestra el compromiso de la alta dirección por proteger el medio ambiente de los alrededores, promoviendo la participación de los empleados evitando los impactos ambientales que afecten a las partes interesadas.

El segundo capítulo con mayor evolución fue el número 8 Operación con un 70% de cumplimiento, quedando ambos requisitos 8.1 Planificación y control operacional y 8.2 Preparación y respuesta ante emergencias con el 70% cada uno, se evidencio que existen planes de trabajo en el área de GA dentro y fuera del HPZ.

Por otra parte, el capítulo que presenta un menor grado de cumplimiento es el numero 9 Evaluación del desempeño con un 39% de cumplimiento, especialmente el requisito 9.3 Revisión por la dirección con el 13%, seguido del requisito 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación es donde se debe de trabajar para cumplir la GA de la norma.

A continuación, se presenta los resultados de manera más detallada por cada uno de los capítulos del 4 al 10 de la norma ISO 14001:2015 Sistemas de Gestión Ambiental obtenidos en el desarrollo del diagnóstico realizado en el hospital. **(Ver Apéndice 7)**. Los resultados de la 14001

1) Capítulo 4: Contexto de la Organización

4.1 Comprensión de la organización y de su contexto

El HPZ, no ha determinado correctamente las cuestiones externas e internas con una metodología que son pertinente para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr sus objetivos del sistema de GA, pero se conoce un poco del contexto por el estudio de impacto ambiental (E'sIA) que se elaboró para su construcción. Además, no ha identificado y evaluado sus interacciones con el medio ambiente, incluyendo el cambio climático, como parte de su análisis de contexto.

4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de partes interesadas.

En el hospital se ha determinado las necesidades y expectativas solo para los trabajadores de la institución, como se mencionó anteriormente por medio del estudio de impacto ambiental (E'sIA) que se elaboró para su construcción, identificando los aspectos ambientales y los posibles impactos ambientales, para salvaguardar la salud de trabajadores, proveedores, derechohabientes y vecinos aledaños. Cabe mencionar se tiene documentado quienes comprenden sus partes interesadas y las necesidades de los mismos, para cumplir con los requisitos que la norma requiere. A demás se ha determinado las actividades que afectan al medio ambiente.

Es necesario considerar cómo el cambio climático afecta el nosocomio por ejemplo las sequías e inundaciones y cómo la impacta al cambio climático con sus emisiones de CO₂ por el uso de combustible fósil, establecer como mitigar y adaptar medidas para reducir los impactos negativos, como disminuir emisiones y para adaptarse a los cambios inevitables, como gestionar la escasez de agua, el HPZ en la actualidad realiza reciclaje de materiales, se utilizan rutas lógicas de los vehículos institucionales para ahorrar combustible, utilizan luminarias led con el objetivo de ahorrar energía eléctrica, se está formulando un proyecto fotovoltaico para generar energía eléctrica y aprovecharla, con el fin de contrarrestar con los efectos del cambio climático.

4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la GA

El hospital en sus planes de trabajo anual de GA tiene los objetivos a alcanzar:

El límite físico es el área total del hospital y los lugares externos al HPZ que se ha realizado la compensación ambiental, la política ambiental y planes de trabajo están disponible para el personal en especial para el comité de GA.

4.4 Sistema de Gestión de la GA

El hospital no ha determinado, establecido o implementado un Sistema de Gestión de Ambiental, únicamente se tienen procesos que se alinean con los requisitos de la norma debido a que cuenta con un comité de gestión ambiental, dando cumplimiento a esta legislación ambiental se logra cumplir con parte de lo exigido por el sistema de gestión ambiental de la norma ISO NTS 14001:2015.

2) Capítulo 5: Liderazgo

5.1 Liderazgo y compromiso

La alta dirección demuestra liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión ambiental, prueba de ello es el apoyo que muestra a las actividades en materia de GA, asegurándose de la integración de procesos, asignación de recursos, promoviendo participación de los trabajadores y también la mejora continua, tomando acciones para superar no conformidades señaladas en las auditorías.

5.2. Política ambiental

El Hospital cuenta con una política en materia de gestión ambiental de acuerdo con la ley de medio ambiente, siguen las directrices de la política ambiental institucional ISSS que ayuda a la protección del medio ambiente con el cumplimiento de los requisitos legales nacionales, se encuentra como información documentada, se ha detectado que no todos los empleados conocen la política, debido a que no está divulgada por los medios de difusión del hospital como carteleras, solo está disponible en documentación del comité de gestión ambiental del hospital.

5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

La alta dirección del hospital tiene al comité de GA quien se encarga de ejecutar y comunicar a sus integrantes de todos los niveles los roles y responsabilidades en materia

de seguridad ocupacional, manteniendo información documentada, dicho comité se asegura de cumplir con los requisitos normativos y legales pertinentes a la institución.

3) Capítulo 6: Planificación

6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

El HPZ cuenta con una matriz de riesgos ambientales, se realizan acciones para minimizar el impacto ambiental, se han identificados los aspectos ambientales y sus impactos ambientales, pero no desde la perspectiva de ciclo de vida. Existen planes de emergencias ambientales. Se han realizado un método de evaluación por ejemplo MEL ENEL o Criterios relevantes para evaluación de la significancia de los aspectos ambientales identificados, se han determinado los requisitos legales para poder cumplir con estos.

6.2. Objetivos ambientales y planificación para lograrlos

Todos los objetivos del GA están apegados a la política ambiental del ISSS, además de los aspectos ambientales, los requisitos legales, riesgos y oportunidades, los recursos se deben de gestionar con la alta dirección para los objetivos, se han comunicado los objetivos en el HPZ en los niveles pertinentes.

4) Capítulo 7: Apoyo

7.1. Recursos

El HPZ dispone de los recursos necesarios para el correcto desempeño del sistema de gestión ambiental, pero deben de gestionarse con la alta dirección para la disponibilidad de estos, las personas necesarias para implementar eficazmente el sistema de gestión ambiental asignado son los trabajadores que comprenden el comité de gestión ambiental.

7.2 Competencia

Los integrantes del comité tienen las competencias necesarias y se capacitan continuamente en los temas ambientales para poder alcanzar los objetivos propuestos.

7.3 Toma de conciencia

Se realizan capacitaciones de sensibilización, campañas de reciclaje, reforestación en áreas protegidas, limpiezas de playa y liberación de tortugas, los empleados están conscientes que al seguir los procesos esto ayuda a alcanzar la eficacia del sistema de GA.

7.4 Comunicación

Han determinado las comunicaciones internas pertinentes al sistema de gestión ambiental en murales, perifoneo, correos institucionales, se sabe cómo, cuándo y que comunicar a las respectivas partes interesadas a empleados, derechohabiente, proveedores y visita.

7.5 Información documentada

Se ha identificado la documentación requerida por la norma y el propio sistema de gestión, solo se archivan en un AMPO, pero no están identificadas con un código, solamente cuando existe una auditoría interna se revisa exhaustivamente la documentación, el CGA es quien resguarda la documentación existente.

5) Capítulo 8: Operación

8.1 Planificación y control operacional

Se han realizado planes anuales de los cuales se implementa y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de GA, existen un proceso de compra de servicios ambientales como por ejemplo el contrato de mantenimiento de la PTAR, han comunicado los requisitos ambientales pertinentes a los proveedores externos, saben que sin el permiso de funcionamiento del MARN no pueden ser contratados.

8.2 Preparación y respuesta ante emergencias

Se han establecido los procesos necesarios para prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia, Planes de emergencias en los cuales se expresa que hacer antes, mientras y después de una emergencia, teniendo en cuenta la comunicación con partes interesadas, cuando sea oportuno.

6) Capítulo 9: Evaluación de desempeño

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

El HPZ evalúa solo se calculando el porcentaje de cumplimiento y algunos indicadores, pero no es al 100% la medición, los equipos de medición solamente se dispone de equipo para medir parámetros de aguas residuales, solamente internamente se comunica la información pertinente a su desempeño ambiental.

9.2 Auditoría interna

Las auditorías internas se realizan solo cuando son necesarias, por el departamento de gestión ambiental del ISSS, el alcance son las actividades ambientales del plan de manejo ambiental y la legislación, la información siempre está dispuesta, se implementan acciones para superar las observaciones realizadas por el auditor interno o por el MARN.

9.3 Revisión por la dirección

No han incluido todas las entradas de la revisión presentes en la norma de referencia, Cuando se cambia de dirección la saliente jamás entrega de forma oficial la documentación, por esa razón se debe de revisar todo e iniciar funciones. El resultado de la auditoría y en mayor énfasis las no conformidades, tomar acciones pertinentes en superarlas incluyendo el requerimiento de los recursos monetarios y humano a invertir.

7) Capítulo 10: Mejora

10.1 Generalidades

La organización planifica acciones para la mejora de su desempeño ambiental y del desempeño del sistema de gestión ambiental, solamente las actividades exigidas por legislación para no afectar a las partes interesadas.

10.2 No conformidad y acción correctiva

Solamente se corrigen las no conformidades que aparecen observadas en las auditorías, existe documentación referente a la superación de las no conformidades.

10.3 Mejora continúa

La dirección junto al CGA busca la mejora continua con los objetivos y acciones, existen evidencias de mejoras planificadas por la organización como capacitaciones en los temas de GA, las mejoras continuas siempre se hacen apegado a las directrices de la política ambiental que incluye a las partes interesadas.

3.9.2.3 Acciones por tomar en cuenta para el diseño del sistema integrado

A continuación, en la **Tabla 11**, con base a la evaluación del grado de cumplimiento y el análisis de resultados por apartado de ambas normas, se presentan las acciones por capítulo recomendadas a tomar en cuenta en el diseño del SIG.

Tabla 11
Acciones para el diseño del Sistema Integrado de Gestión

% de Cumplimiento	Acciones para el diseño del Sistema Integrado de Gestión
4. Contexto de la organización	
Norma ISO 45001:2018 50%	1. Establecer una metodología para analizar el contexto de la organización y así poder identificar las cuestiones externas e internas.
	2. Diseñar una metodología para identificar y documentar las partes interesadas del hospital, incluyendo los requisitos que la norma exige.
Norma ISO 14001:2015 55%	3. Determinar y documentar las necesidades y expectativas de las partes interesadas
	4. Determinar los límites y aplicabilidad del Sistema Integrado para que esté disponible a las partes interesadas.
	5. Elaborar un mapa de procesos que detalle las funciones de la organización, identificando aquellos que exigen las normas y mejorándolos continuamente como lo exige el sistema de gestión.
5. Liderazgo	
Norma ISO 45001:2018 75%	1. Definir y documentar las responsabilidades de la dirección en materia de SST y GA, asegurándose de que la política de SST y GA sean compatibles con la dirección estratégica de la institución, que se tengan los recursos necesarios y comunicar la importancia de sistema integrado.
Norma ISO 14001:2015 89%	2. Elaborar, documentar y dar a conocer una política integrada del sistema de gestión que deberá cumplir todos los requisitos descritos en el numeral 5.2 de las normas.
	3. Definir y documentar los roles y responsabilidades del personal dentro del sistema de gestión y darlos a conocer en la institución, asegurándose de que los trabajadores asuman su responsabilidad para el buen funcionamiento del sistema integrado de gestión.
	4. Establecer y documentar un proceso para la participación de los trabajadores en todos los niveles para la consulta en el desarrollo, planificación implementación, evaluación y acciones para la mejora del sistema integrado de gestión
6. Planificación	
Norma ISO 45001:2018 66%	1. Determinar los riesgos y oportunidades al analizar el contexto de la organización, los requisitos referidos a la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y el alcance del sistema integrado de gestión.
	2. Establecer y documentar un mecanismo para identificar los peligros y evaluar los riesgos.
Norma ISO 14001:2015 57%	3. Establecer, implementar y mantener procesos para evaluar los riesgos identificados para la SST y GA, tomando en cuenta los requisitos legales y de las normas en cuestión.

% de Cumplimiento	Acciones para el diseño del Sistema Integrado de Gestión
	4. Establecer, implementar y mantener un proceso para identificar oportunidades de mejora del sistema de gestión, los cambios planificados y oportunidades de eliminar o riesgos.
	5. Establecer un mecanismo para identificar acciones para abordar riesgos y oportunidades y requisitos legales.
	6. Establecer objetivos de la SST que sean coherentes con la política integrada, comunicarlos y actualizarlos cuando corresponda. Establecer un período para su revisión.
	7. Poner en marcha una metodología para la identificación, evaluación y seguimiento de los aspectos e impactos ambientales de la organización, que permita determinar cuáles son significativos mediante el uso de criterios establecidos. De igual forma una metodología para identificar, evaluar y controlar los riesgos y peligros de la SST según puestos de trabajo. Debe incluir la planificación de acciones al respecto
7. Apoyo	
Norma ISO 45001:2018 66%	1. Plantear una metodología para determinar y proporcionar las personas necesarias que trabajen en la implementación eficaz de un SIG, así como para la operación y control de sus procesos.
Norma ISO 14001:2015 55%	2. Conservar y documentar la información apropiada como evidencia de competencia del personal para la implementación del SIG.
	3. Realizar capacitación y concientización para dar a conocer y explicar la política, los objetivos, la contribución a la eficacia del SIG, relacionando estos con las actividades que se desarrollan en los procesos clave del hospital y como se impacta de manera negativa el incumplimiento de los requisitos del SIG. Además, un programa de formación para la implementación y mantenimiento del SIG.
	4. Desarrollar una metodología la comunicación interna y externa que asegure que todos los miembros de la organización comprendan la importancia del SIG y contribuyan a la mejora continua.
	5. Documentar la información según los requisitos establecidos por las normas de gestión de SST y GA, asegurándose que esté disponible y protegida adecuadamente.
8. Operación	
Norma ISO 45001:2018 76%	1. Diseñar un mecanismo por medio del cual la institución planifique, implemente y controle los procesos necesarios para cumplir con los requisitos de SIG.
Norma ISO 14001:2015 70%	2. Establecer un proceso de control que permita eliminar los peligros y reducir los riesgos relacionados con el SIG.
	3. Establecer un proceso para la implementación y el control de los cambios planificados y que impactan al SIG.
	4. Establecer controles que aseguren que las compras de bienes y servicios sea conforme con los requisitos del SIG.

% de Cumplimiento	Acciones para el diseño del Sistema Integrado de Gestión
	5. Establecer procesos para identificar y comunicar los peligros y evaluar riesgos por actividades y operaciones realizadas por contratistas, respetando los requisitos exigidos por el SIG
	6. Documentar la información sobre el proceso y sobre los planes para responder a situaciones de emergencia potenciales de SST y GA
9. Evaluación del desempeño	
Norma ISO 45001:2018 57%	1. Establecer, implementar y mantener un proceso para el seguimiento, medición y evaluación del desempeño del SIG.
	2. Establecer los mecanismos de evaluación del cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos
Norma ISO 14001:2015 39%	3. Establecer una metodología para la ejecución de auditorías internas
	4. Desarrollar planes de formación de auditores en SIG.
	5. Conservar información documentada como evidencia de las revisiones para la dirección.
10. Mejora	
Norma ISO 45001:2018 66%	1. Diseñar una metodología para planificar, establecer, implementar y mantener un proceso para gestionar accidentes y no conformidades.
	2. Documentar y estandarizar procesos para implementar las acciones correctivas y revisión de su eficiencia.
Norma ISO 14001:2015 60%	3. Documentar información como evidencia de los resultados de la mejora continua del SIG.

Nota: *Elaboración propia.*

3.9.2.4 Resultados para el cumplimiento de requisitos legales

Con el propósito de ahondar en el cumplimiento de requisitos legales relacionados a la seguridad y salud en el trabajo, se entrevistó al representante de SST de la organización y también al encargado de producción, obteniendo los resultados presentados en la **Tabla 12**.

Tabla 12

Resumen de resultados en requisitos legales en materia de SST

	Capítulos	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A
Capítulo I	Organización y planificación de actividades y reuniones del comité de seguridad y salud ocupacional.	11%	3%	0%
Capítulo II	Identificación, evaluación, control y seguimiento permanente de los riesgos ocupacionales	15%	2%	2%
Capítulo III	III. Registro actualizado de accidentes, enfermedades profesionales y sucesos peligrosos	6%	0%	0%

Capítulo IV	IV. Diseño e implementación del plan de emergencia y evacuación	11%	2%	0%
Capítulo V	V. Entrenamiento de manera teórica y práctica permanente a personas trabajadoras	0%	2%	0%
Capítulo VI	VI. Establecimiento de programa de exámenes médicos y atención de primeros auxilios	6%	0%	0%
Capítulo VII	VIII. Formulación de programas preventivos y de sensibilización sobre violencia hacia la mujer, acoso sexual y demás riesgos psicosociales	5%	0%	0%
Capítulo VIII	VIII. Formulación de programas preventivos y de sensibilización sobre violencia hacia la mujer, acoso sexual y demás riesgos psicosociales	6%	0%	0%
Capítulo IX	IX. Condiciones estructurales del lugar de trabajo	23%	6%	2%
TOTALES		83%	14%	3%

Nota: Elaboración propia. Adaptado del Cuestionario de evaluación sobre las condiciones de Seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Dirección General de Previsión Social, Departamento de Seguridad e Higiene Ocupacional. MINSAL (2021)

Los resultados de la evaluación (**Ver Apéndice 8**) muestran un cumplimiento del 83% lo cual demuestra que el HPZ está cumpliendo con la mayor parte de la LGPRLT y sus reglamentos, sin embargo, debido a que no cuenta con un sistema de gestión en SST.

Sin embargo, quedan vacíos que deben mejorarse para asegurar que los empleados tengan una mejor salud y seguridad en el trabajo, por lo que es necesario destinar más recursos orientados a superar las deficiencias encontradas especialmente en planificación de actividades de CSSO.

Es importante también realizar la evaluación y seguimiento de riesgos ocupacionales, así como a la estandarización de procesos que hagan más eficientes las labores y cumplan con exigencias legales y normativas pertinentes, orientadas a eliminar riesgos en los lugares de trabajo y evitar sanciones.

El análisis del cumplimiento legal en materia de gestión ambiental se muestra en la **Tabla 13** que se presenta a continuación.

Tabla 13*Resumen de resultados en requisitos legales en materia de GA*

Capítulos		CUMPLE	NO CUMPLE	N/A
Capítulo I	Organización y planificación de actividades y reuniones del comité de gestión ambiental.	15%	0%	0%
Capítulo II	Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	15%	0%	0%
Capítulo III	Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos. RTS 13.03.01:14.	23%	0%	0%
Capítulo IV	Aguas, Aguas residuales. Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos residuales. RTS 13.05.01:24.	15%	0%	0%
Capítulo V	Condiciones Ambientales.	26%	6%	0%
Totales		94%	6%	0%

Nota: Elaboración propia.

Los resultados de la evaluación (**Ver Apéndice 9**), muestran un cumplimiento del 94% lo cual demuestra que el HPZ está cumpliendo con la mayor parte de la Ley de Medio Ambiente, sus reglamentos y normas nacionales, sin embargo, debido a que no cuenta con un sistema de gestión en GA, quedan vacíos que deben mejorarse para asegurar que las partes interesadas disfruten de un medio ambiente agradable cuidando de su salud.

Expresado lo anterior es necesario destinar más recursos orientados a superar las deficiencias encontradas especialmente en planificación de actividades de GA, en la evaluación y seguimiento de aspectos ambientales e impactos ambientales y en la estandarización de procesos que hagan eficientes las labores y cumplan con exigencias legales orientadas a eliminar impactos ambientales y evitar sanciones.

3.9.2.5 Resultados para el cumplimiento de información documental

La información documentada es de gran importancia para demostrar el cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas NTS ISO, estas son la evidencia de que todos los procesos, procedimientos y manuales pertinentes han sido desarrollados con forme el estándar lo exige.

La información recabada haciendo uso de los instrumentos de recolección ha sido analizada y resumida en tablas y gráficos que hacen más comprensible los resultados obtenidos en la investigación.

– **Resultados del estado documental ISO 45001:2018**

Para verificar el nivel de cumplimiento de la documentación en la gestión de seguridad y salud en el trabajo se utilizó el instrumento (**Ver Apéndice 12**) de verificación de la entrevista y check list de la norma en cuestión (**Ver Apéndice 6**). Los instrumentos muestran que tipo de información documentada se mantiene y conserva según lo exigen los diferentes capítulos de la norma ISO 45001:2018, en un 68%, tal y como lo detalla a continuación la **Tabla 14**.

Tabla 14

Resultados de la información documental ISO 45001:2018

Resultados	Valor
Cantidad de documentos a cumplir (documentos y registros obligatorios)	22
Cantidad total de documentos cumplidos	15
% de cumplimiento de la información documentada	68%

Nota: Elaboración propia.

– **Resultados del estado documental ISO 14001:2015**

Para verificar el nivel de cumplimiento de la documentación en lo concerniente a la gestión ambiental se utilizó instrumentos de como la entrevista (**Ver Apéndice 12**) y check list (**Ver Apéndice 7**) de la norma en cuestión. Los instrumentos muestran que tipo de información documentada se mantienen y conservan según lo exigen los diferentes capítulos de la norma ISO 14001:2015, a continuación, en la **Tabla 15** se presentan los resultados obtenidos con un 50.0% de cumplimiento de la información documentada.

Tabla 15

Resultados de la información documental ISO 14001:2015

Resultados	Valor
Cantidad de documentos a cumplir (documentos y registros obligatorios)	18
Cantidad total de documentos cumplidos	9
% de cumplimiento de la información documentada	50%

Nota: Elaboración propia.

3.10 Matriz metodológica de consistencia de la investigación

El **Apéndice 14** se presenta la matriz metodológica de consistencia, la cual resume la relación y conexión lógica entre los elementos del trabajo de investigación, así como la formulación del problema, la sistematización de preguntas, los objetivos que darán respuesta al problema, las hipótesis o supuestos, la operacionalización de variables y el diseño metodológico utilizado para la recolección y análisis detallado de información.

3.11 Análisis de las variables identificadas

Este análisis comprende la revisión de los factores que miden la investigación y como se relacionan para responder a las preguntas de investigación. A continuación en la **Tabla 16**, presenta las respuestas a las variables planteadas en el trabajo de investigación.

Tabla 16

Resultados de las variables de investigación

RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	
VARIABLE	RESULTADOS
Riesgo laboral	En cuanto a los accidentes al 30 de junio de este año 2025 han ocurrido 9 generando incapacidades, estos se reportaron al ministerio de trabajo y comunicado al resto de empleados, promoviendo la cultura de prevención de riesgos laborales con el objetivo de no ocurrencia. Las incapacidades otorgadas son 430 entre enfermedades nosocomiales y comunes, en el mismo periodo al 30 de junio de 2025.
Aspectos e impactos Ambientales identificados	El HPZ cuenta con una matriz de riesgos ambientales, se realizan acciones para minimizar el impacto ambiental, se han identificado (Ver apéndice 7, requisito 6.1.1, 6.1.2) 5 aspectos ambientales y sus respectivos impactos ambientales significativos, pero no desde la perspectiva de ciclo de vida. Existen planes de emergencias ambientales. Se han realizado un método de evaluación por ejemplo MEL ENEL o Criterios relevantes para evaluación de la significancia de los aspectos ambientales identificados, se han determinado los requisitos legales en materia ambiental para poder cumplir con estos. La política ambiental vigente promueve minimizar los impactos al medio ambiente.
Requisitos normativos NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO14001:2015.	La evaluación de los requisitos normativos realizados a través de los check list (Ver apéndice 6 y 7) mostraron que el HPZ tiene un cumplimiento de la norma ISO 45001:2018 de un 65% y la norma ISO 14001:2015 por su parte tiene un nivel de cumplimiento del 61%, estos son buenos resultados en vista que no se tiene un Sistema de Gestión establecido, pero el hecho de contar con un CSSO y un CGA, es un gran referente para el cumplimiento de la mayoría de requisitos exigidos por ambas normativas.

RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	
Requisitos legales en SST/GA.	La evaluación de los requisitos legales pertinentes alcanzo un 83% (ver apéndice 8) según cuestionario de evaluación de condiciones de SSO de MTPS. Lo cual demuestra el HPZ cumple con la mayor parte de la LGPRLT y sus reglamentos. Por otra parte, los requisitos legales en materia ambiental se cumplen en un 94% esto según cuestionario de evaluación (ver apéndice 9) realizado tomando en cuenta leyes pertinentes al hospital en materia ambiental.
Información documentada	El HPZ cuenta con un mínimo de información documentada según lo establecido por los requisitos de las normas ISO 45001:2018 con un 68% e ISO 14001:2015 con 50%, según datos recabados por los instrumentos de recolección de información. (Ver Apéndice 12). Esta información se tiene documentada por los CSO y GA que ha permitido el cumplimiento legal y reglamentario exigido por las autoridades, lo cual servirá de base para la implantación del sistema de gestión integrado.
Procesos documentados	El HPZ tiene elaborado procesos en su manual de funciones que incluyen los procesos estratégicos, claves y de apoyo, en el numeral 4.4 del check list de las normas en cuestión ISO 45001:2018 y 14001:2015 no se señalan en vista que no cumplen con los requisitos exigidos por ambas normas.

Nota: *Elaboración propia, en base a instrumentos de recolección de información.*

3.12 Respuestas a las hipótesis formuladas

Este apartado presenta las respuestas a las hipótesis formuladas a lo largo de la investigación, para lo cual se procedió a analizar los resultados obtenidos a través de los instrumentos de recolección de información y en base ello responder a los supuestos enunciados que han sido guía o respuestas preliminares a las preguntas relacionadas al Diseño de un Sistema integrado de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y Gestión ambiental NTS ISO 14001:2015, aplicable al Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

A continuación, se presenta la respuesta a las hipótesis formuladas en la investigación:

a) Hipótesis o supuesto general

- 1) *El diseño de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a mejorar la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.*

Respuesta:

Con el diseño de un sistema integrado de gestión el HPZ puede superar las no conformidades identificadas en el diagnóstico.

La integración de las normas permite al HPZ, ayudar a tener una gestión integrada de la documentación exigida para su implementación y posteriormente una certificación en NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, lo cual valida la hipótesis ya que contribuiría a mejorar la gerencia de servicios médicos y aportaría importantes beneficios a la institución, tales como un ambiente de trabajo más seguro para el personal, una menor exposición a riesgos para los pacientes, una mejor imagen y reputación ante los pacientes, derechohabientes, empleados y la comunidad, una gestión sostenible que optimiza los procesos y recursos lo que hará eficiente y sostenible al Hospital Policlínico Zacamil.

b) Hipótesis Específicas

1). La identificación del nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 permitirá conocer la situación actual de los servicios de la organización.

Respuesta:

Los instrumentos de evaluación del cumplimiento de los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 (ver Apéndices 6 y 7) mostró que el HPZ presenta actualmente un nivel de cumplimiento del 65 % y 61 %, respectivamente. Este diagnóstico permitió evaluar tanto el grado de cumplimiento de los requisitos normativos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental, brindando una visión más clara de sus fortalezas y oportunidades para la mejora continua de sus servicios.

La hipótesis se valida, ya que los resultados obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación y el diagnóstico presentado en el capítulo III permitieron identificar brechas significativas en la gestión de la SST.

Esto se evidencia especialmente en la planificación de riesgos, la participación de los trabajadores y la documentación de procesos críticos. Si bien el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional realiza esfuerzos valiosos, actualmente no cuenta con un sistema formalizado que garantice la trazabilidad y la mejora continua.

En cuanto a la Gestión Ambiental, se evidenció un cumplimiento parcial en aspectos como el control operacional y la evaluación de impactos ambientales.

El Comité de Gestión Ambiental promueve buenas prácticas; sin embargo, carece de indicadores sistemáticos para medir el desempeño ambiental.

- 2) *La identificación de los riesgos laborales, ayudará en la seguridad y salud de los empleados.*

Respuesta:

El instrumento de recolección de información (**Ver Apéndice 8**) para identificar el nivel de cumplimiento en materia legal pertinente en el apartado II (Identificación, evaluación, control y seguimiento permanente de los riesgos ocupacionales) mostro que el CSSO del hospital cuenta con un programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales, este comité ha identificado riesgos físicos, biológicos, ergonómicos y sociales en los lugares de trabajo, por lo cual se válida la hipótesis ya que a los empleados se les asigna EPP según su puesto de trabajo, asegurándose de que estén en buenas condiciones, para evitar contraer alguna enfermedad o tener un accidente de trabajo.

Así también existe un procedimiento para el manejo de riesgos, como es el caso de los riesgos biológicos que están controlados con un plan de manejo de Desechos Biológicos, también se brinda capacitación a los trabajadores acerca de los riesgos del puesto de trabajo que puede causarles daño y a través de periódicos murales se divulga información referente a los riesgos.

Esto ha contribuido a prevenir accidentes, enfermedades ocupacionales y mejorar la seguridad y eficacia de las labores. Es de esperar que, con un SIG, los resultados serán más favorables contribuyendo a tener un ambiente más seguro para todos, reduciendo costos asociados a accidente y enfermedades, mejorando la moral y productividad del personal que labora en la institución.

- 3) *La determinación de los aspectos ambientales reducirá los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas.*

Respuesta:

En la lista de verificación sobre los requisitos de la norma NTS ISO 14001:2015 (**Apéndice 7**) en la sección 6.1.2 del capítulo 6, se verificó que el hospital no realiza procedimientos apegados a las disposiciones que exige la norma, la identificación de aspectos ambientales y sus impactos no se hace desde la perspectiva del ciclo de vida y su evaluación se realiza por el método MEL y ENEL o Criterios relevantes. Sin embargo, se tiene identificado los aspectos ambientales provocados en su funcionamiento, estos son consumo de agua, las emisiones, gestión de residuos, consumo de energía, manejo de sustancias químicas y medicamentos.

Al contar con un sistema de gestión ambiental le permitirá a la gerencia de servicios médicos del HPZ disponer de una política y objetivos orientados a la mejora de la eficiencia (optimizar procesos, reducir el tiempo y recursos) la minimización del impacto ambiental (como la generación de residuos peligrosos, el consumo excesivo de energía, agua y las emisiones contaminantes), la promoción de la salud del paciente (reducción de riesgo de infecciones) y del personal (reducción de la exposición a sustancias peligrosas) y el cumplimiento de regulaciones ambientales lo cual valida la hipótesis.

4) La determinación del nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables permitirá el cumplimiento a la legislación actual.

Respuesta:

La respuesta a esta hipótesis se da a partir de la variable, % de cumplimiento de los requisitos legales en SST y ambientales, los instrumentos utilizados para dar respuesta a esta variable (**Apéndice 8 y 9**) permitieron identificar que el HPZ tiene un significativo nivel de cumplimiento de los requisitos legales en materia de SST (83%) y GA (94%)

Por otra parte, el instrumento de guía de observación presentada en el **Apéndice 4**, aporta evidencia suficiente sobre las condiciones de las instalaciones del hospital en materia de SST y Gestión Ambiental.

La información proporcionada por los instrumentos utilizados mostró un nivel significativo de cumplimiento de la parte legal en SSO y la gestión ambiental, sin embargo también reflejo ciertos vacíos que tiene el HPZ en materia de cumplimiento legal pertinente que es necesario superar tomando las medidas correctivas adecuadas para superar esas deficiencias y en futuro cercano cumplir en su totalidad con lo que la legislación laboral y ambiental exige evitando sanciones, multas y problemas legales que afecten el prestigio de la institución por tanto la hipótesis es válida.

5) El diseño de la estructura documental de la gerencia de servicios médicos ayudará a fortalecer sus procesos.

Respuesta:

La información documentada de la gerencia de servicios médicos tiene respuesta en el requisito 7.5 de la norma NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 (Apéndice 6 y 7 respectivamente) (68% y 50% respectivamente), donde se refleja que el sujeto de estudio tiene un nivel de documentación bajo en comparación con la exigida por el SIG.

Así también las listas de verificación sobre la información documentada (Apéndice 12) requerida por ambas normas en cuestión detallan que el 68% de cumplimiento de información documentada para la NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 el 50% según **Tabla 14 y 15** respectivamente.

Conociendo el diseño de la estructura documental de la gerencia de servicios médicos ayudará a fortalecer sus procesos conforme a los SIG, por lo tanto, la hipótesis es válida ya que la institución puede implementar estrategias y acciones específicas para superar las deficiencias en la sistematización y actualización de la documentación faltante.

Este proceso llevará a una mejora de la calidad de la atención, la estandarización de los procesos, la reducción de riesgos laborales y ambientales, la optimización de recursos, lo cual aporta amplia evidencia del cumplimiento de los estándares, facilitando la toma de decisiones que lleven a la mejora continua en el sujeto de estudio.

3.13 Resumen de la investigación

Tomando de base el diagnóstico realizado, se logró determinar el nivel de cumplimiento de la gerencia de servicios médicos respecto a las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015.

Los resultados muestran que del 100% de los requisitos de la norma NTS ISO 45001:2018 el sujeto de estudio cumple con un 65% y en cuanto a la NTS ISO 14001:2015, cumple un 61% de los requisitos exigidos por la norma, por lo que se encuentran en una etapa básica e intermedia en cuanto a la implementación de un SIG. Los resultados evidencian la necesidad de acciones correctivas para avanzar en la conformidad de ambas normas, lo cual involucra la participación de la alta dirección y de todo el personal en la instauración del Sistema Integrado de Gestión.

Por otro lado, la investigación mostro que existen vacíos en la definición de las partes interesadas, la definición de procesos y procedimientos, la información documentada son algunos de los temas que requieren mayor atención en superar las no conformidades encontradas para que se apeguen a lo que las normas exigen.

También el resultado del cumplimiento legal en materia de SST, se identificó con un porcentaje global del 83%, esta porcentaje significativo de cumplimiento se debe a que el HPZ cuenta con un Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, donde el presidente de dicho comité tiene un papel fundamental para el cumplimiento de la ley y reglamentos

que establece el MINTRAB, ejecutando entre otras funciones la de organizar brigadas de emergencia, señalización de peligro, prohibición, emergencia, equipos contra incendio y ruta de evacuación.

Por ultimo también se evaluó el cumplimiento de requisitos legales en materia de Gestión Ambiental, donde se determinó un porcentaje global de cumplimiento del 94%, resultado en parte logrado por la gestión del Comité de Gestión Ambiental existente en el HPZ, el cual desarrolla importantes funciones en pro del cumplimiento legal en materia ambiental pertinente, tales como asegurarse del cumplimiento de la política ambiental institucional, asegurándose que el hospital opere de manera sostenible y responsable con el medio ambiente que rodea a la institución.

Esto incluye la elaboración de planes (manejo de residuos, uso eficiente de recursos y prevención de contaminación), gestión de residuos (sistema de manejo de residuos sólidos y peligrosos, incluyendo la separación, almacenamiento, disposición adecuada y reciclaje) ver **Apéndice 9**, el cumplimiento normativo y la promoción de la sensibilización ambiental entre el personal.

En la Tabla 17 se presenta el resumen de los resultados de la evaluación realizada.

Tabla 17

Resumen de la evaluación de la investigación

Elemento evaluado	% de cumplimiento
ISO 45001:2018 Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – Requisitos.	65%
ISO 14001:2015 Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientación para su uso.	61%
Requisitos legales en materia de SST	83%
Requisitos legales en materia de GA	94%
Información documentada NTS ISO 45001:2018	68%
Información documentada NTS ISO 14001:2015	50%

Nota: *Elaboración propia*

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE DISEÑO DE SIG

4.1 Introducción

El análisis presentado en el Capítulo III evidenció que el Hospital Policlínico Zacamil (HPZ) no cuenta con un Sistema Integrado de Gestión (SIG) alineado con los requisitos de las normas NTS ISO 14001:2015 (Gestión Ambiental) y NTS ISO 45001:2018 (Seguridad y Salud en el Trabajo). Esta ausencia representa una oportunidad estratégica para diseñar e implementar un sistema que responda eficazmente tanto a los desafíos operativos actuales como a las exigencias normativas y legales vigentes.

En este contexto, se plantea una propuesta de diseño de un SIG orientado a fortalecer la gestión de la Gerencia de Servicios Médicos, mediante una integración estructurada de prácticas de seguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. Esta propuesta tiene como finalidad principal consolidar una cultura organizacional basada en la mejora continua, el cumplimiento normativo y la satisfacción de las partes interesadas, incluyendo al personal interno, usuarios, proveedores y comunidad aledaña.

4.2 Descripción de la propuesta de diseño

La propuesta de diseño del SIG ha sido estructurada a partir de los objetivos específicos de la investigación, y está enfocada en responder a las brechas identificadas en el diagnóstico técnico presentado previamente. Esta propuesta integra los requisitos clave de las normas NTS ISO 45001:2018 e NTS ISO 14001:2015, alineando procesos, recursos y documentación para asegurar la efectividad del sistema.

La solución diseñada contempla los elementos fundamentales de un SIG robusto: política integrada, objetivos estratégicos, metodologías de gestión, procedimientos operativos, instructivos técnicos, formatos y registros, todos ellos desarrollados conforme a las buenas prácticas de gestión establecidas en las normas de referencia.

Correlación entre los objetivos específicos de la investigación y las actividades propuestas para el Sistema Integrado de Gestión (SIG)

En la **Tabla 18**, se presenta la correlación entre los objetivos específicos de la investigación y las actividades diseñadas para el SIG. Esta matriz evidencia cómo cada acción propuesta contribuye directamente al logro de los objetivos estratégicos, asegurando una implementación efectiva y alineada con las necesidades institucionales.

Tabla 18*Correlación entre objetivos específicos y actividades para el SIG*

Correlación entre objetivos específicos y actividades para el SIG		
Objetivos específicos	Actividades	Evidencias
1. Identificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para conocer la situación actual de los servicios de la organización.	Ejecución de diagnóstico normativo en función de los requisitos de ambas normas, tal como se documenta en el Capítulo III.	Capítulo III Marco Metodológico de este TG-MASIG.
2. Identificar los riesgos laborales, para ayudar en la seguridad y salud de los empleados.	Actividades del requisito 6: Crear y documentar una metodología para la identificación de los riesgos y peligros a la seguridad y salud de los trabajadores de la gerencia de servicios médicos del HPZ, tomando en cuenta los factores mencionados en el apartado 6.1.2.: Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades de la norma NTS ISO 45001:2018.	Matriz de peligros, de identificación y evaluación de los riesgos laborales.
3. Determinar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas.	Actividades del requisito 6: Crear, desarrollar y documentar una metodología para la identificación, evaluación y seguimiento de los aspectos ambientales mediante un enfoque sistemático que permita gestionar eficazmente los impactos ambientales asociados con las actividades y servicios de la gerencia de médico del HPZ.	Matriz de identificación y evaluación de aspectos ambientales.
4. Determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables para permitir el cumplimiento a la legislación actual.	En el capítulo III Marco metodológico, se realizó el diagnóstico del nivel de cumplimiento de los requisitos legales pertinentes y aplicables de la legislación.	Capítulo III Marco Metodológico de este TG-MASIG.

Correlación entre objetivos específicos y actividades para el SIG		
5. Diseñar la estructura documental de la gerencia de servicios médicos para ayudar a fortalecer sus procesos.	<p>Actividades del requisito 7: Determinar un proceso de gestión documental para estandarizar las actividades de creación, mantenimiento, divulgación y actualización de documentos relacionados al Sistema Integral de Gestión</p> <p>Determinar los formatos para la documentación de manuales, políticas, procedimientos, instructivos y registros considerando codificación, versión, historial de cambios y condiciones de divulgación.</p>	Procedimiento para el control de la documentación y los registros.

Nota: *Elaboración propia*

La planificación y estructuración documental del SIG es un componente crítico para su implementación, control y mejora. En este sentido, se diseñó una arquitectura documental que refleja la complejidad de los procesos de la Gerencia de Servicios Médicos, considerando los criterios de integración de ambas normas.

La documentación ha sido desarrollada con base en los requisitos establecidos en los capítulos de la NTS ISO 45001:2018 y la NTS ISO 14001:2015, así como en las directrices internacionales para la documentación de sistemas de gestión, particularmente la ISO 10013:2001.

Documentación clave desarrollada:

- **Manual del SIG:** Documento principal que describe el sistema, su estructura, el alcance, exclusiones justificadas, y la interacción entre procesos. También referencia la documentación relacionada con cada requisito normativo.
- **Política Integrada del SIG:** Expresa el compromiso institucional con la gestión ambiental y la seguridad y salud en el trabajo. Está diseñada para ser comunicada y comprendida por todo el personal y partes interesadas relevantes.
- **Objetivos del SIG:** Derivados de la política integrada, se definieron objetivos estratégicos que guían la planificación, implementación y evaluación del sistema.

- **Alcance del SIG:** Define los límites y la aplicabilidad del sistema dentro de la organización, considerando las exclusiones pertinentes. Su declaración formal debe ser comunicada a todo el personal.
- **Mapa de Procesos:** Representación gráfica que clasifica los procesos en estratégicos, operativos y de apoyo, facilitando su análisis e interacción.
- **Caracterización de Procesos:** Cada proceso fue documentado en fichas técnicas que incluyen: propósito, entradas, salidas, responsables, actividades, recursos requeridos, documentos de apoyo e indicadores de desempeño.
- **Manual de Procesos:** Contiene la descripción operativa de las actividades realizadas por las distintas unidades organizativas, roles involucrados, mapa de procesos y fichas de caracterización.
- **Indicadores del SIG:** Se definieron indicadores clave asociados a los objetivos estratégicos, permitiendo medir el desempeño del sistema, identificar oportunidades de mejora y facilitar la toma de decisiones.
- **Procedimientos Documentados:** Se elaboraron nueve (9) procedimientos normativos, con un formato estandarizado que incluye: objetivo, alcance, glosario, responsabilidades, desarrollo del proceso, matriz de registros y control de cambios. Se destaca el procedimiento para el control de la documentación y los registros **SIG-HPZ-PR11**, para el control de documentos y registros.
- **Formatos:** Se desarrollaron formatos específicos según el tipo de documento, codificados para garantizar su trazabilidad, fácil localización y estandarización en su uso.
- **Registros:** Constituyen la evidencia objetiva del cumplimiento de los procesos documentados. Se codificaron en correspondencia con el procedimiento que los genera, permitiendo su correcta identificación.
- **Instructivos Técnicos:** Aunque en esta fase no se elaboraron instructivos específicos, se ha dejado abierta su incorporación futura, dependiendo de los requerimientos operativos identificados durante la implementación.

4.3 Propuesta de documentación del Sistema Integrado de Gestión

Para asegurar la coherencia y el control documental, se adoptó una estructura jerárquica conforme al Anexo A de la norma **ISO 10013:2021**. Esta estructura facilita la distribución, mantenimiento y comprensión de la información documentada. A continuación, en la tabla 19 se presenta el ejemplo de la tabla A.1 del anexo mencionado.

Tabla 19
Ejemplo de estructura de información documental

Tipo de Información Documentada	Funcional	Partes Interesadas	Flujo de Mejora	Producción y Provisión del Servicio
Política de calidad	Recursos humanos	Clientes	Políticas	Especificaciones
Objetivos de la calidad	Ventas	Usuarios finales	Objetivos	Requisitos
Manual de calidad	Fabricación	Proveedores externos	Planes de acción	Requisitos operativos
Procedimientos	Diseño	Sociedad	Resultados	Controles operativos
Flujos de trabajos automatizados	Comprar	Organismos reguladores		Actas de reunión
Instrucciones de trabajo	Operacional	Fuerza laboral		
Formularios	Proyectos multifuncionales	Accionistas		
Documentos conservados (registros)	Procesos multifuncionales	Otras partes interesadas		

Nota: *Elaboración propia, extraída del anexo A, Norma ISO 10013:2021.*

Se implementó un sistema de codificación estandarizado para todos los documentos del SIG, asegurando uniformidad, trazabilidad y facilidad de consulta. Esta codificación permite identificar de manera inequívoca el tipo de documento, su versión, el proceso al que pertenece y su historial de cambios. Se detalla a continuación un ejemplo de la codificación para los documentos propuestos:

Manuales				Procedimientos				Formularios				Instructivos									
SIG	-	HPZ	-	MN01	SIG	-	HPZ	-	PR01	SIG	-	HPZ	-	PR01	-	FOR01	SIG	-	HPZ	-	IR01

Donde:

SIG: Sistema Integrado de Gestión

HPZ: Hospital Policlínico Zacamil

MN: Manual

PR: Procedimiento

01: Correlativo

F: Formato

01: Correlativo

Se presenta la documentación desarrollada para el Sistema Integrado de Gestión (SIG) de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, la cual ha sido elaborada en conformidad con los requisitos establecidos por las normas NTS ISO 45001:2018, relativa a Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, y NTS ISO 14001:2015, correspondiente al Sistema de Gestión Ambiental.

En la **Tabla 20** se detalla el inventario de los elementos documentales requeridos conforme al diseño del SIG propuesto para dicha Gerencia. Como parte del desarrollo metodológico, se elaboraron 38 de los 82 documentos identificados como necesarios, los cuales se encuentran resaltados en color celeste para su fácil referencia.

El Manual del Sistema Integrado de Gestión, junto con el manual de procesos, se incluye en el **Apéndice 15** y el **Apéndice 16**, respectivamente. Esta documentación constituye una base fundamental para la implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema, en cumplimiento con los principios de planificación, control operativo, evaluación del desempeño y mejora definidos por ambas normas.

Tabla 20

Listado de documentación requerida para el diseño del SIG

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
1	4.1	4.1	SIG-HPZ-PR01	B	Procedimiento	Análisis del contexto y partes interesadas pertinentes.		X
2	4.2	4.2	SIG-HPZ-PR01-FOR01	C	Formulario	Matriz de análisis de cuestiones internas y externas.		X

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
3	4.2	4.2	SIG-HPZ-PR01-FOR02	C	Formulario	Análisis FODA		X
4	4.2	4.2	SIG-HPZ-PR01-FOR03	C	Formulario	Matriz de análisis de partes interesadas. Requisitos y Necesidades.		X
5	4.3	4.3	SIG-HPZ- MN 01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 4.3 Determinación del alcance del Sistema Integrado de Gestión.		X
6	4.4	4.4	SIG-HPZ- MN 01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión. 4.4 Sistema Integrado de Gestión y sus procesos Figura B- Mapa de Procesos de HPZ		X
7	4.4	4.4	SIG-HPZ- MN 02	A	Manual	Manual de Procesos		X
8	5.1	5.1	SIG-HPZ- MN 01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión. 5.1 Liderazgo y compromiso para el Sistema Integrado de Gestión.		X
9	5.2	5.2	SIG-HPZ- MN 01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 5.2 Política del Sistema Integrado de Gestión.		X
10	5.3	5.3	SIG-HPZ- MN 01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.		X
11		5.4	SIG-HPZ-PR02	B	Procedimiento	Reconocimiento, Participación y Consulta		X
12	6.1.1	6.1.1	SIG-HPZ- MN01-FR02	B	Formulario	Matriz de riesgos y oportunidades del SIG		X
13	6.1.2.1 6.1.2.2		SIG-HPZ-PR04	B	Procedimiento	Identificación de peligros y evaluación de riesgos.		X

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
14	6.1.2.1 6.1.2.2		SIG-HPZ-PR04-FOR01	C	Formulario	Relación de puestos de trabajo, procesos y actividades (codificar)		X
15	6.1.2.1 6.1.2.2		SIG-HPZ-PR04-FOR02	C	Formulario	Identificación de riesgos por puestos de trabajo.		X
16	6.1.2.1 6.1.2.2		SIG-HPZ-PR04-FOR03	C	Formulario	Matriz de Identificación de Peligros, Valoración del Riesgos y Determinación de Controles.		X
17		6.1.2	SIG-HPZ-PR05	B	Procedimiento	Identificación de Aspectos Ambientales Significativos.	X	
18		6.1.2	SIG-HPZ-PR05-FOR01	C	Formulario	Matriz de Identificación de Aspectos y Valoración de Impactos Ambientales.	X	
19	6.1.3	6.1.3	SG-HPZ-PR06	B	Procedimiento	Identificación y Evaluación de Requisitos Legales y Otros Requisitos en la Gestión Ambiental y de la SST.		X
20	6.1.3	6.1.3	SIG-HPZ-PR06-FOR01	C	Formulario	Matriz de requisitos legales y otros requisitos en la Gestión Ambiental y de la SST.		X
21	6.1.4	6.1.4	SIG-HPZ-MN01-FOR04	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 6.1.4 Planificación de acciones Anexo D. Plan de Acciones.		X
22	6.2	6.2	SIG-HPZ-MN01-FOR01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 6.2 Objetivos del SIG y planificación para lograrlos Anexo A “Matriz de Objetivos, metas y planes de acción”		X
23	7.1	7.1	SIG-HPZ-MN01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 7.1 Recursos		X

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
24	7.1	7.1	SIG-HPZ-PR07	B	Procedimiento	Mantenimiento de equipos, infraestructura y ambiente		X
25	7.1	7.1	SIG-HPZ-PR07-FOR01	C	Formulario	Programa de mantenimiento preventivo Maquinaria/ equipos/ instalaciones		X
26	7.1	7.1	SIG-HPZ-PR07-FOR02	C	Formulario	Formato de mantenimiento preventivo/ correctivo		X
27	7.1	7.1	SIG-HPZ-PR08	B	Procedimiento	Mantenimiento de transporte de personal y de carga.		X
28	7.1	7.1	SIG-HPZ-PR08-FOR01	C	Formulario	Programa de mantenimiento preventivo transporte de personal y de carga		
29	7.2	7.2	SIG-HPZ-PR09	B	Procedimiento	Gestión de Talento Humano		X
30	7.2	7.2	SIG-HPZ-PR09-FOR01	B	Formulario	Plan de capacitación del personal.		X
31	7.2	7.2	SIG-HPZ-PR09-FOR02	C	Formulario	Registro de Asistencia a actividades Talento Humano.		X
32	7.2	7.2	SIG-HPZ-PR09-FOR03	C	Formulario	Evaluación de capacitación		X
33	7.3	7.3	SIG-HPZ-MN01	A	Manual	Manual del Sistema Integrado de gestión 7.3 Toma de conciencia		X
34	7.4	7.4	SIG-HPZ-PR10	B	Procedimiento	Comunicación Interna y Externa.		X
35	7.4	7.4	SIG-HPZ-PR10-FOR01	C	Formulario	Matriz de actividades de comunicación interna.		X
36	7.4	7.4	SIG-HPZ-PR10-FOR02	C	Formulario	Matriz de actividades de comunicación externa.		X
37	7.5	7.5	SIG-HPZ-PR11	B	Procedimiento	Procedimiento para el control de la documentación y los registros		X

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
38	7.5	7.5	SIG-HPZ-PR11-FOR01	C	Formulario	Lista maestra de documentos del SIG		
39	8.1	8.1	SIG-HPZ-IR01	C	Instructivo	Gestión de transporte y Almacenamiento.		
40	8.1	8.1	SIG-HPZ-IR02	C	Instructivo	Separación Acopio y aprovechamiento de materiales reciclables.		X
41	8.1	8.1	SIG-HPZ-IR03	C	Instructivo	Prevención y atención a conatos de incendios.		X
42	8.1	8.1	SIG-HPZ-IR04	C	Instructivo	Gestión de emisiones de gases de efecto invernadero.		X
43	8.1	8.1	SIG-HPZ-IR05	C	Instructivo	Uso eficiente de la Energía.		X
44	8.1	8.1	SIG-HPZ-IR06	C	Instructivo	Reporte de Investigación de enfermedad laboral e incidente de trabajo.		X
45	8.1.2	8.1	SIG-HPZ-PR04	B	Procedimiento	Identificación de peligros y evaluación de riesgos		X
46	8.1.2	8.1	SIG-HPZ-PR04-FOR03	C	Formulario	Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos		X
47	8.1.3	8.1	SIG-HPZ-IR07	C	Instructivo	Gestión del cambio.		X
48	8.1.4 8.1.4.2 8.1.4.3	8.1	SIG-HPZ-PR12	B	Procedimiento	Gestión de Proveedores, Contratistas y Contratación Externa.		X
49	8.1.4 8.1.4.2 8.1.4.3	8.1	SIG-HPZ-PR12-FOR01	C	Formulario	Solicitud de Compra.		X
50	8.1.4 8.1.4.2 8.1.4.3	8.1	SIG-HPZ-PR12-FOR02	C	Formulario	Listado de proveedores Confiables.		X
51	8.1.4 8.1.4.2 8.1.4.3	8.1	SIG-HPZ-PR12-FOR03	C	Formulario	Selección y evaluación de proveedores y contratista.		X
52	8.1.4 8.1.4.2 8.1.4.3	8.1	SIG-HPZ-PR12-FOR04	C	Formulario	Notificación de Evaluación a Proveedores y Contratistas.		X
53	8.2	8.2	SIG-HPZ-PR13	B	Procedimiento	Procedimiento de preparación y	X	

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
						respuesta a emergencias		
54	9.1.	9.1	SIG-HPZ-PR14	B	Procedimiento	Procedimiento de evaluación al cumplimiento		
55	9.2	9.2	SIG-HPZ-PR15	B	Procedimiento	Gestión de auditorías internas.		X
56	9.2	9.2	SIG-HPZ-PR15-FOR01	C	Formulario	Programa Anual de auditorías.		X
57	9.2	9.2	SIG-HPZ-PR15-FOR02	C	Formulario	Plan de Auditoría interna		X
58	9.2	9.2	SIG-HPZ-PR15-FOR03	C	Formulario	Lista de verificación.		X
59	9.2	9.2	SIG-HPZ-PR15-FOR04	C	Formulario	Informe de Auditoría.		X
60	9.2	9.2	SIG-HPZ-PR15-FOR05	C	Formulario	Evaluación del desempeño del auditor interno.		X
61	10.1	10.1	SIG-HPZ-PR16	B	Procedimiento	Seguimiento, control y mejora de procesos.		X
62	10.2	10.2	SIG-HPZ-PR17	B	Procedimiento	Acciones correctivas		X
63	10.2	10.2	SIG-HPZ-PR17-FOR01	C	Formulario	No conformidades y acciones correctivas.		X
64	10.2	10.2	SIG-HPZ-PR17-FOR02	C	Formulario	Seguimiento de No Conformidades y Acciones Correctivas.		X
65	10.3	10.3	SIG-HPZ-PR18	B	Procedimiento	Mejora de procesos.		X
66	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19	B	Procedimiento	Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de pediatría.		X
67	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR01	C	Formulario	Formato datos Personales e Historial clínico.		X
68	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR02	C	Formulario	Formato Signos Vitales.		X
69	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR03	C	Formulario	Formato Urgencia Médica.		X
70	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR04	C	Formulario	Formato Consulta Referencia a Especialista.		X
71	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR05	C	Formulario	Formato Consulta Referencia a Sub Especialista.		X

Ítem	Apartado		Código de documento	Nivel	Tipo de documento	Nombre del documento	Acciones por tomar	
	NTS ISO 45001	NTS ISO 14001					Actualizar	Documentos nuevos
72	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR06	C	Formulario	Formato Estudios de Laboratorio Clínico.		X
73	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR07	C	Formulario	Formato Receta Médica.		X
74	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR19-FOR08	C	Formulario	Formato Ingreso Médico.		X
75	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR20	B	Procedimiento	Procedimiento para la atención subsecuente del paciente de primera vez en la consulta externa de pediatría.		X
76	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR21	B	Procedimiento	Procedimiento de emergencia		X
77	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR22	B	Procedimiento	Procedimiento de medicina interna		X
78	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR23	B	Procedimiento	Procedimiento de pediatría		X
79	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR24	B	Procedimiento	Procedimiento de Ginecología y obstetricia		X
80	8.1	8.1	SIG-HPZ-PR25	B	Procedimiento	Procedimiento de cirugía		X
81	9.3	9.3	SIG-HPZ-PR26	B	Procedimiento	Procedimiento de revisión por la dirección		X
82	9.3	9.3	SIG-HPZ-PR26-FOR01	C	Formulario	Acta de reunión de revisión por la dirección		X

Nota: Elaboración propia.

4.4 Manual del Sistema Integrado de Gestión

El manual del Sistema Integrado de Gestión Ambiental y de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo elaborado por la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital policlínico Zacamil se presenta en el **Apéndice 15** del presente documento.

4.5 Plan de Acción de Implementación del Sistema Integrado de Gestión

A continuación, se presenta una propuesta detallada para la implementación del Sistema Integrado de Gestión (SIG) en el Hospital Policlínico Zacamil (HPZ), tomando como base los resultados obtenidos en el diagnóstico preliminar. Este plan contempla la asignación de responsabilidades, los recursos necesarios y los plazos para su correcta ejecución.

1) Objetivo del plan.

Establecer un plan para la implementación e integración del Sistema Integrado de Gestión basado en la norma NTS ISO 45001:208 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y

NTS ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental para la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital Policlínico Zacamil.

2) Alcance del plan

El objetivo principal de este plan es establecer las directrices para la implementación e integración del Sistema Integrado de Gestión en la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital Policlínico Zacamil, en conformidad con las normas internacionales NTS ISO 45001:2018 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y NTS ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental.

3) Resultados esperados

Durante la fase de implementación del SIG, se anticipan los siguientes resultados:

- Implementación efectiva y funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión.
- Capacitación del Gestor del SIG, quien asumirá la responsabilidad de coordinar las actividades y operaciones del sistema.
- Compromiso y apoyo continuo por parte de la alta dirección, garantizando la mejora constante y el mantenimiento del SIG.
- Capacitación de auditores internos y jefes de departamento para asegurar la correcta implementación y evaluación continua del SIG.

4) Metodología del proyecto a desarrollar

La metodología para la implementación del SIG se desarrollará a partir de las actividades previamente diseñadas y aprobadas en la fase de planificación. A continuación, se detallan los pasos a seguir:

- **Presentación a la Alta Dirección:** El plan de implementación deberá ser presentado a la alta dirección, junto con los planes de divulgación y capacitación para todo el personal involucrado en la Gerencia de Servicios Médicos.
- **Monitoreo y Seguimiento:** La alta dirección será responsable de supervisar los avances de la implementación del SIG, mediante el análisis de los informes periódicos proporcionados por los líderes de los procesos.

Estos informes incluirán las acciones correctivas o preventivas a seguir frente a las no conformidades detectadas durante las auditorías internas.

- **Mejora Continua:** En todo momento se promoverá la mejora continua del SIG, incorporando los resultados de las auditorías y los informes de seguimiento como base para implementar ajustes y optimizaciones en los procesos.
- **Capacitación de los Actores Clave:** El éxito de la implementación dependerá en gran medida de la preparación de los actores clave, principalmente el Gestor del SIG y los líderes de los procesos.

Estos deberán ser los primeros en recibir una capacitación exhaustiva y en tomar un papel activo en la implementación y gestión del sistema.

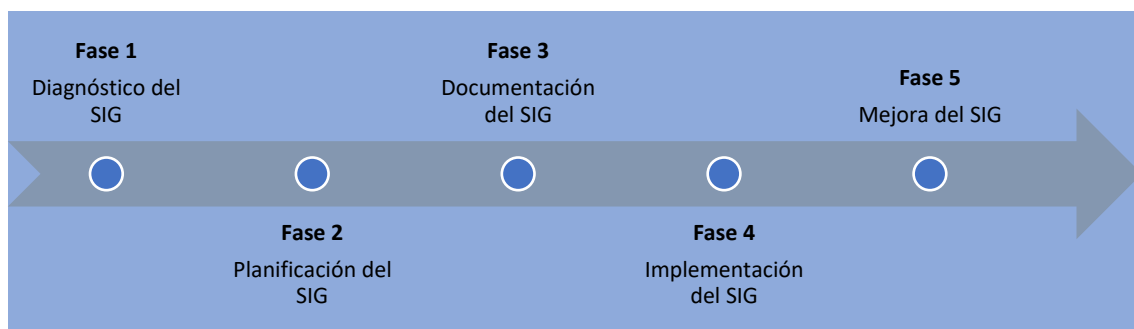
5) Gestión del proyecto de implementación del SIG

La gestión del proyecto tiene como objetivo garantizar la implementación exitosa del Sistema Integrado de Gestión en la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital Policlínico Zacamil, alineado con los estándares internacionales establecidos por las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015.

A lo largo del proyecto, se gestionarán de forma eficiente los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de las fases de implementación, asegurando el compromiso de todos los involucrados y un enfoque orientado a resultados sostenibles a largo plazo.

En la **Figura 12** se muestra las fases que contiene el proceso:

Figura 12
Fases del proceso



Nota: *Elaboración propia*

6) Datos, información y recursos tecnológicos

La propuesta de implementación del SIG para la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, requiere de suficiente recopilación de información, donde los jefes de cada unidad o líderes de procesos deberán ser los responsables del suministro de los datos que el gestor del SIG requiera para una mejor toma de decisiones respecto al SIG.

7) Roles y responsabilidades del personal

La efectiva implementación de un Sistema Integrado de Gestión (SIG), conforme a los requisitos de las normas NTS ISO 14001:2015 e NTS ISO 45001:2018, demanda que el personal directamente involucrado cuente con la formación, competencia y experiencia necesarias para participar activamente en las etapas de diagnóstico, diseño, desarrollo y mantenimiento del sistema.

En este contexto, resulta fundamental establecer con claridad los roles, responsabilidades y niveles de autoridad del equipo responsable, a fin de asegurar una gestión eficiente, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la mejora continua del desempeño ambiental y de la seguridad y salud en el trabajo.

La **Tabla 21** presenta la asignación de rol clave y responsabilidades específicas del personal requerido para garantizar la eficacia del proceso de implementación del SIG.

Tabla 21

Roles y responsabilidades del personal

Personal	Rol	Responsabilidad
Alta Dirección	Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer la política integrada y los objetivos estratégicos. - Asignar los recursos necesarios. - Liderar el proceso de planificación y desarrollo del SIG. - Asegura que todos los empleados comprendan la importancia del SIG y su propia contribución a los objetivos, promoviendo una comunicación abierta en todos los niveles. - Identifica, evalúa e implementa controles para los riesgos que puedan afectar los objetivos del SIG.

Personal	Rol	Responsabilidad
		<ul style="list-style-type: none"> - Comprometerse con la mejora continua del SIG - Revisión del desempeño del SIG.
Gestor del SIG	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> - Lidera, planifica y ejecuta la implementación del SIG - Elabora y gestiona documentos del SIG como, procedimientos, instructivos y registros. - Realiza y participa en auditorías internas y externas para evaluar el funcionamiento y el cumplimiento del SIG. - Gestiona los recursos necesarios para el desarrollo del SIG. - Apoya en la capacitación y sensibilización del personal sobre los diferentes componentes del SIG. - Asegura el cumplimiento de los requisitos legales y las normativas regulatorias aplicables. - Mantiene y protege la documentación del SIG. - Promueve y ejecuta acciones de mejora continua para optimizar los procesos y el desempeño del SIG.
Líderes de procesos	Receptor	<ul style="list-style-type: none"> - Aseguran que los procesos de su área se ejecuten de acuerdo con las políticas, procedimientos y objetivos del SIG. - Valida y asegura la disponibilidad de recursos necesarios para el funcionamiento del SIG y sus procesos. - Impulsa la mejora continua identificando oportunidades. - Identifica y gestiona los peligros, riesgos e impactos asociados a su proceso, así como adoptar las medidas de control necesarias. - Reportar de inmediato, accidentes, condiciones inseguras y no conformidades.

Personal	Rol	Responsabilidad
		<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y normativos asociados a los procesos bajo su responsabilidad, - Participar activamente en la mejora continua del SIG, identificando oportunidades y proponiendo acciones que fortalezcan el sistema. - Asegurarse que la documentación pertinente a su proceso se mantenga actualizada y controlada. - Comunicar responsabilidades y actividades al personal a su cargo, garantizando su comprensión.

Nota: *Elaboración propia*

8) Contenido

El plan de implementación del Sistema Integrado de Gestión en la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, estará compuesto de siete etapas citadas en la **Tabla 22**, a continuación, se detalla cada una de estas.

- Etapa 1: Presentación del proyecto
- Etapa 2: Diagnostico, preparación y diseño
- Etapa 3: Planificación
- Etapa 4: Sensibilización y formación
- Etapa 5: Implementación del SIG
- Etapa 6: Verificación y validación
- Etapa 7: Mejora continua

Tabla 22
Actividades del plan de acciones de implementación

Etapas	N°	Actividades	Objetivo	Responsables	Procesos
Presentación del proyecto	1	Presentación y sustentación del Proyecto a la Alta Dirección	Aprobar el proyecto de implementación SIG.	- Gestor del SIG	- Estratégico
	2	Creación del comité de implementación del SIG y presentación del proyecto a los mismos	Establecer responsabilidades de cada miembro para la consecución de una implementación exitosa	- Alta dirección - Gestor de SIG	- Estratégico
	3	Reunión con la alta dirección con las personas involucradas en el SIG	Comunicar las decisiones tomadas sobre la implementación del SIG	- Alta dirección - Gestor del SIG - Jefe de unidad	- Estratégico - Claves
	4	Revisión de documentación existente en la institución.	Establecer con que documentación cuenta la	- Gestor del SIG - Comité de implementación	- Estratégico - Claves

Etapa	N°	Actividades	Objetivo	Responsables	Procesos
			institución, referente a la implementación del SIG.		
	5	Inspección de campo de los procesos.	Revisar y establecer en qué estado se encuentran los procesos de la institución y que mejoras podría aplicarse	- Gestor del SIG - Comité de implementación	- Estratégico - Claves
Diagnóstico, preparación y diseño	6	Elaboración del informe de diagnóstico	Establecer el nivel de concordancia y cumplimiento de los procesos y documentación de la institución con los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 y otros requisitos.	- Gestor del SIG - Comité de implementación	- Estratégico - Claves
	7	Definición del alcance del SIG y el análisis del contexto e identificación de las partes interesadas pertinentes, política del SIG, objetivos, metas, riesgos y oportunidades, requisitos legales y otros requisitos.	Establecer los primeros lineamientos del SIG a implementar	- Alta dirección - Gestor de SIG	- Estratégico
	8	Descripción de los procesos de la institución.	Establecer el mapa de procesos y caracterización de los mismos para su correcta ejecución	- Gestor del SIG - Comité de implementación	- Estratégico - Claves
	9	Desarrollo del plan de implementación del SIG.	Determinar las herramientas y actividades necesarias y su secuencia para llevar a cabo la implementación.	- Gestor del SIG	- Estratégico
	10	Establecimiento de responsabilidades del SIG	Identificar al personal involucrado en la implementación del SIG, y designar funciones y responsabilidades.	- Alta dirección - Gestor de SIG	- Estratégico
	Planificación	11	Establecimiento, gestión y provisión de los recursos necesarios para el diseño del SIG y planificación de acciones	Asegurar la disponibilidad de recursos físicos, organizar las áreas de trabajo y tomar en cuenta una planificación de acciones para una correcta implementación del SIG.	- Alta dirección - Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG
12		Establecimiento de metodología de comunicación interna y consulta dentro de la institución.	Garantizar un eficaz intercambio de información que permita la implementación correcta del SIG.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves
13		Establecimiento de metodología para la identificación de peligros y evaluación de riesgos y planificación de cambios	Evaluar los riesgos a partir de los peligros identificados relacionados con el establecimiento, implementación y mantenimiento del SIG.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves
14		Programa de sensibilización en temas referidos a las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 a todo el personal de la institución.	Dar conocimiento suficiente y comprometer al personal con el desarrollo del SIG.	- Alta dirección - Gestor de SIG	- Estratégico
Sensibilización y formación	15	Preparación y gestión de material necesario para las capacitaciones programadas.	Identificar y facilitar las necesidades, tanto materiales como de personal o infraestructura, para llevar a cabo las capacitaciones.	- Comité de implementación del SIG	- Claves
	16	Capacitación al personal y formación continua en temas de seguridad y salud en el trabajo y	Aumentar la eficiencia del personal y proporcionar los conocimientos necesarios sobre el SIG a implementar.	- Alta dirección - Gestor de SIG	- Estratégico - Apoyo

Etapa	N°	Actividades	Objetivo	Responsables	Procesos
		gestión ambiental y referidas al SIG.			
	17	Evaluación de las capacitaciones realizadas y los conocimientos adquiridos.	Comprobar si las capacitaciones han sido eficaces y reforzar los conocimientos adquiridos por el personal.	- Comité de implementación del SIG	- Clave
Implementación del SIG	18	Desarrollo de información documentada de soporte para el SIG	Contar con las herramientas documentales, obligatorias y necesarias, para la implementación del SIG.	- Comité de implementación del SIG	- Clave
	19	Organización y distribución de la documentación al personal para su mantenimiento y utilización.	Garantizar que cada área maneje la documentación necesaria para la correcta y eficiente ejecución de sus actividades.	- Comité de implementación del SIG	- Claves
	20	Puesta en marcha del SIG	Poner en práctica la documentación establecida, llevar control de los procesos y actividades del SIG.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves
	21	Seguimiento y supervisión del desarrollo de la implementación.	Asegurar que los procesos y documentación se encuentren conformados tal y como fue realizado el diseño de los mismos para el SIG.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves
	22	Ejecución de programas de auditorías internas del SIG.	Evaluar, identificar y registrar los puntos positivos, oportunidades de mejora, no conformidades y observaciones sobre la implementación del SIG.	- Gestor de SIG	- Estratégico
Verificación y validación	23	Recopilación y análisis de datos	Verificar el cumplimiento y desempeño de la institución en la implementación del SIG.	- Comité de implementación del SIG	- Claves
	24	Realización de revisión por la dirección.	Revisar toda la información concerniente a la implementación del SIG para evaluar las acciones a tomar.	- Alta dirección - Gestor de SIG - Jefe de unidad	- Estratégico - Claves
	25	Implementación de acciones correctivas para la corrección de no conformidades y observaciones	Mantener el SIG de la institución de manera eficaz.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves
Mejora continua	26	Implementación de oportunidades de mejora	Mejorar continuamente el SIG.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves
	27	Seguimiento a las acciones, mejoras, implementadas y análisis de eficacia de dichas acciones	Comprobar los resultados alcanzados y registrar las lecciones aprendidas y opciones de mejora.	- Gestor de SIG - Comité de implementación del SIG	- Estratégico - Claves

Nota: *Elaboración propia*

1) Horario e hitos

Para la implementación de Sistema Integrado de Gestión propuesto, se estima un periodo de 12 meses (48 semanas) el cual se presenta haciendo uso de un diagrama de Gantt, este cronograma muestra la planificación general del SIG. La **Tabla 23**, lo detalla a continuación.

2. Recursos

Para la implementación del SIG se requiere del financiamiento de diferentes recursos necesarios para poder cumplir con todos los requisitos de las normas, en la **Tabla 24**, se muestra la estimación para la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.

Tabla 24
Costos de implementación del SIG

Costo de tiempo de RRHH						
Personal	Cantidad de personas	Horas a la semana	Cantidad de Semanas	Total, horas	Costo por hora	Total
Director	1	2	24	48	42	2,016
Jefe de unidad	6	4	24	576	20	11,520
Técnicos	2	10	24	480	15	7,200
Costo de tiempo de personal						20,736
Costo de materiales para talleres (9 personas)						
Equipos y recursos (Laptops, computadoras, teléfono celular, artículos de escritorio)						2,500
Materiales y suministros (papel, equipo de cómputo, artículos de escritorio)						1,500
Sub total						4,000
Imprevistos 5%						1,000
Costo de programa de formación, concientización y la formación para la implementación y el mantenimiento del SIG						\$4,000
Costo total de implementación						29,736

Nota: *Elaboración propia*

3. Metodología del riesgo

Con la metodología según norma NTS ISO 31000:2009 para la gestión del riesgo; se elaboró un esquema para la determinación de estos, considerando a través de la lluvia de ideas cada riesgo determinado. En la **Tabla 25** se presenta las herramientas cuantitativas utilizadas.

Tabla 25
Valores para cálculo de probabilidad / consecuencia

			Probabilidad de ocurrencia					
			Valoración	REMOTO Extremadamente raro, pero concebible	IMPROBABLE La posibilidad de que ocurra es muy baja	POSIBLE La posibilidad de que ocurra es media	PROBABLE La posibilidad de ocurrencia es muy baja	FRECUENTE Siempre ocurre
				1	2	3	4	5
Consecuencias y /o impacto	Afecta o puede afectar con consecuencias catastróficas	Critico	5					
	Afecta o puede afectar con consecuencias graves	Alto	4					
	Afecta o puede afectar con consecuencias importantes	Mediano	3					
	Afecta o puede afectar con consecuencias mínimas	Menor	2					
	No afecta significativamente	Bajo	1					

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al uso de esta herramienta y al estudio relacionado de la probabilidad de ocurrencia y consecuencia o impacto del riesgo se estableció en la **Tabla 26** el nivel de riesgo.

Tabla 26
Nivel de riesgo (Relación Probabilidad / consecuencia)

Nivel de Riesgo		
	0-2	Insignificante
	3-8	Bajo
	9-12	Medio
	15-25	Alto

Nota: Elaboración propia

La implementación de la propuesta del Sistema Integrado de Gestión para la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, se identifica, evalúa y se les da el tratamiento a los riesgos. A continuación, se presentan en la **Tabla 27**, la evaluación.

Tabla 27

Evaluación de riesgos para la implementación de la propuesta del SIG

Categoría	No conformidad potencial (¿Qué podría fallar?)	Causa (¿Por qué podría fallar?)	Probabilidad de ocurrencia	Consecuencia	Evaluación del riesgo	Nivel de riesgo	Control	Tratamiento oportuno de mejora	Descripción acción
Riesgo del personal	El personal no tiene disponibilidad para involucrarse en la implementación del SIG	Personal renuente al cambio	2	3	6		Preguntar al personal la disposición para apoyar en la implementación del SIG	Capacitaciones para concientizar al personal	
		Falta de compromiso de la alta dirección	2	2	4		Que se compruebe el compromiso de la alta dirección	Toma de conciencia para la alta dirección	
	Renuncia del gestor del SIG	Inestabilidad laboral	2	3	6		Incentivar al personal		Contratar a un nuevo Gestor se SIG
Recursos para el proyecto	No se actualiza en los cambios las normativas relacionadas a los SIG y otros requisitos legales	Actualizaciones ISO y cambios en los requisitos legales	3	3	10		Mantener actualizada la documentación		Monitorear los avances en cada etapa para tomar acciones de forma oportuna
Riesgo del equipo	Falta de disponibilidad de los activos digitales	Falta de instalación de actualizaciones de programas	3	3	9		Realizar respaldo de archivos digitales		Actualizar de forma periódica los programas computacionales
	Fallas en el equipo de cómputo o proyector	No hay mantenimiento de equipo	3	2	4		Realizar un plan de mantenimiento a los equipos para evitar fallas		Reemplazo de equipo de cómputo.

Nota: *Elaboración propia*

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El estudio realizado en la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ en el que se evaluó el cumplimiento de los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, aportó importantes hallazgos, de los cuales se presentan las siguientes conclusiones:

- El diagnóstico practicado en la Gerencia de Servicios Médicos en el que se evaluó los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015, a través de instrumentos de recolección de datos, permitió identificar el cumplimiento significativo de la seguridad y salud en el trabajo y en gestión ambiental.
- La Gerencia de Servicios Médicos posee un alto grado de cumplimiento en materia legal concerniente a seguridad y salud ocupacional y gestión ambiental debido a que tienen bien establecido los comités de SSO y GA lo cual contribuye a la prevención de riesgos laborales y ambientales en la institución.
- La implementación del Sistema Integrado de Gestión (SIG) en la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ permite cumplir con la identificación de los riesgos laborales, contribuyendo significativamente a la protección de la seguridad y salud de los colaboradores. Asimismo, el SIG facilita la determinación de los aspectos ambientales derivados de la actividad hospitalaria, lo que permite establecer controles eficaces para minimizar los impactos negativos sobre el entorno y sobre las partes interesadas. En conjunto, estas acciones fortalecen la gestión institucional, promueven una cultura de prevención y sostenibilidad, y mejoran el desempeño general del HPZ.
- Según la información obtenida del HPZ, el Comité de Seguridad Ocupacional y el Comité de Gestión Ambiental instalado en el hospital poseen amplia información que puede ser la base para el desarrollo e implementación de un Sistema Integrado de Gestión ya que el porcentaje de cumplimiento de la información documentada es de 68% para la NTS ISO 45001:2018 y 50% para la NTS ISO 14001:2015.

5.2 Recomendaciones

Partiendo del estudio realizado y los resultados encontrados en la evaluación de las normas ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015 en la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ se proponen las siguientes recomendaciones:

- Implementar la propuesta en este trabajo de graduación de un Sistema Integrado de Gestión, según los requisitos de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ el cual contribuirá a la reducción de accidentes e incidentes de trabajo y a reducir los aspectos e impactos ambientales generado en la institución.
- Mantener y fortalecer el Sistema Integrado de Gestión (SIG) en el HPZ, enfocándose en la mejora continua de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y la Gestión Ambiental (SGA), así como en asegurar el cumplimiento de los requisitos legales y compromisos institucionales y fomentar la participación activa de todos los colaboradores para consolidar una cultura organizacional orientada a la prevención de riesgos, la seguridad laboral y la responsabilidad ambiental.
- Fortalecer el apoyo al Comité de Seguridad y Salud Ocupacional y al Comité de Gestión Ambiental, dado que ambos vienen realizando una labor destacada en el cumplimiento del marco legal vigente. Su trabajo ha contribuido significativamente a la reducción de riesgos, accidentes e incidentes laborales, así como a la mitigación de los impactos ambientales generados en el desarrollo de las actividades diarias.
- La actualización y el mantenimiento de la estructura documental son fundamentales para el buen funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión (SIG). Por ello, es necesario revisar y mejorar continuamente la información documentada del SIG, lo que implica actualizar procedimientos, manuales y registros conforme a las necesidades detectadas, las sugerencias del personal y los cambios en las normas aplicables. Este proceso garantiza la vigencia, eficacia y alineación del SIG con los principios de mejora continua.
- Se recomienda desarrollar programas de formación y concientización para garantizar que todos los empleados comprendan la importancia del SIG, los riesgos y aspectos ambientales asociados y sus beneficios a largo plazo. Además, un programa de formación para la implementación y el mantenimiento del SIG.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acuerdo N° 130. (23 de agosto de 2024). *Aguas, Aguas residuales. Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos residuales*, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 79. Tomo N° 423
- Acuerdo Ministerial N° 1251. (7 de Septiembre de 2015). *Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos*. San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 162 Tomo N° 408.
- Aguilar, J. (2022) Origen y Evolución de la Norma 45000.
<https://quantumconsultora.com> › Blog
- Arevalo, M. A. (2018). *Gestión Ambiental en la empresa mediante la Norma ISO 14001-2015*. Quito: ABYA YALA, Universidad Politecnica Salesiana.
- Asociación Agape de El Salvador., A. A. (2024). <https://agapesv.com/gestion/>
- Asociación Española de Normalización (AENOR).(2005). *Guía para la integración de los sistemas de gestión.*(UNE66177:2005)
- Ávila Velastegui, J. L. (Agosto de 2021). *Sistema de Gestión Ambiental basado en la norma ISO14001:2015 para el Hospital Privado Tungurahua S.A. Tesis pregrado. Universidad Técnica De Ambato, Ambato, Ecuador.*
- Código de trabajo de El Salvador, Decreto legislativo N° 15, Diario Oficial N° 142, Tomo 236, San Salvador, 31 de Julio de 1972.
- Cruz Martinez, B. R. (Abril de 2025). *Diseño de un sistema de gestión de la calidad y competencia ISO 15189:2022 y NTS ISO 9001:2015, al laboratorio clínico del Hospital Policlinico Zacamil*. [Tesis de Maestría, Universidad de El Salvador].
 Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.14492/31333>
- Decreto N° 38. (15 de Diciembre de 1983). *Constitución de la República de El Salvador*. San Salvador: Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador. Diario oficial N° 234, Tomo N° 281.
- Decreto N° 254. (21 de Enero de 2010). *Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo*. San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 82. Tomo N° 387
- Decreto N° 86. (27 de Abril de 2012). *Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo*. San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 78. Tomo N° 395.

- Decreto N° 89. (27 de Abril de 2012). *Reglamento general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo*. San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 78. Tomo N° 395.
- Decreto N° 233. (24 de Abril de 1998). *Ley del medio ambiente de El Salvador*. San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 79. Tomo N° 339.
- Decreto N° 41. (31 de Mayo de 2000). *Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos..* San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 210. Tomo N° 417.
- Decreto N° 527. (27 de Febrero de 2020). *Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje*. San Salvador, El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Diario Oficial N° 426. Tomo N° 40.
- Decreto N° 527. (27 de Febrero de 2020). *Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje*. San Salvador, El Salvador: Asamblea
- Estrada Regalado, L. C. (Agosto de 2018). *Implementación de un Sistema de Gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de atención de emergencia obstetrica del hospital materno infantil primero de mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)*. Antiguo Cuscatlán, El Salvador.
- Exposito Cabrera, S. (2021). *Análisis del Sistema de Gestión de Calidad de una entidad no lucrativa: el caso de estudio de la Asociación de Cáncer de Mama de Tenerife (Tesis Pregrado)*. Unidad de la Laguna, España.
- Goong.com, G. (2024).
https://goong.com/es/spanish/el_significado_de_policl%C3%ADnico/
- Hernandez Sampieri, Fernández, Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). Mexico: McGraw-Hil.
- ICS.Peru. (2019). *Transición de la norma OHSAS a la ISO 45001:2018*.<https://www.ics-peru.com/transicion-de-la-norma-ohsas-180012007-a-iso-450012018-en-tiempos-de-covid-19/>: <https://www.ics-peru.com/transicion-de-la-norma-ohsas-180012007-a-iso-450012018-en-tiempos-de-covid-19/>
- ISO. (2018). *Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo — Requisitos con orientación para su uso* <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:45001:ed-1:v1:es>.
- ISSS. (2021). *Unidad de Pensiones del ISSS recibe tercer reconocimiento en gestión de calidad*. <https://www.iss.gov.sv/unidad-de-pensiones-del-iss-recibe-tercer->

- reconocimiento-en-gestion-de-calidad/*. <https://www.issv.gob.sv/unidad-de-pensiones-del-issv-recibe-tercer-reconocimiento-en-gestion-de-calidad/>:
<https://www.issv.gob.sv/unidad-de-pensiones-del-issv-recibe-tercer-reconocimiento-en-gestion-de-calidad/>.
- ISSV. (2025). <https://www.issv.gob.sv/institucion/marco-institucional/>
- Lerma González, H. (2009). *Metodología de la investigación, propuesta, anteproyecto y proyecto (4° ed.)*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Library. (2019). *Sistemas de gestión integrados*. <https://library.co/document/nzwom1gy-sistemas-de-gestion-integrados-lrqa.html>.
- Lozano Gomez, A. M. (2021). *Implementación de un Sistema Integrado de Gestión Basado en las Normas ISO 14001:2015 y La Norma ISO 45001: 2018 en la Empresa Consultores Solano Navas de Piedecuesta, Santander*. Santander, Colombia.
- MINSAL (2021) <https://www.salud.gob.sv/download/cuestionario-de-evaluacion-sobre-las-condiciones-de-seguridad-y-salud-ocupacional-en-instituciones-publicas-ministerio-de-trabajo-y-prevision-social/>
- nqa.com. *Guía de Implementación del Sistema de Gestión Medioambiental (s.f.)*.
<https://www.nqa.com/getmedia/641ed66a-1d8e-48bc-b5ea-076b9bdb6d54/NQA-ISO-14001-Guia-de-implementacion.pdf>.
- Organismo Internacional de Normalización (ISO). (2018). *Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo - requisitos con orientación para su uso*. (ISO 45001:2018)
- Organismo Internacional de Normalización (ISO. (2015). *Sistema de gestión ambiental - requisitos con orientación para su uso*.(ISO 14001:2015)
- Organismo Salvadoreño de Normalización. (2015). *NTS ISO 9000: 2015 . Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. (NTS ISO 9000: 2015)
- PEREA CANO, L. (2021). *Formulación de un Sistema Integrado de Gestión de Seguridad y Salud en El Trabajo y Medio Ambiente, Basado en las normas NTC-ISO 45001 De 2018 Y NTC-ISO 14001 De 2015, para El Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adulto - Ucia, En La Clínica San Fran*. Municipio de Tuluá, Valle del Cauca., Valle del Cauca.
- Quantun, C. (2022). *Origen y Evolución de la Normas 45001*.
<https://quantumconsultora.com/normas-iso-45001/>
- Rojas Soriano, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdes .

Salud data, S. D. (2025). <https://saluddata.com/que-es-un-policlinico/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20un%20Policl%C3%ADnico%3A%20Una,la%20atenci%C3%B3n%20primaria%20y%20especializada>.

Salvador, E. d. (2014). *ONGD*. <http://www.aecid.sv/ongd/>

Silverio Escalada, P. A. (2021). *Diseño de un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para el "Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Central Loja" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social basado en la norma ISO 45001:2018*. ECUADOR, ECUADOR.

Toscano, Quinteros, Morales. (2018). *Sistemas Integrados de Gestión* (Primera ed.). Ecuador: Grupo Compás.

Vara Horna, A. (2012). *Siete pasos para una tesis exitosa*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.

Anexos

Anexo 1: Carta emitida por MASIG a sujeto de estudio



Ciudad Universitaria
"Dr. Fabio Castillo Figueroa"
Final Av. Mártires del 30 julio,
San Salvador, El Salvador

masig_economia@ues.edu.sv
Teléfono: 2521-0176

Ciudad Universitaria, 30 de enero de 2025

Estimado(a)(s)
Lic. / Ing. / Dr. Carlos Humberto Alvarenga Requeno
Directora General
Hospital Policlínico Zacamil
Presente

Reciba un cordial saludo de la Dirección de la Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador.

Por este medio respetuosamente solicito la atención del(la)(s) Lic.(a)/Ing.(a)/Dr.(a) **VELÁSQUEZ MEJÍA, WILFREDO EVENOR (VM95016)** y **VÁSQUEZ MARTÍNEZ, FERNANDO (VM97009)**, estudiante(s) egresados(s) de la **MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD (MASIG)** de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador, quién(es) se encuentra(n) en la **etapa de identificar el tema preliminar de trabajo de graduación y formular el respectivo anteproyecto**, el cual debe considerar las siguientes características:

- a) Orientado a la realidad nacional.
- b) Con utilidad social, es decir de preferencia beneficiar a un sector del país y no a una organización en particular.
- c) Enfocado en investigación aplicada, con apego práctico.
- d) Calidad y veracidad de la información reflejada en el documento final.
- e) Con una redacción estructurada, lógica, sencilla y de fácil comprensión, según normas APA.
- f) Aplicación de una metodología adecuada y coherente con un trabajo de investigación de nivel de maestría.
- g) Libre de errores de ortografía y gramática.
- h) Apegado a criterios éticos y de profesionalismo de un trabajo de esta naturaleza.

Dicho trabajo de graduación debe enfocarse en términos generales en los sistemas integrados de gestión (por ejemplo: calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo, etc.) en base a normas internacionales y/o la reglamentación aplicable, como mínimo en dos ámbitos de gestión y se desarrollará en un período mínimo de 6 meses y un máximo de 12 meses. A partir de los resultados de la investigación del trabajo de graduación aplicado a la organización sujeto del estudio, el análisis e interpretación los resultados de la etapa de campo, los maestrantes procederán a la realización de una propuesta de sistema integrado de gestión aplicado a la organización sujeto del estudio con enfoque de consultoría empresarial.

Como tema de su trabajo de graduación el/la/los(as) maestrante(s) ha(n) identificado el siguiente como propuesta preliminar **"DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS 14001:2015 APLICABLE AL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL ISSS.**", para lo cual, en los casos de aplicación a una organización determinada, se requiere carta formal de "consentimiento informado" declarando de forma explícita el conocimiento y aceptación de los siguientes términos, de preferencia por un nivel de dirección o gerencial de la organización sujeto del estudio:



Ciudad Universitaria
"Dr. Fabio Castillo Figueroa"
Final Av. Mártires del 30 julio,
San Salvador, El Salvador

masig.economia@ues.edu.sv
Teléfono: 2521-0176

- La empresa u organización debe asegurar el trabajo de campo de los maestrantes para la recopilación de la información cualitativa y cuantitativa de la investigación / consultoría mediante la realización de entrevistas, encuestas, observación de procesos y actividades, revisión de documentos y registros, informes, entre otras metodologías y herramientas para tener acceso a fuentes documentales y no documentales, con la participación activa de personal clave de la organización, mediante un plan de visitas debidamente organizado y consensuado para asegurar la viabilidad de la investigación en la etapa metodológica y de obtención de la información requerida del sujeto de estudio, acorde al anteproyecto formulado y aprobado al inicio del trabajo de graduación.
- El documento final del trabajo de graduación con sus diferentes apartados de marco referencial, marco teórico, marco metodológico y resultados de la investigación y la propuesta de diseño del sistema integrado de gestión, entre otros apartados de un documento académico aplicado a nivel de maestría, será de dominio público, a través de su publicación y las consultas en las bibliotecas de la Facultad de Ciencias Económicas y de la Universidad de El Salvador y en los diferentes repositorios institucionales u otras fuentes de la red de internet.

El(la)(los)(las) maestrante(s) se compromete(n) a entregar los diferentes productos resultantes del trabajo de graduación como documento final de tesis y/o entregables parciales del proyecto de trabajo de graduación a la empresa u organización sujeto del estudio, una vez sean aprobados por la Coordinación MASIG acorde al Proceso de Seminario de Trabajo de Graduación correspondiente.

No omito manifestar el agradecimiento por la atención a la presente.

Atentamente,



Maestro Luis Alonso Ramírez Aguilar
Coordinador MASIG - FCE - UES
masig.economia@ues.edu.sv

Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de Calidad (MASIG)
Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de El Salvador

c.c.: Expediente(s) alumno(s)

Anexo 2: Viabilidad del consentimiento informado sujeto de estudio



HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS
Calle Zacamil, distrito Mejicanos, San Salvador Centro.
Teléfonos: 2591-4200

San Salvador, 28 de febrero del 2025

Maestro Luis Alonso Ramirez Aguilar
Coordinador MASIG-FCE-UES.
Presente.-

Reciba un cordial saludo del Doc. Carlos Humberto Alvarenga Requeno, en calidad de Director del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (HPZ ISSS).

En atención al requerimiento de carta formal extendida por su persona con fecha 30 de enero 2025 la cual adjunto, donde se manifiesta el conocimiento y aceptación del tema de trabajo de posgrado que realizarán los maestrantes, que el documento final será de dominio público, a través de sus consultas en las bibliotecas de la Universidad de El Salvador (UES) y en la red de internet, el cual será aplicado en nuestro nosocomio, le manifiesto lo siguiente:

Acepto apoyar a los maestrantes en su investigación de campo para la obtención de los datos del diagnóstico, entrevistas o cualquier tipo de herramienta que utilicen, además que el documento final del trabajo de graduación realizado por los maestrantes será de dominio público, a través de sus consultas físicas o virtuales en las bibliotecas de la Universidad de El Salvador (UES) y en la internet, el cual será aplicado en nuestra hospital con el tema preliminar siguiente: **"DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTION AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL ISSS"** propuesto por los maestrantes Velásquez Mejía, Wilfredo Evenor (VM95016) y Vásquez Martínez, Fernando (VM97009); en constancia de lo antes asegurado firmo y sello la presente, sin otro particular.

Atentamente. -

F. 

Doc. Carlos Humberto Alvarenga Requeno
Director Hospital Policlínico Zacamil ISSS.



Anexo 3: Viabilidad técnica

San Salvador 19 de marzo de 2025

Maestro Luis Alonso Ramírez Aguilar
Coordinador MASIG-FCE-UES
Presente

Por medio del presente documento los maestrantes egresados de la MASIG segunda generación Fernando Vásquez Martínez con carné: VM97009 y Wilfredo Evenor Velásquez Mejía con carné: VM95016, nos comprometemos a realizar el trabajo de graduación con tema preliminar: DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, terminarlo dentro de los tiempos que la MASIG ha programado, manifestando además contar con el apoyo de especialistas en el área de sistemas de gestión, la colaboración de la dirección y administración del hospital, los comités de seguridad y salud ocupacional, comité de gestión ambiental, jefes de los servicios que comprende la gerencia de servicios médicos, mantenimiento local y servicios generales como partes interesadas del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los recursos tecnológicos, financieros, los conocimientos técnicos y teóricos necesarios que involucra la realización de un trabajo de graduación de esta envergadura.



Fernando Vásquez Martínez
Carne: VM 97009



Wilfredo Evenor Velásquez Mejía
Carne: VM95016

Apéndice 1:

Matriz Diagnóstica para Plantear El Problema de Investigación

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.						
DIAGNÓSTICO (PRELIMINAR)	SÍNTOMAS Y SIGNOS ²	CAUSAS	PRONÓSTICOS	CONTROL PRONÓSTICO	FORMULACIÓN	SISTEMATIZACIÓN
<p><i>Descripción o antecedentes de la situación problemática.</i></p> <p>Qué es lo que está ocurriendo (problema principal)</p>	<p><i>Hechos o situaciones que se observan al analizar el objeto de investigación.</i></p>	<p><i>Hechos o situaciones que se producen por la existencia de los síntomas identificados.</i></p> <p>Por qué está ocurriendo</p>	<p><i>Situaciones que pueden presentarse si se siguen generando síntomas y causas. Que es lo que está ocasionando (efectos o consecuencias)</i></p>	<p><i>Acciones por las cuales como investigador puede anticiparse y controlar las situaciones identificadas en síntomas, causas, y pronósticos</i></p>	<p><i>Redactar el problema como una pregunta o de forma enunciativa (cómo, cuál, dónde, qué) o aseveración, sobre lo que se busca resolver y que está estrechamente relacionada con el tema específico a investigar</i></p>	<p><i>Definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</i></p>
	<i>Variables</i>					
	<i>Dependientes</i>	<i>Independientes</i>				
<p>El Hospital Policlínico Zacamil del ISSS (HPZ) presenta la siguiente situación problemática, carecen de procesos y procedimientos estandarizados para el desarrollo de las funciones operativas, no poseen un SIG basado en normas internacionales que les permita la gestión del control de riesgos laborales, aspectos e impactos ambientales, generados en su funcionamiento, para ser eficientes en la toma de decisiones, que optimicen la SST y GA.</p>	<p>Ausencia de un sistema integrado de gestión.</p>	<p>Riesgo laboral, accidentes de trabajo, aspectos e impactos ambientales generados.</p> <p>Incumplimiento de requisitos normativos NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO 14001:2015</p>	<p>Incremento de incapacidades de los empleados por incumplimiento de la normativa aplicable a SST y GA, Quejas de partes interesadas internas y externas por el poco control de los aspectos ambientales. Deterioro de la reputación de la institución.</p>	<p>El diseño del sistema integrado en SST y GA que se propone, aporta un eficiente uso de los recursos destinados a la SST y GA, e impactará positivamente en los trabajadores y derechohabientes, cumpliendo la normativa pertinente.</p>	<p>¿De qué manera el diseño de un sistema integrado de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a mejorar la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social?</p>	<p>9. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para identificar la situación actual de los servicios de la organización?</p> <p>10. ¿Cómo la identificación de los riesgos laborales, ayudará en la seguridad y salud de los empleados?</p> <p>11. ¿Cómo controlar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas?</p> <p>12. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables para permitir el cumplimiento a la legislación actual?</p> <p>13. ¿Cuál es la estructura documental de la gerencia de servicios médicos que ayudará a fortalecer sus procesos?</p>

Nota: Adaptado de Méndez Álvarez, C. (2006). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en Ciencias Empresariales*. 4ª. Ed. Editorial LIMUSA, S.A: de C.V. Grupo Noriega Editores. México. pág. 170.

² Los síntomas son las manifestaciones que el propio enfermo siente, y que nadie, a excepción de quien los padece, puede constatar. Son, por tanto, manifestaciones subjetivas, que tan sólo percibe el sujeto que las padece. Los **signos**, por el contrario, son manifestaciones de la enfermedad que pueden ser percibidas por un observador externo: son manifestaciones objetivas.

Apéndice 2:

Matriz de Conceptualización de Variables

Matriz de Conceptualización de Variables		
Variables	Conceptualización	Medición (Cualitativa o cuantitativa)
Riesgo laboral	- Riesgo para la seguridad y salud en el trabajo: Combinación de la probabilidad de que ocurran eventos o exposiciones peligrosos relacionados con el trabajo y la severidad de la lesión y deterioro de la salud que pueden causar los eventos o exposiciones. (NTS ISO 45001:2018, p. 17)	Cuantitativa
Aspecto ambiental	Elemento de las actividades, productos o servicios de una organización (3.1.4) que interactúa o puede interactuar con el medio ambiente.(NTS ISO 14001:2015, p.2)	Cuantitativa
Impacto ambiental	- Cambio en el medio ambiente, ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización. .(NTS ISO 14001:2015, p.3)	Cuantitativa
Requisito	- Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. (NTS ISO 9000:2015, p. 23)	Cuantitativa
Información documentada	- Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene (NTS ISO 9000:2015, pág. 30).	Cuantitativa
Requisito legal	- Requisito obligatorio especificado por un organismo legislativo (NTS ISO 9000:2015, p. 26).	Cuantitativa
Proceso	- Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto (NTS ISO 9000:2015, pág. 19).	Cuantitativa

Apéndice 3:

Matriz de consistencia marco referencial

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.						
DIAGNÓSTICO (PRELIMINAR)	FORMULACIÓN (PROBLEMA)	SISTEMATIZACIÓN (Preguntas de investigación)	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
					Variables	Medición (indicadores)
<p><i>Descripción o antecedentes de la situación problemática.</i></p> <p>Qué es lo que está ocurriendo (problema principal)</p>	<p><i>Redactar el problema como una pregunta o de forma enunciativa (cómo, cuál, dónde, qué) o aseveración, sobre lo que se busca resolver y que está estrechamente relacionada con el tema específico a investigar</i></p>	<p><i>Definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</i></p>	<p><i>Orientan e identifican el tipo de resultados que se pretende lograr. Son las actividades de investigación.</i></p>	<p><i>Son respuestas tentativas. Se plantean como aseveraciones Por lo general, guían hacia una dirección concreta.</i></p>	<p><i>Atributos que se miden o se argumentan, se utilizan para designar cualquier característica o cualidad de la unidad de observación.</i></p>	<p><i>Su operacionalización es un proceso de traslado de un nivel abstracto a un nivel empírico, observable, medible (cuantitativa o cualitativamente)</i></p>
<p>El Hospital Policlínico Zacamil del ISSS (HPZ) presenta la siguiente situación problemática, carecen de procesos y procedimientos estandarizados para el desarrollo de las funciones operativas, no poseen un SIG basado en normas internacionales que les permita la gestión del control de riesgos laborales, aspectos e impactos ambientales, generados en su funcionamiento, para ser eficientes en la toma de decisiones, que optimicen la SST y GA.</p>	<p><i>¿De qué manera el diseño de un sistema integrado de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a mejorar la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social?</i></p>	<p>1. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para identificar la situación actual de los servicios de la organización?</p> <p>2. ¿Cómo la identificación de los riesgos laborales ayudará en la seguridad y salud de los empleados?</p> <p>3. ¿Cómo controlar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas?</p> <p>4. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables para permitir el cumplimiento a la legislación actual?</p> <p>5. ¿Cuál es la estructura documental de la gerencia de servicios médicos que ayudará a fortalecer sus procesos?</p>	<p>Objetivo general</p> <p><i>Diseñar un sistema integrado de la gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015, que mejoré la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.</i></p> <p>Identificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para conocer la situación actual de los servicios de la organización.</p> <p>Identificar los riesgos laborales, para ayudar en la seguridad y salud de los empleados.</p> <p>Determinar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas.</p> <p>Determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables para permitir el cumplimiento a la legislación actual.</p> <p>Diseñar la estructura documental de la gerencia de servicios médicos para ayudar a fortalecer sus procesos.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p><i>El diseño de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a mejorar la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.</i></p> <p>1. La identificación del nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 establecerá la situación actual de los servicios de la organización.</p> <p>2. La identificación de los riesgos laborales, ayudara en la seguridad y salud de los empleados.</p> <p>3. La determinación de los aspectos ambientales reducirá los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas.</p> <p>4. La determinación del nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables permitirá el cumplimiento a la legislación actual.</p> <p>5. El diseño de la estructura documental de la gerencia de servicios médicos ayudará a fortalecer sus procesos.</p>	<p>Micro variables</p> <p>Riesgo laboral</p> <p>Aspectos e impactos Ambientales identificados.</p> <p>Requisitos normativos NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO 14001:2015</p> <p>Requisitos legales en SST/ambientales</p> <p>Información documentada</p> <p>Procesos documentados</p>	<p>Indicadores</p> <p>Variable cuantitativa.</p> <p>Variable cuantitativa.</p> <p>Variable cuantitativa</p> <p>Variable cuantitativa.</p> <p>Variable cuantitativa.</p> <p>Variable cualitativa.</p>

Nota: Elaboración propia

Apéndice 4:

Guía de observación a la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ

Lista de observación en Hospital Policlínico Zacamil ISSS.

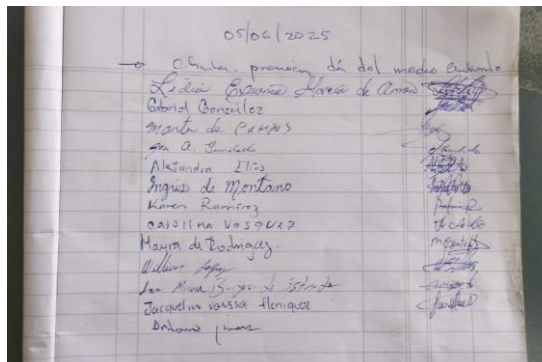
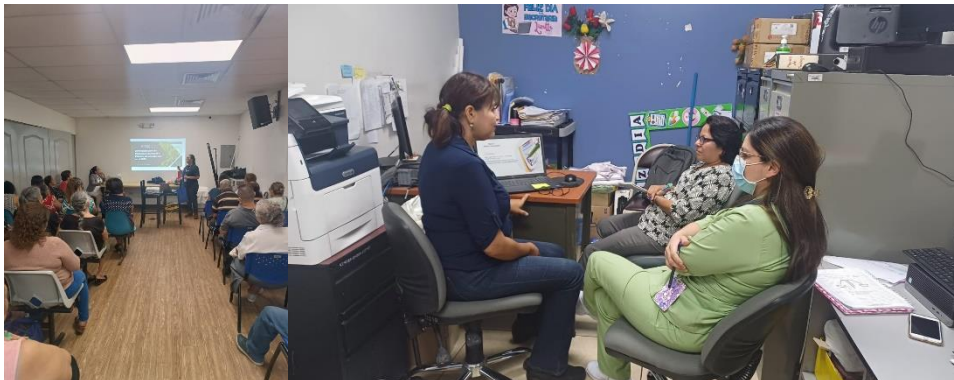
Fecha de realización de la visita: martes 10 de junio de 2025.

Hora: 9:00 am a 12:00 m.

1. Existe señalización vial en calle zacami frente a la entrada del hospital.



2. Capacitaciones en gestión ambiental, seguridad y salud ocupacional, miembros del comité de gestión ambiental y comité de gestión de seguridad y salud ocupacional. listado de sistencia.



3. Capacitación en eficiencia energética a miembros del comité de gestión ambiental.



4. Ceiba protegida y entrega de plantas a empleados, visitas de pacientes y vecinos que pasan por las aceras del hospital.



5. Almacenamiento de garafas de agua potable y oasis distribuido en las áreas del hospital para el consumo de agua potable de empleados, visitantes y derechohabientes.



6. Estaciones de reciclaje de desechos solidos, distribuidos en áreas del hospital.



7. Acopio temporal de desechos comunes y desechos bioinfecciosos.



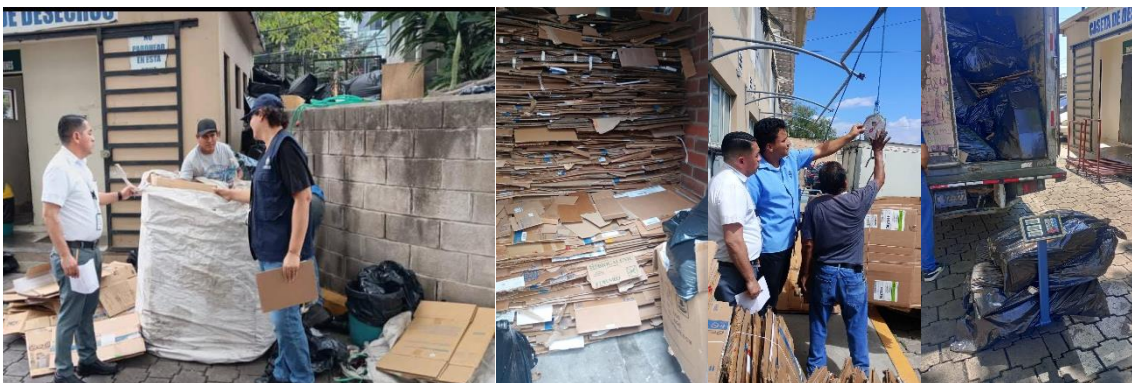
8. Acceso a la acera para entregar a los desechos comunes y desechos bioinfecciosos, luego de la entrega se lava y desinfecta la acera.



9. Segregación y pesado de desechos comunes.



10. Entrega de material reciclable a empresa autorizada por MARN.



11. Acopio temporal de desechos bioinfecciosos.



12. Entrega de los desechos bioinfecciosos a empresa autorizada por MARN.



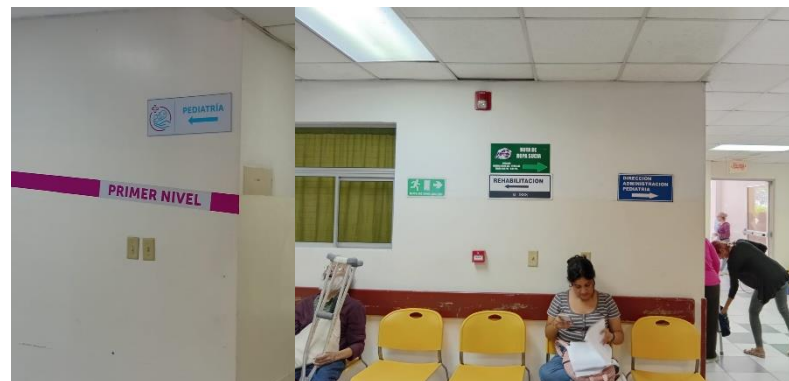
13. Carteleras en los pasillos del hospital promoviendo el día mundial del medio ambiente.



14. Aviso en los correos institucionales de todos los trabajadores del ISSS promoviendo el día mundial del medio ambiente.



15. Señalización en los pasillos del hospital.



16. Sistema contra incendios, extintores y mangueras colocados en diferentes puntos del hospital.



17. Sanitarios con apoya manos para personas discapacitadas.



18. Planta de tratamiento de aguas residuales, toma de parámetros y muestreo compuesto por laboratorio acreditado.



19. Almacenamiento de ropa médica lavada y desinfectada.



20. Áreas de maquinarias señalizadas y con puertas cerradas bajo llaves para impedir el acceso a personal no autorizado.



Apéndice 5:

Guía de entrevista HPZ

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
MAESTRÍA EN SISTEMAS INTEGRADOS
DE GESTIÓN DE CALIDAD**

GUÍA DE ENTREVISTA HPZ

Introducción:

- ✓ Saludo cordial y presentación del propósito de la entrevista.
- ✓ Explicación sobre cómo se busca mejorar las operaciones del HPZ mediante la GA y SST integrada.

Información General:

- ✓ Solicitar al entrevistado que describa su rol en la empresa:
Director del HPZ
Administradora del HPZ
Presidenta del CSO y jefa del departamento de educación en salud.
Coordinador del CGA.
- ✓ Verificar si la organización posee los siguientes elementos de planificación estratégica en materia de gestión ambiental y de la SST:

		Observaciones
Misión	✓	El HPZ por ser parte del ISSS cuenta con toda la filosofía del instituto, las cuales fomentan, promueve y realiza dentro y fuera de sus instalaciones.
Visión	✓	
Política ambiental	✓	
Política de la SST	✓	
Matriz de riesgos	✓	Se cuenta con una matriz de identificación y evaluación de riesgo, un plan de emergencias y evacuación.
Indicadores	✓	Existen indicadores como: número de pacientes incapacitados, número de empleados enfermos, número de accidentes, ausentismo en el tema de SSO, porcentajes de realización de actividades ambientales, eco balances en temas de GA.
Plan operacional anual	✓	Se cuenta con un plan de actividades que se realizarán en el año.
Plan estratégico	✓	

1. ¿Cuáles son las principales actividades de su organización?

Somos un hospital policlínico de tercer nivel que atiende a afiliados y a su grupo familiar (Esposa o compañera de vida e hijos) proporcionando servicios médicos preventivos, diagnósticos y terapéuticos en un entorno más accesible y cercano a la comunidad, Además los riesgos cubiertos por el Régimen de Salud (Seguro de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y por el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (Seguro de IVM).

2. Pedir al entrevistado que explique si se tienen estrategias establecidas para el logro de indicadores en las áreas de GA y SST.

Se han creado proceso y procedimientos apegados a las normativas salvadoreña en los temas relacionados en SSO y GA para cumplir con cada una de ellas. Por ejemplo, se tienen contratos para el transporte externo y disposición final de los desechos bioinfecciosos.

3. Indagar sobre si se han determinado las cuestiones externas e internas relevantes en el propósito del HPZ, la consecución GA y de SST, así como a su dirección estratégica. Adicionalmente consultar sobre si se han determinado las necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes.

Se ha determinado el contexto del HPZ en los temas relacionados en SST y GA, con el objetivo de prevenir situaciones de emergencias, de esta manera mantener la satisfacción de los pacientes es primordial. Las necesidades de los usuarios son una buena atención en salud en un lugar en donde existan las condiciones necesarias de SSO y GA para no estar expuestos a riesgos físicos, biológicos y químicos. Tener la certeza que las actividades del HPZ no impactaran negativamente al medio ambiente en especial a la zona que la rodea.

4. Solicitar detalle si se han establecido los criterios para la gestión de procesos (mapa de procesos) junto con las responsabilidades, métodos, medidas e indicadores de desempeño relacionados necesarios para un adecuado desempeño de GA y SST.

Mapas de procesos no tenemos diseñado, pero si una distribución de las actividades asignadas al personal los cuales son los responsables que se efectúen, con la ayuda de documentación realizada por ambos comités u otros departamentos o la misma dirección, por ejemplo, existe el manual de manejo de desechos bioinfecciosos elaborado por el departamento de enfermería, el médico epidemiólogo y la administración, se envía al MINSAL este hace la inspección en el hospital y aprueba, en este existe un indicador del peso de DB generado por las actividades del hospital.

Otros documentos es la matriz de identificación y evaluación de riesgo, un plan de emergencias y evacuación, plan de prevención de riesgos laborales que exige el ministerio de trabajo (Indicadores, número de empleados enfermos, número de accidentados, ausentismo), el plan de manejo ambiental exigido por el MARN plasmado en el estudio de impacto ambiental (indicadores de porcentaje de realización de las actividades ambientales).

El MARN está exigiendo eco balances que se deben de colocar cada mes en su portal, además el reporte del informe operacional anual “RIOA” de las actividades ambientales realizadas.

Se cuenta con un plan de eficiencia energética con el objetivo de disminuir el consumo de energía eléctrica al realizar las actividades, sin dejar de recibir el mismo confort.

5. Pedir al entrevistado que describa que acciones se han planificado para el logro de objetivos y si se han establecido los riesgos y oportunidades de mejora que son relevantes para el desempeño ambiental y de la SST.

Se imparten capacitaciones en temas de SSO y GA a todos los empleados para aumentar la sensibilización y pongan en práctica en el hospital y sus hogares. Unido a esto la divulgación de los documentos mencionados anteriormente, de esta manera se logran los objetivos propuestos en ambas áreas.

6. ¿Cuál es la documentación que poseen?

Ambos comités tienen documentados en ambos los documentos mencionados anteriormente, más las evidencias de actividades realizadas y las auditorías efectuadas ya sean internas y externas.

7. Consultar sobre si la alta dirección ha asegurado un clima y cultura preventiva en materia ambiental y de la SST.

La dirección y la administración del hospital apoyan las actividades de ambos comités, facilitando horas laborales para realizarlas y participando en las reuniones para estar sabedores de los acontecimientos y agendas a ejecutar.

8. Indagar sobre como el HPZ asegura que las personas que puedan afectar al rendimiento del desempeño ambiental y en SST son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia o ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria.

Al elegir a los integrantes de ambos comités se procura que sean jefes de departamentos ya que tienen experiencia en los temas y poder de decisión, cabe mencionar que la presidenta del comité de SSO es la jefa del departamento de educación en salud y el coordinador del comité de GA es el jefe de servicios generales, además se les sigue capacitando en los temas que ellos proponen y los que sabemos que son importantes para alcanzar los objetivos propuestos.

9. ¿Establece procesos de consulta y participación de los trabajadores en los niveles y funciones aplicables?

Los empleados tienen la libertad de poder participar aportando observaciones e ideas para la mejora continua de los procesos y procedimientos.

10. ¿Cuáles son los aspectos que le permiten seleccionar y reclutar al personal que trabaja en el hospital?

Existe un protocolo a seguir para ser reclutada, son examinadas con pruebas objetivas según sea la plaza a la que está aplicando, si su evaluación y entrevista son favorables se contratan.

11. Sondear sobre los mecanismos de comunicación con los trabajadores y partes interesadas.

Se colocan periódicos murales los cuales están distribuidos por todo el hospital con información relevante de ambos temas, se perifonean cuñas con mensajes cortos pero efectivos, se mandan correos por el departamento de comunicaciones a todos los empleados del ISSS.

12. Solicitar al entrevistado que mencione como se abordan los requisitos legales y otros requisitos aplicables en materia ambiental y de la SST.

Se capacitan al personal en la legislación, se levantan documentos como planes de trabajo en los cuales se plasman las actividades a realizar para cumplir con la legislación, en algunos casos se subcontrata a empresas, por ejemplo, en el tema de los desechos bioinfecciosos existe un contrato con empresas autorizadas por el MARN para su transporte externo y disposición final en un relleno sanitario autorizado por el MARN. Otro ejemplo es el contrato de abastecimiento de agua potable envasada y distribuida en los oasis que la empresa proporciona y da el aseo, para un servicio integro a los derechohabientes, pacientes, visitas y empleados.

13. Indagar sobre si existe dentro de la empresa mecanismos de auditoría y revisión por la dirección.

Internamente se hacen auditorias de gestión ambiental por el Departamento de Gestión Ambiental del ISSS, auditorías en materia de SSO por el departamento de Seguridad y Salud Ocupacional del ISSS, además auditorías externas por el MARN y MTPS en sus respectivos temas.

14. Etapas principales del proceso, los equipos utilizados y las tecnologías empleadas.

Se han adoptado tecnologías las cuales ayudan a reducir la contaminación ambiental y disminuye el riesgo para los trabajadores, ejemplo los trabajadores del laboratorio clínico usan maquinaria que utilizan muestras de medio mililitro, que automáticamente se lava y descarta, antes se usaban volúmenes considerables de muestras y reactivos. Otro ejemplo es la adopción de impresión láser para las placas de rayos "X", se dejó de usar líquidos debeladores a base de plata. Termómetros y tensiómetros digitales sustituyendo los de mercurio que es un metal líquido cancerígeno.

15. ¿Considera que el ambiente de trabajo, que incluye, factores físicos, sociales, psicológicos, medioambientales, son aptos para desempeñar el trabajo requerido?

El clima laboral es agradable, se fomenta el respeto por todas las personas, las instalaciones son adecuadas para el servicio de salud, se tienen controlado los riesgos biológicos, físicos y químicos, además identificados y controlados los aspectos e impactos ambientales.

16. ¿El HPZ realiza el seguimiento de las percepciones de los usuarios del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas?

No existe un procedimiento para determinar la satisfacción de los derechohabientes, pero si existen buzones de quejas y sugerencias, además pueden pedir dialogar con el jefe del departamento médico en el que se está atendiendo, o con la trabajadora social para expresar sus inquietudes.

17. ¿Cada cuánto se realizan las revisiones del proceso por la dirección?

La dirección no revisa los procesos, pero si verifica que se hagan, pide los avances a los comités y otorga los recursos que se necesiten a para alcanzar los objetivos.

18. ¿Se han determinado y seleccionado oportunidades de mejora en su proceso?

Los comités proponen mejoras en los procesos y procedimientos, siempre son apoyados por la alta dirección.

19. Solicitar ejemplos de problemas relacionados con el uso de recursos o la generación de residuos, y explorar posibles soluciones.

Los desechos bioinfecciosos si no se tomasen las medidas pertinentes se estaría en riesgo de una contaminación biológica y una posible pandemia.

Conclusión:

- ✓ Agradecer al entrevistado por su participación y compromiso con la mejora continua.

Apéndice 6:

Lista de verificación NTS ISO 45001:2018

LISTA DE VERIFICACIÓN -NTS ISO 45001:2018					
Objetivo: Verificar el nivel de cumplimiento con la norma ISO 45001:2018, en el HPZ					
SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO					
Criterios de evaluación de la lista de verificación					
Ninguna evidencia de cumplimiento (0)		Evidencia limitada de cumplimiento (1)		Cumple totalmente 2)	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN					
N°	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
			0%		
1	4.1	Comprensión de la organización y de su contexto			
		¿La organización ha determinado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la SST, incluyendo el impacto del cambio climático?	0	No se ha determinado el contexto del HPZ en los temas relacionados en SST, con el objetivo de prevenir situaciones de emergencias. Ni a determinar si el cambio climático es un tema relevante, analizando su impacto en los riesgos laborales.	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	2	0	
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
			50%		
2	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas			
		¿La organización ha determinado...?			
		a)	las otras partes interesadas, además de sus trabajadores, que son pertinentes al sistema de gestión de la SST;	1	Solamente los alrededores
	b)	las necesidades y expectativas (es decir, los requisitos) pertinentes de los trabajadores y de estas otras partes interesadas;	1	Las partes interesadas necesitan que el HPZ garantice que al ser visitado o trabajar en sus instalaciones tenga la seguridad que no tendrá accidentes y que el medio ambiente no sea afectado por sus actividades. El HPZ debe identificar peligros laborales causados por el cambio climático, como los relacionados con el calor, y buscar oportunidades para implementar prácticas más seguras y eficientes,	

					considerar las expectativas de los empleados y otras partes interesadas sobre cómo el hospital abordará los riesgos del cambio climático.
		c)	cuáles de estas necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales aplicables y otros requisitos.	1	Las normativas nacionales en SST
		PUNTUACIÓN MAXIMA		6	3
	Clausula	Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				58%	
		<i>Determinación del alcance del sistema de gestión de la SST</i>			
3		¿La organización ha determinado los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la SST para establecer su alcance?		1	El límite es el área total del hospital y los lugares externos al HPZ .
		¿Al determinar este alcance, la organización ha...?			
		a)	considerado las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1;	1	No existe un sistema basado en ISO45001:2028 pero si uno basado en normativa salvadoreña que incluye las partes interesadas
	4.3	b)	tomado en cuenta los requisitos indicados en el apartado 4.2;	1	
		c)	tomado en cuenta las actividades relacionadas con el trabajo desempeñadas	2	
4		Una vez que se definido el alcance, ¿El sistema de gestión de la SST ha incluido las actividades, productos y servicios dentro del control o la influencia de la organización que pueden tener un impacto en el desempeño de la SST de la organización?		2	
		¿El alcance está disponible como información documentada?		0	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		12	7
	Clausula	Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				50%	
	4.4	<i>Sistema de gestión de la SST</i>			

5		¿La organización ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente un sistema de gestión de la SST, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional?	1	El Comité de Seguridad Ocupacional tiene un plan de seguridad en el trabajo pero no basado en la norma ISO45001:2018.
		PUNTUACIÓN MÁXIMA	2	1
		Total	22	11
		Cumplimiento de cláusula 4		50%

5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones /Evidencia	
		68%		
	Liderazgo y compromiso			
6	¿La alta dirección ha demostrado liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la SST...?			
	a)	tomando la responsabilidad y la rendición de cuentas globales para la protección de la salud y seguridad relacionadas con el trabajo de los trabajadores;	2	La política es institucional y está acorde a las directrices estratégicas.
	b)	asegurándose de que se establezcan la política de la SST y los objetivos de la SST y que éstos sean compatibles con la dirección estratégica de la organización;	2	La alta dirección apoya las actividades en materia de SSO, asegurándose de la integración de los procesos, los recursos a utilizar, la participación de los trabajadores, la comunicación entre las partes interesadas, para que se logren los objetivos del SGA.
	c)	asegurándose de la integración de los procesos y los requisitos del sistema de gestión de la SST en los procesos de negocio de la organización;	1	
	d)	asegurándose de que los recursos necesarios para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión de la SST estén disponibles;	1	
	e)	asegurándose de la participación activa de los trabajadores, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores, utilizando la consulta y la identificación y eliminación de los obstáculos o barreras a la participación;	2	Promueve la mejora continua, mejorando el desempeño identificando y y tomando acciones para superar las no conformidades.
	f)	comunicando la importancia de una gestión de la SST eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la SST;	1	
	g)	asegurándose de que el sistema de gestión de la SST logre los resultados previstos;	2	Entrega cuentas a la dirección general del ISSS y a los departamentos de SSO.
	h)	dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la SST;	1	

		i)	asegurando y promoviendo la mejora continua del sistema de gestión de la SST para mejorar el desempeño de la SST identificando y tomando acciones de manera sistemática para tratar las no conformidades, las oportunidades, y los peligros y riesgos relacionados con el trabajo, incluyendo las deficiencias del sistema;	1	
		j)	apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo aplicado a sus áreas de responsabilidad;	1	
		k)	desarrollando, liderando y promoviendo una cultura en la organización que apoye al sistema de gestión de la SST	1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		22	15
	Clausula	Requisito		Cumplimiento	Observaciones /Evidencia
				85%	
		<i>Política de la SST</i>			
7		<i>¿La alta dirección ha establecido, implementado y mantenido una política de la SST en consulta con los trabajadores a todos los niveles de la organización (véanse 5.3 y 5.4) que...?</i>			
	5.2	a)	incluya un compromiso de proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de daños y deterioro de la salud relacionados con el trabajo que sea apropiado al propósito, el tamaño y el contexto de la organización y a la naturaleza específica de sus riesgos para la SST y sus oportunidades para la SST;	2	La política fue diseñada por la dirección general del ISSS, con compromisos que tiene como marco de referencia la legislación salvadoreña en temas de SSO con el objetivo de controlar los riesgos en todos sus hospitales, incluyendo el HPZ.
		b)	proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la SST;	1	
		c)	incluya un compromiso de cumplir los requisitos legales aplicables y otros requisitos;	2	
		d)	incluya un compromiso para el control de los riesgos para la SST utilizando las prioridades de los controles (véase 8.1.2);	2	
		e)	incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la SST (véase 10.2) para mejorar el desempeño de la SST de la organización;	2	

		f)	incluya un compromiso para la participación, es decir, la implicación de los trabajadores, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores, en los procesos de toma de decisiones en el sistema de gestión de la SST.	2	
8		<i>¿La política de la SST...?</i>			
		a)	está disponible como información documentada;	2	El departamento de gestión ocupacional del ISSS divulgo la política, está disponible en el AMPO del comité.
		b)	fue comunicada a los trabajadores dentro de la organización	2	
		c)	está disponible para las partes interesadas, según corresponda;	1	
		d)	se revisa periódicamente para asegurarse de que se mantiene pertinente y apropiada.	1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		20	17
	Clausula	Requisito		Cumplimiento 33%	Observaciones /Evidencia
		<i>Roles, responsabilidades y autoridades en la organización</i>			
	5.3	¿La alta dirección se ha asegurado de que las responsabilidades, rendición de cuentas y autoridades para los roles pertinentes dentro del sistema de gestión de la SST se asignen y comuniquen a todos los niveles dentro de la organización, y se mantengan como información documentada? ¿Los trabajadores en cada nivel de la organización han asumido la responsabilidad por aquellos aspectos del sistema de gestión de la SST?		2	El comité de SSO a sido delegado como responsable de su ejecución, comunicarla a todos los empleados y mantenerla documentada.
9		<i>¿La alta dirección ha asignado la responsabilidad y autoridad para ...?</i>			
		a)	asegurarse de que el sistema de gestión de la SST es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional;	0	El CSSO asegura el cumplimiento de requisitos normativo legales.
		b)	informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la SST.	1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		6	2
	Clausula	Requisito		Cumplimiento 73%	Observaciones/evidencia

		Consulta y participación de los trabajadores		
10		¿La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procesos para la participación (incluyendo la consulta) en el desarrollo, la planificación, la implementación, la evaluación y las acciones para la mejora del sistema de gestión de la SST, de los trabajadores en todos los niveles y funciones aplicables, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores?	1	Los trabajadores aportan ideas de mejora continua.
11		¿La organización ha...?		
	5.4	a) proporcionado los mecanismos, el tiempo, la formación y los recursos necesarios para la participación;	2	Se cuenta con reuniones en las que los trabajadores pueden participar para identificar, evaluar los riesgos y la toma de decisiones para ayudar en la mejora continua.
		b) proporcionado el acceso oportuno a información clara, comprensible y pertinente sobre el sistema de gestión de la SST;	2	
		c) identificado y eliminado los obstáculos o barreras a la participación y minimizar aquellas que no puedan eliminarse;	1	
		d) proporcionado un énfasis adicional a la participación de los trabajadores no directivos en lo siguiente:		
		1) determinado los mecanismos para su participación y consulta;	1	
		2) identificado los peligros y evaluación de riesgos (véanse 6.1, 6.1.1 y 6.1.2);	2	
		3) tomado acciones para controlar los peligros y riesgos (véase 6.1.4);	1	
		4) identificado las necesidades de competencias, formación y evaluación de la formación (véase 7.2);	1	
		5) determinado la información que se necesita comunicar y cómo debería comunicarse (véase 7.4);	1	
		6) determinado las medidas de control y su uso eficaz (véanse 8.1, 8.2 y 8.6);	1	
	7) investigado los incidentes y no conformidades y determinación de las acciones correctivas (véase 10.1);	1		
	e) proporcionado un énfasis adicional a la inclusión de trabajadores no directivos en la consulta relacionada con lo siguiente:			

		1)	determinado las necesidades y expectativas de las partes interesadas (véase 4.2);	1		
		2)	establecido la política (véase 5.2);			
		3)	asignado los roles, responsabilidades, rendición de cuentas y autoridades de la organización según sea aplicable (véase 5.3);	2		
		4)	determinado cómo aplicar los requisitos legales y otros requisitos (véase 6.1.3);	2		
		5)	establecido los objetivos de la SST (véase 6.2.1);	1		
		6)	determinado los controles aplicables para la contratación externa, las adquisiciones y los contratistas (véase 8.3, 8.4 y 8.5);	1		
		7)	determinado a qué se necesita realizar un seguimiento, medición y evaluación (véase 9.1.1);	1		
		8)	planificado, establecido, implementado y mantenido uno o varios programas de auditoría (véase 9.2.2);	1		
		9)	establecido un proceso de mejora continua (véase 10.2.2).	1		
		PUNTUACIÓN MÁXIMA		40	29.73	
		Puntos totales		82	61.73	
		Cumplimiento de cláusula 5			75%	
6. PLANIFICACIÓN						
	Clausula	Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
				67%	cia	
	6.1	<i>Acciones para abordar riesgos y oportunidades</i>				
		<i>Generalidades</i>				
12	6.1.1	¿Al planificar el sistema de gestión de la SST, la organización ha considerado las cuestiones referidas en el apartado 4.1 (contexto), los requisitos referidos en el apartado 4.2 (partes interesadas) y 4.3 (el alcance de su sistema de gestión de la SST) y determinado los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de...?				
		a)	asegurar que el sistema de gestión de la SST pueda lograr sus resultados previstos;	1		

		b)	prever o reducir efectos no deseados;	1	El HPZ ha considerado la participación eficaz de los trabajadores.
		c)	lograr la mejora continua.	1	
13		¿La organización ha considerado la participación eficaz de los trabajadores (véase 5.4) en el proceso de planificación y, cuando sea apropiado, la implicación de otras partes interesadas?		2	
		¿Al determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar, la organización ha tomado en cuenta...?			
		a)	los peligros para la SST y sus riesgos para la SST asociados (véase 6.1.3) y las oportunidades para la SST (véase 6.1.2.4);		Si se ha tomado en cuenta para determinar riesgos y oportunidades los requisitos legales relacionados con la operación
		b)	los requisitos legales aplicables y otros requisitos (véase 6.1.3);		
		c)	los riesgos (véase 6.1.2.3) y oportunidades (véase 6.1.2.4) relacionados con la operación del sistema de gestión de la SST que puedan afectar al logro de los resultados previstos.		
14		¿La organización ha evaluado los riesgos e identificado las oportunidades que son pertinentes para el resultado previsto del sistema de gestión de la SST asociados con los cambios en la organización, sus procesos, o el sistema de gestión de la SST?. ¿En el caso de cambios planificados, permanentes o temporales, esta evaluación se ha iniciado antes de que el cambio se implemente (véase 8.2).?		2	Se tienen la matriz de riesgos en la cual se identificó y evaluaron los riesgos y oportunidades, ya que se cuenta con un plan de prevención de riesgos laborales y plan de emergencias y evacuaciones
15		¿La organización ha mantenido información documentada de sus?			
		a)	riesgos para la SST y oportunidades para la SST que es necesario abordar;	1	Se mantienen informados de los riesgos a los empleados
		b)	Procesos necesarios para abordar los riesgos y oportunidades (véase desde 6.1.1 hasta 6.1.4) en la medida en que sea necesario para tener la confianza de que se llevan a cabo según lo planificado.	1	
	6.1.2	Identificación de peligros y evaluación de los riesgos para la SST			
		Identificación de los peligros			
16	6.1.2.1	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para la identificación proactiva continua de los peligros que surgen? ¿El proceso ha tenido en cuenta, pero no se ha limitado a...?			

		a)	las actividades rutinarias y no rutinarias y las situaciones, incluyendo la consideración de:	1	Se ha implementado una metodología de identificación de los peligros que surgen en la infraestructura, equipos, materiales, procesos médicos y condiciones físicas.
		1)	la infraestructura, los equipos, los materiales, las sustancias y las condiciones físicas del lugar de trabajo;	2	
		2)	los peligros que surgen como resultado del diseño del producto incluyendo durante la investigación, desarrollo, ensayos, producción, montaje, construcción, prestación del servicio, mantenimiento o disposición final;	2	
		3)	los factores humanos;	2	
		4)	cómo se realiza el trabajo realmente;	2	
		b)	las situaciones de emergencia;	2	
		c)	las personas, incluyendo la consideración de:	2	
		1)	aquellas con acceso al lugar de trabajo y sus actividades, incluyendo trabajadores, contratistas, visitantes y otras personas;	2	Se han implementado acciones en los lugares de trabajo y sus actividades, con los contratistas que son personal que no están bajo el control de la alta dirección con el objetivo de eliminar o evitar el riesgo.
		2)	aquellas en las inmediaciones del lugar de trabajo que pueden verse afectadas por las actividades de la organización;	1	
		3)	trabajadores en una ubicación que no está bajo el control directo de la organización;	1	
		d)	otras cuestiones, incluyendo la consideración de:		
		1)	el diseño de las áreas de trabajo, los procesos, las instalaciones, la maquinaria/equipos, los procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas;	2	Las áreas de trabajo y procedimientos están diseñados a reducir los riesgos al personal.
		2)	las situaciones que ocurren en las inmediaciones del lugar de trabajo causadas por actividades relacionadas con el trabajo bajo el control de la organización;	2	
		3)	las situaciones no controladas por la organización y que ocurren en las inmediaciones del lugar de trabajo que pueden causar daños y deterioro de la salud relacionados con el trabajo a personas en el lugar de trabajo;	1	
		e)	los cambios reales o propuestos en la organización, sus operaciones, procesos, actividades y su sistema de gestión de la SST (véase 8.8.2);		

		f)	los cambios en el conocimiento de los peligros, y en la información acerca de ellos;		
		g)	los incidentes pasados, internos o externos a la organización, incluyendo emergencias, y sus causas;		
		h)	cómo se organiza el trabajo y factores sociales, incluyendo la carga de trabajo, horas de trabajo, liderazgo y la cultura de la organización.		
		<i>Evaluación de los riesgos para la SST y otros riesgos para el sistema de gestión de la SST</i>			
17	6.1.2.2	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para...?			
		a)	evaluar los riesgos para la SST a partir de los peligros identificados teniendo en cuenta los requisitos legales aplicables y otros requisitos y la eficacia de los controles existentes;	2	Se ha evaluado los riesgos a partir de los peligros relacionados a establecer, implementar, operar y mantener el sistema de SSO basándonos en los requisitos legales nacionales, decretos 254, 89, 87,86 y 89.
		b)	identificar y evaluar los riesgos relacionados con el establecimiento, implementación, operación y mantenimiento del sistema de gestión de la SST que pueden ocurrir a partir de las cuestiones identificadas en el apartado 4.1 y de las necesidades y expectativas identificadas en el apartado 4.2.	1	
18		¿Las metodologías y criterios de la organización para la evaluación de los riesgos para la SST se han definido con respecto al alcance, naturaleza y momento en el tiempo, para asegurarse de que es más proactiva que reactiva y utilizan un modo sistemático? ¿Estas metodologías y criterios se han mantenido y conservado como información documentada?		2	
		<i>Identificación de las oportunidades para la SST y otras oportunidades</i>			
19	6.1.2.3	¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para identificar...?			
		a)	las oportunidades de mejorar el desempeño de la SST teniendo en cuenta:		
		1)	los cambios planificados en la organización, sus procesos o sus actividades;	1	La manera de identificar las oportunidades de mejora es por la experiencia de los trabajadores y miembros
		2)	las oportunidades de eliminar o reducir los riesgos para la SST;	2	

		3)	las oportunidades para adaptar el trabajo, la organización del trabajo y el ambiente de trabajo a los trabajadores;	1	del CSSO, de esta manera se reduce los riesgos latentes.
		b)	las oportunidades de mejora del sistema de gestión de la SST.	2	
		Determinación de los requisitos legales aplicables y otros requisitos			
20		¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para...?			
	6.1.3	a)	determinar y tener acceso a los requisitos legales actualizados y otros requisitos que la organización suscriba que sean aplicables a sus peligros y sus riesgos para la SST;	2	La legislación Salvadoreña es el eje central del sistema de gestión, se orientan los recursos y esfuerzos a cumplir por la alta dirección y el CSSO.
		b)	determinar cómo aplican esos requisitos legales y otros requisitos a la organización y qué es necesario comunicar (véase 7.4);	2	
		c)	tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos al establecer, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de la SST.	2	
		¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre sus requisitos legales aplicables y otros requisitos y se ha asegurado de que se actualice para reflejar cualquier cambio?			
		Planificación de acciones			
21		¿La organización ha planificado...?			
	6.1.4	a)	Las acciones para:		A partir de la evaluación de los riesgos y la legislación vigente se planifico para responder a las emergencias.
		1)	abordar estos riesgos y oportunidades (véanse 6.1.2.3 y 6.1.2.4);	1	
		2)	abordar los requisitos legales aplicables y otros requisitos (véase 6.1.3);	2	
		3)	prepararse para las situaciones de emergencia, y responder a ellas (véase 8.6);	2	
		b)	La manera de:		
		1)	integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la SST o en otros procesos de negocio;	1	
		2)	evaluar la eficacia de estas acciones.	1	
22		¿La organización ha tomado en cuenta las prioridades de los controles (véase 8.1.2) y los resultados del sistema de gestión de la SST (véase 10.2.2) cuando planifique la toma de acciones?			2

23		¿Al planificar sus acciones la organización ha considerado las mejores prácticas, las opciones tecnológicas, financieras, operacionales y los requisitos y limitaciones del negocio?	1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	90	60
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			69%	
	6.2	Objetivos de la SST y planificación para lograrlos		
		Objetivos de la SST		
24		¿La organización ha establecido objetivos de la SST para las funciones y niveles pertinentes para mantener y mejorar el sistema de gestión de la SST y para alcanzar la mejora continua del desempeño de la SST (véase el capítulo 10)?	2	Si existen objetivos de SSO
25		¿Los objetivos de la SST ...?		
	6.2.1	a) son coherentes con la política de la SST;	2	Los objetivos son basados en la política de SSO del ISSS, además se toma en cuenta la evaluación de estos.
		b) toman en cuenta los requisitos legales aplicables y otros requisitos;	2	
		c) toman en cuenta los resultados de la evaluación de los riesgos para la SST y las oportunidades para la SST y otros riesgos y oportunidades;	2	
		d) toman en cuenta los resultados de la consulta con los trabajadores, y cuando existan, con los representantes de los trabajadores;	1	
		e) son medibles (si es posible) o son susceptibles de evaluación;	1	
		f) se comunican claramente (véase 7.4);	2	
		g) se actualizan, según corresponda.	1	
		Planificación para lograr los objetivos de la SST		
26		¿Al planificar cómo lograr sus objetivos de la SST, la organización ha determinado...?		
	6.2.2	a) qué se va a hacer;	2	Se ha planificado por medio del documento de plan de trabajo que se hará, los objetivos a alcanzar y quien será el responsable de la ejecución aunque algunas veces este se va por algún motivo, la actividad queda un poco abandonada.
		b) qué recursos se requerirán;	2	
		c) quién será responsable;	1	
		d) cuándo se finalizará;	1	
		e) cómo se medirá mediante los indicadores (si es posible) y cómo se hará el seguimiento, incluyendo la frecuencia;	1	

		f)	cómo se evaluarán los resultados;	1	alcanzadas una vez al año.
		g)	cómo se integrarán las acciones para lograr los objetivos de la SST en los procesos de negocio de la organización.	0	
27		¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre los objetivos de la SST y los planes para lograrlos?		1	Si guarda información documentada sobre los objetivos alcanzados y planes de trabajo.
		PUNTUACIÓN MAXIMA		32	22
		Total		122	82
		Cumplimiento de clausula 6		67%	

7. APOYO

Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
		100%		
	Recursos			
28	7.1	¿La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la SST?	2	Se proporciona los recursos necesarios para la gestión del SSO
	PUNTUACIÓN MAXIMA		2	2

Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
		100%		
	Competencia			
29	¿La organización ha...?			
	a)	determinado la competencia necesaria de los trabajadores que afectan o pueden afectar a su desempeño de la SST;	2	Los integrantes del comité tienen las competencias necesarias y se capacitan continuamente en los temas de SSO.
	b)	asegurado que los trabajadores sean competentes, basándose en la educación, inducción, formación o experiencia apropiadas;	2	
	c)	cuando sea aplicable, tomado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas;	2	
	d)	conservado la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.	2	
	PUNTUACIÓN MAXIMA		8	8

		Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				80%	
		<i>Toma de conciencia</i>			
30		¿Los trabajadores han tomado conciencia de ...?			
	7.3	a)	la política de la SST;	2	Capacitaciones de sensibilización, saben que la corte de cuentas y el MTPS sancionarán.
		b)	su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la SST, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño de la SST;	1	
		c)	las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST, incluyendo las consecuencias, reales o potenciales, de sus actividades de trabajo;	2	
		d)	la información y el resultado de la investigación de los incidentes pertinentes;	1	
		e)	los peligros y riesgos para la SST que sean pertinentes para ellos.	2	
		PUNTUACIÓN MÁXIMA		10	8

		Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				60%	
		<i>Comunicación</i>			
31		¿La organización ha determinado la información y las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la SST, que incluyan: ... ?			
	7.4	a)	qué informar y qué comunicar;	2	Se sabe cómo, cuándo y que comunicar a las respectivas partes interesadas.
		b)	cuándo informar y comunicar;	2	
		c)	a quién informar y a quién comunicar:		
		1)	internamente entre los diversos niveles y funciones de la organización;	2	Empleados, derechohabiente, visita y contratistas, comunicación la interna Periódicos murales, la comunicación externa es por vía telefónica, correo electrónico.
		2)	con contratistas y visitantes al lugar de trabajo;	1	
		3)	con otras partes externas u otras partes interesadas;	1	
	d)	cómo informar y comunicar;	2		

		e)	cómo recibir y mantener la información documentada sobre las comunicaciones pertinentes, y cómo responder a ellas;	0	
32			¿La organización ha definido los objetivos a lograr mediante la información y la comunicación, y debe evaluar si esos objetivos se han alcanzado?	1	Los objetivos están definidos a base de la información obtenida.
33			¿La organización ha tomado en cuenta aspectos de diversidad (por ejemplo, idioma, cultura, alfabetización, discapacidad), cuando existan, al considerar sus necesidades de información y comunicación?	1	Se toma en cuenta el nivel de educación para poder hacer un procedimiento de comunicación con cada una de las partes interesadas.
34			¿La organización se ha asegurado de que, cuando sea apropiado, se consideren las opiniones de partes interesadas externas pertinentes sobre temas pertinentes al sistema de gestión de la SST?	0	El CSSO siempre es escuchado, además, los empleados que opinen en sobre algún hallazgo y la mejora continua.
		PUNTUACIÓN MAXIMA		20	12

		Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				44%	cia
7.5		Información documentada			
		Generalidades			
35		¿El sistema de gestión de la SST de la organización ha incluido: ...?			
	7.5.1	a)	la información documentada requerida por esta Norma Internacional;	0	Se documenta en AMPOS pero no acuerdo a la ISO45001:2028
		b)	la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la SST.	1	
		Creación y actualización			
36		¿Al crear y actualizar la información documentada, la organización se ha asegurado de que lo siguiente sea apropiado?			
	7.5.2	a)	la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);	1	Solo título y fecha se les coloca a los documentos.
		b)	el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);	0	

		c)	la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.	1		
		Control de la Información documentada				
37		¿La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por esta Norma Internacional se ha controlado para asegurarse de que: ...?				
		a)	este disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;	2	La información siempre está disponible para ser revisada por los miembros del comité, esta resguardada en AMPOS en un lugar en donde sea alterada su información o no se extravíe.	
		b)	este protegido adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).	1		
38	7.5.3	¿Para el control de la información documentada, la organización ha abordado las siguientes actividades, según corresponda ...? — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo, control de versión); — conservación y disposición final; - acceso por parte de los trabajadores, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores, a la información documentada pertinente.				
39		¿La información documentada de origen externo que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la SST se ha identificado, según sea apropiado y controlado?				1
		PUNTUACIÓN MAXIMA		16	7	
		Total		56	37	
		Cumplimiento de clausula 7			66%	

8. OPERACIÓN

Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
		77%	
8.1	Planificación y control operacional		
	Generalidades		
40	8.1.1	¿La organización ha planificado , implementado y controlado los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6 mediante: ...?	

		a)	el establecimiento de criterios para los procesos;	1	Se han realizado planes anuales de los cuales se implementa y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de gestión en SSO.
		b)	la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;	2	
		c)	el almacenaje de información documentada en la medida necesaria para confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;	2	
		d)	la determinación de las situaciones en las que la ausencia de información documentada podría llevar a desviaciones de la política de la SST y de los objetivos de la SST;	1	
		e)	la adaptación del trabajo a los trabajadores.	1	
42		¿En lugares de trabajo con múltiples empleadores, la organización ha implementado un proceso para coordinar las partes pertinentes del sistema de gestión de la SST con otras organizaciones?		0	A coordinado con en MTPS para las auditorias, con los bomberos para capacitaciones.
		<i>Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST</i>			
43		¿La organización ha establecido un proceso y determinado controles para lograr la reducción de los riesgos para la SST utilizando la siguiente jerarquía: ...?			El CSSO ha trabajado basado en la jerarquía
	8.1.2	a)	eliminar el peligro;	2	
		b)	sustituir con materiales, procesos, operaciones o equipos menos peligrosos;	2	
		c)	utilizar controles de ingeniería;	2	
		d)	utilizar controles administrativos;	2	
		e)	proporcionar equipos de protección individual adecuados y asegurarse de que se utilizan.	2	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		22	17
	Clausula	Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				71%	
		<i>Gestión de cambio</i>			
44	8.1.3	¿La organización ha establecido un proceso para la implementación y el control de los cambios planificados que tienen un impacto en el desempeño de la SST, tales como:...?			
		a)	nuevos productos, procesos o servicios;	1	Nuevos procesos que se adicionan por ejemplo odontología

		b)	cambios en los procesos de trabajo, los procedimientos, los equipos o en la estructura de la organización;	1	Al actualizar la legislación se estudia como se debe de cumplir sus nuevos requisitos, esto implica en la modificación de algún proceso o procedimiento.
		c)	cambios en los requisitos legales aplicables y otros requisitos;	2	
		d)	cambios en los conocimientos o la información sobre peligros y riesgos para la SST relacionados;	2	
		e)	desarrollos en conocimiento y tecnología.	2	
45		¿La organización ha controlado los cambios temporales y permanentes para promocionar las oportunidades para la SST y asegurarse de que no tienen un impacto adverso sobre el desempeño de la SST?		1	
46		¿La organización ha revisado las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, cuando sea necesario, incluyendo abordar oportunidades potenciales (véase el capítulo 6)?		1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		14	10
	Clausula	Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				40%	
		Compras			
48		¿La organización ha establecido controles para asegurarse de que la compra de bienes (por ejemplo, productos, materiales o sustancias peligrosos, materias primas, equipos) y servicios es conforme con los requisitos de su sistema de gestión de la SST?		1	Existe un panel de profesionales que evalúa los servicios o con productos a adquirir.
	8.1.4	¿La organización ha establecido procesos para identificar y comunicar los peligros y para evaluar y controlar los riesgos para la SST, que surjan de: ...?			
		a)	las actividades y operaciones de los contratistas para los trabajadores de la organización;	1	Las actividades de los contratistas deben de ser seguras para evitar accidentes dentro y en los alrededores del HPZ, además se les exige el EPP pertinente a la actividad a realizar. Además, se les recomienda no entrar a lugares restringidos para evitar riesgos, por ejemplo la morgue o los quirófanos.
		b)	las actividades y operaciones de la organización para los trabajadores de los contratistas;	1	
47		c)	las actividades y operaciones de los contratistas para otras partes interesadas en el lugar de trabajo;	1	
		d)	las actividades y operaciones de los contratistas para los trabajadores de los contratistas.	1	

		PUNTUACIÓN MÁXIMA	10	4	
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
			100%		
		<i>Preparación y respuesta ante emergencias</i>			
51		¿La organización ha identificado situaciones de emergencia potenciales; ha evaluado los riesgos de la SST asociados con estas situaciones de emergencia (véase 6.1.2) y mantiene un proceso para evitar o minimizar los riesgos para la SST provenientes de emergencias potenciales, incluyendo: ...?			
	8.2	a) el establecimiento de una respuesta planificada a las situaciones de emergencia y la inclusión de los primeros auxilios;	2		Existe un plan de emergencias, en el cual se detalla que hacer antes, durante y después de una catástrofe. Existen planes de capacitación contra conatos de incendio, inundaciones, sismos. Existe cuadrilla de primeros auxilio, contra incendios, de evacuación.
		b) las pruebas periódicas y el ejercicio de la capacidad de respuesta ante emergencias;	2		
		c) la evaluación y, cuando sea necesario, la revisión de los procesos y procedimientos de preparación ante emergencias, incluso después de las pruebas y en particular después de que ocurran situaciones de emergencia;	2		
		d) la comunicación y provisión de la información pertinente a todos los trabajadores y a todos los niveles de la organización sobre sus deberes y responsabilidades;	2		
		e) la provisión de formación para la prevención de emergencias, primeros auxilios, preparación y respuesta;	2		
		f) la comunicación de la información pertinente a los contratistas, visitantes, servicios de respuesta ante emergencias, autoridades gubernamentales, y, cuando sea apropiado, a la comunidad local.	2		
52		¿En todas las etapas del proceso la organización ha mantenido y tomado en cuenta las necesidades y capacidades de todas las partes interesadas pertinentes y asegurarse de su implicación?	2		
53		¿La organización ha mantenido y conservado información documentada sobre el proceso y sobre los planes para responder a situaciones de emergencia potenciales?	2		

		PUNTUACIÓN MÁXIMA	16	16		
		Puntos totales	62	47		
		Cumplimiento de cláusula 8		76%		
9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO						
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia		
			13%	cia		
	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación				
		Generalidades				
54		¿La organización ha establecido, implementado y mantenido un proceso para el seguimiento, la medición y la evaluación?	1	Se evalúa el porcentaje de cumplimiento de objetivos.		
55		¿La organización ha determinado: ...?				
		a)	a qué es necesario hacer seguimiento y qué es necesario medir, incluyendo:			
		1)	2	Se le da seguimiento a los requisitos legales, los procesos y procedimientos para eliminar o reducir el riesgo, evitando el peligro. Se realiza el seguimiento de los objetivos establecidos en el plan de trabajo, capacitaciones a impartir en los temas de SSO y los indicadores.		
		2)				
		3)				
		4)				
	9.1.1	b)				
		c)				
		d)				
		e)				
56		¿La organización se ha asegurado, según sea aplicable, de que el equipo de seguimiento y medición se ha calibrado o verificado y se ha utilizado y mantenido cuando sea apropiado?				
57		¿La organización ha evaluado el desempeño de la SST, y determinado la eficacia del sistema de gestión de la SST?				

58		¿La organización ha conservado la información documentada adecuada como evidencia de los resultados del seguimiento, la medición, el análisis y la evaluación?			
		PUNTUACIÓN MAXIMA	24	3	
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia	
			81%		
	9.2	Auditoria interna			
		Generalidades			
59		¿La organización ha llevado a cabo auditorías internas a intervalos planificados, para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la SST...?			
	9.2.1	a) es conforme con:			
		1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la SST, incluyendo la política de la SST y los objetivos de la SST;	2		Se realizan auditorías internas por el CSSO
		2) los requisitos de esta Norma Internacional;	1		
		b) se implementa y mantiene eficazmente.	1		
		Programa de auditoria interna			
60		¿La organización...?			
	9.2.2	a) ha planificado, establecido, implementado y mantenido uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, la consulta, los requisitos de planificación, y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados y los resultados de las auditorías previas, así como;	1		Se realizan auditorías internas cada cierto tiempo, existe un proceso no muy establecido para auditar. Se audita los procesos y el porcentaje alcanzado de los objetivos con los indicadores establecidos, que son los alcances de la auditoría. Si surge una inconformidad se analiza para superarla lo más pronto posible.
		1) los cambios significativos que tienen un impacto en la organización;	1		
		2) la evaluación del desempeño y los resultados de la mejora (véanse los capítulos 9 y 10);	2		
		3) evalúa los riesgos para la SST significativos, los riesgos y las oportunidades para la SST;	2		
		b) ha definido los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;	2		

		c)	ha seleccionado auditores competentes y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;	2	
		d)	se ha asegurado de que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente;	2	
		e)	se ha asegurado de informar de los hallazgos de la auditoría pertinentes a los trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores, y a las partes interesadas pertinentes;	1	
		f)	ha tomado las acciones apropiadas para tratar las no conformidades (véase 10.1) y mejorar de manera continua su desempeño de la SST (véase 10.2);	2	
		g)	ha conservado la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.	2	
		PUNTUACIÓN MAXIMA		26	21

	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			71%	
		Revisión por la dirección		
61		¿La alta dirección ha revisado el sistema de gestión de la SST de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su idoneidad, adecuación y eficacia continua?	1	La dirección revisa los planes de trabajo anual.
62		¿La revisión por la dirección ha considerado: ...?		
	9.3	a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;	0	Cuando se cambia de dirección las salientes jamás entrega de forma oficial la documentación, por esa razón se debe de revisar todo e iniciar funciones.
		b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la SST, incluyendo:		
		1) requisitos legales aplicables y otros requisitos;	2	Se han revisado los requisitos legales ya que

		2)	los riesgos para la SST, los riesgos y las oportunidades para la SST de la organización;	2	la política pide su cumplimiento.	
		c)	el grado de cumplimiento de la política de la SST y los objetivos de la SST;	2		
		d)	la información sobre el desempeño de la SST, incluidas las tendencias relativas a:			
		1)	incidentes, no conformidades, acciones correctivas y mejora continua;	1	Se revisan los indicadores de trabajadores incapacitados, ausencias, número de accidentes. El resultado de la auditoría y en mayor énfasis las no conformidades, tomar acciones pertinentes en superarlas incluyendo el requerimiento de los recursos monetarios y humano a invertir.	
		2)	participación de los trabajadores y los resultados de la consulta;	2		
		3)	seguimiento y resultados de las mediciones;	2		
		4)	resultados de la auditoría;	2		
		5)	resultados de la evaluación del cumplimiento;	1		
		6)	riesgos para la SST, riesgos y oportunidades para la SST;	1		
		e)	las comunicaciones pertinentes con las partes interesadas;	1		
		f)	las oportunidades de mejora continua;	1		
		g)	la adecuación de los recursos para mantener un sistema de gestión de la SST eficaz.	1		
63		¿Las salidas de la revisión por la dirección han incluido las decisiones relacionadas con: ...? — las conclusiones sobre la idoneidad, adecuación y eficacia continuas del sistema de gestión de la SST; — las oportunidades de mejora continua; — cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la SST, incluyendo los recursos necesarios; — las acciones necesarias, cuando los objetivos no se han cumplido.		2	La dirección comunica las decisiones al personal que integra el CSSO, las acciones a realizar, la información de los hallazgos de la auditoría y las acciones para superar las inconformidades son documentadas.	
64		¿La organización ha comunicado las salidas pertinentes de la revisión por la dirección a sus trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores (véase 7.4)?		1		
65		¿La organización ha conservado información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección?		2		
		PUNTUACIÓN MÁXIMA		34	24	
		Puntos totales		84	48	
		Cumplimiento de cláusula 9			57%	

10. MEJORA			
Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
		67%	
	<i>Geralidades</i>		
	<i>Incidentes, no conformidades y acciones correctivas</i>		
66	¿La organización ha planificado, establecido, implementado y mantenido un proceso para gestionar los incidentes y las no conformidades, incluyendo la elaboración de informes, la investigación y la toma de acciones?	1	Existe un plan de emergencias y además de un proceso para investigar el incidente, acciones a tomar para que evitarlo nuevamente y ser notificado al MTPS
67	¿Cuándo ocurra un incidente o una no conformidad, la organización ha...?		
	a)	reaccionado de manera oportuna ante el incidente o la no conformidad, y según sea aplicable:	1
	1)	tomado acciones directas para controlarla y corregirla;	2
	2)	hecho frente a las consecuencias;	1
	b)	evaluado, con la participación de los trabajadores (véase 5.4) y la implicación de otras partes interesadas pertinentes, la necesidad de acciones correctivas para eliminar las causas raíz del incidente o la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:	1
	1)	realizado la revisión del incidente o la no conformidad;	1
	2)	determinado las causas del incidente o la no conformidad;	2
	3)	determinado si existen incidentes, no conformidades, similares, o que potencialmente podrían ocurrir;	2
	c)	revisado la evaluación de los riesgos para la SST y los riesgos, cuando sea apropiado (véase 6.1);	1
10.1; 10.2			Las cuadrillas de primeros auxilios, de evacuación o conatos de incendios son las que se reaccionan ante un incidente. Se elabora un informe de la investigación del incidente determinando la causa raíz el cual es divulgado con el objetivo de eliminar la causa raíz con la ayuda de los afectados. Si es necesario hacer algún cambio en el procedimiento se hace para mejorar el sistema minimizando el riesgo.

		d)	determinado e implementado cualquier acción necesaria, incluyendo acciones correctivas, de acuerdo con la jerarquía de los controles (véase 8.1.2) y la gestión del cambio (véase 8.2);	2	
		e)	revisado la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;	1	
		f)	si es necesario, hecho cambios al sistema de gestión de la SST.	1	
68		¿Las acciones correctivas han sido adecuadas a los efectos o los efectos potenciales de los incidentes o las no conformidades encontradas?		2	
69		¿La organización ha conservado información documentada, como evidencia de: ...? — la naturaleza de los incidentes o las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; — los resultados de cualquier acción correctiva, incluyendo la eficacia de las acciones tomadas.		1	
70		¿La organización ha comunicado esta información documentada a los trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores, y las partes interesadas pertinentes?		1	
		PUNTUACIÓN MÁXIMA		30	20

	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			64%	
	10.3	Mejora continua		
		Objetivos de la mejora continua		
71		¿La organización ha mejorado continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la SST para: ...?		
	10.3.1	a)	evitar la ocurrencia de incidentes y no conformidades;	1
		b)	promocionar una cultura positiva de la seguridad y salud en el trabajo;	2
		c)	Mejorar el desempeño de la SST.	1
72		¿La organización se ha asegurado de la participación de los trabajadores, según sea apropiado, en la implementación de sus objetivos para la mejora continua?		1
	10.3.2	Proceso de mejora continua		

Se promueve la cultura de prevención de riesgos, al ocurrir un accidente se comunica a los empleados.

73	¿La organización ha planificado, establecido, implementado y mantenido uno o varios procesos de mejora continua, que tengan en cuenta las salidas de las actividades descritas en esta Norma Internacional?	1	Es escuchan a los miembros del comité y empleados a la mejora continua.
74	¿La organización ha comunicado los resultados de la mejora continua a sus trabajadores pertinentes, y cuando existan, a los representantes de los trabajadores?	1	
75	¿La organización ha conservado información documentada como evidencia de los resultados de la mejora continua?	2	
	PUNTUACIÓN MAXIMA	14	9
	Puntos totales	44	29
	Cumplimiento de clausula 10		66%

Resumen de cumplimiento por clausula	CUMPLIMIENTO	
	TOTALES	CUMPLE
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	50%	7%
5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	75%	11%
6. PLANIFICACIÓN	66%	9%
7. APOYO	66%	9%
8. OPERACIÓN	76%	11%
9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	57%	8%
10. MEJORA	66%	9%
Cumplimiento de la norma	700%	65%

Apéndice 7:

Lista de verificación NTS ISO 14001:2015

LISTA DE VERIFICACIÓN - NTS ISO 14001:2015		
Objetivo: Verificar el nivel de cumplimiento con la norma ISO 14001:2015, en el HPZ		
SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL		
Criterios de evaluación de la lista de verificación		
Ninguna evidencia de cumplimiento (0)	Evidencia limitada de cumplimiento (1)	Cumple totalmente 2)

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN				
N°	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			83%	
		<i>Comprensión de la organización y de su contexto</i>		
1	4.1	¿Dispone la organización de una metodología para el análisis, seguimiento y revisión del contexto interno y externo, incluyendo el cambio climático?	2	El HPZ, no ha determinado correctamente las cuestiones externas e internas con una metodología que son pertinente para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr sus objetivos del sistema de GA, pero se conoce un poco del contexto por el estudio de impacto ambiental (E'sIA) que se elaboró para su construcción. Además, no ha identificado y evaluado sus interacciones con el medio ambiente, incluyendo el cambio climático, como parte de su análisis de contexto.
2		¿Ha detectado la organización todas las condiciones ambientales capaces de afectar o verse afectadas?	2	Se ha determinado las actividades que afectan al medio ambiente. A demás se ha determinado las actividades que afectan al medio ambiente. Establecer como mitigar y adaptar medidas para reducir los impactos negativos, como disminuir emisiones y para adaptarse a los cambios inevitables, como gestionar la escasez de agua, el HPZ en la actualidad realiza reciclaje de materiales, se utilizan rutas lógicas de los vehículos institucionales para ahorrar combustible, se utilizan luminarias led para ahorra energía eléctrica, se está formulando un proyecto fotovoltaico para generar energía eléctrica y aprovecharla, con el fin de contrarrestar con los efectos del cambio climático.

3		¿Se han tenido en cuenta las condiciones ambientales en la definición y planificación del sistema de gestión?	1	No existe un sistema de gestión en ISO 14001:2015, pero si se han tomado en cuenta las condiciones ambientales.	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	6	5	
4	4.2				
			Requisito	Cumplimiento 38%	Observaciones /Evidencia
			Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y de otras partes interesadas		
			¿La organización ha determinado...?		
			¿Dispone la organización de una metodología para la detección y el análisis de expectativas y necesidades de las partes interesadas?	0	Las partes interesadas necesitan que el HPZ garantice que al ser visitado o trabajar en sus instalaciones tenga la seguridad que no tendrá accidentes y que el medio ambiente no sea afectado por sus actividades
5			¿Se han detectado todas las necesidades y expectativas (requisitos) de las partes interesadas que puedan afectar al desempeño del sistema de gestión?	1	Los indicadores del número de incapacitados, ausentismo, accidentados, número de desechos generados, estos son algunos de los seguimientos que se hacen.
6			¿Se realiza el seguimiento y la revisión de la información relacionada con las partes interesadas y sus requisitos pertinentes?	1	Normativas ambientales que debe de cumplir el hospital.
7		¿Se han identificado requisitos legales y otros requisitos en relación con las necesidades y expectativas de las partes interesadas?	1		
		PUNTUACIÓN MAXIMA	8	3	
	4.3				
			Requisito	Cumplimiento 67%	Observaciones /Evidencia
			Determinación del alcance del sistema de gestión ambiental		
8			¿Tiene documentado la organización el alcance del sistema de gestión?	1	En los planes de trabajo anual existen los objetivos a alcanzar
9			¿Se han delimitado los límites físicos y las actividades del sistema de gestión?	2	El límite es el área total del hospital y los lugares externos al HPZ que se ha realizado la compensación ambiental.

10		¿El alcance del sistema se encuentra disponible para las partes interesadas?	1	La política ambiental y planes de trabajo están disponible.	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	6	4	
	4.4				
		Requisito	Cumplimiento	Observaciones /Evidencia	
			50%		
		<i>Sistema de gestión ambiental</i>			
11		¿La organización ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente un sistema de gestión ambiental, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional?	1	El CGA tiene un plan de gestión ambiental pero no basado en la norma ISO14001:2015.	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	2	1	
		Total	22	13	
		Cumplimiento de clausula 4	59%		
5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES					
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones /Evidencia	
			83%		
	<i>Liderazgo y compromiso</i>				
	¿La alta dirección ha demostrado liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la GA...?				
12	5.1	¿Demuestra la alta dirección el liderazgo y compromiso respecto al sistema de gestión ambiental?	2	La alta dirección apoya las actividades ambientales.	
13		¿Asume la alta dirección la responsabilidad y obligación de rendir cuentas en relación a las eficacias del sistema de gestión ambiental?	2	Entrega cuentas a la dirección general del ISSS y a los departamentos de DGA.	
		¿Se asegura la alta dirección del establecimiento de la política y los objetivos ambientales, de una forma compatible con la dirección estratégica y el contexto de la organización?	1	La política es institucional y esta acorde a las directrices estratégicas.	
14			PUNTUACIÓN MAXIMA	6	5
	5.2	Requisito	Cumplimiento	Observaciones /Evidencia	
			100%		
		<i>Política de Gestión Ambiental</i>			
15	¿Mantiene la organización una política apropiada al propósito y contexto de la organización, teniendo en cuenta los impactos ambientales de sus actividades productos y servicios?	2	Se siguen las directrices de la política ambiental institucional ISSS que ayuda a la protección del medio ambiente con el		

16		¿Incluye la política los compromisos de protección del medio ambiente, incluida la prevención de la contaminación, de cumplimiento de requisitos legales y otros requisitos y de la mejora continua?	2	cumplimiento de los requisitos legales nacionales.
17		¿Existe una relación entre la política y los objetivos ambientales?	2	La política ambiental con sus directrices nos ayuda a alcanzar los objetivos propuestos.
18		¿La política se encuentra disponible para las partes interesadas?	2	Se ha realizado la divulgación, el comité la tiene a disposición y está en la web publicada.
		¿La política es comunicada y entendida dentro de la organización?	2	
19		PUNTUACIÓN MAXIMA	10	10
20		Requisito	Cumplimiento	Observaciones /Evidencia
			0%	
21		<i>Roles y responsabilidades</i>		
22	5.3	¿Ha asignado la alta dirección la responsabilidad para el aseguramiento del cumplimiento de los requisitos de la norma, el correcto funcionamiento de los procesos, etc.?	1	El CGA asegura el cumplimiento de requisitos normativo legales.
		PUNTUACIÓN MAXIMA	2	1
		Totales	18	15
		Cumplimiento de cláusula 5		89%
	6. PLANIFICACIÓN			
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			50%	
	6.1	<i>Acciones para abordar riesgos y oportunidades</i>		
		<i>Generalidades</i>		
23		¿Se han identificado los riesgos y oportunidades relacionados con el análisis de contexto, las necesidades y expectativas de las partes interesadas y los procesos?	1	Se cuenta con una matriz de riesgos ambientales, se realizan acciones para minimizar el impacto ambiental
24	6.1.1	¿Se han evaluado estos riesgos y oportunidades para determinar acciones proporcionales al impacto ambiental?	1	
25		¿Se han planificado acciones para abordar los riesgos y oportunidades?	1	

Aspectos ambientales				
26	6.1.2	¿Se han identificado todos los aspectos ambientales de las actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida?	1	Se han identificados los aspectos ambientales y sus impactos ambientales pero no desde la perspectiva de ciclo de vida. Se tiene identificados aspectos ambientales como consumo de agua, las emisiones, gestión de residuos, consumo de energía, manejo de sustancias químicas y medicamentos.
27		¿Se han considerado las condiciones anormales y las situaciones de emergencia?	1	Existen planes de emergencias ambientales.
28		¿Se ha realizado una evaluación de la significancia de los aspectos ambientales identificados?	1	Se han realizado por un método de evolución por ejemplo MEL ENEL o Criterios relevantes
		¿Se encuentran establecidos los criterios para la evaluación de aspectos ambientales?	1	
Determinación de los requisitos legales aplicables y otros requisitos				
Requisitos legales y otros requisitos				
30	6.1.3	¿Se ha determinado la metodología de acceso a los requisitos legales y otros requisitos aplicables?	0	Se hace por razones obvias cuales son los requisitos legales nada mas
31		¿Se ha edificado la aplicación de los requisitos legales en la organización?	2	El CGA asegura el cumplimiento de requisitos normativo legales.
32		¿Se han tenido en cuenta los requisitos legales y otros requisitos en la implementación, mantenimiento y mejora del sistema de gestión ambiental?	0	Si se tienen en cuenta los requisitos legales, pero no tenemos un sistema basado en ISO14001:2015.
Planificación para tomar acciones				
33	6.1.4	¿La organización ha planificado...?		
		¿Se han planificado las acciones emprendidas relativas a los aspectos ambientales significativos, los legales y los riesgos y oportunidades identificados?	2	Planes de trabajo anual basado en normativas salvadoreñas.

		PUNTUACIÓN MAXIMA	22	11	
		Requisito	Cumplimiento 75%	Observaciones /Evidencia	
	6.2	Objetivos ambientales y planificación para lograrlos			
		Objetivos de la GA			
34	6.2.1, 6.2.2	¿Se han establecido objetivos coherentes con la política ambiental?	2	Todos los objetivos del GA están apegados a la política ambiental del ISSS, además de los aspectos ambientales, los requisitos legales, riesgos y oportunidades.	
35		¿Los objetivos están relacionados con los aspectos ambientales significativos, los requisitos legales y los riesgos y oportunidades?	1		
36		¿la planificación de los objetivos contempla las actividades, los recursos, los plazos y las responsabilidades para su realización?	1	Los recursos son los que se deben de gestionar para los objetivos.	
37		¿Se han comunicado los objetivos en la organización en los niveles pertinentes?	2	Se han comunicado a todos los empleados.	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	8	6	
		Totales	30	17	
		Cumplimiento de clausula 6		57%	
	7. APOYO				
	Clausula	Requisito	Cumplimiento 75%	Observaciones/Evidencia	
		Recursos			
38	7.1	¿La organización dispones de los recursos necesarios para el correcto desempeño del sistema de gestión ambiental?	1	Los recursos son los que se deben de gestionar para los objetivos.	
39		¿La organización ha determinado y proporcionado las personas necesarias para la implementación eficaz del sistema de gestión ambiental?	2	Las personas necesarias para implementar eficazmente el sistema de gestión ambiental asignado son los trabajadores que comprenden el comité de gestión ambiental el CGA.	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	4	3	
		Requisito	Cumplimiento		

			100%	Observaciones/Evidencia
		Competencia		
40	7.2	¿Se han determinado las competencias necesarias de las personas para realizar las tareas del sistema de gestión ambiental?	2	Los integrantes del comité tienen las competencias necesarias y se capacitan continuamente en los temas ambientales.
41		¿Se han emprendido acciones para asegurar o mejorar la competencia del personal de la organización?	2	
		¿Existen evidencias documentales de la competencia necesaria?	2	
42		PUNTUACIÓN MAXIMA	6	6
		Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			67%	
		Toma de conciencia		
		¿Los trabajadores han tomado conciencia de ...?		
43	7.3	¿Se han realizado acciones para asegurar que las personas tomen conciencia de la política y objetivos ambientales?	2	Capacitaciones de sensibilización, campañas de reciclaje.
44		¿Se ha comunicado su contribución a la eficacia del sistema y los beneficios de una mejora del desempeño?	1	Están conscientes que al seguir los procesos esto ayuda a alcanzar la eficacia del sistema de GA.
45		¿Se han realizado acciones para que las personas tomen conciencia de las consecuencias de incumplir los requisitos del sistema de gestión ambiental?	1	Saben que la corte de cuentas y el MARN sancionarán.
		PUNTUACIÓN MAXIMA	6	4
		Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			50%	
		Información y comunicación		
46	7.4	¿Se han determinado las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión ambiental?	2	Murales, perifoneo, correos institucionales.
47		¿Se encuentra definido qué, cuando, a quién, realiza cada comunicación?	1	Se sabe cómo, cuándo y que comunicar a las respectivas partes interesadas. Empleados, derechohabiente y visita.

48		¿Existe una metodología para la comunicación tanto interna como externa?	1	Periódicos murales
49		¿Responde la organización a las comunicaciones externas pertinentes?	0	Solamente tenemos comunicación interna
		PUNTUACIÓN MAXIMA	8	4

		Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			33%	
	7.5	<i>Información documentada</i>		
50		¿Se ha identificado la documentación requerida por la norma y el propio sistema de gestión?	1	Solo se archivan en un AMPO pero no están identificadas con un código
51		¿La identificación y descripción de los documentos es apropiada?	1	
52		¿Se encuentra definido el formato y soporte de cada documento?	0	
53		¿Existe una metodología de revisión y aprobación adecuada?	1	Auditoria interna
53		¿La documentación está disponible en los puntos de uso para su consulta?	0	
55		¿La documentación está adecuadamente protegida contra pérdida o uso inadecuado?	2	El comité los resguarda
56		¿Se han definido metodologías par la distribución, acceso, recuperación y uso de los documentos?	0	
57		¿Se contemplan actividades para el almacenamiento y preservación de los documentos (copias seguridad)	0	
58		¿Se ha identificado la documentación de origen externo necesaria para el desempeño de los procesos?	1	Solamente los comprobantes de entrega de DB, DQ.
		Total	18	6
		Totales	42	23
		Cumplimiento de clausula 7		55%

8. OPERACIÓN				
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			70%	
	8.1	<i>Planificación y control operacional</i>		

59		¿Se han identificado los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de gestión ambiental?		1	Se han realizado planes anuales de los cuales se implementa y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de GA. Si hay un proceso de compra de servicios ambientales como por ejemplo el contrato de mantenimiento de la PTAR. Si las empresas no cuentan con el permiso ambiental
60		¿Se han establecido criterios para la operación de los procesos?		1	
61		¿Se controlan los procesos controlados externamente?		1	
62		¿Se han definido los requisitos ambientales para la compra de productos y servicios?		2	
63		¿Se han comunicado los requisitos ambientales pertinentes a los proveedores externos?		2	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	10	7	
		Requisito		Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
				70%	
		<i>Preparación y respuesta ante emergencias</i>			
64	8.2	¿Se han establecido los procesos necesarios para prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia?		2	Planes de emergencias en los cuales se expresa que hacer antes, mientras y después de una emergencia
65		¿Se dispone de medidas planificadas para la preservación y mitigación de los impactos ambientales adversos provocados por situaciones de emergencia?		1	
66		¿Se tienen previstas las medidas para la respuesta ante situaciones de emergencia?		1	
67		¿Existe una planificación de pruebas para las acciones de respuesta previstas?		1	
68		¿Se tiene en cuenta la comunicación con partes interesadas, cuando sea oportuno?		2	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	10	7	
		Totales	20	14	
		Cumplimiento de clausula 8		70%	

9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO				
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			0.4	
	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación		
		Generalidades y evaluación del cumplimiento		
		¿La organización ha determinado: ...?		
69	9.1.1, 9.1.2	¿La organización evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión ambiental?	1	Solo se calcula el porcentaje de cumplimiento y algunos indicadores, pero no es al 100% la medición
70		¿Se han identificado procesos y aspectos con necesidades de seguimiento y medición?	0	
71		¿Los equipos de medición se encuentran calibrados o verificados de manera adecuada?	2	Solamente se cuenta con equipo para medir parámetros de aguas residuales.
72		¿Se comunica externa e internamente la información pertinente a su desempeño ambiental?	1	Internamente nada más
73		¿Existe una metodología y planificación para realizar la evaluación de cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos?	0	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	10	4
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			60%	
	9.2	Auditoria interna		
		Objetivos de la auditoría interna		
74	9.2.1, 9.2.2	¿Las auditorías internas se realizan de forma planificada?	0	Solamente cuando es necesario
75		¿Se garantiza la competencia e independencia de los auditores internos?	2	Son hechas por personal del DGA
76		¿El alcance de la auditoría y los métodos son apropiados para evaluar la eficacia del sistema de gestión ambiental?	1	El alcance son las actividades ambientales del plan de manejo ambiental y la legislación
77		¿La dirección pertinente es informada de los resultados de auditoría?	1	La información siempre está dispuesta.

78		¿Se emprenden acciones para solventar los incumplimientos detectados en las auditorias internas?	2	Son observaciones hechas por el MARN.
		PUNTUACIÓN MAXIMA	10	6
		Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			13%	
		Revisión por la dirección		
79		¿Se han incluido todas las entradas de la revisión presentes en la norma de referencia?	0	Cuando se cambia de dirección las salientes jamás entrega de forma oficial la documentación, por esa razón se debe de revisar todo e iniciar funciones.
80		¿Se han tratado todas las salidas necesarias requeridas por la norma de referencia?	0	
81		¿Existe una metodología definida y una planificada para la realización de las revisiones por la dirección?	1	Se revisan los indicadores de trabajadores incapacitados, ausencias, número de accidentes.
82	9.3	¿Se está empleando la revisión por la dirección como una herramienta de mejora del sistema de gestión ambiental?	0	El resultado de la auditoría y en mayor énfasis las no conformidades, tomar acciones pertinentes en superarlas incluyendo el requerimiento de los recursos monetarios y humano a invertir.
		PUNTUACIÓN MAXIMA	8	1
		Totales	28	11
		Cumplimiento de clausula 9	39%	
	10. MEJORA			
	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			50%	
		Generalidades		
83	10.1	¿La organización planifica acciones para la mejora de su desempeño ambiental y del desempeño del sistema de gestión ambiental?	1	Solamente las actividades exigidas por legislación para no

84		¿Se contemplan para la mejora las necesidades y expectativas de las partes interesadas?	1	afectar a las partes interesadas
85		¿Se contemplan los riesgos y oportunidades para emprender acciones para la mejora?	1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	6	3

	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			63%	
	10.2	<i>No conformidad y acción correctiva</i>		
		<i>Objetivos de la mejora continua</i>		
86	10.2.1, 10.2.2	¿Existe una metodología para el tratamiento de las no conformidades?	2	Solamente se corrigen, existe documentación referente a la superación de las no conformidades
87		¿Se está realizando análisis de las causas de las no conformidades para emprender acciones correctivas?	1	
88		¿Existe análisis de la repetitividad de las no conformidades para emprender acciones correctivas?	1	
89		¿La documentación de las no conformidades y acciones correctivas es adecuada para conocer las causas, responsabilidades, resultados y análisis de la eficacia?	1	
		PUNTUACIÓN MAXIMA	8	5

	Clausula	Requisito	Cumplimiento	Observaciones/Evidencia
			67%	
	10.3	<i>Mejora continua</i>		
90		¿La organización dispone de las herramientas adecuadas para favorecer la mejora continua (objetivos, acciones, salidas e la revisión, etc.)	1	La dirección junto al CGA busca la mejora continua.
91		¿Existen evidencias de estas mejoras planificadas por la organización?	2	Capacitaciones en los temas de GA por ejemplo.
92		¿Las mejoras a emprender tienen en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas, el análisis de contexto y los riesgos y oportunidades?	1	Las mejoras continuas siempre se hacen apegado a las directrices de la política ambiental que incluye a las partes interesadas
		PUNTUACIÓN MAXIMA	6	4

		Totales	20	12	
		Cumplimiento de clausula 10	60%		

Resumen de cumplimiento por clausula	Cumplimiento %	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	59%	8%
5. LIDERAZGO Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES	89%	13%
6. PLANIFICACIÓN	57%	8%
7. APOYO	55%	8%
8. OPERACIÓN	70%	10%
9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	39%	6%
10. MEJORA	60%	9%
Cumplimiento de la norma	700%	61%

Apéndice 8:

Cuestionario de evaluación sobre las condiciones de seguridad y salud ocupacional en instituciones públicas.

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
	Nombre del Lugar de Trabajo:	Hospital Policlínico Zacamil ISSS				
	Fecha:	viernes 27 de junio de 2025				
	Nombre de la Representación Legal:	Mónica Guerrero				
	Dirección:	Calle y Colonia Zacamil, municipio de San Salvador Centro, distrito de Mejicanos departamento de San Salvador, El Salvador.				
	Total de Personas Trabajadoras:					
Criterio: marque con una "X" en la columna de "SI", "NO" ó "N/A" según su opinión.						
N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
I. Organización y planificación de actividades y reuniones del comité de seguridad y salud ocupacional 15%						
1	¿Cuenta el lugar de trabajo con un Comité de Salud y Seguridad Ocupacional (CSSO) conformado y acreditado?	Art. 15 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			Si se cuenta con el CSSO el cual trabaja los temas de seguridad y salud en el trabajo.
2	¿Se cumple con la obligación de comunicar a la oficina respectiva del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la existencia de un Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, dentro de los ocho días hábiles a su creación?	Art. 78 numeral 6 de la LGPRLT, relacionado al Art.21 del Reglamento de Gestión PRLT.	X			Cuando se constituyó el CSSO se notificó al MTPS antes de cumplir los ocho días que exige la ley.
3	¿Se cuenta con el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales de la empresa?	Art. 8 de la LGPRLT.	X			El CSSO a realizado el programa de gestión de prevención de riesgos ocupacionales.
4	¿Se cuenta con medidas sustitutivas a la elaboración del Programa de Gestión de Riesgos Ocupacionales?	Art. 12 de la LGPRLT.		X		

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
5	¿El Comité de Salud y Seguridad Ocupacional ha recibido la capacitación de las 48 horas?	Art. 10 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			Se a recibidos la capacitación de las 48 horas por una persona especialista en el ramo.
6	Se realizan reuniones una vez al mes de forma ordinaria y extraordinaria o las veces que sea necesario dejando constancia (actas).	Art. 25 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			Existe un plan de trabajo el cual fué diseñado por el el CSSO para reunirse periodicamente y ver los avances de los objetivos, al ser necesario se convoca a reunión extraordinaria.
7	¿Posee Reglamento de Funcionamiento del Comité de Salud y Seguridad Ocupacional (CSSO)?	Art. 26 Reglamento General de Prevención de Riesgos		X		
8	¿Posee registro de medidas y recomendaciones en materia de investigación de accidentes como resultado de las sesiones realizadas por el CSSO y emitidas a la parte empleadora?	Art. 32 Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Se tiene un listado de las medidas a realizarse cuando sucede un accidente laboral.
TOTAL		8	6	2	0	
N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
9	¿Permite el o la empleadora que los miembros del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional se reúnan dentro de la jornada de trabajo, siempre que exista un programa establecido o cuando las circunstancias lo requieran?	Art. 78 numeral 7 LGPRLT.	X			La dirección del HPZ otorga las horas necesarias a los miembros del CSSO para reunirse en horas laborales.
TOTAL		1	1	0	0	
TOTAL A+B		9	7	2	0	
II. Identificación, evaluación, control y seguimiento permanente de los riesgos ocupacionales						
30%						
10	¿Se ha realizado la identificación de los riesgos conforme a cada etapa del proceso productivo, especificando puestos de trabajo y número de personas trabajadoras?	Art. 40 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos, 129 RGPRLT.	X			El CSSO a realizado la identificación de los riesgos físicos, ergonómicos y sociales
11	¿Se han realizado acciones para el manejo efectivo de los riesgos identificados?	Art. 42 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			Existe un manejo para los riesgos, por ejemplo los riesgos biológicos están controlados con un plan de manejo de DB

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
12	¿Cuenta con mapa de riesgos?	Art. 43 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos		X		
13	¿Se han adoptado medidas preventivas especiales para preservar la salud y seguridad de personas con discapacidad y mujeres embarazadas?	Art. 44 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			Las embarazadas y discapacitados tienen trato especial son prioridad, utilizan el ascensor, los sanitarios tienen puertas anchas para entrar con sillas de rueda y pasamanos de aluminio alrededor de la tasa para sujetarse.
14	¿Se verifica la limpieza en su lugar de trabajo para que no implique un riesgo grave para la integridad y salud de los trabajadores y trabajadoras?	Art. 60 de la LGPRLT.	X			El personal de servicios generales a diario hace la limpieza de ventanas, pisos y sanitarios. De igual manera se hace desinfección en quirófanos al final de cada cirugía.
15	¿Se les proporciona el equipo de protección al personal, herramientas, medios de protección colectiva o ropa de trabajo necesaria a los trabajadores y trabajadoras conforme a la actividad que realicen?	Art. 38 de la LGPRLT, relacionado a los Artículos: 72, 79, 91, 93, 95, 96, 144, 229, 244, 314, 315, 336, 344 del RGPRLT.	X			Cada personal de trabajo recibe su EPP según su puesto de trabajo. Ejemplo guantes de latex, gabachas, zapatos.
16	¿Se brinda el mantenimiento debido al equipo de protección personal que se proporciona a los trabajadores y trabajadoras?	Art. 79 numeral 11 LGPRLT, relacionado al Art. 92 del Reglamento General PRLT.	X			Cuando el EPP esta deteriorado se sustituye, algunos como los guantes de látex, redecillas para el cabello de utilizan una sola vez y son desechados.
17	¿Se cuenta en el lugar de trabajo con un inventario de las sustancias químicas existentes debidamente clasificadas?	Art. 79 numeral 16 LGPRLT, relacionado con el Art. 193 y Art. 214 literal d) del Reglamento General de PRLT.	X			Si existe un inventario de las sustancias químicas, en su mayoría son para realizar limpieza, las sustancias calidad medicamento son manejados e inventariados por bodega de insumos médicos, laboratorio clínico. Se utilizan algunas sustancias químicas para el tratamiento de las aguas industriales de caldera.
18	¿Se mantiene en su lugar de trabajo información accesible referente a los cuidados a observar en cuanto al uso, manipulación y almacenamiento de sustancias químicas?	Art. 79 numeral 17 LGPRLT relacionado con el Art. 235 del Reglamento General de PRLT	X			Esta puede ser consulta en las áreas de almacenamiento o manipulación, ejemplo las hojas técnicas y de seguridad.
TOTAL		9	8	1	0	
N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
19	¿Se brinda capacitación a las y los trabajadores acerca de los riesgos del puesto de trabajo susceptibles de causar daños a su integridad y salud?	Art. 79 numeral 20 LGPRLT, relacionado al Art. 50 del Reglamento de Gestión de la PRLT, Art. 85, Art. 212, 218, del Reglamento General de PRLT.	X			Se brindan capacitaciones según puesto de trabajo.

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
20	¿Se mantiene medidas de protección en los procesos de soldaduras?	Art. 79 numeral 21 LGPRLT, relacionado Art. 310 del Reglamento General de PRLT.			X	No se hacen soldaduras.
21	¿Permite la realización de las diligencias de inspección de seguridad y salud ocupacional, no obstaculizándola, ejecutando actos que tiendan a impedir la o desnaturalizarla?	Art. 80 numeral 16 LGPRLT, relacionado al Art. 2 del Reglamento General PRLT.	X			La dirección apoya las actividades de inspección en los temas de SST.
TOTAL		3	2	0	1	
TOTAL A+B		12	10	1	1	
III. Registro actualizado de accidentes, enfermedades profesionales y sucesos peligrosos 10%						
22	¿Posee número de registro para la notificación de accidentes de trabajo en el Sistema Nacional de Accidentes de Trabajo?	Art. 66 LGPRLT, relacionado con Art. 46 del Reglamento de Gestión PRLT.	X			Se notifica al MTPS.
23	¿Cuenta con registro de notificaciones de accidentes realizadas el Ministerio de Trabajo?	Art. 66 LGPRLT, Art. 79 numeral 8. Relacionado con Art. 46 y 47 del Reglamento de Gestión PRLT.	X			Si se cuenta con el registro del número de accidente.
24	¿Desarrolla metodología para la investigación de accidentes de trabajo?	Art. 48 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			Al existir un accidente se investiga su causa.
25	¿Se implementa en su lugar de trabajo el registro de enfermedades profesionales y sucesos peligrosos ocurridos?	Art. 78 numeral 9 LGPRLT relacionado con Art. 46 literales b y c.	X			Se lleva un registro de las enfermedades profesionales padecidas por los trabajadores y las enfermedades nosocomiales.
TOTAL		4	4	0	0	
IV. Diseño e implementación del plan de emergencia y evacuación 10%						
26	¿Cuenta con responsables de implementación y roles del personal durante una emergencia? (Brigadas de evacuación, contra incendios y primeros auxilios)	Art. 34 de la LGPRLT, Art. 49 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	x			Existen las brigadas de evacuación, contra incendios, por ser hospital los accidentes se atienden en emergencias.
27	¿Posee mecanismos de comunicación, equipos y alerta ante emergencias?	Art. 49 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x			El programa de SST tiene detallado los mecanismos a seguir antes, mientras y después de una emergencia.

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
						Ejemplo los delegados de prevención de riesgos laborales dan la alarma en caso de sismo con ayuda de un pito y usan un rotulo para ayudar a la evacuación, de igual manera se haría en un conato de incendio.
28	¿Cuenta con mapas del lugar de trabajo, rutas de evacuación y puntos de encuentro?	Art. 49 Reglamento General de Prevención de Riesgos		X		
TOTAL		3	2	1	0	
N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
29	¿Desarrolla procedimientos de respuesta, de acuerdo a cada tipo de emergencia?	Art. 49 Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Las brigadas se activan a dar respuesta.
30	¿Desarrolla plan de capacitaciones a responsables de atención de emergencias? (Brigadas de evacuación, contra incendios y primeros auxilios)	Art. 50 Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Hay capacitaciones de manejo de extintores, evacuación por sismos y conatos de incendios.
31	¿Posee una calendarización y registro de simulacros con la participación de personas trabajadoras?	Art. 49 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos	X			El personal del HPZ participa en los simulacros del gobierno centran ejecuta.
32	¿Se cuenta en su lugar de trabajo con la señalización de seguridad visible y de comprensión general?	Art. 36 de la LGPRLT Art. 79 numeral 1 LGPRLT	X			Todas las áreas de trabajo y comunes están señalizadas con claridad para trabajadores, visitas y pacientes.
33	¿Se cuenta en su lugar de trabajo con el equipo y los medios adecuados para la prevención y combate en casos de emergencia (extintores, detectores de humo, botiquines u otros)?	Art. 80 numeral 1 LGPRLT, relacionado al Art. 119 del Reglamento General PRLT	X			Existen detectores de humo, cabinas con mangueras y extintores.
TOTAL		5	5	0	0	
TOTAL A+B		8	7	1	0	
V. Entrenamiento de manera teórica y práctica permanente a personas trabajadoras 10%						
34	¿Posee un plan anual definido de entrenamiento para las personas trabajadoras?	Art. 50 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos		X		
TOTAL		1	0	1	0	

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
VI. Establecimiento de programa de exámenes médicos y atención de primeros auxilios 5%						
35	¿Realiza la parte empleadora exámenes médicos a las personas trabajadoras de conformidad con la identificación y evaluación de riesgos?	Art. 79 numeral 18 LGPRLT, Art. 52 Reglamento General de Prevención de Riesgos, Art. 163 numeral 4 y 5 del Reglamento General de PRLT	X			Se realizan consultas médicas y el doctor pide que se apliquen los análisis médicos necesarios a los trabajadores.
36	¿Cuenta con métodos y técnicas para la atención de primeros auxilios?	Art. 52 Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos, Art. 237 Reglamento General	X			Por ser un hospital los primeros auxilios son realizados en emergencias por personal médico.
37	¿Posee botiquín de primeros auxilios?	Art. 68 LOFSTPS	X			Se posee botiquín y cualquier medicamento necesario para emergencias.
TOTAL		3	3	0	0	
N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
38	¿Acata el o la empleadora la recomendación de un médico del trabajo de destinar a un (a) trabajador (a) a un puesto de trabajo más adecuado a su estado de salud y capacidad física?	Art. 79 numeral 19 LGPRLT	X			El ISSS cuenta con médicos del trabajo que estudian los casos y si es necesario dan la recomendación para el cambio de función, esta es acatada por la dirección por el bienestar del trabajador.
TOTAL		1	1	0	0	
TOTAL A+B		4	4	0	0	
VII. Programa de difusión y promoción de actividades preventivas 5%						
39	¿Coloca en áreas visibles la Política de SSO y divulgación a personas trabajadoras?	Art. 54 literal a) Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			La política de SSO del ISSS se ha divulgado en periódicos murales, en los correos electrónicos institucionales y pantallas de televisión.
40	¿Coloca de carteles alusivos y otros medios de información, para la difusión de medidas de Salud y Seguridad Ocupacional?	Art. 54 literal b) Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Se cuenta con periódicos murales para colocar carteles alusivos a los temas de SSO.
41	¿Se divulga información a través de manuales e instructivos acerca de los riesgos a los que están expuestas las personas trabajadoras?	Art. 54 literal c) Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			En las capacitaciones se utilizan manuales según puesto de trabajo por los riesgos asociados.
TOTAL		3	3	0	0	

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
VIII. Formulación de programas preventivos y de sensibilización sobre violencia hacia la mujer, acoso sexual y demás riesgos psicosociales 10%						
42	¿Posee programas preventivos y de sensibilización sobre riesgos psicosociales? (capacitaciones y sensibilizaciones)	Art. 280 Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Los trabajadores sociales ayudan en la sensibilización de los riesgos psicosociales, ejemplo dar charlas a personas que cuidan a familiares enfermos en casa.
43	¿Posee mecanismos de identificación, prevención, abordajes y erradicación de riesgos psicosociales?	Art. 278 y 279 Reglamento General de Prevención de Riesgos	x			Las enfermeras y trabajadoras sociales abordan a personas afectadas y estas acceden a ser ayudadas.
44	¿Realiza acciones afirmativas para el abordaje de riesgos psicosociales?	Art. 279 Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Las personas afectadas son ayudadas.
45	¿Posee registro de riesgos psicosociales?	Art. 281 Reglamento General de Prevención de Riesgos	X			Se lleva registro de las personas ayudadas.
TOTAL		4	4	0	0	
IX. Condiciones estructurales del lugar de trabajo 5%						
46	¿Se brinda mantenimiento a las instalaciones eléctricas?	Art. 20 LGPRLT, Art. 74 del Reglamento General de PRLT	X			Se cuenta con un departamento de mantenimiento local para hacer los mantenimientos preventivos y correctivos.
TOTAL		1	1	0	0	
47	¿Reúne las condiciones estructurales que ofrezcan garantías de seguridad y salud ocupacional a las personas trabajadoras? (pasillos, asientos, dormitorios, servicios sanitarios, comedores, techos y paredes)	Art. 20 LGPRLT, Art. 78 numeral 2 LGPRLT, Art. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 del Reglamento General PRLT	X			El hospital cuenta con instalaciones adecuadas para realizar sus funciones, está en mantenimiento preventivo y correctivo.
48	¿Proporciona el y la empleadora a sus trabajadores (as), asientos de conformidad a la clase de labor que desempeñan?	Art. 78 numeral 3 LGPRLT, relacionado al Art. 179 literal b) Reglamento General PRLT	X			Las sillas son ergonómicas para el personal administrativo, para visitas son sillas ergonómicas pero de materiales rígidos para aumentar su durabilidad.
49	¿Reúnen los requisitos exigidos por la presente Ley y sus reglamentos, las instalaciones del lugar de trabajo en general, Artefactos y dispositivos de los servicios de agua potable, gas industrial, calefacción y ventilación?	Art. 79 numeral 4 LGPRLT, relacionado con Art. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 130, 148 del Reglamento General PRLT	X			Existen oasis en todas las áreas del hospital para que el agua embotellada sea consumida por empleados, visita y pacientes. Existe aire acondicionado en oficinas y ventilación natural en los pasillos. Los tanques que almacenan Diésel están aprobados por el MTPS.
50	¿Se resguarda de forma adecuada el equipo de protección personal, ropa de trabajo, herramientas	Art. 79 numeral 6 LGPRLT, relacionado al Art. 92 del	X			Los empleados tienen casilleros para guardar su EPP, los uniformes del personal médico son lavados

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
	especiales, y medios técnicos de protección colectiva de las y los trabajadores?	Reglamento General de PRLT				diariamente en lavandería del hospital.
51	¿Se colocan elementos de protección en todo canal, puente, estanque y gradas en su lugar de trabajo para evitar riesgos a las y los trabajadores y demás personas?	Art. 79 numeral 7 LGPRLT, relacionado al Art. 11 del Reglamento General de PRLT			X	
52	¿Poseen en su lugar de trabajo escaleras portátiles que reúnan las condiciones de seguridad requeridas?	Art. 79 numeral 8 LGPRLT, relacionado al Art. 14 del RGPRLT	X			El departamento de mantenimiento cuenta con escaleras en buenas condiciones de trabajo.
53	¿Cuenta con dispositivos sonoros y visuales de máquinas de su lugar de trabajo para alertar sobre la puesta en marcha de una máquina, dependiendo de la actividad que se realice?	Art. 79 numeral 9 LGPRLT, relacionado al Art. 78 del Reglamento General de PRLT	X			La calderas tienen luces en tablero que indican que está en funcionamiento y en la parte superior una luz verde.
54	¿Cuenta el lugar de trabajo con la iluminación suficiente para el buen desempeño de las labores de las y los trabajadores?	Art. 79 numeral 12 LGPRLT, Art. 130 del Reglamento General de Prevención de Riesgos en los lugares de trabajo (RGPRLT)	X			La intensidad luminosa es adecuada para cada puesto de trabajo, si una lámpara se quema se reporta para ser sustituida.
55	¿Existe ventilación adecuada conforme a lo establecido en la LGPRLT y su reglamento respectivo?	Art. 79 numeral 13 LGPRLT, Art. 148 del Reglamento General de Prevención de Riesgo en los lugares de trabajo (RGPRLT)	X			Existe aire acondicionado en áreas administrativas, consultorios médicos y en pasillos es ventilación natural.
56	¿Las instalaciones eléctricas, los motores y cables conductores de su lugar de trabajo cuentan con un sistema de polarización a tierra?	Art. 79 numeral 22 LGPRLT, relacionado al Art. 42 del Reglamento General de PRLT	X			Mantenimiento es el encargado de mantener los equipos polarizados y en buen funcionamiento.
57	Si se Realiza trabajos con combustibles líquido, sustancias químicas o tóxicas ¿Cuenta con depósitos apropiados para el almacenaje y transporte de los mismos?	Art. 80 numeral 3 LGPRLT, relacionado al Art. 207, 208, 209 del Reglamento General de PRLT	X			Se cuentan con tanques Diésel para alimentar a las calderas.
TOTAL		11	10	0	1	
N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
58	¿Mantiene en funcionamiento en el lugar de trabajo, ascensores, montacargas y demás equipos de izar que impliquen un riesgo para los y las trabajadoras?	Art. 80 numeral 4 LGPRLT, relacionado al Art. 87 del Reglamento General de PRLT		X		Solo existen ascensores para evitar el uso de gradas, ayuda al bienestar de todos.

N°	Preguntas	Disposición Legal a Consultar	SI	NO	N/A	Observaciones
59	¿Posee lámparas de emergencia?	Art. 13 numeral 7 del Reglamento General de Prevención de Riesgos		X		
60	¿Informa o ha informado a la Dirección General de Previsión Social cualquier cambio o modificación sustancial que se efectuó en los equipos o instalaciones en general, que representen riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras?	Art. 33 LGPRLT.		X		
61	¿Posee generadores de vapor o recipientes sujetos a presión?	Art. 72 LGPRLT, Art. 80 numeral 10 LGPRLT, Art. 5 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de generadores de vapor	X			Existen 2 Calderas que generan vapor para lavandería.
62	¿Brinda el mantenimiento apropiado a los generadores de vapor o recipientes sujetos a presión, utilizados en el lugar de trabajo?	Art. 72 LGPRLT, Art. 43 del RVFMGV	X			Se hace por medio de un contrato con una empresa privada.
63	¿Cuenta con el Registro otorgado por la Dirección General de Previsión Social para los generadores de vapor?	Art. 5 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de generadores de vapor	X			Se cuenta con la supervisión de un perito en generadores de vapor quien es la persona que realiza mediciones de las emisiones, luego se obtiene el permiso.
64	¿Posee peritaje y aprobado por la Dirección General de Previsión Social de los generadores de vapor?	Art. 43 párrafo final y Art. 44 del Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de generadores de vapor	X			Existe peritaje por un perito autorizado por la dirección de prevención social de los generadores de vapor.
65	¿Se cuentan en su lugar de trabajo con sistemas presurizados con los dispositivos de seguridad requerida?	Art. 80 numeral 2 LGPRLT, Art. 6 Reglamento para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de generadores de vapor		X		
TOTAL		8	4	4		
TOTAL A+B+C		20	15	4	1	
X. Comentarios						
NOTA: No se incluye aquellos casos en los que se necesita documentación.						
En el acápite del Programa de Gestión de Riesgos Ocupacionales, en aquellos casos en los que se tengan medidas sustitutivas a éste, deberá utilizarse la opción N/A para los casos específicos.						

Fuente: <https://www.salud.gob.sv/download/cuestionario-de-evaluacion-sobre-las-condiciones-de-seguridad-y-salud-ocupacional-en-instituciones-publicas-ministerio-de-trabajo-y-prevision-social/>

Apéndice 9:

Condiciones ambientales

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento	Observaciones
Medio Ambiente				
Nombre del Lugar de Trabajo:		Hospital Policlínico Zacamil ISSS		
Fecha:		viernes 27 de junio de 2025		
Nombre de la Representación Legal:		Mónica Guerrero		
Dirección:		Calle y Colonia Zacamil, municipio de San Salvador Centro, distrito de Mejicanos departamento de San Salvador, El Salvador.		
Total de Personas Trabajadoras:				

Indicaciones: marque con el numero "1" en la casilla de cumplimiento "SI" ó "NO"

CONDICIONES AMBIENTALES

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
			S	NO	N/A	
I. Organización y planificación de actividades y reuniones del comité de gestión ambiental 15%						
1	¿Cuenta el lugar de trabajo con un Comité de gestión ambiental (CGA) conformado y acreditado?	Art. 6 y 7 Ley del Medio Ambiente Art. 7 Reglamento General de la Ley del Medio Ambiente (2009).	1			Si se cuenta con el comité local del HPZ el cual trabaja los temas ambientales.
2	Fortalecer capacidades ¿Los integrantes del CGA participan, con la autorización de sus superiores, en las capacitaciones que organice la Unidad Ambiental de la institución a la que pertenecen?	Numeral 1.1. Guía para la conformación del comité de gestión ambiental.	1			El CGA es capacitado por el departamento de gestión ambiental del ISS, en temas relacionados a la GA, cumplimiento ambiental, reforestación, cuidado del recurso agua y eficiencia energética.
3	Formulación y ejecución de la Política Institucional de Gestión Ambiental	Numeral 1.2. Guía para la conformación del comité de gestión ambiental.	1			El HPZ por ser hospital del ISSS sigue los lineamientos de la Política Ambiental institucional, cumpliendo con todas sus directrices.
4	¿El CGA conoce y aplica las herramientas legales y técnicas disponibles?	PASO 2. Identificación de la base legal y técnica. Guía para la conformación del comité de gestión ambiental.	1			El CGA está capacitado en las leyes, normas y reglamentos ambientales que le compete, para aplicarlas correctamente, por ejemplo la Ley de medio ambiente.

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
			SI	NO	N/A	
5	¿El CGA y los equipos de apoyo están conformados por técnicos de las diferentes unidades organizativas de la institución?	PASO 3. Integrantes para la conformación del Comité de Gestión Ambiental. Guía para la conformación del comité de gestión ambiental.	1			Los miembros del comité son profesionales o trabajadores de diferentes áreas, ejemplo: Ingenieros químicos, eco tecnólogos, educadores en salud, enfermeras.
6	El CGA reúne ordinariamente una vez por mes y, si es necesario realizar reuniones extraordinarias, que se harán luego de la oportuna convocatoria. Las reuniones están establecidas dentro de un plan de trabajo anual.	PASO 5. Definir mecanismos de funcionamiento. Guía para la conformación del comité de gestión ambiental.	1			Existe un plan de trabajo el cual fue diseñado por el CGA para reunirse periódicamente y ver los avances de los objetivos, al ser necesario se convoca a reunión extraordinaria.
7	Durante las reuniones se abordarán los avances en la implementación de la Política Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI), Plan Operativo Anual (POA), el Programa de Capacitación de la Gestión Ambiental (PCGA) y el Plan de Acción de Medidas de Eficiencia Energética (PAEE).	PASO 5. Definir mecanismos de funcionamiento. Guía para la conformación del comité de gestión ambiental.	1			Se dialoga sobre los avances de los objetivos de la política ambiental, el PGA del hospital, las capacitaciones ambientales y en temas de eficiencia energética.
TO TA L	7		7	0	0	
		Cumplimiento	100%	0%	0%	20%

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
			SI	NO	N/A	

II. Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje. **30%**

8	¿Existe una clasificación de los residuos sólidos con el objeto de facilitar su separación, manejo y aprovechamiento? Residuos municipales, Residuos de Manejo Especial, Residuos Peligrosos. Orgánicos e inorgánicos, y como aprovechables y no aprovechables.	Art. 26.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			El CGA caracteriza una vez al mes los desechos sólidos que se generan dentro del hospital, además se lleva una bitácora de la cantidad de desechos bioinfecciosos generados y entregados a una empresa autorizada por el MARN para su manejo y disposición final.
---	--	---	---	--	--	---

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
9	¿Existe una separación en la fuente y recolección diferenciada?	Art. 31.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			Se tienen estaciones de reciclaje con contenedores de diferentes colores según normativa en los diferentes niveles del hospital para su separación por tipos de desechos sólidos. Ejemplo: Azul para plástico, amarillo aluminio y metales.
10	¿Existen unidades de contención para depositarlos de acuerdo a la clasificación?	Art. 32.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			Existe un acopio temporal para los desechos comunes que han sido separados en las estaciones de reciclaje, luego son entregados a una empresa recicladora autorizada por MARN.
11	¿Los medios de transporte de residuos cuentan con las condiciones adecuadas?	Art. 33.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			Los camiones de las empresas recicladoras tienen las condiciones para poder transportar los desechos sólidos, ya que están autorizados por el MARN.
12	¿La disposición final y eliminación de los residuos se realiza en relleno sanitario, centros o instalaciones de valoración energética u otras instalaciones autorizadas por el MARN?	Art. 34.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			Los desechos sólidos orgánicos son depositados en el relleno sanitario de Nejapa, los materiales reciclables son entregados a empresas las cuales los comercializan para su reciclo.
13	¿Se realiza una comercialización con los residuos clasificados con agentes intermediarios domiciliarios?	Art. 38.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			Los materiales reciclables como el cartón, palet, aluminio, plástico son entregados a empresas las cuales los comercializan para su reciclo.
14	¿Los brókeres o agentes intermediarios domiciliados en el país que realicen operaciones comerciales de compra y venta de residuos post consumo o post industrial, están registrados ante el MARN?	Art. 38.- Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje.	1			Se les pide a los agentes intermediarios que presenten su autorización del MARN como requisito indispensable y trabajar con ellos.
TOTAL		7	7	0	0	
		Cumplimiento	100 %	0%	0%	20%

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
			SI	NO	N/A	
III. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos. RTS						
13.03.01:14 30%						
15	¿Han elaborar e implementado un plan de manejo de los Desechos Bioinfecciosos "DB" que describa las acciones a realizar para el manejo sanitario de los mismos?	Numeral 5.3.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Si se ha elaborado el plan de manejo de DB personal del HPZ, director, epidemiólogo y enfermeras.

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
16	¿El plan de manejo de los DB, fue presentado a la Dirección de la UCSF para su correspondiente visto bueno cada tres años?	Numeral 5.3.2. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			El plan de manejo de DB se presenta cada 3 años para su visto bueno y aprobación de la dirección UCSF
17	¿Al momento de entregar los DB al prestador de servicio de recolección y transporte, reciben el comprobante de entrega del formulario "B"?	Numeral 5.4.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Al tratarse los DB en las jabas rojas, se pesan para luego entregar el comprobante al personal de servicios generales de HPZ, este es almacenado.
18	¿Para efectos del manejo, los DB se clasifican en: infecciosos, punzocortantes bioinfecciosos y patológicos, según anexo 4?	Numeral 5.5.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Se colocan los DB previamente clasificados y rotulados en las bolsas rojas y luego en las jabas rígidas rojas.
19	¿Los DB se envasan en bolsas plásticas impermeables rojas de polietileno de baja densidad?	Numeral 5.6.1.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Los DB son colocados en la bolsa plásticas rojas de polietileno, al estar llenas a un 75% son cambiadas.
20	¿Los DPB: Desecho Punzocortante Bioinfecciosos, PC: Desecho Punzocortante Común se envasan en un depósito de material rígido, resistente a la perforación, golpes o caídas?	Numeral 5.6.3.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Los DPB y PC son depositados en jabas rígidas para su almacenamiento, transporte y disposición final.
21	¿Para la acumulación, recolección y transporte interno, acopio temporal y transporte externo de los DB, se debe utilizar jabas color rojo, material resistente, reutilizables con tapadera y rotulada con el símbolo universal de DB?	Numeral 5.6.6.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Todos los DB son almacenados en jabas rígidas de color rojo, para su correcto almacenaje, transporte y disposición final evitando contacto con los trabajadores y pacientes.
22	¿Por cada área de generación según la actividad y cuando se requiera, se debe disponer de los envases de acuerdo a la clasificación de los DB y DSC?	Número 5.6.8.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			En cada área está colocado una estación con envases para DB con bolsas color roja y DSC con bolsas color negras, los trabajadores de servicios generales son los encargados de cambiarlas.
23	¿Los envases están ubicados en sitios visibles y debidamente rotulados; los cuales son retirados en un tiempo máximo de ocho horas o al momento que éstos lleguen al 75% de su capacidad?	Numeral 5.6.9.1. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Las bolsas y jabas debidamente rotuladas en las áreas que se generan DB son cambiadas cada vez que se llenan a un 75% o cada 8 horas por el personal de servicios generales, luego son trasladadas en carretillas al acopio temporal, lejos de los empleados, pacientes y visitas.

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
24	¿Para la recolección interna de los DB se cumple con los siguientes criterios: Horario, frecuencia y ruta crítica?	Numeral 5.6.13. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			En el plan de manejo de DB está escrito los horarios, frecuencia y ruta crítica, esta última está señalizada en las paredes del hospital, estas disposiciones son acatadas por los trabajadores de servicios generales.
25	¿Existe un acopio temporal en el cual se almacenan las jvas para la recolección y transporte externo, señalado con el rotulo de "Desechos Bioinfecciosos", ubicado en un lugar que no ponga en peligro a los trabajadores y usuarios?	Numeral 5.6.18. Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.	1			Existe un acopio temporal de DB alejado de pacientes, visitas y pacientes en el cual a diario se almacenan y luego son entregados a la empresa que hará el transporte externo y disposición final.
TOTAL		11	11	0	0	
		Cumplimiento	100%	0%	0%	20%

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
			SI	NO	N/A	
IV. Aguas, Aguas residuales. Parámetros de calidad de aguas residuales para descarga y manejo de lodos residuales. RTS 13.05.01:24. 30%						
26	¿Posee sistema de tratamiento de aguas residuales o sistema de alcantarillado?	5	1			Existe una planta de tratamiento de aguas residuales "PTAR" de los lodos activados con aeración extendida para tratar las aguas residuales de tipo especial generadas por las actividades del HPZ, luego son descargadas al alcantarillado sanitario de ANDA.
27	¿El sistema de tratamiento de agua residual está ubicado en un área accesible para ser operado y monitoreado adecuadamente?	5.1.1	1			Existe un acceso directo para el operador, incluye hasta caseta para que este guarde equipo de medición de parámetros.
30	¿Las aguas residuales tratadas son descargadas a un medio receptor o alcantarillado sanitario de ANDA?	5.2	1			Las aguas luego de ser tratadas en la PTAR son descargadas al alcantarillado sanitario de ANDA.
31	¿El agua tratada es reutilizada en actividades como el uso en servicios sanitarios, regar jardines o lavada de vehículos?	5.7	1			El agua ya tratada se descargadas al alcantarillado sanitario de ANDA, no se cuenta con el permiso ambiental para ser reutilizada.
32	¿Existe una caracterización biológica y fisico química y manejo de lodos residuales?	5.8	1			Esta caracterización de lodos se hace una vez al año como lo exige el RTS 13.05.01:24.
33	¿Existe una frecuencia de toma de muestra de las aguas residuales y lodos residuales?	6.1 - 6.4	1			Se realiza el muestreo compuesto de las aguas residuales a la entrada y salida de la PTAR cada 4 meses y una muestra de lodos una vez al año.

Nº	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
34	¿Se contrata un laboratorio acreditado por el Organismo Salvadoreño de Acreditación "OSA" para realizar los análisis de aguas residuales y lodos residuales?	6.5	1			Sí, el laboratorio debe de estar acreditado para poder ser contratado a realizar las tomas de muestras y realizar los análisis físico químicos al agua y lodo residual.
TOTAL		7	7	0	0	
		Cumplimiento	100%	0%	0%	20%

V. CONDICIONES AMBIENTALES						
35	¿Cuenta con un estudio de impacto ambiental elaborado por un equipo técnico multidisciplinario presentado al Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales?	Art. 23.- Ley del medio ambiente.	1			El estudio de impacto ambiental E'sIA del HPZ fue realizado por la empresa que lo construyo.
36	¿Cuenta con resolución del Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales?	Art. 24.-Ley del medio ambiente.	1			Si se cuenta con la resolución del permiso de funcionamiento del HPZ.
37	¿Da cumplimiento a su programa de Manejo Ambiental?	Art. 108. y 109.- Ley del medio ambiente	1			El CGA con el apoyo de la dirección a realizado el PMA y sigue haciendo las actividades ambientales mientras exista el hospital.
38	¿Posee sistema de tratamiento de aguas residuales o sistema de alcantarillado?	Ley del medio ambiente	1			Existe una planta de tratamiento de aguas residuales "PTAR" de los lodos activados con aeración extendida
39	¿Se posee bitácora de operación diaria de RAEE entrada y salida?	Ley del medio ambiente	1			Cuando se realiza la campaña de RAEE se contabiliza, los equipos médicos son en comodato por lo tanto son retirados por la empresa que vende el servicio.
40	¿Se posee registro de las cantidades y destinos de estos?	Ley del medio ambiente	1			Sí, el CGA local los tiene registrados.
41	¿Existe un monitoreo de la calidad del agua y del aire en las instalaciones?	Ley del medio ambiente	1			La calidad del agua en cisternas en monitoreada y los oasis de agua potable para personal, paciente y visita.
42	¿Existe un manejo de los desechos generados en las operaciones del hospital?	Ley del medio ambiente	1			Existen baterías de depósitos por colores para su separación.
43	¿Existe una clasificación previa de los RAEE en panta o es realizada por los recolectores?	Ley del medio ambiente		1		Como se mencionó anteriormente solo se colocan en un depósito para la campaña de RAEE y luego son entregados a una empresa autorizada por MARN.

N°	Pregunta	Disposición Legal a Consultar	Cumplimiento			Observaciones
44	¿El tratamiento hacia la disposición en planta es propio o arrendado? ¿Cumple los requisitos?	Ley del medio ambiente		1		No se cuenta con una planta para tratar los RAEE
45	¿Los RAEE están contenidos en envases rígidos, en perfecto estado y debidamente cerrados?	Ley del medio ambiente	1			Son almacenados en envase cerrado y señalizado.
46	¿Los recipientes están debidamente etiquetados?	Ley del medio ambiente	1			Son almacenados en envase cerrado y señalizado.
47	¿La descarga de los RAEE se realiza mediante sistemas manuales o mecánicos?	Ley del medio ambiente	1			Se realizan por medio manual, los trabajadores de la empresa autorizada los coloca en sus camiones para ser transportados.
48	¿Los residuos que no son aprovechables son gestionados de la mejor manera? Explique	Ley del medio ambiente	1			Son separados y entregados a diferentes empresas autorizadas por MARN que los comercializa a otras que reciclan.
49	El personal técnico utiliza el equipo de protección al manipular los RAEE?	Ley del medio ambiente		1		Las personas que llevan los RAEE de sus hogares solo los colocan en los envases rotulados.
	TOTAL	15	12	3	0	
		Cumplimiento	80%	20%	0%	16%

Apéndice 10:

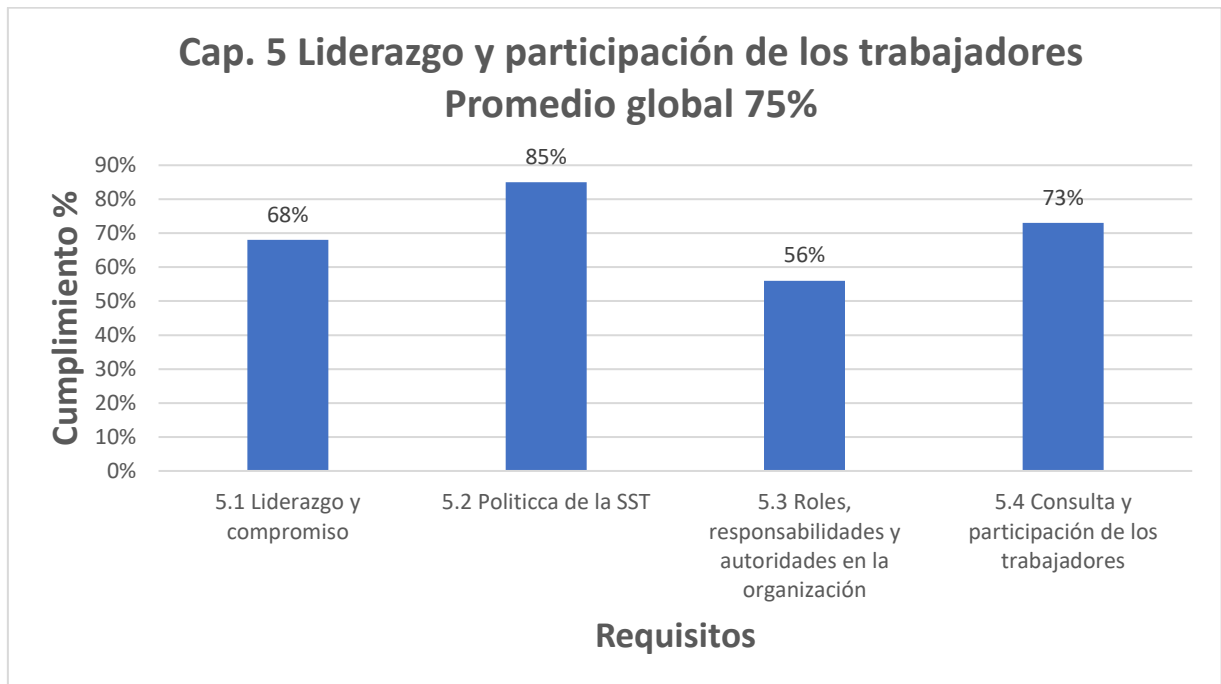
Gráfico de resultados – NTS ISO 45001:2018

Gráfico 1 – Porcentajes de cada requisito del Capítulo 4- NTS ISO 45001:2018



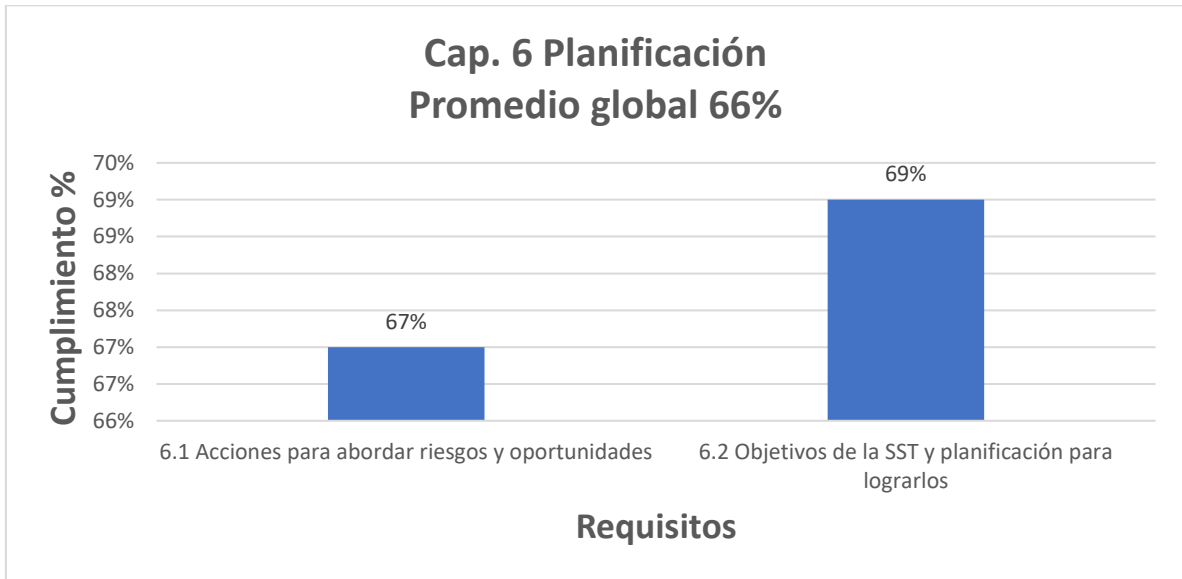
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 2 – Porcentaje de cumplimiento del capítulo 5 - NTS ISO 45001:2018



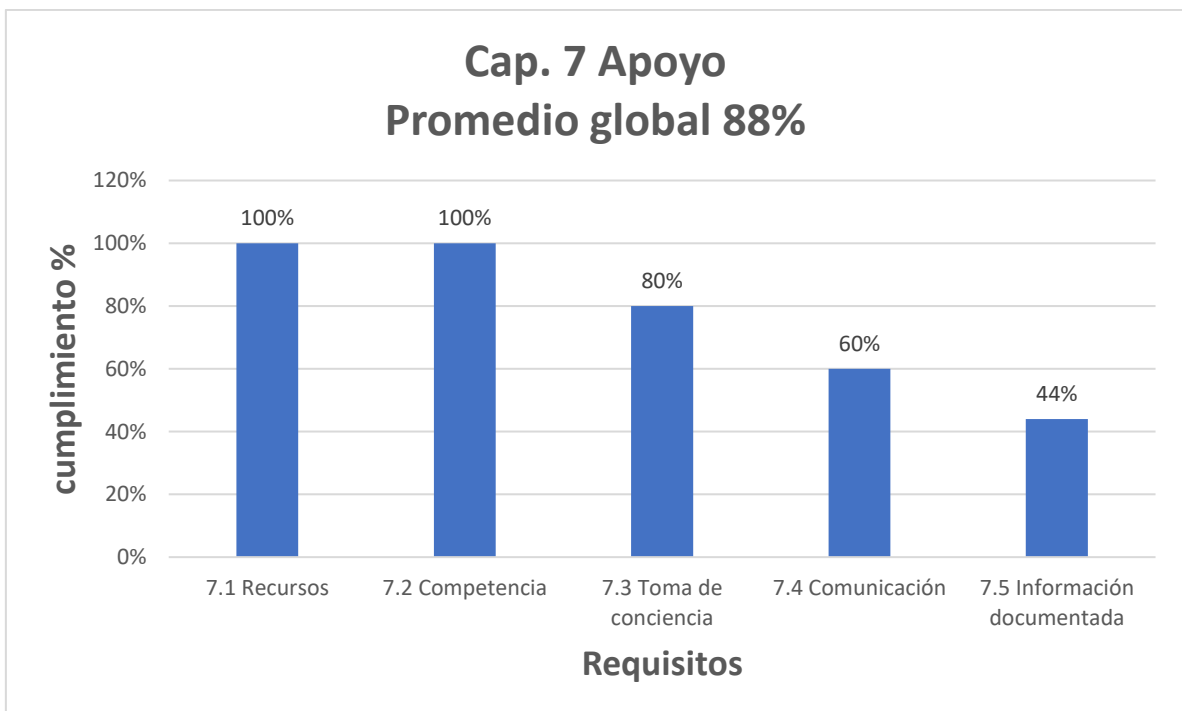
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 3 – Porcentaje de cumplimiento del capítulo 6 - NTS ISO 45001:2018



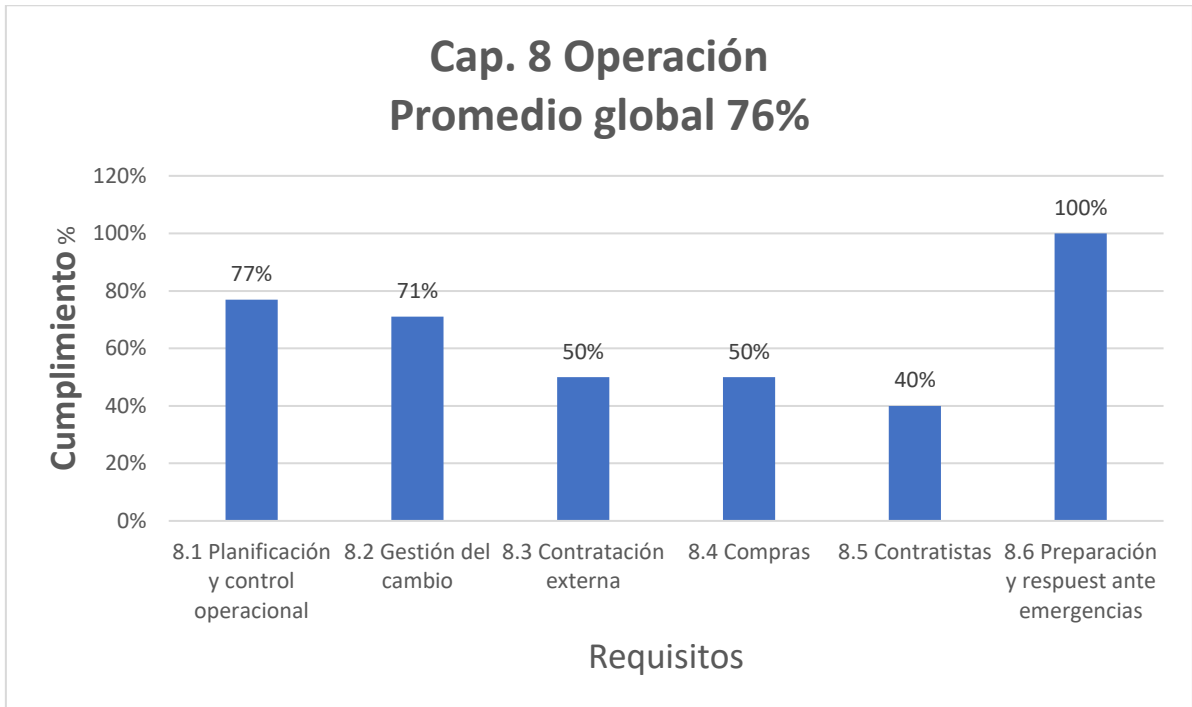
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 4 – Porcentaje de cumplimiento del capítulo 7- NTS ISO 45001:2018



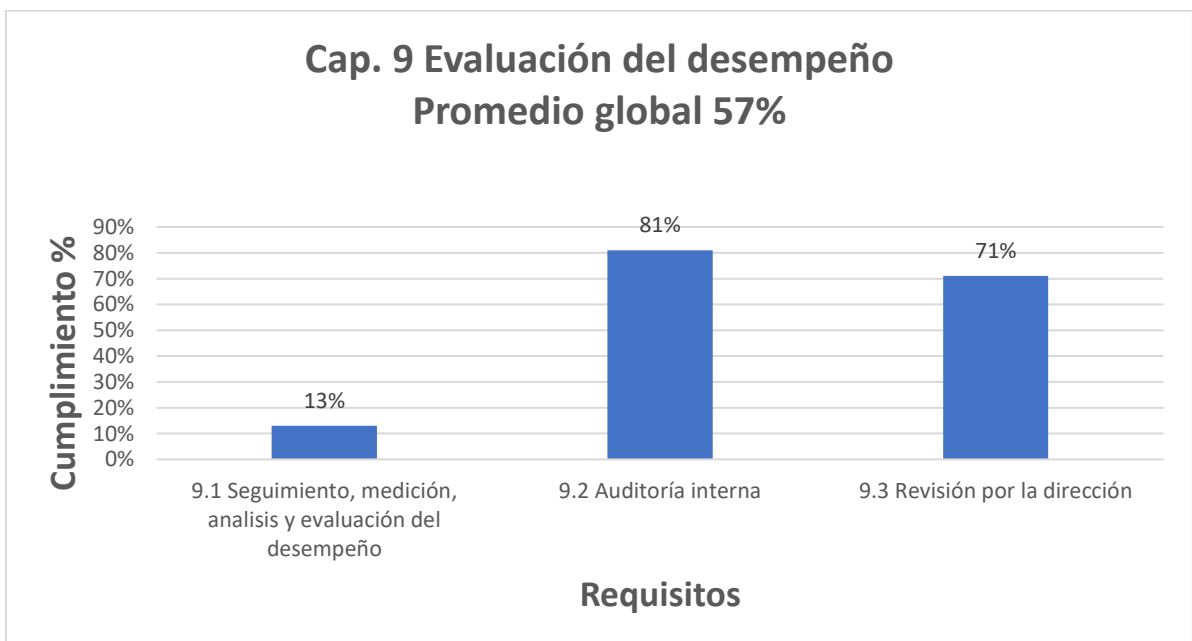
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 5 – Porcentaje de cumplimiento del capítulo 8 - NTS ISO 45001:2018



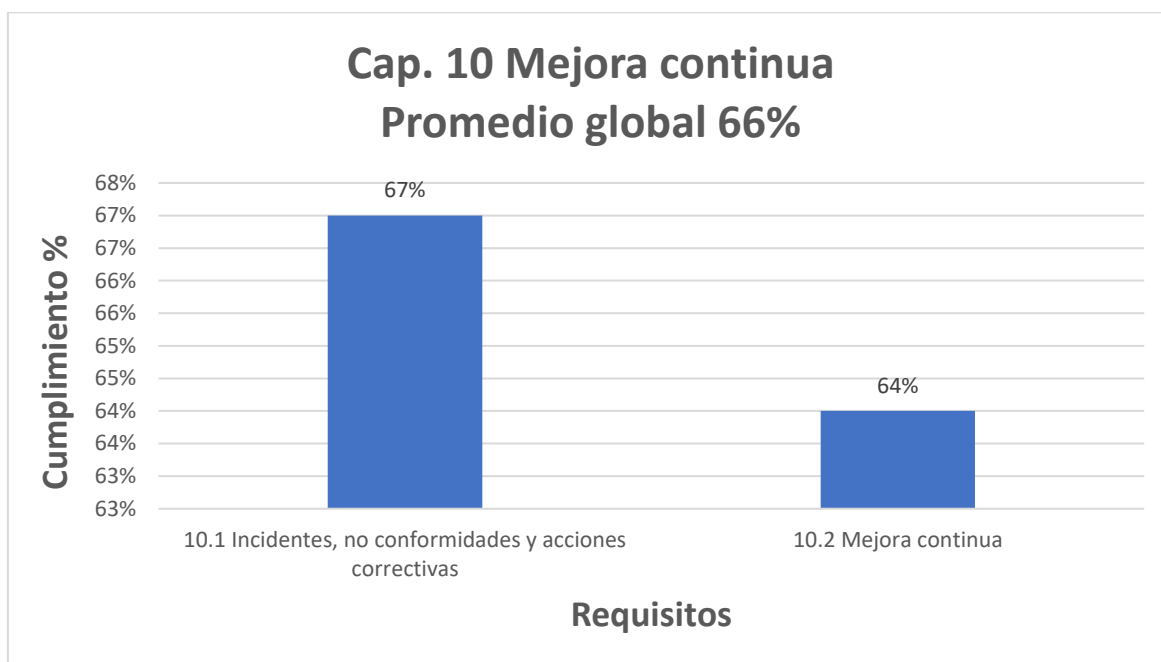
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 6 – Porcentaje de cumplimiento del capítulo 9 - NTS ISO 45001:2018



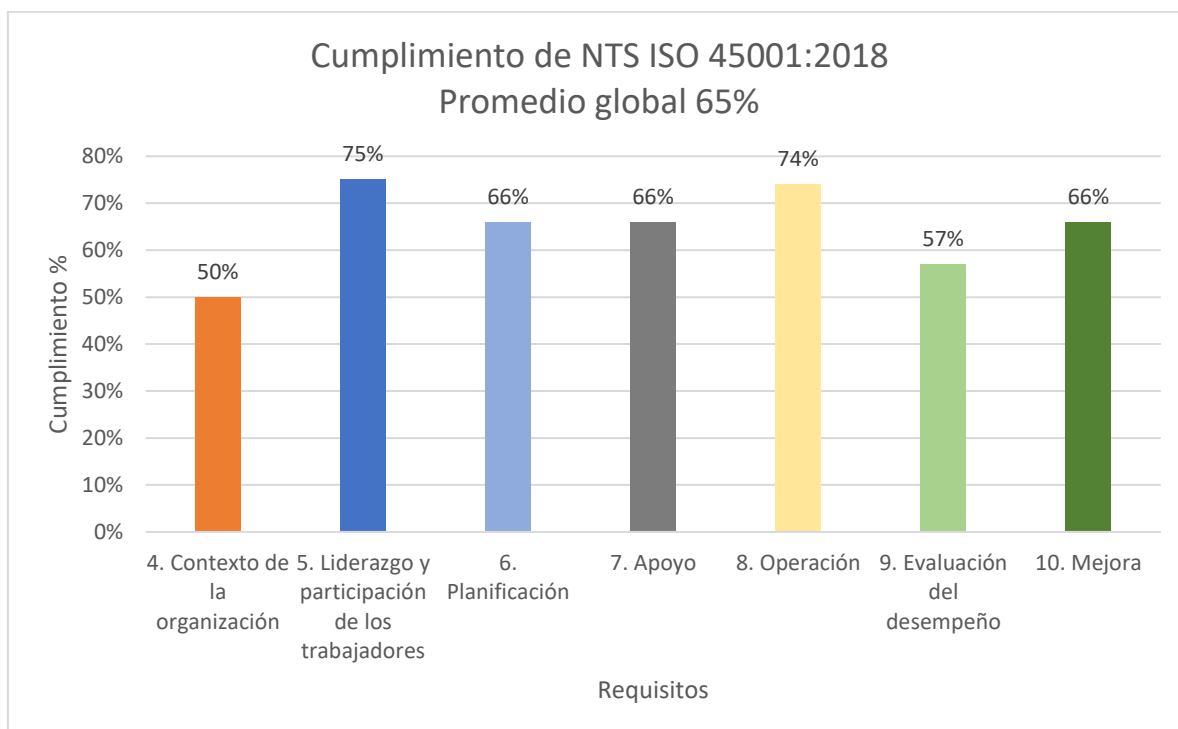
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 7 – Porcentaje de cumplimiento del capítulo 10 - NTS ISO 45001:2018



Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 7 – Porcentaje de cumplimiento comparativo entre capítulos - NTS ISO 45001:2018



Nota: *Elaboración propia*

Apéndice 11:

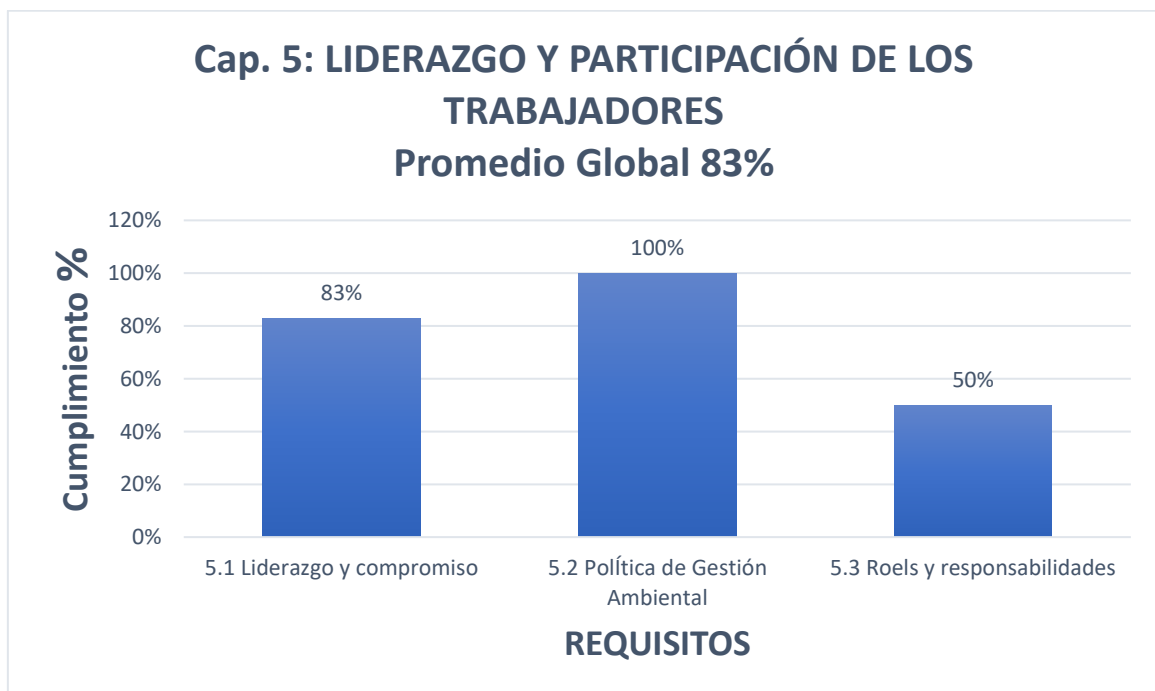
Gráfico de resultados - NTS ISO 14001-2015

Gráfico 1 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 4 – NTS ISO 14001-2015



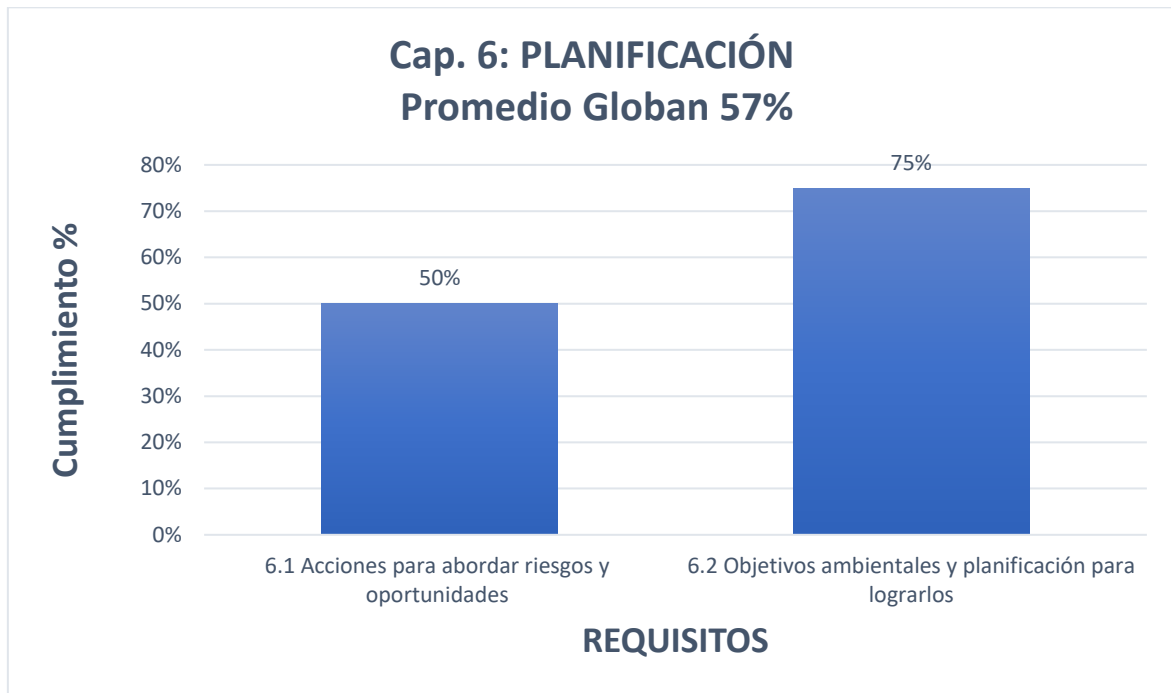
Nota: Elaboración propia

Gráfico 2 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 5 – NTS ISO 14001-2015



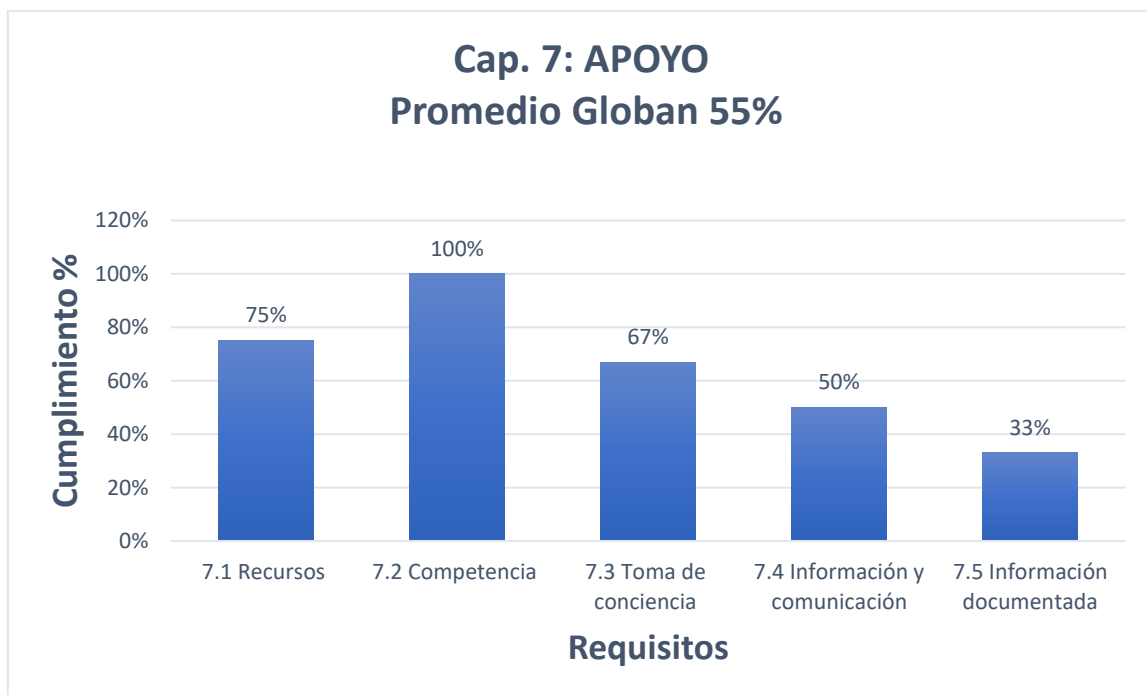
Nota: Elaboración propia

Gráfico 3 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 6 – NTS ISO 14001-2015



Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 4 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 7 – NTS ISO 14001-2015



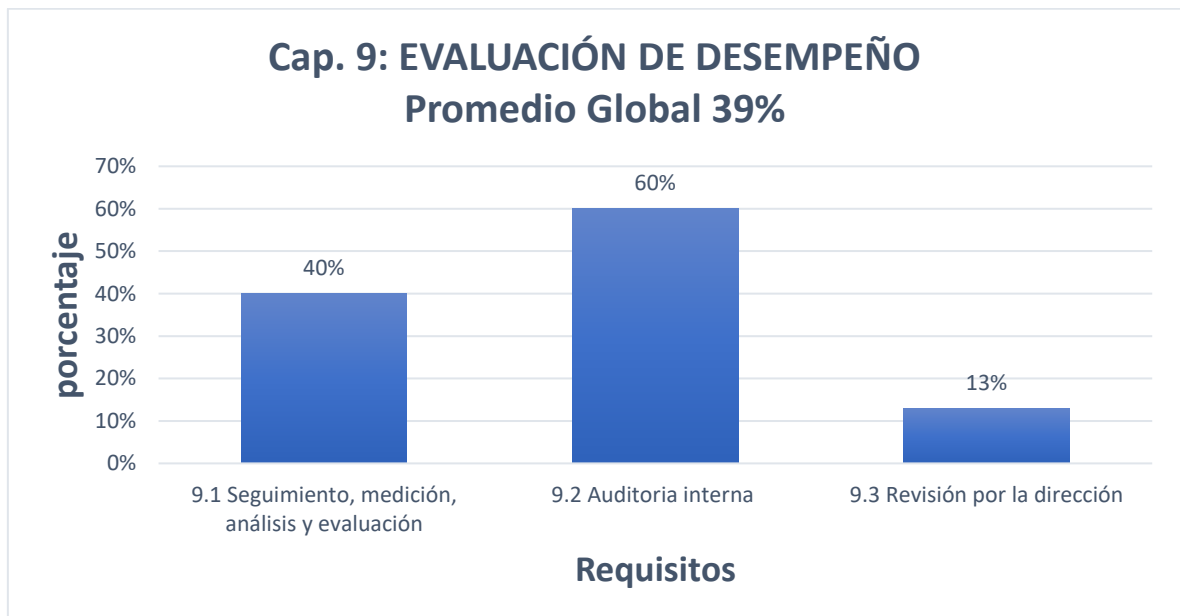
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 5 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 8 – NTS ISO 14001-2015



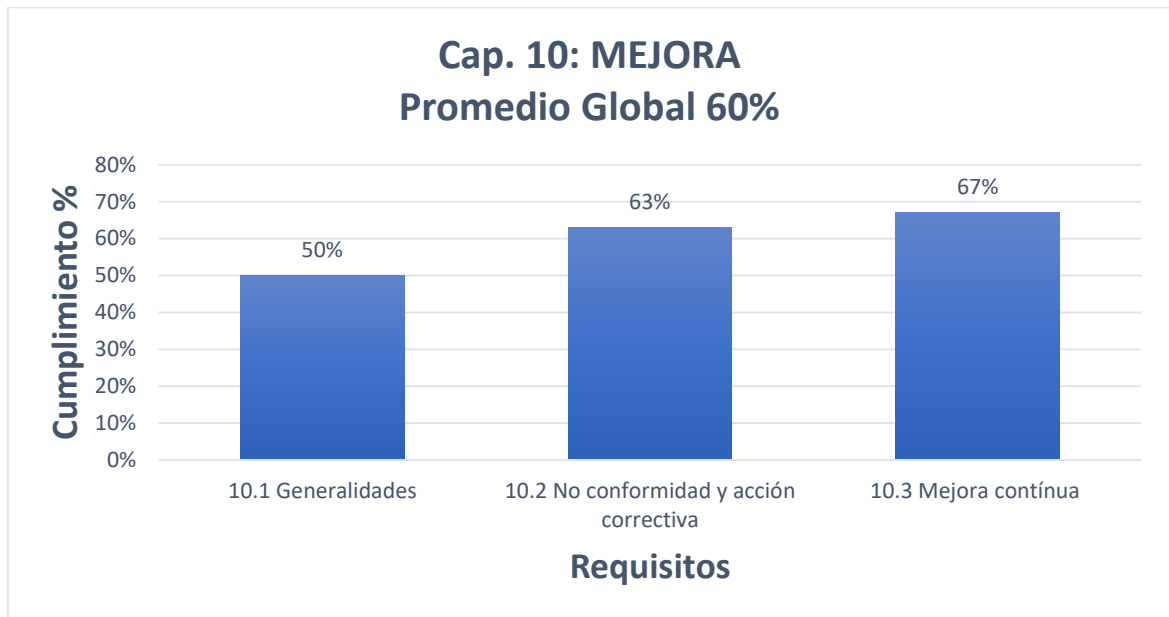
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 6 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 9 – NTS ISO 14001-2015



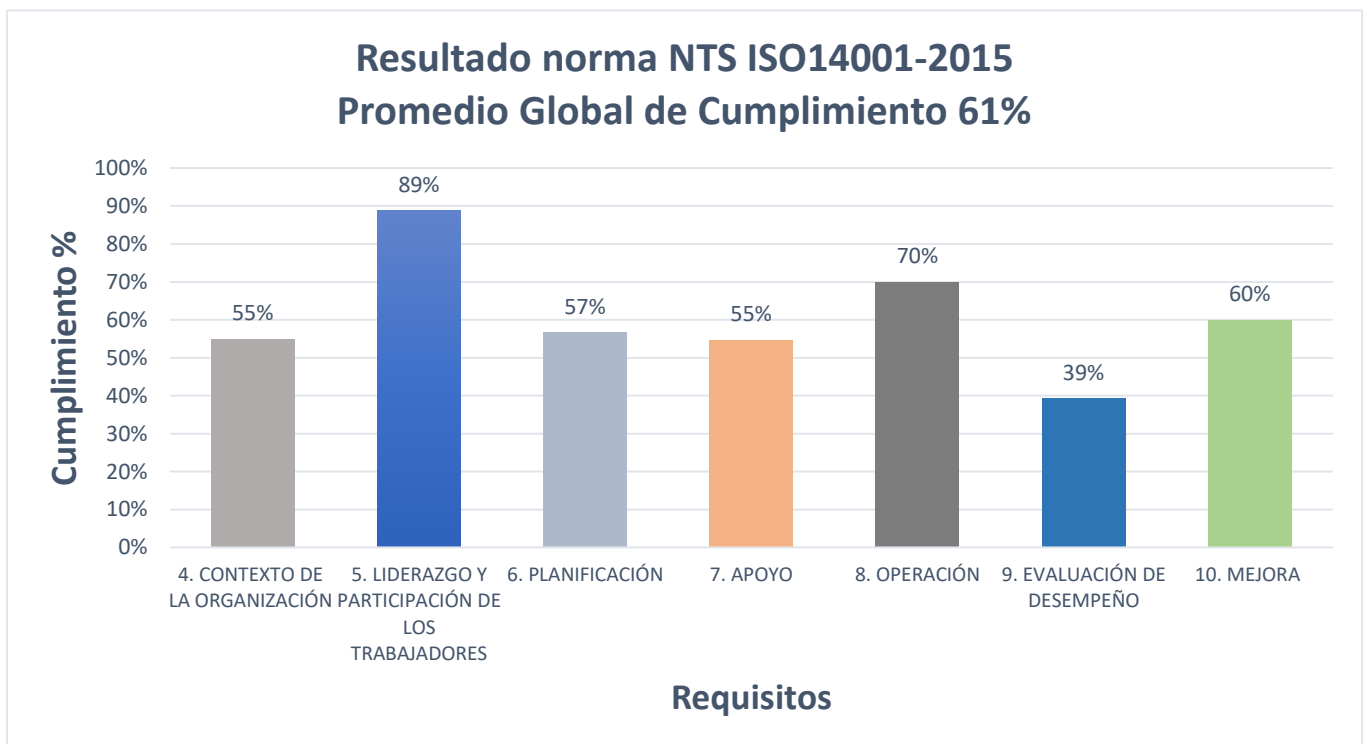
Nota: *Elaboración propia*

Gráfico 7 – Porcentaje de cada requisito del capítulo 10 – NTS ISO 14001-2015



Nota: *Elaboración propia*



Gráfico 8 – Porcentaje de cumplimiento comparativo entre capítulos – NTS ISO 14001-2015



Nota: *Elaboración propia*

Apéndice 12:

Información documentada a mantener y conservar por las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015

	LISTA DE VERIFICACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA A AMANTENER Y CONSERVAR REQUERIDAS POR LAS NORMAS ISO 45001:2018 E ISO 14001:2015 PARA LA GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL HPZ	
Criterios de evaluación de la lista de verificación		
SI	0	
NO	100%	

ISO 45001: 2018 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - REQUISITOS CON ORIENTACIÓN PARA SU USO					
Requisitos del SGSST	Información a mantener	Cumplimiento	Información a conservar	Cumplimiento	Evidencia
4. Contexto de la organización	Alcance (4.3)	NO			Gerencia de servicios médicos del HPZ
5. Liderazgo y participación de los trabajadores	Política de SST(5.2)	SI			Requiere que se integre con la política ambiental
	Roles, responsabilidades que es necesario abordar (5.3)	SI			Se tiene definido las funciones de cada dueño de procesos de la unidades que integran las unidades claves, unidades de apoyo y estratégicas
6. Planificación	Riesgos y oportunidades que es necesario abordar (6.1.1)	NO			Se consideran los aportes de los empleados para abordar los riesgos y se informan a los empleados sobre dichos riesgos.
	Identificación de peligros y evaluación de los riesgos y oportunidades (6.1.2)	NO			Se ha implementado una metodología de identificación de los peligros que surgen en la infraestructura, equipos, materiales, procesos médicos y condiciones físicas.
	Requisitos legales y otros requisitos (6.1.3)	SI	Requisitos legales y otros requisitos (6.1.3). Ejercicio de evaluación de cumplimiento	SI	La legislación Salvadoreña es el eje central del sistema de gestión, se orientan los recursos y esfuerzos a cumplir por la alta dirección y el CSSO
	Objetivos de la SST (6.2.1)	SI	Planificación para lograr los objetivos de la SST (6.2.2)	SI	Se planifica por medio de un plan de trabajo, que indica los objetivos y los responsables para lograrlos.
7. Apoyo			Evidencia de la competencia (7.2)	SI	Se capacita al personal a cargo de la SSO.
			Evidencia de las comunicaciones (7.4.1)	SI	Se sabe que comunicar, a los empleados, derechohabientes, visitas y contratistas, usando

					periódicos murales, telefonía, y correo electrónico.
8. Operación	Planificación y control operacional (8.1)	SI	Evidencia de Preparación y respuesta ante emergencias 8.2	SI	Se tiene un plan de emergencia que detalla que hacer antes, durante y después de una catástrofe, así también se tienen planes de capacitación contra incendios, sismos, etc.
	Preparación y respuesta ante emergencia (8.2)	SI			Se tiene un plan de emergencia
9. Evaluación del desempeño	Programa de auditoría interna (9.2.2)	SI	Evidencias de seguimiento, medición, análisis y evaluación de desempeño Mantenimiento, calibración o verificación de los equipos de medición. 9.1.1	NO	Sin comentarios
			Evidencias de cumplimiento legal 9.1.2	SI	Se le da seguimiento a los requisitos legales, los procesos y procedimientos para eliminar o reducir el riesgo, evitando el peligro.
			Evidencias de implementación del programa de auditoría y los resultados de éste. 9.2.2	SI	Se realizan auditorías internas por el CSSO
			Evidencias de revisión por la dirección. 9.3	NO	Sin comentarios
10. Mejora	Mejora continua (10.3)	NO	Evidencias de tratamiento de incidentes, no conformidades y acciones correctivas. 10.2.2	NO	Sin comentarios
			Evidencias de la toma de acciones de mejora continua 10.3	NO	Sin comentarios

Resultados	Valor
Cantidad de documentos a cumplir	22
Cantidad total de documentos cumplidos	15
% de cumplimiento de la información documentada	68%

ISO 14001: 2015 SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL - REQUISITOS CON ORIENTACIÓN PARA SU USO

Requisitos del SGSST	Información a mantener	Cumplimiento	Información a conservar	Cumplimiento	Evidencia
4. Contexto de la organización	Alcance (4.3)	NO			
5. Liderazgo	Política de Ambiental(5.2)	SI			
6. Planificación	Riesgos y oportunidades que es necesario abordar. Metodología de evaluación (6.1.1)	SI			Se cuenta con una matriz de riesgos ambientales, se realizan acciones para minimizar el impacto ambiental
	Aspectos e impactos ambientales asociados Aspectos e impactos ambientales significativos Metodología y criterios para la identificación y evaluación de AA (6.1.2).	NO			Se han identificados los aspectos ambientales y sus impactos ambientales pero no desde la perspectiva de ciclo de vida
	Requisitos legales y otros requisitos (6.1.3)	NO	Requisitos legales y otros requisitos (6.1.3). Ejercicio de evaluación de cumplimiento	NO	Sin comentarios
			Objetivos ambientales y planificación para conseguirlos (6.2.1)	SI	Todos los objetivos del GA están apegados a la política ambiental del ISSS, además de los aspectos ambientales, los requisitos legales, riesgos y oportunidades.
7. Apoyo			Evidencia de la competencia (7.2)	SI	Los integrantes del comité tienen las competencias necesarias y se capacitan continuamente en los temas ambientales
			Evidencia de las comunicaciones (7.4.1)	SI	Se tienen murales, perifoneo, correos institucional, correo electrónico.
8. Operación	Planificación y control operacional (8.1) Evidencia de cómo se implementan los controles operacionales	SI			Se han realizado planes anuales de los cuales se implementa y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de GA.
	Planificación y control operacional (8.1) Evidencia de proceso de compras y sus requisitos ambientales relacionados	SI			Si hay un proceso de compra de servicios ambientales como por ejemplo el contrato de mantenimiento de la PTAR.
	Preparación y respuesta ante emergencias (8.2) Programa de simulacros de emergencia	SI			Planes de emergencias en los cuales se expresa que hacer antes, mientas y después de una emergencia
9. Evaluación del desempeño			Evidencias de seguimiento, medición, análisis y evaluación de	NO	Sin comentarios

			desempeño Mantenimiento, calibración o verificación de los equipos de medición. 9.1.1		
			Evidencias de cumplimiento legal 9.1.2	NO	Sin comentarios
			Evidencias de implementación del programa de auditoría y los resultados de éste. 9.2.2	SI	Son hechas por personal del DGA
			Evidencias de revisión por la dirección. 9.3	NO	Sin comentarios
10. Mejora			Evidencias de tratamiento de incidentes, no conformidades y acciones correctivas. 10.2.2	NO	Solamente se corrigen, existe documentación referente a la superación de las no conformidades
			Evidencias de la toma de acciones de mejora continua 10.3	NO	Sin comentarios

Resultados	Valor
Cantidad de documentos a cumplir	18
Cantidad total de documentos cumplidos	9
% de cumplimiento de la información documentada	50%

Apéndice 13:

Matriz integral de variables, técnicas e instrumentos de investiga

Unidad de análisis Segmentos de población	Muestra	Variables (<i>Qué se investiga</i>)	Método (<i>Cómo</i>)	Técnica (<i>A través de qué</i>)	Instrumentos (<i>Con qué</i>)
Comités de CSSO y GA.	presidente, secretario, delegado, coordinador	Riesgo laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Método Inductivo - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista estructurada y participativa a los actores clave - Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Guía de entrevista - Cuestionario
	, secretaria y gestor energético.	Compromiso Accidentes de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Método Inductivo - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista estructurada y participativa a los actores clave - Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Guía de entrevista - Cuestionario
Dirección y Administración, jefe de gerencia de servicios médicos, jefe de mantenimiento, jefe de servicios generales Comités de CSSO y GA.	Director, administradora,	Cumplimiento de requisitos normativos	<ul style="list-style-type: none"> - Método Inductivo - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación ordinaria - Entrevista estructurada y participativa a los actores clave 	<ul style="list-style-type: none"> - Guía de observación - Guía de entrevista
	presidente, secretario, delegado, coordinador , secretaria y gestor energético.	Aspecto ambiental Impacto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Método Inductivo - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario

Nota: *Elaboración propia*

Apéndice 14: Matriz metodológica de consistencia de la investigación

DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO NTS ISO 45001:2018 Y GESTIÓN AMBIENTAL NTS ISO 14001:2015, APLICABLE AL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.						
FORMULACIÓN (PROBLEMA)	SISTEMATIZACIÓN (Preguntas de investigación)	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		DISEÑO METODOLÓGICO
				Variables	Medición (indicadores)	
<i>Redactar el problema como una pregunta o de forma enunciativa (cómo, cuál, dónde, qué) o aseveración, sobre lo que se busca resolver y que está estrechamente relacionada con el tema específico a investigar</i>	<i>Definir preguntas secundarias, las que serán útiles al redactar conclusiones</i>	<i>Orientan e identifican el tipo de resultados que se pretende lograr. Son las actividades de investigación.</i>	<i>Son respuestas tentativas. Se plantean como aseveraciones Por lo general, guían hacia una dirección concreta.</i>	<i>Atributos que se miden o se argumentan, se utilizan para designar cualquier característica o cualidad de la unidad de observación.</i>	<i>Su operacionalización es un proceso de traslado de un nivel abstracto a un nivel empírico, observable, medible (cuantitativa o cualitativamente)</i>	<i>El diseño de investigación es el mapa operativo. Representa el punto donde se conectan las fases conceptuales del proceso con la recolección y el análisis de los datos.</i>
¿De qué manera el diseño de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a fortalecer los procesos en la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social?	<p>1. ¿Cómo la identificación de los riesgos laborales, ayudará en la seguridad y salud de los empleados?</p> <p>2. ¿Cómo controlar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas?</p> <p>3. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para identificar la situación actual de los servicios de la organización?</p> <p>4. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables</p>	<p>Objetivo general</p> <p><i>Diseñar un sistema integrado de la gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015, que contribuya a fortalecer los procesos en la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social</i></p> <p>Objetivos específicos</p> <p><i>1. Identificar los riesgos laborales, para ayudar en la</i></p>	<p>Hipótesis general</p> <p><i>El diseño de un sistema integrado de gestión de seguridad y salud en el trabajo NTS ISO 45001:2018 y gestión ambiental NTS ISO 14001:2015 contribuirá a fortalecer los procesos en la gerencia de servicios médicos del Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social</i></p> <p>Hipótesis específicos</p>	<p>Riesgo laboral</p> <p>Aspectos e impactos Ambientales identificados</p> <p>Requisitos normativos NTS ISO 45001:2018/ NTS ISO 14001:2015</p> <p>Requisitos legales en SST/ambientales</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>- Tipo de investigación aplicada</p> <p>- Enfoque o ruta de la investigación cuantitativa</p> <p>- Alcance o tipo de estudio exploratoria y descriptiva</p> <p>- El método de investigación la observación, método inductivo, análisis y síntesis.</p> <p>- Diseño metodológico tipo no experimental</p> <p>- Determinación de población y muestra</p> <p>- Unidad de análisis y población</p> <p>- Dirección y administración del HPZ,</p> <p>- Gerencia de servicios médicos,</p> <p>- Jefes de los servicios relacionados al proceso de investigación,</p> <p>- Jefes de departamento: Mantenimiento y servicios generales,</p>

	<p>para permitir el cumplimiento a la legislación actual?</p> <p>5. ¿Cuál es la estructura documental de la gerencia de servicios médicos que ayudará a fortalecer sus procesos?</p>	<p><i>seguridad y salud de los empleados</i></p> <p>2. <i>Determinar los aspectos ambientales para reducir los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas</i></p> <p>3. <i>Identificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para identificar la situación actual de los servicios de la organización</i></p> <p>4 <i>Identificar el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 para identificar la situación actual de los servicios de la organización</i></p> <p>5. <i>Diseñar la estructura documental de la gerencia de servicios médicos para ayudar a fortalecer sus procesos.</i></p>	<p>1. <i>La identificación de los riesgos laborales, ayudara en la seguridad y salud de los empleados</i></p> <p>2. <i>La determinación de los aspectos ambientales reducirá los impactos ambientales que afectan a las partes interesadas</i></p> <p>3. <i>El nivel de cumplimiento de los requisitos de las normativas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015 identificará la situación actual de los servicios de la organización</i></p> <p>4. <i>El nivel de cumplimiento de los requisitos legales y aplicables permitirá el cumplimiento a la legislación actual.</i></p> <p>5. <i>El diseño de la estructura documental de la gerencia de servicios médicos ayudará a fortalecer sus procesos</i></p>	<p>Información documentada</p> <p>Procesos documentados</p>	<p>Cuantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Personal clave de los comités de seguridad y salud ocupacional y gestión ambiental</i> - <i>Diseño de la muestra (unidad maestra), muestreo no probabilístico.</i> - <i>Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.</i> - <i>Niveles de información marco teórico, primer nivel, normas ISO, segundo nivel, libros, tesis y tercer nivel, la obtenida de entrevistas y encuestas.</i> - <i>Fuentes de Información, primaria la investigación de campo de entrevista y secundaria la bibliográfica.</i> - <i>Técnicas e instrumentos recolección datos: observación directa y guía de observación; entrevista estructurada y guía de entrevista; encuesta y cuestionario-check list.</i> - <i>Prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos, a una pequeña muestra para comprobar el funcionamiento de los instrumentos.</i> - <i>Tabulación de datos y análisis, utilizando programas informáticos se procesa la información recabada y se analiza</i> - <i>Respuestas o refutaciones a las hipótesis, del análisis de datos se procede a generar respuesta a las hipótesis planteadas</i> - <i>Redacción y presentación de resultados, se presentan los hallazgos de la investigación, y se generan conclusiones.</i>
--	--	--	--	---	---------------------	--

Nota: *Elaboración propia*

Apéndice 15:

Manual del sistema integrado de gestión

Manual del Sistema Integrado de Gestión

SIG-MN-01


NTS ISO 45001:2018 y

NTS ISO 14001:2015



Gerencia de Servicios Médicos Hospital Policlínico Zacamil

2025

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 1 de 55


1. Objetivo.....	2
2. Alcance.....	2
3. Identificación de la organización.....	2
4. Contexto de la organización.....	10
5. Liderazgo	17
6. Planificación.	23
7. Apoyo	26
8. Operación	29
9. Evaluación del desempeño.	33
10. Mejora.....	36
11. ANEXOS.....	38

COPIA	DESTINATARIO	FIRMA RECEPCIÓN	FECHA
1	Director de Gerencia de Servicios Médicos		
2	Administrador		
3	Jefes de Unidades		
4			

	Elaborado	Revisado	Aprobado
Función	Gestor del SIG	Administrador	Director
Fecha	01 Noviembre 2025	01 Noviembre 2025	10 Noviembre 2025
Firma			

“Copia controlada N° _____”

1. Objetivo

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 2 de 55

El objetivo de este Manual del SIG es describir los procesos que interactúan en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) para lograr una gestión eficaz de los procesos y recursos necesarios a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas (empleados, cotizantes, derechohabientes, sociedad, etc.) dando cumplimiento a la política y objetivo de SST y ambiental establecidos para la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, siendo acorde con los requisitos establecidos en la Norma ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015 y promoviendo la mejora continua y un entorno laboral seguro y saludable.

2. Alcance del Manual


Este manual pretende exponer los requisitos establecidos en las normas ISO 45001:2018 Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo e ISO 14001:2015, Gestión Ambiental, aplicables a la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, abarcando las unidades de servicios de emergencias, servicios de consulta externa, servicios de consulta interna, servicios de pediatría y servicios de ginecología. Dando cumplimiento a las leyes, normas y reglamentos nacionales, así como otros requisitos los cuales se describen con mayor detalle en el apartado 6.1.3

3. Identificación de la Organización

En el año 2008, el ISSS impulsó siete proyectos bajo la modalidad llave en mano, con el fin de fortalecer la atención médica en distintas regiones del territorio nacional. Entre estos proyectos se incluyó la construcción del Hospital Policlínico Zacamil.

Fue hasta el 2017 cuando se desarrolló el programa de Fortalecimiento de la Atención Integral Pediátrica en el ISSS que abarcó diversas acciones en los centros de atención dentro del cual estaba la construcción y equipamiento del Hospital Policlínico Zacamil.

En este centro de atención se crearon el comité de prevención de riesgos laborales y también el comité de gestión ambiental cuyas funciones son la de promover la seguridad y salud de los

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 3 de 55

trabajadores y sensibilizar y fortalecer el conocimiento en materia ambiental en las diferentes unidades organizativas del hospital.

Entre sus principales funciones están:

- Atención médica y quirúrgica
- Emergencias
- Cirugías programadas
- Atención a la niñez

En resumen, el Hospital Policlínico Zacamil es un centro de salud que ofrece una amplia gama de servicios médicos, desde atención ambulatoria hasta hospitalización y cirugías.

3.1 Filosofía institucional

3.1.1 Misión

El HPZ tiene por misión la siguiente:

“Somos una institución miembro del Sistema Nacional de Salud, con vocación de servicio basada en los principios de la seguridad social, la cual brinda una gestión integral del riesgo en salud y prestaciones económicas a sus derechohabientes a través de un modelo de atención integral en salud, que provee servicios con humanidad, calidad y calidez”.


3.1.2 Visión

La visión del HPZ es la siguiente:

“Llegar a ser una institución orgullo de sus derechohabientes y de su personal; transparente en el uso de sus recursos financieros, que brinde atención integral en salud, comprometida en la mejora continua de la calidad de sus servicios. Que afronte desafíos y retos para mejorar en la implementación de nuevas estrategias sanitarias”.

3.1.3 Valores

- Vocación de servicio
- Humanidad

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión			
	Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 4 de 55

- Equidad
- Calidez
- Calidad
- Transparencia
- Solidaridad

3.1.4 Objetivos institucionales

“Los objetivos institucionales giran en torno a proveer servicios de salud integrales, de calidad, y equitativos a la población de su a res de influencia y a nivel nacional, actuando como hospital de referencia, mientras busca fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud a través de la modernización, la innovación y una gestión eficiente de sus recursos”.

3.1.5 Responsabilidades


Los responsables generales de la estructura organizativa de la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital Policlínico Zacamil se muestran a continuación:

a) Gerencia de Servicios Médicos

La gerencia de servicios médicos en el Hospital Policlínico Zacamil tiene como funciones principales asegurar la calidad y eficiencia de la atención médica brindada a los pacientes, tanto ambulatorios como ingresados. Esto incluye la supervisión del personal médico y paramédico, la gestión de recursos (materiales, equipos, medicamentos), la coordinación de servicios, la vigilancia epidemiológica, y la promoción de la salud.

Funciones específicas:


1. Atención Médica de Calidad: Proporcionar atención médica y de enfermería oportuna y de calidad a pacientes ingresados y ambulatorios, incluyendo asistencia médica general y especializada.
2. Gestión de Recursos: Asegurar el uso adecuado de materiales, equipos y medicamentos, así como la gestión del suministro oportuno de insumos médico-quirúrgicos.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 5 de 55

3. Coordinación de servicios: Coordinar con otros servicios del hospital, como el servicio médico y otras especialidades, para garantizar una atención integral.
4. Vigilancia epidemiológica: Realizar la vigilancia y control epidemiológico del medio intrahospitalario y su entorno, y participar en el manejo de situaciones epidemiológicas detectadas.
5. Capacitación del personal: Coordinar la capacitación y actualización técnica permanente del personal médico y paramédico.
6. Mejora continua: Participar en la implementación de estrategias de mejora continua de la calidad de la atención y la gestión de la satisfacción del usuario.
7. Gestión de la información: Registrar la evolución de los pacientes, sus tratamientos, y mantener registros actualizados de inventarios y otros aspectos relevantes.
8. Seguridad del paciente: Implementar medidas para prevenir riesgos como úlceras por presión y otras infecciones asociadas a la atención en salud.
9. Coordinación con otras instancias: Participar en la coordinación con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud para asegurar la continuidad de la atención y la implementación de lineamientos técnicos.
10. Rendición de cuentas: Informar a la población sobre la gestión del servicio de salud y las actividades realizadas para mejorar la transparencia y eficiencia.


b. Gestor del SIG

El gestor del Sistema Integrado de Gestión (SIG) tiene la responsabilidad de planificar, implementar, mantener y mejorar el sistema en la organización, asegurando que cumpla con los requisitos de las normas aplicables (como ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018). Su labor incluye la gestión de la documentación, la capacitación del personal, la realización de auditorías internas y la gestión de riesgos. También se encarga de la coordinación entre diferentes áreas de la empresa y con partes interesadas externas (clientes, proveedores, etc.) en relación al SIG.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Funciones específicas de un gestor SIG:

1. **Planificación e implementación:** Diseñar y establecer el SIG, definiendo políticas, objetivos y procedimientos.
2. **Coordinación:** Actuar como enlace entre las diferentes áreas de la organización para asegurar la integración del SIG.
3. **Gestión documental:** Controlar versiones y cambios de la documentación del SIG, asegurando su actualización y acceso.
4. **Capacitación:** Realizar actividades de formación y concientización sobre el SIG para el personal.
5. **Auditorías:** Planificar y ejecutar auditorías internas para evaluar la eficacia del SIG, así como apoyar en auditorías externas.
6. **Gestión de riesgos:** Identificar, evaluar y mitigar los riesgos asociados a la gestión de la calidad, el medio ambiente y la seguridad y salud ocupacional.
7. **Mejora continua:** Analizar el desempeño del SIG, proponer mejoras y dar seguimiento a las acciones correctivas.
8. **Informes y reportes:** Generar informes y reportes sobre el desempeño del SIG, incluyendo indicadores clave de rendimiento (KPIs).
9. **Gestión de no conformidades:** Gestionar las no conformidades identificadas en el SIG, asegurando la implementación de acciones correctivas.
10. **Comunicación:** Mantener informados a los interesados sobre el SIG y sus resultados.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

c) Servicio de Emergencia


Descripción: Realizar atenciones de calidad a pacientes críticos en casos de emergencia y urgencia médica de acuerdo a los instrumentos técnicos.

Funciones:

1. Brindar atención oportuna y de calidad a los derechohabientes que presenten cuadros clínicos de emergencia.
2. Registrar a los pacientes que soliciten atención de emergencia verificando los DUI para efectos de control.
3. Coordinar con el proceso de hospitalización cuando el paciente amerite ser ingresado en el hospital.
4. Brindar a los pacientes tratamiento ambulatorio cuando por su cuadro clínico no ameriten ser hospitalizados.
5. Hacer uso eficiente de los materiales, medicamentos y equipos de trabajo.
6. Contar con el resumen clínico del paciente al momento de su egreso, que contenga los datos básicos mínimos.
7. Brindar atención médica de acuerdo al grado de gravedad de los pacientes.
8. Hacer respetar y aplicar la normativa vigente en cuanto al establecimiento de derecho de los pacientes.
9. Desarrollar programas de capacitación permanente a todo el personal asistencial y administrativo del hospital.

d) Servicio de Consulta Externa

Descripción: Proveer un servicio de calidad para contribuir al cuidado del paciente.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 8 de 55

Funciones:


1. Atender, evaluar, diagnosticar y brindar el tratamiento médico y odontológico a pacientes de primera vez y subsecuentes proporcionando los tratamientos respectivos de acuerdo a las guías de manejo.
2. Indicar y analizar los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo.
3. Proporcionar los medicamentos, materiales e insumos contemplados en el cuadro básico del expediente del paciente.
4. Emitir de forma pertinente las incapacidades, recetas, referencias y órdenes de exámenes a cada paciente.
5. Atender, evaluar, diagnosticar y brindar el tratamiento médico y odontológico a pacientes de primera vez y subsecuentes proporcionando los tratamientos respectivos de acuerdo a las guías de manejo.
6. Indicar y analizar los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo.

f) Servicio de Medicina Interna

Descripción: Proporcionar la atención necesaria a fin de recuperar la salud de los pacientes hospitalizados mediante atención médica especializada con calidad y calidez.

Funciones:

1. Proporcionar a los pacientes ingresados y ambulatorios atención médica y de enfermería de calidad y con oportunidad.
2. Brindar asistencia médica integral, general y especializada a los pacientes en la etapa de internación.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


3. Controlar el registro de los pacientes.
4. Utilizar adecuadamente los materiales y equipos de trabajo.
5. Registrar la evolución de los padecimientos de los pacientes, así como sus tratamientos médicos.
6. Brindar a los pacientes los cuidados higiénicos que contribuyan a mejorar su estado de salud.
7. Administrar a los pacientes los medicamentos y tratamientos indicados.
8. Brindar información de su enfermedad y recomendaciones médicas.
9. Utilizar racionalmente los recursos de Laboratorio Clínico y Radiológico de acuerdo a las patologías de los pacientes.
10. Programar, evaluar y controlar el desarrollo de las actividades del área.
11. Supervisar el buen uso de los medicamentos contemplados en cuadro básico: así como emitir en forma racional las recetas, referencias y órdenes de exámenes.

g) Servicio de pediatría

Descripción: Proporcionar una atención integrada, eficaz y personalizada aumentando la capacidad de adaptación a las necesidades asistenciales, así como facilitar la coordinación con Atención Primaria y con otros centros del ISSS y optimizar los procesos, buscando una atención ágil y dinámica y un uso eficiente de los recursos.

Funciones:

1. Formular Planes y Programas de Trabajo para coordinar la distribución del personal de enfermería y demás personal bajo su cargo.
2. Monitorear el cumplimiento de los planes de trabajo y turnos establecidos.
3. Mantener el equipo e implementos necesarios para brindar un buen servicio al paciente.
4. Cooperar con las actividades de otros servicios del Hospital, principalmente con el Servicio Médico.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 10 de 55


5. Informar por escrito a la Jefatura inmediata sobre las necesidades que existen en relación con el personal, el material de trabajo o cualquier otro aspecto.
6. Supervisar que se mantenga dentro del Hospital: disciplina, orden, armonía, honestidad y una relación de respeto entre el personal.
7. Gestionar el suministro oportuno de insumos médico quirúrgico para proporcionar un buen servicio al paciente.
8. Velar porque los equipos e implementos necesarios para brindar un buen servicio al paciente, se mantengan en buenas condiciones.
9. Exponer a la Jefatura inmediata las necesidades que existen en relación con el personal o el material de trabajo.
10. Contar con el inventario actualizado de equipos e insumos a fin de controlar la ubicación y las existencias de los mismos.

h) Servicio de Ginecología y Obstetricia

Descripción: Brindar asistencia a las derechohabientes en ginecología programada y de emergencia, así como las medidas de formación y prevención de la salud.

Funciones:

1. Proporcionar a los pacientes ingresados atención médica y de enfermería de calidad y con oportunidad.
2. Brindar asistencia médica integral, general y especializada a los pacientes en la etapa de internación.
3. Controlar el registro de los pacientes.
4. Utilizar adecuadamente los materiales y equipos de trabajo.
5. Registrar la evolución de los padecimientos de los pacientes, así como sus tratamientos médicos.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


6. Brindar a los pacientes los cuidados higiénicos que contribuyan a mejorar su estado de salud.
7. Administrar a los pacientes los medicamentos y tratamientos indicados.
8. Brindar a los Pacientes información sobre su enfermedad y recomendaciones médicas.
9. Utilizar racionalmente los recursos de Laboratorio Clínico y Radiológico de acuerdo a las patologías de los Pacientes.
10. Programar, evaluar y controlar el desarrollo de las actividades del Área.
11. Supervisar el buen uso de los medicamentos contemplados en cuadro básico: así como emitir en forma racional las recetas, referencias y órdenes de exámenes.
12. Brindar los servicios de emergencia correspondientes al área en forma oportuna.

i) Servicio de cirugía

Descripción: Proporcionar servicio de cirugía ambulatoria centrado en la persona, con una atención de calidad a los derechohabientes que requieren intervenciones sin necesidad de días cama en las instalaciones del hospital.

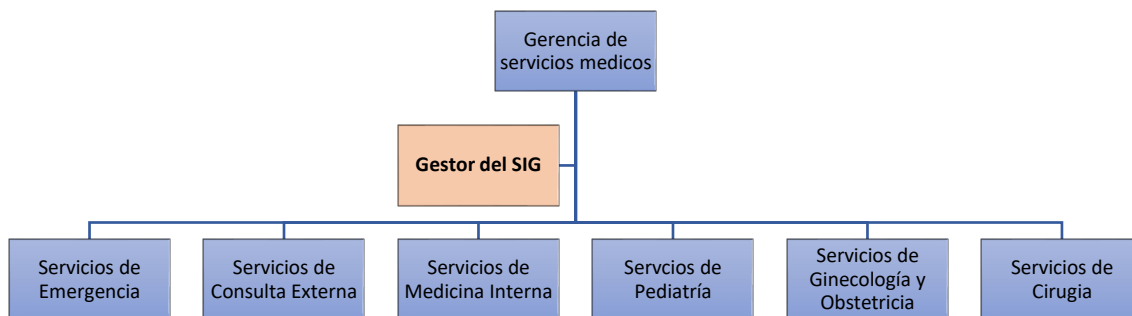
Funciones:

7. Velar por el estudio y tratamiento de pacientes complejos sin recurrir a hospitalizaciones prolongadas. Así como de pacientes con patologías quirúrgicas poco complejas.
8. Velar por el correcto llenado de los documentos clínicos de hospitalización y por el acatamiento de las normas, guías de manejo, procedimientos e instructivos oficiales elaborados.
9. Realizar las evaluaciones preoperatorias requeridas.
10. Preparar a los pacientes para su traslado a Sala de Operaciones.
11. Atender las consultas postoperatorias correspondientes.
12. Velar porque se realice la evaluación de cada egreso del servicio.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

La **Figura A**, muestra como está integrada la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.

Figura A.- Organigrama por la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.



Nota: *Elaboración propia*

4. Contexto de la organización


4.1. Comprensión de la Organización y su Contexto

La institución debe determinar las cuestiones internas y externas que son pertinentes, así como las cuestiones que pueden afectar positiva o negativamente a la seguridad y salud de los empleados es importante para lograr el cumplimiento de los objetivos de seguridad y salud en el trabajo y ambientales establecidos en el SIG.

La metodología utilizada para evaluar el contexto externo e interno de la Gerencia de Servicios médicos del HPZ es la Herramienta **SIG-HPZ-PR01-FOR01 Análisis FODA**

El procedimiento para realizar la evaluación del contexto de la organización en Gerencia de Servicios Médicos en el HPZ se describe en el siguiente documento: **SIG-HPZ-PR01: Análisis del contexto y partes interesadas pertinentes.**

Este procedimiento, junto con cualquier otra información documentada que se utilice para evaluar el contexto de la organización debe ser revisado y se integrará en la revisión por la dirección.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 13 de 55

Los resultados del análisis realizado en el contexto de la organización para el Sistema de Gestión Integrado en el HPZ se documentan en: **SIG-HPZ-PR01-FOR01: Análisis FODA**

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


La Gerencia de Servicios Médicos ha determinado las partes interesadas o grupos de interés pertinentes a la institución y se asegura de que las necesidades y expectativas de las diferentes partes interesadas o grupos de interés, junto a los requisitos legales y reglamentarios, se identifiquen y se cumplan.

La metodología utilizada para la identificación de las partes interesadas es a través del análisis de la Alta Dirección y el Gestor del SIG en el cual se identifican las partes interesadas pertinentes, así como también sus necesidades, expectativas y requisitos legales, dicha información se documenta en la **SIG-HPZ-PR01-FOR03 Matriz de análisis de partes interesadas. Requisitos y Necesidades.**

El análisis de esta u otra información documentada que se emplee para analizar las necesidades y expectativas de las partes interesadas de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, serán revisados e incluidos en la revisión por la dirección.

4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión ambiental.


El alcance del SIG establecido en la Gerencia de Servicios Médicos del Hospital Policlínico Zacamil es el siguiente:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 14 de 55

ALCANCE Y LIMITES DEL SIG	
Instalación / emplazamientos	La ubicación física del hospital es Calle y Colonia Zacamil, municipio de San Salvador Centro, distrito de Mejicanos departamento de San Salvador, El Salvador, se considerarán las instalaciones del Hospital Policlínico Zacamil.
Procesos de servicios	Se considera la Gerencia de Servicios Médicos
Límites del SGA	Se considerarán las subgerencias de servicios de emergencia, servicios de consulta externa, servicios de medicina interna, servicios de pediatría, servicios de ginecología y obstetricia y servicios de cirugía.

4.4. Sistema Integrado de gestión y sus procesos

El HPZ con base en la legislación de SST y Gestión Ambiental establecida y con la finalidad de apoyar la protección del trabajador y del ambiente, prevenir accidentes, enfermedades, la contaminación, disminuir los impactos ambientales que derivan de sus actividades diarias, ha establecido, documentado e implementado un Sistema Integrado de Gestión, el cual mantiene su mejora continua de acuerdo con los requerimientos de la Norma ISO 45001:2018 y ISO 14001:2015, para dicho fin se cuenta con un proceso estratégico denominado **Gestión integrada** que involucra la Seguridad y Salud en el Trabajo y la Gestión Ambiental, en el cual se ha designado un Gestor de SIG quien es el encargado de coordinar los principales procesos del Sistema del Integrado de Gestión.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

El SIG incluye la identificación riesgos y peligros en los lugares de trabajo, los aspectos e impactos ambientales, la comunicación interna y externa, el control operaciones, la aplicación de un programa de auditoria interna y la revisión periódica por la alta dirección.

El SIG realiza sus actividades con el enfoque de procesos, los cuales se representan de forma esquemática en la **Figura B, SIG-HPZ- MN02 Mapa de procesos**, así también la Gerencia de Servicios Médicos ha determinado la secuencia e interacción de sus procesos de la siguiente manera:

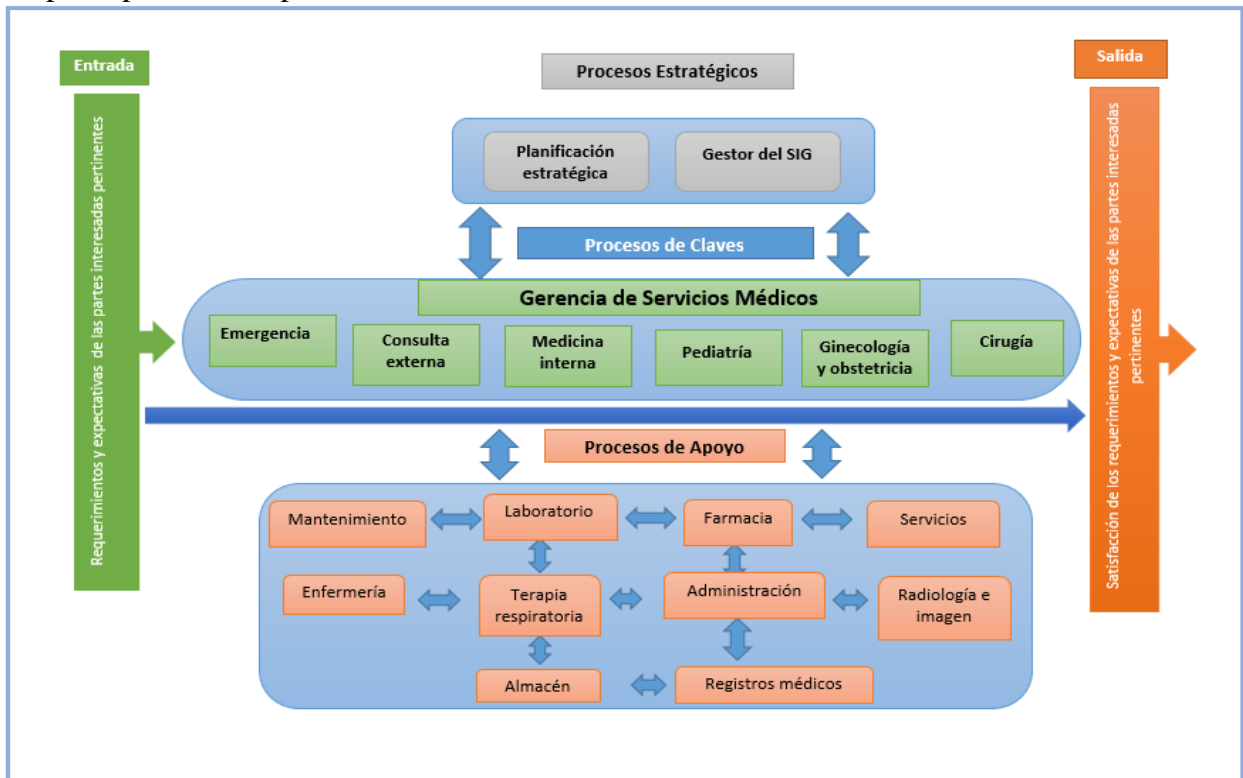
1. **Procesos estratégicos:** como su nombre lo dice, con ellos se toman decisiones estratégicas sobre el rumbo de la institución, e involucra procesos que guían par el establecimiento de políticas y definición de objetivos.
 - Gestión estratégica
 - Gestión SIG
2. **Procesos Claves:** Son los que tienen un impacto directo en satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas, es decir, estos procesos dan como resultado el cumplimiento de las funciones de la institución:
 - Servicios de emergencia
 - Servicios de consulta externa
 - Servicios de medicina interna
 - Servicios de pediatría
 - Servicios de ginecología y obstetricia
 - Servicios de cirugía
3. **Procesos de apoyo:** Son aquellos procesos fundamentales de la institución, su función es suministrar recursos necesarios en los procesos claves y estratégicos.
 - Administración
 - Departamento de mantenimiento
 - Farmacia

- Servicios generales
- Enfermería
- Laboratorio Clínico
- Radiología e imagen
- Terapia respiratoria
- Registros médicos
- Almacén


Se presenta a continuación el mapa de procesos de primer nivel de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.

Figura B

Mapa de procesos de primer nivel de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.



Nota: *Elaboración propia*

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


5. Liderazgo

5.1. Liderazgo y compromiso

La alta dirección del HPZ muestra su liderazgo y compromiso con el SIG (Sistema Integrado de Gestión), proporcionando los recursos necesarios para el desarrollo de los planes de acción requeridos para garantizar la eficacia del sistema integrado, una vez al mes como mínimo el Gerente de Servicios Médicos realiza reuniones de trabajo en coordinación con el Gestor del SIG para tratar aspectos importantes del sistema integrado, dichos acuerdos y decisiones son documentadas en las respectivas **Actas de reuniones**.

La alta dirección del HPZ ejerce un fuerte compromiso con el desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora continua del SIG desarrollando las siguientes funciones

- a) Asume la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del SGI, en la Revisión por la Dirección, realizada anualmente.
- b) Establece la Política Integrada y objetivos del SGI, alineados a la estrategia institucional, debiendo ser comunicados y entendidos por todo el personal.
- c) Asume la responsabilidad sobre la eficacia del SGI y la integración de los requisitos de los procesos.
- d) Promueve un enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos.
- e) Comunica la importancia de una gestión integrada eficaz, conforme con los requisitos del SGI.
- f) Proporciona los recursos necesarios para la operación de los procesos.
- g) Compromete, dirige y apoya al personal en los diferentes niveles según sea pertinente para contribuir en la eficacia del SGI.
- h) Supervisa la implementación y eficacia del SGI, promoviendo su mejora continua.
- i) Apoya otros roles para demostrar su liderazgo aplicado a sus áreas de responsabilidad y en la prevención de riesgos a la SST y daños al medio ambiente, según corresponda.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 18 de 55

- j) Protegiendo a los trabajadores de represalias al informar de incidentes, peligros, riesgos y oportunidades.
- k) Asegurando que en la Gerencia de Servicios Médicos se establezcan e implementen procesos para la consulta y la participación de los trabajadores.
- l) Apoyando el establecimiento de comités de seguridad y salud.


5.2. Política del Sistema integrado de Gestión

La política integrada del HPZ ha sido elaborada acorde al requisito 5.2 establecido en la norma ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015 y la alta dirección asume el compromiso de asegurar que sea conocida, implementada y mantenida por todo el personal que involucra la Gerencia de Servicios Médicos.

Todo esto con el objetivo de mejorar el entorno tanto interno como externo de la institución y servir de referencia para el establecimiento de los objetivos de seguridad y salud en el trabajo y ambientales de la organización.

La política integrada del HPZ se mantiene documentada en el Manual del SIG en el apartado **SIG-HPZ- MN01 Política del Sistema Integrado de Gestión**, es revisada y actualizada por la alta dirección una vez al año como mínimo, asumiendo un coprometiéndose por:

- Compromiso de cumplimiento de los requisitos aplicables, legales y otros requisitos que la organización suscriba.
- Compromiso de protección del medio ambiente.
- Compromiso de proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de lesiones y deterioro de la salud de los trabajadores.
- Compromiso para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- Compromiso para la consulta y participación de los trabajadores y sus representantes.
- Compromiso de mejora continua del sistema de gestión.
- Fomentar la efectiva participación y consulta de nuestros trabajadores en materia ambiental y de seguridad y salud en el trabajo.
- Mejorar continuamente el desempeño del sistema integrado de gestión de la empresa.


La política integrada de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ se muestra a continuación:

“El Hospital Policlínico Zacamil se compromete a prestar servicios de emergencia, consulta externa, medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia de alta calidad y de manera segura y responsable, minimizando los impactos ambientales y protegiendo la salud y seguridad de sus trabajadores, pacientes, visitantes y comunidad. Nos esforzamos por mejorar continuamente nuestro sistema de gestión integrado de seguridad y salud en el trabajo (ISO 45001:2018) y gestión ambiental (ISO 14001:2015), cumpliendo con los requisitos legales aplicables y promoviendo la prevención de riesgos, siendo el objetivo principal tener cero accidentes de seguridad y ambiente.

Fomentamos la consulta y la participación activa de todos los miembros de nuestra comunidad hospitalaria en la implementación de esta política, buscando un entorno de trabajo seguro y sostenible, con el compromiso de mejora continua del SIG”

El hospital se compromete a conducir sus actividades de acuerdo a lo siguiente:


- Enfoque claro para conseguir superar las expectativas de nuestros pacientes y entidades con las que colaboramos.
- Innovación y mejora continua de nuestros procesos y nuestros servicios.
- Medición, seguimiento y monitorización de indicadores clave para asegurar que el sistema se mantiene y mejora de forma continuada. Establecer y revisar periódicamente objetivos y metas de mejora.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 20 de 55

- Fomento de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos, tanto asistenciales como no asistenciales, adoptando procesos y criterios para su identificación, análisis, tratamiento y evaluación.
- Cumplir los requisitos legales en materia de SST y GA aplicables al SIG y otros que la organización suscriba de manera voluntaria y, en la medida de lo posible, adelantarse a las disposiciones legales de futura aparición.
- Prevenir la contaminación y minimizar los impactos ambientales producidos por la actividad del centro, en especial los debidos a la generación y gestión de residuos sanitarios.
- Implementar un sistema integrado para la gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, minimizando la generación de residuos y asegurando su correcta disposición.
- Controlar el uso y almacenamiento de productos químicos y sustancias peligrosas minimizando los riesgos para la salud de los trabajadores y el medio ambiente.
- Llevar a cabo sus actividades con el criterio de la minimización del consumo de recursos naturales (agua, combustible y energía), instalando equipos eficientes y la promoción de prácticas de ahorro.
- Impulsar la adquisición de productos y servicios energéticamente eficientes, así como el diseño para mejorar el desempeño energético.
- Compromiso de consulta y participación del personal del hospital y de los representantes de los trabajadores.

La política del SIG se comunica, aplica y es difundida en el HPZ a través de:

- Cartelera informativa dentro de la institución
- Protectores de pantalla de las computadoras del personal

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 21 de 55

- Capacitaciones de personal
- Sitio web www.iss.gov.sv

5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.

La estructura organizativa de la Gerencia de Servicios médicos se encuentra representada en la **Figura 1** y los roles responsabilidades y autoridad en la institución están definidos en el **SIG-HPZ-MN02 Manual de Procesos**.


La alta dirección y demás responsables de los procesos del SIG se comprometen a:

- a. Velar por el cumplimiento de los requisitos de las ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018 en el SGI.
- b. Procurar que los procesos entreguen los resultados previstos.
- c. Solicitar que los requisitos del SGI se apliquen y se cumplan en su área.
- d. Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del SGI y las oportunidades de mejora.
- e. Promover el cuidado del medio ambiente y una cultura de la SST en toda la planta
- f. Mantener la integridad del SIG ante la planificación e implementación de cambios.


5.4 Consulta y participación de los trabajadores

El HPZ establece, implementa y mantiene procesos para la consulta y la participación de los trabajadores a todos niveles y funciones aplicables y cuando existan, de los trabajadores en el desarrollo, la planificación, la implementación, la evaluación del desempeño y las acciones para la mejora del SIG.

El hospital se encarga de:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 22 de 55

- a) Proporciona los mecanismos, el tiempo, la formación y los recursos necesarios para la consulta y la participación.
- b) Proporciona el acceso oportuno a información clara, comprensible y pertinente sobre la SST.
- c) Determina y elimina los obstáculos o barreras a la participación y minimiza aquellas que no puedan eliminarse.
- d) Enfatiza la consulta de los trabajadores, sobre:
 1. La determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
 2. El establecimiento de la Política y Objetivos de SST y la planificación para lograr los Objetivos.
 3. La asignación de roles, responsabilidades y autoridades de la organización, según sea aplicable.
 4. La determinación de cómo cumplir los requisitos legales y otros requisitos.
 5. La determinación de los controles aplicables para la contratación externa, las compras y los subcontratistas
 6. La determinación de que necesita seguimiento, medición y evaluación
 7. La planificación, el establecimiento, la implementación y el mantenimiento de programas de auditorías.
 8. El aseguramiento de la mejora continua
- e) Enfatizar la participación de los trabajadores no directivos sobre lo siguiente:
 1. La determinación de los mecanismos para su consulta y participación.
 2. La determinación de los peligros y la evaluación de los riesgos y oportunidades.
 3. La determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos
 4. La determinación de los requisitos de competencias, las necesidades de formación, la formación y la evaluación de la formación.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5. La determinación de qué información se necesita comunicar y cómo hacerlo
6. La determinación de las medidas de control y su implementación y uso eficaces.
7. La investigación de los incidentes y no conformidades y la determinación de las acciones correctivas.

Para dar cumplimiento a este requisito el HPZ tiene establecido una metodología para la consulta y participación de los trabajadores y sus expectativas. La información al respecto puede encontrarse en el **procedimiento SIG-HPZ-PR02, Reconocimiento, participación y consulta.**

6. Planificación.

6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

6.1.1. Generalidades.


El HPZ, tiene establecido, implementa y mantiene los procesos necesarios para comprender su contexto, las necesidades y expectativas de las partes interesadas y el alcance del sistema de gestión. Determinando los riesgos de accidentes laborales y oportunidades relacionados con aspectos ambientales, requisitos legales y otros requisitos con el fin de asegurar que el SIG pueda lograr los resultados previstos, previniendo los efectos no deseados y lograr la mejora continua.

Por otra parte, el hospital tiene información documentada de los riesgos y peligros ambientales y de SST, oportunidades y procesos necesarios para garantizar que se llevan a cabo según lo planificado

La metodología para la identificación, análisis, valoración de riesgos ambientales, los planes de acción se encuentran establecidos en la **SIG-HPZ-MN01-FOR02 Matriz de riesgos y oportunidades del SIG.**

6.1.2. Identificación de peligros y aspectos ambientales.

6.1.2.1 Identificación de peligros, evaluación de riesgos, oportunidades y aspectos ambientales

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


El HPZ establece su alcance en cumplimiento de los requisitos de las partes interesadas; uno de estos requisitos es la determinación de procesos de identificación continua y proactiva de los peligros y sus aspectos ambientales que surjan de sus actividades que controlan y de aquellos que pueden influir así como los aspectos ambientales asociados, la metodología utilizada para identificar y evaluar los peligros y aspectos significativos se encuentra especificada en el **SIG-HPZ-PR04 Procedimiento para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y SIG-HPZ-PR05 Identificación de Aspectos Ambientales Significativos.**

Esos peligros y aspectos ambientales son identificados y registrados en la **SIG-HPZ-PR04-FOR03 Matriz de Identificación de Peligros, Valoración del Riesgos y Determinación de Controles y SIG-HPZ-PR05-FOR01, Matriz de Identificación de Aspectos y Valoración de Impactos Ambientales,** donde son agrupados y valorados cuantitativamente y donde se determinan los criterios donde aquellos peligros y aspectos que tienen o pueden tener un impacto significativo en el empleado y sobre el medio ambiente son categorizados como aspectos ambientales significativos.

6.1.3. Requisitos legales y otros requisitos.

Para cumplir con los requisitos legales vigentes en materia ambiental, El HPZ, después de haber identificado los peligros y sus aspectos ambientales significativos, identificó los instrumentos normativos a cumplir. Dichos requisitos se encuentran documentados en la **SIG-HPZ-PR06-FOR01, Matriz de requisitos legales y otros requisitos en la Gestión Ambiental y de la SST.** En la tabla se identifica la normativa ambiental vigente que aplica al HPZ, de acuerdo a los peligros y aspectos ambientales identificados.

Será el Gestor de SIG, quién identifique y recopile los documentos que avalen el cumplimiento de los requisitos legales específicos a las actividades y procesos, para lo cual se ha elaborado un **SG-HPZ-PR06, Procedimiento de identificación de requisitos legales y otros requisitos en la Gestión Ambiental y de la SST.**

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 25 de 55

6.1.4. Planificación de acciones.

Para la planificación de acciones al abordar los aspectos ambientales significativos y de los aspectos de seguridad y salud en el trabajo, requisitos legales y otros requisitos, riesgos y oportunidades identificados, primeramente, el HPZ ha identificado lo siguiente:

- a. Actividades que causan impactos negativos al ambiente.
- b. Abordar los riesgos y oportunidades
- c. Aspectos e impactos ambientales y su valoración con significancia negativa alta.
- d. Los riesgos significativos y prepararse para responder ante situaciones de emergencia
- e. Abordar los requisitos legales y otros requisitos aplicables.

Con base en los resultados, el responsable del SIG así como el responsable o jefes de cada proceso, deberán plantear un proceso de mejora continua de manera que se garantice la correcta aplicación del SIG.

El plan de acciones se muestra en el **Anexo D SIG-HPZ-MN01-FOR01 Plan de acciones.**


6.2. Objetivos del SIG y planificación para lograrlos.

6.2.1. Objetivos ambientales y de la SST.

Alineados con la política integrada, el análisis del contexto y los aspectos ambientales, El HPZ, ha establecido diez objetivos ambientales que se enuncian a continuación y que serán revisados, como mínimo una vez al año por la alta dirección en coordinación del Gestor ambiental:

El plan de acción para lograr los objetivos del SIG (**Ver Anexo A numeral 10.3**) detalla la manera de alcanzar cada objetivo listado a continuación.

- Objetivo 1: Cumplir los requisitos normativos y reglamentarios y cualquier otro suscrito por la institución aplicables en materia, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental
- Objetivo 2: Diseñar y ejecutar el programa de actividades de seguridad y salud en el trabajo.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- Objetivo 3: Optimizar el desempeño del personal dentro de la institución, mejorando los procesos.
- Objetivo 4: Dar a conocer la política integrada a los empleados y demás partes interesadas

6.2.2. Planificación de acciones para lograr los objetivos del SIG.

Una vez que se han establecido los objetivos del SIG, el hospital ha establecido metas de SST y ambientales para dar operatividad a cada uno de los objetivos, así como también los planes de acción para garantizar el cumplimiento de los mismos, en el cual se establecen las actividades a realizar, los responsables, recursos necesarios y el plazo de ejecución, dicha planificación se encuentra en el **Anexos A numeral 10.3**. Se promueve la participación de los trabajadores en realizar un oportuno seguimiento para alcanzar los objetivos de SIG. La revisión de su cumplimiento será mínima cada año por parte de la Alta Dirección y el Gestor del SIG.


7. Apoyo

7.1. Recursos

A través de las reuniones de acuerdos y seguimiento del SIG se identifican las necesidades de los recursos para implementarlo, mantenerlo y mejorarlo, así como para aumentar la satisfacción de las partes interesadas. El plan operativo anual (POA) contempla la asignación de dichos recursos para la realización de las actividades operativas.

En el HPZ se han clasificado los recursos en tres categorías:

- Recursos humanos.** La alta dirección del hospital designa entre su personal a quien deba hacerse responsable de actividades específicas dentro del SIG, estableciendo acciones de capacitación en los aspectos que sean requeridos.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- b. **Infraestructura.** Incluye los bienes inmuebles, mobiliario, equipo de oficina y servicios de apoyo (transporte, comunicación o sistemas de información) que sirve como herramienta para la operación del SIG.
- c. **Recursos financieros.** La Alta dirección de del hospital destina recursos económicos para sostener el SIG, lo cual es analizado y establecido anualmente por el Comité de Seguridad y Salud en Ocupacional y por el comité de Gestión Ambiental.

7.2 Competencia

El HPZ ha determinado la competencia necesaria de las personas que realizan actividades que puedan afectar al medio ambiente o el desempeño de la SST que puedan tener implicaciones desde el punto de vista de la seguridad y salud y su capacidad para cumplir los requisitos legales y otros requisitos a través del procedimiento **SIG-HPZ-PR09 Gestión del talento humano.**


Se asegura de que estas personas son competentes, basándose en la educación, formación o experiencia descritas en dichos descriptivos de puesto y se evidencian a través de la documentación que se presenta en los **Expedientes del personal.**

Se cuenta con un **SIG-HPZ-PR09-FOR01 Plan para la capacitación del personal** que se realiza en base a las necesidades de formación detectadas en el SIG. El registro de la asistencia del personal capacitado se realiza a través de **SIG-HPZ-PR09-FOR02 Registro de Asistencia a actividades Talento Humano.**

7.3. Toma de conciencia

El HPZ se asegura de que las personas que trabajan dentro de la gerencia de servicios médicos tomen conciencia de:

- a) la política integrada, a través de su promoción en carteles y publicaciones.
- b) los peligros y riesgos para la SST y aspectos ambientales significativos e impactos ambientales reales o potenciales asociados a los trabajos que realizan día a día.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 28 de 55

- c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión ambiental, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño ambiental
- d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del SIG, así como los requisitos legales y otros requisitos a través de charlas, correo electrónico, cartelera informativa, inducción inicial o boletines informativos difundidos por diversos medios disponibles en la institución.

7.4. Comunicación

7.4.1 Generalidades

El HPZ determina las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de SIG a través del **SIG-HPZ-PR10 Procedimiento de comunicaciones internas y externas.**


7.4.2. Comunicación interna

La difusión y comunicación a las partes internas del SIG y los documentos que lo conforman, se realizará a través de la plataforma interna o intranet de la institución, por medio de la página web del ISSS, periódico mural, perifoneo, cuando la Alta Dirección o el Gestor Ambiental lo consideren conveniente.

7.4.3. Comunicación Externa

La información relevante del SIG podrá consultarse de manera pública a través del sitio web de la institución <https://www.iss.gov.sv/>, correo electrónico y llamadas telefónicas en el apartado identificado con el nombre de SIG.

Las actividades de comunicación interna y externa se llevarán por medio de **SIG-HPZ-PR10-FOR01 Matriz de actividades de comunicación interna.**

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

7.5. Información documentada.

El SIG está conformado por una serie de documentos requerido por las ISO 45001:2018 e ISO 14001:2015. Cabe indicar que la información documentada incluye los términos documentación, documentos y registros que deben mantenerse y conservarse. Dentro de esta información documentada se encuentran el manual de gestión, procedimientos documentados para desarrollar las actividades del SIG, procesos e instructivos.

En el procedimiento **SIG-HPZ-PR11 Procedimiento para el control de la documentación y los registros** se describen las acciones para administrar, estandarizar y publicar los documentos que soportan el SIG.


Los documentos que forman parte del SIG se controlan para asegurar que estén disponibles cuando se requieran y para protegerlos contra pérdida de confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad. La información estará disponible en la página web para su uso y acceso de las partes interesadas.

8. Operación

8.1. Planificación y control operacional

El HPZ ha establecido la aplicación de controles operacionales para sus actividades con la finalidad de cumplir con la política ambiental, objetivos y metas, además de la adecuada gestión de sus aspectos ambientales identificados, la identificación de peligros, valoración del riesgo y determinación de controles, la determinación los requisitos legales y otros requisitos y las acciones necesarias para abordar riesgos y oportunidades.

Estos controles operacionales deberán siempre ser sistematizados para que sean efectivos en su aplicación. Para ello se han elaborado procedimientos y registros, donde se definen los criterios de operación para asegurar la correcta ejecución del SIG. El responsable del SIG determina la forma de ejecución de las actividades, redacta los procedimientos, difunde interna y externamente; se

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

encarga de la revisión periódica, la actualización de actividades y procedimientos. Todo ello con la finalidad de mejorar el SIG.


Algunos de los procedimientos e instructivos de control operacional establecidos en el HPZ son los siguientes:

- **SIG-HPZ-IR05** Uso eficiente de energía
- **SIG-HPZ-PR04** Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos
- **SIG-HPZ-IR06** Reporte de investigación de enfermedad laboral e incidentes de trabajo
- **SIG-HPZ-PR05** Identificación y evaluación de aspectos ambientales
- **SIG-HPZ-PR19** Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de pediatría.
- **SIG-HPZ-PR20** Procedimiento para la atención subsecuente del paciente de primera vez en la consulta externa de pediatría.
- **SIG-HPZ-PR21** Procedimiento de emergencia
- **SIG-HPZ-PR22** Procedimiento de medicina interna
- **SIG-HPZ-PR23** Procedimiento de pediatría
- **SIG-HPZ-PR24** Procedimiento de Ginecología y obstetricia
- **SIG-HPZ-PR25** Procedimiento de cirugía

8.1.2 Eliminar peligros y reducir riesgos para la SST

En el HPZ se han identificado las actividades vinculadas con los peligros y riesgos, que requieren medidas de control operacional, la descripción la metodología utilizada para esta actividad está contenida en el procedimiento **SIG-HPZ-PR04 Identificación, análisis y valoración de riesgos ambientales y de SST** de donde se obtiene la **SIG-HPZ-PR04-FOR03 Matriz de identificación de peligros, valoración del riesgo y Determinación de Controles**.

La institución ha establecido, implementado y mantenido procesos para la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos para la SST haciendo uso de la siguiente jerarquía de los controles:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 31 de 55


- a) Eliminar el peligro;
- b) Sustituir con procesos, operaciones, materiales o equipos menos peligrosos;
- c) Utilizar controles de ingeniería y reorganización del trabajo;
- d) Utilizar controles administrativos, incluyendo la formación;
- e) Utilizar equipos de protección personal adecuados.

8.1.3 Gestión del cambio

El HPZ, ha elaborado un proceso para la implementación y control de los cambios planificados temporales y permanentes que impactan en el desempeño de la SST, lo cual incluye:

- a) Los nuevos productos, servicios y procesos o los servicios de productos, servicios y procesos existentes, incluyendo:
 - Las ubicaciones de los lugares de trabajo
 - La organización de trabajo
 - Las condiciones de trabajo
 - Los equipos
 - La fuerza de trabajo
- b) Cambios en los requisitos legales y otros requisitos
- c) Cambios en el conocimiento o la información sobre los peligros y riesgos para la SST;
- d) Desarrollos en conocimientos y tecnología.

La institución revisa las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario y se detalla en el instructivo **SIG-HPZ-IR07 Gestión del cambio**.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

8.1.4 Compras

8.1.4.1 Generalidades

El HPZ, establece, implementa, y mantiene procesos para controlar la compra de productos y servicios de forma que se asegure su conformidad con su sistema de gestión de la SST. Tomando en cuenta el procedimiento **SIG-HPZ-PR12 Gestión de proveedores, contratistas y contratación externa.**

8.1.4.2 Contratistas y contratación externa

En el procedimiento **SIG-HPZ-PR12 Gestión de proveedores, contratistas y contratación externa** se definen los requisitos de contratación aplicables a los procesos de contratación que el HPZ, realice con terceros, los cuales pueden ser personas naturales o jurídicas.


El establecimiento de requisitos legales y otros requisitos es necesario para evitar sanciones y reducir los riesgos que puedan generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales de contratistas y sus trabajadores.

8.2. Preparación y respuesta ante emergencia.

Cuando se determinan los riesgos y aspectos ambientales, se toman en cuenta todos aquellos que afecte a la empresa, o los que han sido planificados, así también se toman en cuenta las situaciones de emergencia razonablemente previstas, el protocolo de actuación ante dichas situaciones se encuentra establecido en el **SIG-HPZ-PR13 Procedimiento de preparación y respuesta a emergencias.**

Este procedimiento guía la validación y puesta a prueba de las medidas a implementar cuando una emergencia ocurre y así evitar impactos negativos.

Este procedimiento está enfocado en proteger la integridad de las personas y los activos materiales de la empresa, así como a disminuir y controlar los impactos ambientales potenciales derivados de las situaciones de la empresa.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Adicionalmente, el procedimiento incluye actividades de seguimiento de las emergencias y las acciones de mejora. A través de esta herramienta, se identifican riesgos, se implementan acciones correctivas derivadas de los simulacros, y se garantiza una respuesta eficiente y coordinada ante cualquier emergencia

9. Evaluación del desempeño.

9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.

9.1.1. Generalidades.


EL HPZ establece que el seguimiento, medición, análisis y evaluación de la seguridad y salud en el trabajo y su desempeño ambiental, se realizará a través de:

- a) dar seguimiento y medición a: objetivos ambientales y de SST, aspectos ambientales significativos, requisitos legales y otros requisitos, riesgos y oportunidades.
- b) El seguimiento y la medición a través de las **actas de reunión de revisión por la dirección**, se analizan y evalúan los resultados del seguimiento y la medición, así como la eficacia de las acciones y controles que se han establecido.
- c) Los criterios contra los que se evaluará el desempeño ambiental, y la seguridad y salud en el trabajo, así como sus indicadores, serán los que establece la Norma Internacional ISO 14001:2015 y la ISO 45001:2018.

Con el objetivo de establecer los lineamientos para realizar un efectivo seguimiento, medición y análisis del SIG se ha establecido el **SIG-HPZ-PR14 Procedimiento de evaluación al cumplimiento**

9.1.2. Evaluación del Cumplimiento.

El HPZ ha determinado en el **SIG-HPZ-PR14 Procedimiento de evaluación al cumplimiento**, el seguimiento, medición, análisis y evaluación del cumplimiento de sus requisitos legales y otros, donde se determina:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 34 de 55

- a) La frecuencia con la que se evaluará el cumplimiento;
- b) Mecanismos de evaluación del cumplimiento y descripción de las acciones cuando fueran necesarias;
- c) Mecanismo para mantener el conocimiento y comprensión de su estado de cumplimiento.

9.2. Auditorías Internas

9.2.1. Generalidades

El HPZ lleva a cabo auditorías internas según lo establecido en el Procedimiento **SIG-HPZ-PR15 Gestión de auditorías internas**, para proporcionar información acerca del cumplimiento de los requisitos del SIG.

Es conforme con:


- 1) Los requisitos propios del HPZ y su SIG;
 - 2) Los requisitos de esta las Norma Internacionales ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018
- a) Se implementa y mantiene eficazmente.

9.2.2. Programa de auditoría interna.

El HPZ planifica, establece, implementa y mantiene un **SIG-HPZ-PR15-FOR01 programa anual de auditorías**, en el cual incluye la frecuencia, los métodos, las responsabilidades y los requisitos de planificación; durante su ejecución se utiliza una **SIG-HPZ-PR15-FOR03 Lista de verificación**, que tiene en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la institución y los resultados de las auditorías previas.

Se establece previo a la realización de una auditoria el **SIG-HPZ-PR15-FOR02 Plan de Auditoria Interna** el cual incluye:

- a) Los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


- b) Selección de los auditores para llevar a cabo auditorías que aseguren la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;
- a) Los resultados de las auditorías a través del SIG-HPZ-PR15-FOR04 **informe de auditoría.**

9.3. Revisión por la dirección.

La alta dirección del HPZ, revisa el SIG con una periodicidad anual, dicha revisión se documenta a través del **SIG-HPZ-PR26-FOR01 Acta de reunión de revisión por la dirección**, donde se asegura la conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la dirección estratégica de la alta dirección.

En dicha acta de revisión por la dirección se documenta la siguiente información:

- a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;
- b) Los cambios
 - 1. en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes SIG.
 - 2. Necesidades y expectativas de las partes interesadas, incluidos los requisitos legales y otros requisitos;
 - 3. Aspectos ambientales significativos:
 - 4. Riesgos y Oportunidades;
- c) El grado en el que se han logrado la política de la SST, los objetivos ambientales y de SST.
- d) La información sobre el desempeño de la SST y la eficacia del SIG incluidas las tendencias relativas a:
 - Incidentes, no conformidades y acciones correctivas y mejora continua
 - Los resultados de seguimiento y medición;
 - Cumplimiento de requisitos legales y otros requisitos;
 - Los resultados de las auditorías;
- e) La adecuación de los recursos;
- f) Las comunicaciones pertinentes de las interesadas, incluidas las quejas;

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 36 de 55

g) Las oportunidades de mejora.

Las salidas de la revisión por la dirección incluyen las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) Conclusiones sobre la conveniencia, adecuación y eficacia continua del SIG
- b) Decisiones relacionadas con las oportunidades de mejora continua;
- c) Decisiones relacionadas con cualquier necesidad de cambio en el SIG, incluidos los recursos:
- d) Acciones necesarias cuando no se hayan logrado los objetivos ambientales y SST
- e) Oportunidades de mejorar la integración del SIG a otros procesos de negocio, si fuera necesario.
- f) Cualquier implicación para la dirección estratégica de la organización.

10. Mejora.


10.1. Generalidades.

El éxito del SIG del HPZ depende del compromiso de la alta dirección y todos los integrantes de la empresa, la mejora se alcanzará mediante la continua evaluación del desempeño de la seguridad y salud en el trabajo y la gestión ambiental, la evaluación del cumplimiento, las auditorías internas y la revisión por la dirección en cuanto se toman acciones de mejora, comparándolos con los objetivos y metas establecidos; con el propósito de identificar oportunidades de ajustes y determinar la causa de las deficiencias.

10.2. Incidentes, no conformidad y acción correctiva

Cuando ocurra una no conformidad, originada por cualquier mecanismo incluida las quejas se realizarán las acciones establecidas en el **SIG-HPZ-PR17 Procedimiento de Acciones Correctivas** el cual incluye:

- a) Cómo reaccionar entre la no conformidad y, cuando se aplicable:
 - Tomar acciones para controlar y corregir el incidente o la no conformidad.


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- Hacer frente a las consecuencias, incluidas la mitigación de los impactos ambientales adversos;
- b) Evaluar junto con los trabajadores la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:
- La revisión del incidente y el análisis de la no conformidad;
 - La determinación de las causas del incidente o la no conformidad;
 - La determinación de si existen incidentes similares, si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir;
- c) Revisar las evaluaciones existentes de los riesgos de la SST y otros riesgos según sea apropiado.
- d) Implementar cualquier acción necesaria;
- e) Evaluar los riesgos de la SST que se relacionan con los peligros nuevos o modificados antes de tomar acciones
- f) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;
- g) Si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión ambiental.

Las no conformidades y acciones tomadas serán registradas en el **SIG-HPZ-PR17-FOR01 No conformidades acciones correctivas.**

10.3. Mejora continua

Para que el SIG sea eficaz y al mismo tiempo, se garantice la mejora continua del mismo, es importante tener en cuenta la retroalimentación de las partes interesadas. Para contribuir a la mejora continua se procederá de acuerdo a lo establecido en el **SIG-HPZ-PR18 Mejora de los procesos.**


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

11. ANEXOS

ANEXO A - DECLARACIÓN DOCUMENTADA DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS SU METODOLOGIA PARA CONCIENTIZAR. SIG-HPZ-MN01-FOR01

El proceso de elaboración o actualización de la política integrada se realizará al menos una vez al año y los responsables de hacerlos será la alta dirección y el gestor del SIG, quienes seguirán los lineamientos dados a continuación:

- a) El Gestor de SIG, coordinar la logística para el desarrollo de un taller para el establecimiento o actualización de la Política Integrada del SIG.
- b) La dirección conducirá el taller para el establecimiento o actualización de la Política
- c) Gestor de SIG, considera los requisitos establecidos en las normas NTS ISO 14001:2015 y NTS ISO 45001:2018, para la formulación de dicha declaración.
- d) Gestor del SIG, sigue los requisitos para la formulación de la política:
 - Sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica;
 - Proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos del SIG;
 - Que incluya el compromiso por el cumplimiento de los requisitos aplicables, los legales y otros requisitos que la institución suscriba.
 - Compromiso de protección al medio ambiente
 - Compromiso para proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de lesiones y deterioro de la salud de los trabajadores.
 - Compromiso para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo
 - Compromiso para la consulta y participación de los trabajadores y sus representantes.
 - Compromiso de mejora continua del sistema.
- e) La dirección redactará la declaración integrada de la política y debe asegurarse que la propuesta cumpla con todos los requisitos de las diferentes normas de referencia previa aprobación.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 39 de 55

a. Política del Sistema Integrado de Gestión


A continuación, la política integrada para el HPZ:

“El Hospital Policlínico Zacamil se compromete a prestar servicios de emergencia, consulta externa, medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia de alta calidad y de manera segura y responsable, minimizando los impactos ambientales y protegiendo la salud y seguridad de sus trabajadores, pacientes, visitantes y comunidad. Nos esforzamos por mejorar continuamente nuestro sistema de gestión integrado de seguridad y salud en el trabajo (ISO 45001:2018) y gestión ambiental (ISO 14001:2015), cumpliendo con los requisitos legales aplicables y promoviendo la prevención de riesgos, siendo el objetivo principal tener cero accidentes de seguridad y ambiente.

Fomentamos la consulta y la participación activa de todos los miembros de nuestra comunidad hospitalaria en la implementación de esta política, buscando un entorno de trabajo seguro y sostenible, con el compromiso de mejora continua del SIG"

El hospital se compromete a conducir sus actividades de acuerdo a lo siguiente:


- Enfoque claro para conseguir superar las expectativas de nuestros pacientes y entidades con las que colaboramos.
- Innovación y mejora continua de nuestros procesos y nuestros servicios.
- Medición, seguimiento y monitorización de indicadores clave para asegurar que el sistema se mantiene y mejora de forma continuada. Establecer y revisar periódicamente objetivos y metas de mejora.
- Fomento de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos, tanto asistenciales como no asistenciales, adoptando procesos y criterios para su identificación, análisis, tratamiento y evaluación.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 40 de 55

- Cumplir los requisitos legales en materia de SST y GA aplicables al SIG y otros que la organización suscriba de manera voluntaria y, en la medida de lo posible, adelantarse a las disposiciones legales de futura aparición.
- Prevenir la contaminación y minimizar los impactos ambientales producidos por la actividad del centro, en especial los debidos a la generación y gestión de residuos sanitarios.
- Implementar un sistema integrado para la gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, minimizando la generación de residuos y asegurando su correcta disposición.
- Controlar el uso y almacenamiento de productos químicos y sustancias peligrosas minimizando los riesgos para la salud de los trabajadores y el medio ambiente.
- Llevar a cabo sus actividades con el criterio de la minimización del consumo de recursos naturales (agua, combustible y energía), instalando equipos eficientes y la promoción de prácticas de ahorro.
- Impulsar la adquisición de productos y servicios energéticamente eficientes, así como el diseño para mejorar el desempeño energético.
- Compromiso de consulta y participación del personal del hospital y de los representantes de los trabajadores.

La política del SIG se comunica, aplica y es difundida en el HPZ a través de:


- Cartelera informativa dentro de la institución
- Protectores de pantalla de las computadoras del personal
- Capacitaciones de personal
- Sitio web www.iss.gov.sv

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 41 de 55


Para el establecimiento de la política se relacionó la cláusula 5,2 de las normas NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015.

Tabla A –*Relación de cláusulas referentes a Política de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.*

NTS ISO 45001:2018	NTS ISO 14001:2015	Política del SIG
5.2 Política de la SST	5.2 Política ambiental	
La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la SST que:	La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política ambiental que, dentro del alcance definido de su sistema de gestión ambiental:	-
a) incluya un compromiso para proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables para la prevención de lesiones y deterioro de la salud relacionados con el trabajo y que sea apropiada al propósito, tamaño y contexto de la organización y a la naturaleza específica de sus riesgos para la SST y sus oportunidades para la SST	a) sea apropiada al propósito y contexto de la organización, incluida la naturaleza, magnitud e impactos ambientales de sus actividades, productos y servicios	La Gerencia de Servicios Médicos del HPZ que comprende los servicios de emergencia, consulta externa, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, tiene como propósito garantizar la prestación de atención médica de calidad y oportuna a los pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, mediante la gestión eficiente de los recursos humanos, materiales y técnicos utilizando procesos seguros que cuiden la integridad de los trabajadores y del medio ambiente.
b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la SST.	b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos ambientales.	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

c) incluye un compromiso para cumplir los requisitos legales y otros requisitos;	c) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos legales y otros requisitos.	Cumplir los requisitos legales en materia de SST y GA aplicables al SIG y otros que la organización suscriba de manera voluntaria y, en la medida de lo posible, adelantarse a las disposiciones legales de futura aparición.
d) incluye un compromiso para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST.	d) incluye un compromiso para la protección del medio ambiente, incluida la prevención de la contaminación, y otros compromisos específicos pertinentes al contexto de la organización.	Protección de la salud e integridad de nuestras personas, previniendo riesgos laborales, que permitan su desarrollo profesional, Fomento de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos, tanto asistenciales como no asistenciales, adoptando procesos y criterios para su identificación, análisis, tratamiento y evaluación, Protección del medioambiente y prevención, control y minimización del impacto ambiental. Prevenir la contaminación y minimizar los impactos ambientales producidos por la actividad del hospital, en especial los debidos a la generación y gestión de residuos sanitarios. <ul style="list-style-type: none"> - Implementar un sistema integrado para la gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, minimizando la generación de residuos y asegurando su correcta disposición. Controlar el uso y almacenamiento de productos químicos, minimizando los riesgos para la salud de los trabajadores y el medio ambiente, Controlar periódicamente los aspectos ambientales de las instalaciones, adoptando acciones correctivas cuando fuese necesario, tanto en su situación normal de funcionamiento como en las situaciones de emergencia. - Implementar medidas para garantizar la seguridad vial del personal y visitantes, como la señalización adecuada y el control del tráfico

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


e) incluya un compromiso para la mejora continua del sistema de gestión de la SST.	e) incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión ambiental para la mejora del desempeño ambiental.	Innovación y mejora continua de nuestros procesos y nuestros servicios, medición, seguimiento y monitorización de indicadores clave para asegurar que el sistema se mantiene y mejora de forma continuada, establecer y revisar periódicamente objetivos y metas de mejora, promover la notificación de incidentes y sugerencias de mejora, Impulsar la adquisición de productos y servicios energéticamente eficientes, así como el diseño para mejorar el desempeño energético.
f) incluya un compromiso para la consulta y la participación de los trabajadores, y cuando existan, de los representantes de los trabajadores.		Compromiso de consulta y participación del personal del hospital y de los representantes de los trabajadores, integrar la capacitación en seguridad y salud en el trabajo con la capacitación en gestión ambiental, para que el personal comprenda la interrelación entre ambos aspectos.
La política de la SST debe: - estar disponible como información documentada; - comunicarse dentro de la organización; - estar disponible para las partes interesadas, según sea apropiado; - ser pertinente y apropiada.	La política ambiental debe: - mantenerse como información documentada; - comunicarse dentro de la organización; - estar disponible para las partes interesadas	Comunicar a los empleados la política integrada, así como a las partes interesadas, mantenerla como información documentada y disponible para ser consultada.

Nota: Elaboración propia

b. Objetivos del Sistema Integrado de Gestión y Planificación para lograrla

La Gerencia de Servicios Médicos ha establecido objetivos del SIG para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios.


Estos se comunican al departamento, se les dará seguimiento a través de la Matriz de planificación de los procesos de la cadena de valor y serán actualizados anualmente.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 44 de 55

La Política del SIG anteriormente citada proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos del SIG:


Tabla B - Relación de la Política y objetivos del SIG

Directriz Política del SIG	Objetivo del SIG	Indicador
Cumplir los requisitos legales en materia de SST y GA aplicables al SIG y otros que la organización suscriba de manera voluntaria y, en la medida de lo posible, adelantarse a las disposiciones legales de futura aparición.	Cumplir los requisitos normativos y reglamentarios y cualquier otro suscrito por la institución aplicables en materia de ambiente y seguridad y salud en el trabajo.	Cumplimiento de requisitos legales
Protección de la salud e integridad de nuestros, empleados previniendo riesgos laborales, que permitan su desarrollo profesional, fomento de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos, tanto asistenciales como no asistenciales, adoptando procesos y criterios para su identificación, análisis, tratamiento y evaluación, protección del medioambiente y prevención, control y minimización del impacto ambiental, prevenir la contaminación y minimizar los impactos ambientales producidos por la actividad del hospital, en especial los debidos a la generación y gestión de residuos sanitarios, implementar un sistema integrado para la gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, minimizando la generación de residuos y asegurando su correcta disposición, controlar el uso y almacenamiento de productos químicos, minimizando los riesgos para la salud de los trabajadores y el medio ambiente, controlar periódicamente los aspectos ambientales de las instalaciones, adoptando acciones correctivas cuando fuese necesario, tanto en su situación normal de funcionamiento como en las situaciones de emergencia, implementar medidas para garantizar la seguridad vial del personal y visitantes, como la señalización adecuada y el control del tráfico.	Diseñar y ejecutar el programa de actividades ambientales y de seguridad y salud en el trabajo.	Accidentes de trabajo, impactos ambientales

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión			Página 45 de 55
	Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	

Innovación y mejora continua de nuestros procesos y nuestros servicios, medición, seguimiento y monitorización de indicadores clave para asegurar que el sistema se mantiene y mejora de forma continuada, establecer y revisar periódicamente objetivos y metas de mejora, promover la notificación de incidentes y sugerencias de mejora, Impulsar la adquisición de productos y servicios energéticamente eficientes, así como el diseño para mejorar el desempeño energético.	Optimizar el desempeño del personal dentro de la institución, mejorando los procesos, en materia de SST y GA.	Reducción de tiempo en los procesos, reducción de accidentes laborales, reducción de impactos ambientales
Compromiso de consulta y participación del personal del hospital y de los representantes de los trabajadores, integrar la capacitación en seguridad y salud en el trabajo con la capacitación en gestión ambiental, para que el personal comprenda la interrelación entre ambos aspectos.	Fomentar un mayor compromiso, un sentido de pertenencia y responsabilidad hacia la política integrada y en general a una mejor implementación del SIG en el hospital.	Porcentaje de empleados participantes, número de empleados que participan en las capacitaciones, numero de sugerencias y propuestas
-Comunicar a los empleados la política integrada, así como a las partes interesadas, mantenerla como información documentada y disponible para ser consultada.	Dar a conocer la política integrada a los empleados y demás partes interesadas.	Número de canales de comunicación utilizados para divulgar la política integrada. Frecuencia en que se divulga la política integrada.

Nota: Elaboración propia


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión			
	Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 46 de 55

10.3 Plan de acción para alcanzar los objetivos del SIG

Para lograr los objetivos del SIG, la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, ha determinado la matriz de planificación para cada objetivo del SIG, tal como se muestra a continuación:


Planificación del objetivo # 1						
Proceso:	Gerencia de Servicios Médicos		Responsable:	Director		
Objetivo general del SIG	Nombre y formula del indicador		Metas	Frecuencia de medición	Responsable de seguimiento.	
Cumplir los requisitos normativos y reglamentarios y cualquier otro suscrito por la institución aplicables en materia, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.	Indicador: Cumplimiento de requisitos legales Formula: (Requisitos cumplidos/ requisitos totales) * 100		90%	Semestral	Gestor del SIG	
Acciones específicas	Periodo de ejecución de las actividades		Responsable	Recursos	Registros	Presupuesto
	Desde	Hasta				
Establecimiento de los requisitos normativos y reglamentarios y cualquier otro suscrito por la institución aplicables en materia de calidad, seguridad y salud en el trabajo	Enero 2026	Diciembre 2026	Gestor del SIG	Humanos: 2	Matriz de requisitos legales y normativos en materia de SST y GA	N/A
Mantener actualizada la matriz de requisitos normativos y reglamentarios y cualquier otro aplicable a la institución a través de revisiones programadas	Marzo 2026	Agosto 2026	Gestor del SIG	Humanos: 3	Matriz de requisitos legales y normativos en materia de SST y GA	N/A
Generar e implementar planes de acción para el cumplimiento de los requisitos normativos y reglamentarios	Febrero 2026	Diciembre 2026	Gestor del SIG	Humanos: 1	Seguimiento de planes de acción implementados	N/A

Nota: *Elaboración propia*

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión			
	Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 47 de 55


Planificación del objetivo # 2						
Proceso:	Gerencia de Servicios Médicos		Responsable:	Director		
Objetivo general del SIG	Nombre y formula del indicador		Metas	Frecuencia de medición	Responsable de seguimiento.	
Diseñar y ejecutar el programa de actividades de seguridad y salud en el trabajo.	Indicador: Ejecución del programa de actividades en SST. Formula: Número de actividades ejecutadas / Número total de actividades programadas) *100		90%	Anual	Gestor del SIG	
Acciones específicas	Periodo de ejecución de las actividades		Responsable	Recursos	Registros	Presupuesto
	Desde	Hasta				
Evaluación de riesgos	Enero 2026	Febrero 2026	Gestor del SIG	Humano: 1	Matriz de evaluación de riesgos	N/A
Diseño de controles para abordar los riesgos	Febrero 2026	Febrero 2026	Gestor del SIG	Humano:1	Matriz de controles para abordar riesgos	N/A
Evaluación y ejecución de plan de capacitación en seguridad y salud en el trabajo	Enero 2026	Junio 2026	Gestor del SIG	Humano:1	Informe de seguimiento del plan de capacitación	N/A
Concientización de los empleados para que participen y colaboren con el SST.	Enero 2026	Junio 2026	Gestor del SIG	Humano:2	Registro de reuniones presenciales	N/A
Elaboración y difusión del plan ante emergencias.	Noviembre 2026	Diciembre 2026	Gestor del SIG	Humano:2	Registro de reuniones presenciales	N/A
Evaluación resultados en materia de SST.	Enero 2026	Diciembre 2026	Director y Gestor del SIG	Humano:2	Informe de evaluación de SST	N/A

Nota: *Elaboración propia*

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 48 de 55


Planificación del objetivo # 3						
Proceso:	Gerencia de servicios médicos		Responsable:	Director		
Objetivo general del SIG	Nombre y formula del indicador		Metas	Frecuencia de medición	Responsable de seguimiento.	
Optimizar el desempeño del personal dentro de la institución, mejorando los procesos en materia de SST y GA.	Indicador: Reducción de tiempo en los procesos, reducción de accidentes laborales. Formula: Tiempo de ciclo = Tiempo total del servicio / número de servicios prestados Accidentes = (Número de accidentes/número de trabajadores) * 100		90%	Mensual	Gestor del SIG	
Acciones específicas	Periodo de ejecución de las actividades		Responsable	Recursos	Registros	Presupuesto
	Desde	Hasta				
Revisar los procesos de la gerencia de servicios médicos para actualizar/mejorar la documentación pertinente.	Enero 2026	Febrero 2026	Gestor del SIG y dueños de los procesos	Humanos: 2	Documentos utilizados (procedimientos)	N/A
Determinar mejoras en los procesos y metodología utilizada para la atención de los usuarios.	Marzo 2026	Marzo 2026	Gestor del SIG	Humanos: 1	Procesos y metodología utilizada	N/A
Se aplican las mejoras a los procesos utilizados en la atención de los usuarios.	Abril 2026	Diciembre 2026	Dueños de los procesos	Humanos: 1	Procesos mejorados	N/A
Se evalúan las mejoras aplicadas a los procesos.	Enero 2027	Enero 2027	Gestor del SIG	Humanos: 1	Procesos mejorados	N/A

Nota: *Elaboración propia*

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión			
	Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 49 de 55

Planificación del objetivo # 4						
Proceso:	Gerencia de servicios médicos			Responsable:	Director	
Objetivo general del SIG	Nombre y formula del indicador			Metas	Frecuencia de medición	Responsable de seguimiento
Dar a conocer la política integrada a los empleados y demás partes interesadas	Indicador: Número de canales de comunicación utilizados para divulgar la política integrada. Frecuencia en que se divulga la política integrada Formula: $N^{\circ} \text{ de canales} = N^{\circ} \text{ de partes interesadas (partes interesadas - 1) / 2}$ Número de veces en que se divulga la política integrada.			90%	Anual	Gestor del SIG
Acciones específicas	Periodo de ejecución de las actividades		Responsable	Recursos	Registros	Presupuesto
	Desde	Hasta				
Convocatoria de todo el personal y partes interesadas para dar a conocer la política integrada de la Gerencia de Servicios Médicos.	Enero 2026	Enero 2026	Gestor del SIG y presidentes de comités de Gestión ambiental y SST	Humanos: 3	Lista de asistencia	N/A
Se toma lista de asistencia del personal y área que representa.	Enero 2026	Enero 2026	Gestor del SIG y presidentes de comités de Gestión ambiental y SST	Humanos: 3	Lista de asistencia	N/A
Se expone la política integrada y su importancia en el SIG de la Gerencia de Servicios Médicos.	Enero 2026	Enero 2026	Gestor del SIG y presidentes de comités de Gestión ambiental y SST	Humanos: 3	Lista de asistencia	N/A
Se divulga en los medios de comunicación disponibles en la institución para que esté disponible para todas las partes interesadas.	Enero 2026	Enero 2026	Gestor del SIG y presidentes de comités de Gestión ambiental y SST	Humanos: 3	Lista de asistencia	N/A
Se da seguimiento de la retroalimentación de las partes interesadas.	Enero 2026	Diciembre 2026	Gestor del SIG y presidentes de comités de Gestión ambiental y SST	Humanos: 3	Aportes de partes interesadas	N/A

Nota: *Elaboración propia*

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión		
	Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
			Página 50 de 55

a. Metodología documentada para concientizar al personal de la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión

La Gerencia de Servicios Médicos del HPZ en conjunto con el Gestor del SIG, jefes de cada unidad y presidentes del comité de SST y GA, son los responsables de concientizar y promover la política, objetivos y procesos que se aplican en el SIG, en todo el personal. A continuación, se describe la metodología propuesta para la concientización del personal

a) Formación/inducción inicial del personal


El Gestor del SIG y el director de la Gerencia de Servicios Médicos en conjunto con los presidentes de los comités de SST y GA, dan inducción al personal de nuevo ingreso sobre la estructura organizativa de la Gerencia de Servicios Médicos, la Misión, Visión, Política, Objetivos, Manuales, Procedimientos, Registros entre otras, y la función a desempeñar en el puesto de trabajo a desempeñar dentro de la institución.

b) Programa de formación

El Gestor del SIG y el Director de la Gerencia de Servicios Médicos, son los responsables de formar un programa de capacitaciones orientadas a concientizar a todo el personal involucrado en los procesos del Sistema Integrado de Gestión.

c) Mural informativo

El Gestor del SIG será el responsable de informar sobre los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo y sobre Gestión Ambiental ocurridos dentro de la Gerencia de Servicios Médicos, tales como, desempeño de los procesos, propuestas de mejora, los resultados de la medición de indicadores, entre otros relacionados al SIG. A sí también los nuevos aportes de mejora al SIG, no conformidades encontradas en auditorias y soluciones a no conformidades reflejadas en auditorias o bien propuestas de mejoras, serán publicadas en el mural informativo.


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

d) Actividades internas con los líderes de procesos

Los líderes de procesos son los encargados de concientizar a los empleados bajo su responsabilidad, dejando a libre criterio la elección de los métodos más apropiados que estime conveniente para ello.

Las opciones podrían ser:


- **Reuniones entre compañeros de unidades médicas seleccionadas:** El jefe de la unidad expone la política integrada, sus componentes, objetivos y directrices que la componen, y como afecta el incumplimiento de los requisitos en el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ.
- **Reuniones con personal específico de las unidades:** El jefe de la unidad a la que pertenece el empleado en particular puede reunirse para tratar deficiencias o aspectos que conlleven a la mejorar de Sistema Integrado de Gestión.
- **Pasar cuestionarios a los empleados:** El jefe de cada unidad puede realizar un cuestionario para indagar el grado de concientización que tienen respecto al Sistema Integrado de Gestión y su contribución al mejor desempeño de la Gerencia de Servicios Médicos. Para ello se pueden realizar preguntas como las siguientes:
 - ¿Conoce cuál es la política integrada de la Gerencia de Servicios Médicos?
 - ¿Qué acciones se realizan para cumplir las directrices de la política integrada?
 - ¿Cuáles son los objetivos del Sistema Integrado de Gestión?
 - ¿Considera que estos objetivos se cumplen?
 - ¿Quiénes son los responsables de la seguridad y salud en el trabajo y de la gestión ambiental?
 - ¿Qué procedimientos, registros e instrucciones se siguen?
 - ¿Considera que se cumple con las leyes en materia de SST y GA?
 - ¿Qué acciones es necesario tomar para reducir los riesgos en los lugares de trabajo?
 - ¿Ha notado mejoras en la Gerencia de Servicios Médicos en el último año?

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- ¿Qué sugerencia puede aportar para mejorar la SST y GA?

Entre los responsables que deben promover y dar seguimiento a la metodología de concientización se tienen:


- **Gestor del SIG:** Se encarga de planificar y organizar las capacitaciones que considere más apropiadas para concientizar al personal respecto al SIG, a partir de las respuestas obtenidas en cuestionario pasado a los empleados.
- **Director:** Velará por que se tengan los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades de concientización del personal, tales como, asignación de un salón para las capacitaciones, asignación de materiales, búsqueda de consultor para capacitación, entre otros.
- **Jefes de unidades:** Aprobarán los permisos para que el personal asista a las capacitaciones convocadas por el gestor del SIG, realiza evaluaciones respecto al SIG y transmite los resultados obtenidos al gestor del SIG.


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión			Página 53 de 55
	Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	

**ANEXO B – EJEMPLO DE MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES DEL SIG,
SIG-HPZ-MN01-FOR02.**

Procesos Administrativos		Clasificación: Apoyo Tipo		Responsable: Director Valoración del riesgo				Fecha: 05/01/2026
Nº	Actividad	Riesgo	Oportunidad	Impacto (I)	Probabilidad/factibilidad (0)	Valor de riesgo (1 x 0)	Nivel de riesgo	Acciones
1	Riesgo operativo derivado del desabastecimiento de los insumos para la prestación adecuada de los servicios	X		3	3	9	Alto	Enviar a la dirección los requerimientos de medicamentos con suficiente antelación
2	Garantizar el abastecimiento de insumos necesarios para la adecuada prestación de los servicios		X	3	2	6	Medio	Revisar los procedimientos para agilizar el abastecimiento de medicamentos.

ANEXO C- MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES DEL SIG, SIG-HPZ-MN01-FOR03.

Fecha:		 Hospital Policlínico Zacamil	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES DEL SIG				Paginas		
Valido desde:							Versión		
Nº	Titulo	Indicador	Articulo	Requisito legal	Acción de cumplimiento legal	Evaluación de cumplimiento			
						Cumple	No Cumple	Observaciones	
Actualizado por:					Aprobado por:				

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual del Sistema Integrado de Gestión Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

ANEXO D- PLAN DE ACCIONES SIG-HPZ-MN01-FOR04.

PLAN DE ACCIÓN							
Riesgo u oportunidades	Medidas de control existente			Medida de control complementaria	Acción requerida	Responsable	Fecha de inicio
	Fuente	Medio	Individuo				
Responsable de la evaluación:							
Plan de acción realizado por:							
Fecha próxima revisión:							

ANEXO E – MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS, SIG-HPZ-MN01-FOR05.

Proceso/actividad relacionado						
Fecha		Responsable	Propósito del cambio	Consecuencias potenciales del cambio	Disponibilidad de recursos	Asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades
Situación de cambio	Acción					
Responsable del cambio:					Firma y fecha:	
Plan de cambio aprobado por:					Firma y fecha:	


MANUAL DE PROCESOS,
PROCEDIMIENTOS
Y
FORMULARIOS DE
SIG SEGÚN
NTS ISO 45001-2018 Y
NTS ISO 14001:2015
Sistema Integrado de Gestión



Hospital Policlínico Zacamil
2025

Gerencia de Servicios Médicos

Hospital Policlínico Zacamil

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


INDICE

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
4. FILOSOFIA INSTITUCIONAL
5. METODOLOGÍA
6. SIMBOLOGIA A UTILIZAR
7. MAPA DE PROCESOS
8. LÍDERES DE PROCESOS Y SUS RESPONSABILIDADES EN EL SIG
9. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

COPIA	DESTINATARIO	FIRMA RECEPCIÓN	FECHA
1	Director de Gerencia de Servicios Médicos		
2	Administrador		
3	Jefes de Unidades		

	Elaborado	Revisado	Aprobado
Función	Gestor del SIG	Administrador	Director
Fecha	01 Noviembre 2025	01 Noviembre 2025	10 Noviembre 2025
Firma			

“Copia controlada N° _____”

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 2/29

1. OBJETIVO

Describir los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la organización acorde al alcance descrito en el manual del SIG, mediante fichas de procesos, fichas de indicadores y mapas de procesos de nivel 1 y 2.

2. ALCANCE

El manual de procesos de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ abarca la caracterización de los procesos misionales declarados en el alcance del Sistema Integrados de Gestión: La Gerencia de Servicios Médicos que comprende los servicios de Emergencia, consulta externa, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía.


3. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

El Hospital Policlínico Zacamil, nace en el año 2008, siendo la institución responsable el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el objetivo de beneficiar a la población cotizante y derechohabientes de la zona norte del país.

Para el año 2017 se desarrolló el fortalecimiento del al atención integral pediátrica en el ISSS, incluyendo siendo una institución beneficiada con construcción y equipamiento el Hospital Policlínico Zacamil. A si también se creó el comité de prevención de riesgos laborales que se encarga de promover la seguridad y salud de los trabajadores. Para ello, identifica, evalúa y controla los riesgos laborales, promoviendo la salud y seguridad en el trabajo, investigar las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Además se constituyó el Comité de Gestión Ambiental el (CGA) cuya función es sensibilizar y fortalecer el conocimiento en materia ambiental a las diferentes unidades organizativas del hospital y es el encargado de promover participación activa y adoptar buenas prácticas ambientales entre los empleados y demás partes interesadas, requiriendo que dicha participación sea enérgica, articulada, incluyente, responsable y transparente.

En la actualidad esta institución brinda atención médica a cotizantes y derechohabientes en en áreas como Servicios de emergencia, servicios de consulta externa, servicios de medicina interna, servicios de pediatría, servicios de ginecología y obstetricia y servicios de cirugía.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


4. FILOSOFIA INSTITUCIONAL

4.1 VISIÓN

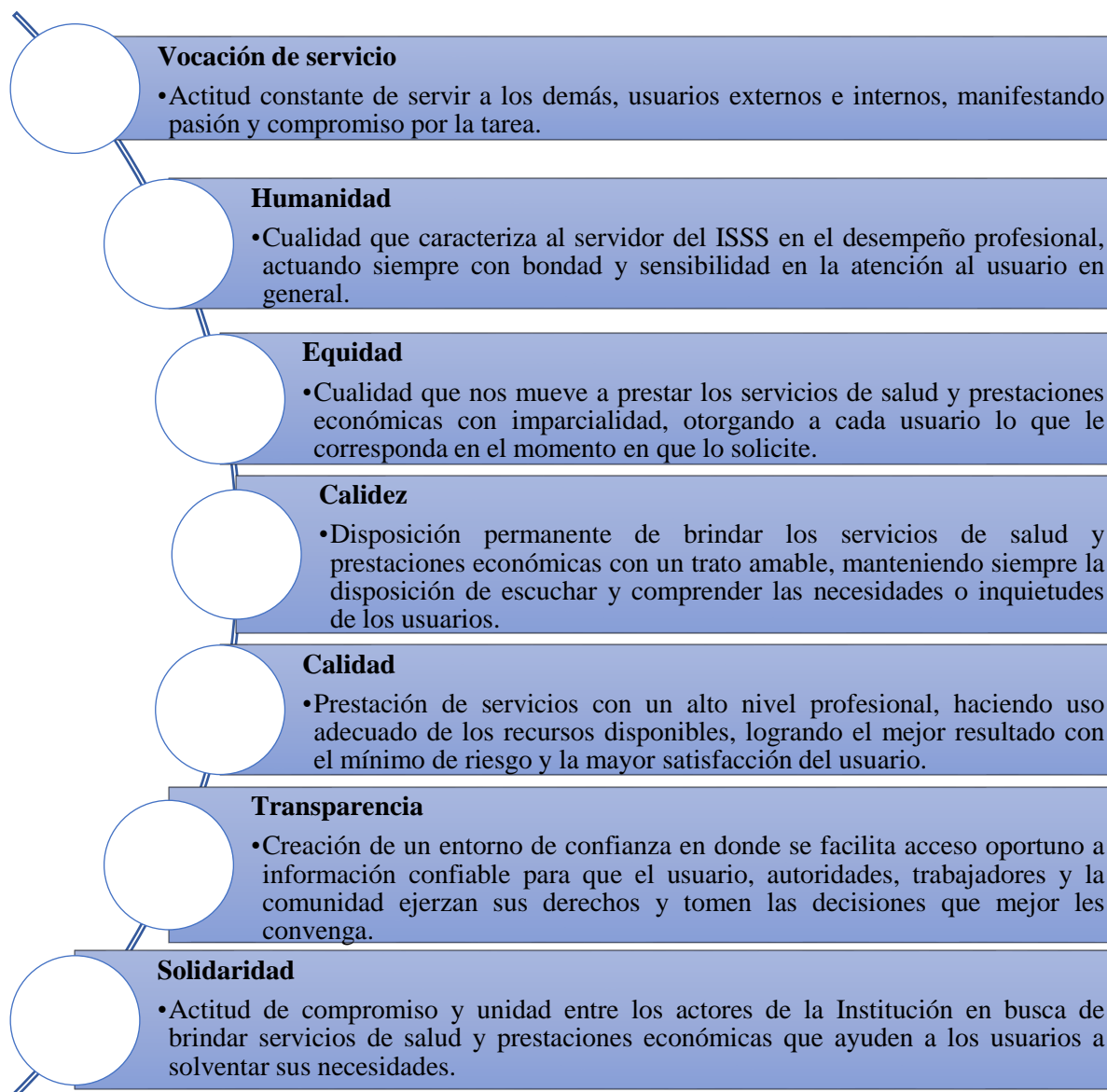
Llegar a ser una institución orgullo de sus derechohabientes y de su personal; transparente en el uso de sus recursos financieros, que brinde atención integral en salud, comprometida en la mejora continua de la calidad de sus servicios. Que afronte desafíos y retos para mejorar en la implementación de nuevas estrategias sanitarias.

4.2 MISIÓN

Somos una institución miembro del Sistema Nacional de Salud, con vocación de servicio basada en los principios de la seguridad social, la cual brinda una gestión integral del riesgo en salud y prestaciones económicas a sus derechohabientes a través de un modelo de atención integral en salud, que provee servicios con humanidad, calidad y calidez.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

4.3 VALORES








5. METODOLOGÍA

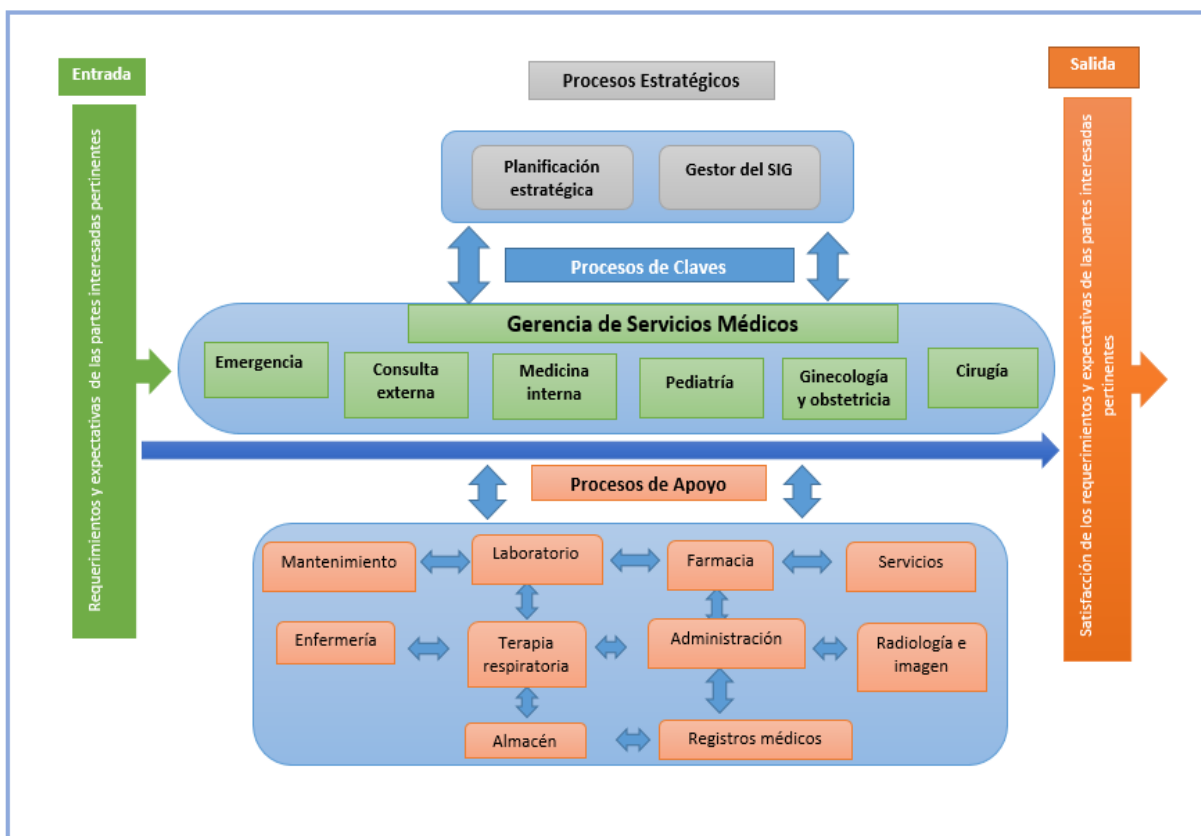
La metodología que utilizará para la identificación de los diferentes procesos de la institución será con una lluvia de ideas, para lo cual se convocará al personal de la Gerencia de Servicios Médicos, para que con sus palabras digan que procesos consideran que deben ser desarrollados por la institución en los tres diferentes niveles (estratégicos, claves y apoyo).

6. SIMBOLOGÍA A UTILIZAR

Para la representación gráfica del mapa de procesos se utilizará la siguiente simbología:

Símbolo	Representa
	Procesos estratégicos
	Procesos claves
	Procesos de apoyo
	Entrada de proceso
	Salida de proceso


7. MAPADE PROCESO



8. LIDERES DE PROCESO Y LAS RESPONSABILIDADES EN EL SIG

El liderazgo y compromiso de los líderes y gestores de procesos es un elemento importante, la identificación de los procesos es un preámbulo para la caracterización de los mismos y el establecer responsabilidades permite el desarrollo del liderazgo y la rendición de cuentas, además de entender los procesos de manera transversal y que la contribución del trabajo realizado servirá de insumo para continuar con el proceso de demostrar su desempeño.

Se identifican 18 procesos sus líderes y gestores:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


Procesos estratégicos	Líder
1. Gestión estratégica	Director
2. Gestión del SIG	Gestor del SIG

Procesos misionales	Líder
3. Emergencia	Gerencia de servicios médicos
4. Consulta externa	
5. Medicina interna	
6. Pediatría	
7. Ginecología y obstetricia	
8. Cirugía	

Procesos de apoyo	Líder
9. Mantenimiento	Jefe de mantenimiento y servicios generales
10. Servicios generales	
11. Laboratorio	Jefe de laboratorio
12. Administración	Administrador
13. Registros médicos	Jefe de registros médicos
14. Farmacia	Jefe de farmacia y almacén
15. Almacén	
16. Enfermería	Jefe de enfermería, terapias y radiología
17. Terapia respiratoria	
18. Radiología e imagen	

8.1 Director

DIRECTOR	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Director General
Puesto Superior Inmediato	Director General del ISSS
Departamento / Unidad Organizativa	Director General
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Diseñar los planes estratégicos del hospital encaminados a brindar servicios de salud especializados a los derechohabientes y sus beneficiarios, que, de acuerdo a una evaluación realizada por personal médico, requieran manejo clínico intrahospitalario, tratamiento quirúrgico o diagnóstico; a fin de recuperar su estado de salud, mejorar su calidad de vida y retornarlos al ámbito familiar, social y productivo.	
3. FUNCIONES	
✓ Establecer los planes estratégicos y operativos del hospital con base a las necesidades de los derechohabientes y en coordinación con la Visión y Misión institucional	


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

DIRECTOR
✓ Promover el desarrollo y capacitación del personal médico, técnico y administrativo a través de la coordinación con el Departamento de Investigación de Docencia en Salud.
✓ Gestionar cambios en el funcionamiento del hospital en coordinación con las áreas técnicas del ISSS, a fin de lograr una mayor satisfacción del derechohabiente.
✓ Evaluar la calidad de atención a los pacientes a través del monitoreo constante de indicadores de gestión.
✓ Supervisar el cumplimiento de las normativas técnicas y administrativas implementadas en el hospital.
✓ Retroalimentar a los niveles superiores sobre los resultados obtenidos en la administración del hospital.
✓ Evaluar los resultados de la gestión de los diferentes elementos organizativos del hospital con base a los planes e indicadores establecidos.
✓ Establecer medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital en etapas de crisis, emergencias u otras circunstancias similares.
✓ Diseñar, ejecutar y evaluar planes estratégicos y operativos anuales alineados con los objetivos del sistema de gestión.
✓ Fomentar y dirigir procesos de mejora continua en los servicios, protocolos y la calidad de atención.
✓ Administrar y desarrollar el personal promoviendo la capacitación continua y el trabajo en equipo
✓ Asegurar la calidad y seguridad de la atención al paciente, supervisando protocolos y estableciendo estándares basados en procedimientos homogéneos y sistematizados.
✓ Monitorear el cumplimiento de planes y programas implementados en el hospital y tomar las acciones correctivas necesarias.
4. FORMACIÓN
Título Universitario: Especialidad en Medicina, Administración de empresas u hospitales, gestión de la salud o campos relacionados
5. EXPERIENCIA
Tres años en cargos relacionados a la administración de hospitales, desempeñando puestos de liderazgo.

SIG-HPZ-MP02-F01

8.2 Gestor del SIG

GESTOR DEL SIG	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Gestor del SIG
Puesto Superior Inmediato	Director
Departamento / Unidad Organizativa	N/A


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

GESTOR DEL SIG
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO
✓ Administrar, coordinar y gestionar el Sistema Integrado de Gestión de la Gerencia de Servicios Médicos del HPZ, velando por el adecuado cumplimiento de los estándares internacionales establecidos para este efecto.
3. FUNCIONES
✓ Asegurarse de que el SIG es conforme con los requisitos de la NTS ISO 45001:2018 y NTS ISO 14001:2015
✓ Apoyar en el mantenimiento de los registros que se generan en la Dirección General, relacionados con el SIG
✓ Informar a la Dirección General sobre el desempeño del SIG y sobre las oportunidades de mejora.
✓ Actuar como proveedor interno y consultor interno para el SIG, a todos los niveles de la institución.
✓ Actuar como formador interno para cuestiones relacionadas con el SIG
✓ Analizar continuamente los intereses de los usuarios y representar a los usuarios en la institución.
✓ Promover el SIG en la institución.
✓ Crear, implementar, evaluar y mejorar los programas de auditoría.
✓ Asegurar la integridad del SIG cuando se planifican e implementan cambios en la institución.
✓ Asegurar la integridad del SIG cuando se planifican e implementan cambios en la institución.
✓ Otras actividades que sean designadas oportunamente por la Dirección General.
4. FORMACIÓN
Grado Universitario. Especialidad: Graduado en áreas de ingeniería, administración o afines.
5. EXPERIENCIA
✓ Experiencia como asistente de gerencia, manejo de personal o coordinación técnica.
✓ Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (NTS ISO 45001:2018)
✓ Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (NTS ISO 140001:2015)
✓ Implementación de herramientas de mejora en los procesos
✓ Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental
✓ Participación en auditorías internas de gestión.


SIG-HPZ-MP02-F02

8.3 Gerente de Servicio Médicos

GERENTE DE SERVICIOS MÉDICOS	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Gerente de servicios médicos
Puesto Superior Inmediato	Director General del HPZ

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


GERENTE DE SERVICIOS MÉDICOS	
Departamento / Unidad Organizativa	Director General
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Proveer un servicio de calidad para contribuir al cuidado del paciente	
3. FUNCIONES	
✓ Atender, evaluar, diagnosticar y brindar el tratamiento médico y odontológico a pacientes de primera vez y subsecuentes proporcionando los tratamientos respectivos de acuerdo a las guías de manejo.	
✓ Indicar y analizar los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo.	
✓ Proporcionar los medicamentos, materiales e insumos contemplados en el cuadro básico.	
✓ Emitir de forma pertinente las incapacidades, recetas, referencias y órdenes de exámenes.	
✓ Referir a los pacientes con las respectivas subespecialidades con oportunidad.	
✓ Realizar la depuración de agendas de Médicos Especialistas.	
✓ Establecer prioridades y metas claras para la mejora continua de la atención y la eficiencia hospitalaria.	
✓ Atraer y retener personal médico y administrativo y gestionar la capacitación continua.	
✓ Supervisar la prestación de los servicios médicos para asegurar que se cumplan los estándares de calidad, oportunidad y sentido humano.	
✓ Realizar un seguimiento de los procedimientos para verificar el cumplimiento de la normativa y los objetivos del SIG.	
✓ Apoyar la promoción de la docencia, el desarrollo de investigaciones y los trabajos de índole científica.	
✓ Proporcionar a los pacientes ingresados y ambulatorios atención médica y de enfermería de calidad y con oportunidad.	
✓ Brindar asistencia médica integral, general y especializada a los pacientes en la etapa de internación.	
✓ Registrar la evolución de los padecimientos de los pacientes así como sus tratamientos médicos.	
✓ Gestionar el suministro oportuno de insumos médico quirúrgico para proporcionar un buen servicio al paciente.	
✓ Velar porque los equipos e implementos necesarios para brindar un buen servicio al paciente, se mantengan en buenas condiciones.	
✓ Brindar los servicios de emergencia correspondientes al área en forma oportuna.	
✓ Velar por el estudio y tratamiento de pacientes complejos sin recurrir a hospitalizaciones prolongadas. Así como de pacientes con patologías quirúrgicas poco complejas.	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

GERENTE DE SERVICIOS MÉDICOS
✓ Velar por el correcto llenado de los documentos clínicos de hospitalización y por el acatamiento de las normas, guías de manejo, procedimientos e instructivos oficiales elaborados.
✓ Velar porque se realice la evaluación de cada egreso del servicio.
✓ Contar con el inventario actualizado de equipos e insumos a fin de controlar la ubicación y las existencias de los mismos.
4. FORMACIÓN
Título Universitario: Especialidad en Medicina, Administración de empresas u hospitales, gestión de la salud o campos relacionados.
5. EXPERIENCIA
Tres años en cargos relacionados a la administración de hospitales, desempeñando puestos de liderazgo y trabajo en equipo
SIG-HPZ-MP02-F03


8.4 Jefe de mantenimiento y servicios generales

JEFE DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Jefe de servicios generales
Puesto Superior Inmediato	Dirección
Departamento / Unidad Organizativa	Dirección
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Apoyar en la detección, planeación y atención de los servicios de apoyo que requieran las áreas del hospital para su mejor desempeño.	
3. FUNCIONES	
✓ Preparar y desarrollar programas de trabajo que tengan como principal objetivo establecer normas higiénicas de manera que éstas se practiquen en forma eficiente.	
✓ Supervisar el aprovisionamiento adecuado de artículos de uso sanitario.	
✓ Coordinar en forma equitativa las labores entre el personal, procurando la provisión de los diferentes útiles de trabajo y el adiestramiento necesario para cumplir con su deber.	
✓ Exigir la correcta y oportuna formulación de los promedios de consumo del material de limpieza en los diferentes servicios del hospital, procurando los pedidos periódicos de estos artículos.	
✓ Supervisar el cumplimiento de los procedimientos de limpieza en los diferentes servicios del hospital, según procedimientos establecidos.	
✓ Dar seguimiento a las solicitudes de carga de cilindros de oxígeno para suplir las necesidades del hospital.	
✓ Elaborar y ejecutar planes de trabajo para el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos, mobiliario, instalaciones y sistemas del hospital.	
✓ Asegurar la seguridad radiológica y el manejo adecuado de residuos tóxicos y biológicos, según las normativas vigentes.	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


JEFE DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
✓ Dirigir y coordinar el personal a su cargo, fomentando un ambiente de trabajo idóneo para alcanzar los objetivos del SIG.
✓ Realizar informes del funcionamiento del sistema de gestión, para la mejora continua de los procedimientos del SIG utilizados en la unidad.
✓ Monitorear frecuentemente todas las dependencias del hospital, con el objeto de darse cuenta del orden y limpieza, para tomar las medidas y disposiciones necesarias para corregir las deficiencias observadas.
✓ Controlar que los Auxiliares, Conserjes, Intendentes de las diferentes áreas del hospital cumplan sus funciones, vigilando y exigiendo la realización de las tareas encomendadas al personal que directamente realiza el aseo en el hospital.
✓ Supervisar que se cumplan las normas establecidas sobre la prohibición de introducir bebidas alcohólicas al hospital, así como la entrada o salida de objetos, materiales, equipo o alimentos sin la correspondiente autorización escrita de las autoridades superiores.
✓ Controlar que el traslado y movilización de pacientes se realice en forma ordenada a través del servicio de ambulancia.
✓ Coordinar la atención de las solicitudes de reproducción de documentos realizadas por los diferentes servicios del hospital.
✓ Supervisar porque se ejerza el control periódico de la ubicación del mobiliario y equipo distribuido en los diferentes servicios del hospital.
✓ Coordinar, dirigir y controlar las actividades de: Conserjería, Intendencia, Morgue y Auxiliares de Servicio.
✓ Administrar el desarrollo de la ejecución de los Servicios Contratados.
4. FORMACIÓN
Grado Universitario. Especialidad: Graduado en administración o ingeniería civil, con experiencia desarrollando funciones de servicios generales en instituciones hospitalarias.
5. EXPERIENCIA
✓ Experiencia en coordinación y supervisión de personal
✓ Experiencia en procesos de reparación y mantenimiento de instalaciones hospitalar
✓ Experiencia en supervisión del uso adecuado de recursos
✓ Asegurarse de que la atención sea de calidad, eficiente y centrada en el paciente.

SIG-HPZ-MP02-F04

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


8.5 Jefe de Servicios de laboratorio clínico.

JEFE DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO.	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Jefe de Servicios de laboratorio clínico
Puesto Superior Inmediato	Dirección
Departamento / Unidad Organizativa	Dirección
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Proporcionar la atención necesaria a fin de recuperar la salud de los pacientes hospitalizados mediante atención médica especializada con calidad, calidez y oportunidad.	
3. FUNCIONES	
✓ Realizar la toma de muestras y análisis de exámenes, bajo las normas vigentes y de acuerdo con los procedimientos técnicos establecidos.	
✓ Actuar como centro de verificación de pruebas especiales a nivel nacional.	
✓ Otorgar las citas para la toma de exámenes de laboratorio a fin de lograr un mejor ordenamiento.	
✓ Promover la capacitación y el desarrollo del recurso humano para la mejora continua.	
✓ Detecta, previene y corrige desviaciones en los procedimientos del SIG.	
✓ Gestiona el control de los documentos y registros del laboratorio, garantizando su integridad y trazabilidad conforme lo indica el manual del SIG.	
✓ Brindar apoyo a las unidades médicas que no tienen laboratorio.	
✓ Actualizar técnicas y procedimientos y capacitar al personal mediante la promoción de la docencia, el desarrollo de investigaciones y los trabajos de índole científica del programa de docencia y educación continua.	
✓ Generar los informes y estadísticas de los exámenes realizados y reactivos consumidos.	
✓ Proporcionar los resultados de exámenes a Archivo Clínico en un periodo no mayor a dos días hábiles, excepto aquellas pruebas que por su naturaleza exijan un tiempo mayor de verificación.	
✓ Verificar que se brinde atención con eficiencia y eficacia a los pacientes que son referidos al servicio..	
✓ Gestionar la obtención de los recursos necesarios (humanos y materiales) para el buen funcionamiento del servicio.	
4. FORMACIÓN	
Grado Universitario, Graduado en Licenciatura en laboratorio clínico con conocimiento en administración.	
5. EXPERIENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestión de personal ✓ Supervisión clínica ✓ Coordinación de la atención al paciente y la mejora de procesos ✓ Formación del personal médico más joven. 	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

8.6 Administrador

1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Administrador
Puesto Superior Inmediato	Dirección
Departamento / Unidad Organizativa	Dirección
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Lograr el buen funcionamiento administrativo de los servicios y áreas del hospital a su cargo mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles.	
3. FUNCIONES	
✓ Elaborar, ejecutar y supervisar el Plan Operativo Anual del policlínico para alinear las actividades asistenciales y administrativas con los objetivos del SIG.	
✓ Liderar la transición hacia el SIG, asegurando que todo el personal entienda y se adapte a los nuevos procesos y tecnologías.	
✓ Implementar y evaluar políticas para asegurar que los procedimientos hospitalarios cumplan con los requisitos exigidos por el manual del SIG.	
✓ Coordinar y supervisar la implementación, el mantenimiento y la mejora del SIG en las distintas áreas del hospital.	
✓ Establecer, junto a la alta dirección, los objetivos estratégicos y la política del SIG, abarcando calidad, seguridad, salud ocupacional y medio ambiente.	
✓ Coordinar oportuna y eficazmente los servicios de apoyo administrativo con las diversas áreas que conforman el hospital.	
✓ Coordinar los recursos disponibles de manera que se establezcan lineamientos uniformes en la administración de los servicios de apoyo, supervisar la adquisición de materiales diversos.	
✓ Promover y supervisar el cumplimiento de la normativa ambiental, como la gestión de residuos hospitalarios, con la ayuda de especialistas.	
✓ Supervisar que el funcionamiento de las áreas que dirige garantice el aprovechamiento eficiente de los recursos asignados al hospital.	
✓ Realizar un seguimiento constante del desempeño del SIG a través de indicadores, evaluando el cumplimiento de las políticas y objetivos establecidos.	
✓ Coordinar y supervisar que las diversas áreas bajo su control cumplan con los procedimientos y normativa establecida institucionalmente.	
✓ Investigar y analizar los mecanismos que alteren o retrasen los resultados en cada área de servicio, procurando dar atención ágil y eficiente en beneficio de la prestación de los servicios a los derechohabientes.	
✓ Supervisar el orden y la conservación de condiciones de aseo y limpieza del inmueble, en relación estrecha con el área médica.	
✓ Abastecer oportunamente de ropa hospitalaria limpia a los diferentes servicios del hospital, llevando un control adecuado de las entradas y salidas.	
✓ Proponer estrategias para el mantenimiento de la salud ocupacional y la seguridad industrial del personal, y coordinar las actividades relacionadas con estas áreas.	
✓ Administrar el desarrollo de la ejecución de los Servicios Contratados (Gases Médicos, Limpieza, Recolección y Transporte de Desechos Hospitalarios).	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

4. FORMACIÓN

Grado Universitario. Especialidad: Graduado en administración de empresas,


5. EXPERIENCIA

- ✓ Sólida experiencia en administración de instituciones relacionadas al campo de la salud.
- ✓ Liderazgo para guiar a su equipo de trabajo
- ✓ Conocimientos de gestión sanitaria y capacidad para tomar decisiones estratégicas.
- ✓ Formación del personal médico más joven.

SIG-HPZ-MP02-F06

8.7 Jefe de registros médicos

JEFE DE REGISTROS MÉDICOS	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Admisión y registros médicos
Puesto Superior Inmediato	Administración
Departamento / Unidad Organizativa	Administración
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Proveer al médico la información necesaria relativa al paciente	
3. FUNCIONES	
✓ Ofrecer servicio oportuno y eficaz de apoyo administrativo en los ingresos, traslados y egreso de los pacientes.	
✓ Coordinar con las áreas responsables los sistemas y formas de registro y captación de información.	
✓ Atender oportunamente las órdenes de hospitalización de pacientes.	
✓ Guía la adaptación del departamento a las nuevas tecnologías, especialmente en el uso del SIG, promoviendo la modernización de los procesos.	
✓ Audita y revisa la documentación clínica para asegurar su precisión, integridad y el correcto uso de los expedientes.	
✓ Elabora, ejecuta y evalúa el plan operativo anual de su departamento para cumplir con los objetivos del SIG.	
✓ Abrir la tarjeta índice del paciente para el control de cama, manteniendo un sistema de registro que controle todo el movimiento de los pacientes en el hospital.	
✓ Llenar las formas de ingreso hospitalario.	
✓ Coordinar con el personal de Enfermería y Alimentación y Dietas, el cambio o traslado de pacientes hospitalizados para la dotación de alimentos.	
✓ Llevar registros de los egresos hospitalarios efectuados en cada área.	
✓ Adjuntar los resultados de exámenes en sus respectivos expedientes clínicos.	


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

JEFE DE REGISTROS MÉDICOS
✓ Elaborar los informes mensuales requeridos y remitirlos a la Subdirección Administrativa.
✓ Velar por la claridad y exactitud de las historias clínicas y por la precisión de los datos en todos los formularios que las componen, específicamente en lo que atañe a información imprescindible.
✓ Recibir, conservar y entregar las pertenencias de pacientes.
✓ Registrar y controlar a los pacientes atendidos mediante convenios, respetando la documentación estipulada por los mismos.
4. FORMACIÓN
Grado Universitario. Especialidad: Graduado en administración de empresas,
5. EXPERIENCIA
✓ Sólida experiencia en administración y gestión documental.
✓ Liderazgo para guiar a su equipo de trabajo
✓ Conocimientos para tomar decisiones estratégicas.
✓ Formación del personal médico más joven.


SIG-HPZ-MP02-F07

8.8 Jefe de farmacia y almacén

1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Jefe de farmacia y almacén
Puesto Superior Inmediato	Administración
Departamento / Unidad Organizativa	Administración
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
✓ Resguardar, custodiar y dar ingreso a todos los artículos generales e insumos médico quirúrgicos que son requeridos para el funcionamiento del hospital y Controlar y dispensar los medicamentos indicados a los Pacientes a fin de recuperar su Salud.	
3. FUNCIONES	
✓ Asegura que todos los movimientos de medicamentos (entradas, salidas y devoluciones) se registren de forma precisa y en tiempo real en el sistema.	
✓ Capacita al personal de farmacia en el uso del SIG y en los procedimientos operativos estandarizados.	
✓ Participa en actividades de mejora continua para optimizar los procesos farmacéuticos y de dispensación.	
✓ Establecer los mecanismos internos para el control de los inventarios.	

 <p>Hospital Policlínico Zacamil</p>	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

<p>✓ Controlar las existencias y consumos de los artículos en los diversos servicios del hospital e informar a las jefaturas inmediatas en cuanto se observen consumos anormales así como de los máximos y mínimos.</p>
<p>✓ Efectuar en forma oportuna las requisiciones y envío de suministros a la UACI de artículos generales e insumos médicos necesarios cuando la reserva alcance los niveles mínimos establecidos.</p>
<p>✓ Enviar oportunamente los pedidos que requieran los diferentes servicios de acuerdo a programación establecida.</p>
<p>✓ Rechazar los artículos y productos que no satisfagan los requisitos del pedido de reabastecimiento en lo que se refiere a calidad, cantidad y otras especificaciones del material o instrumental médico quirúrgico y artículos generales. Además controlar la fecha de expiración del material.</p>
<p>✓ Verificar la conservación y adecuación de los artículos en el Almacén, de manera que se garantice la fácil localización y preservarlos de cualquier deterioro.</p>
<p>✓ Controlar las entradas y salidas de todo el material en sistema informático autorizado y en tarjetas de marbete, evitando en la medida de lo posible su extravío.</p>
<p>✓ Planificar las necesidades anuales de material e instrumental médico quirúrgico y artículos generales en coordinación con las dependencias del hospital.</p>
<p>✓ Supervisar el aprovisionamiento adecuado de artículos generales según las necesidades de cada servicio.</p>
<p>✓ Velar por la claridad y exactitud de las historias clínicas y por la precisión de los datos en todos los formularios que las componen, específicamente en lo que atañe a información imprescindible.</p>
<p>✓ Recibir, conservar y entregar las pertenencias de pacientes.</p>
<p>✓ Registrar y controlar a los pacientes atendidos mediante convenios, respetando la documentación estipulada por los mismos.</p>
<p>✓ Controlar periódicamente y llevar registros de la fecha de vencimiento de los medicamentos verificación de códigos a cero, existencias, promocionar medicamentos sobre abastecidos y consumos totales a nivel local.</p>
<p>✓ Gestionar oportunamente el abastecimiento de medicamentos, envases, papelería y todo lo necesario para el servicio.</p>
<p>✓ Informar por escrito a los médicos sobre la existencia de medicamentos.</p>
<p>✓ Verificar la cantidad y el tipo de especificaciones de los medicamentos que se reciben, así como su colocación en anaqueles o estantes.</p>
<p>✓ Dispensar a los pacientes los medicamentos prescritos, de acuerdo al orden de llegada de las recetas y anotar en la viñeta del envase las indicaciones correspondientes sobre la administración de los mismos, así como el nombre genérico del medicamento y registro de los ingresos de recetas al sistema de Farmacia.</p>
<p>✓ Realizar en el área de hospitalización la distribución de los medicamentos bajo la modalidad de unidosis, respetando los horarios establecidos para tal propósito; a fin de garantizar la terapéutica farmacológica de aquellos medicamentos que según LOM requiere prescripción de una especialidad específica y llevar el control diario de las recetas en farmacia.</p>


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

✓ Supervisar que exista una buena coordinación entre las farmacias de emergencia y hospitalización a fin de contribuir a la adecuada rotación de los medicamentos y evitar el vencimiento de los mismos.
✓ Colaborar con el área Médica Asistencial en cualquier actividad que ésta considere conveniente.
✓ Respetar las normas establecidas en el Cuadro Básico de Medicamento.
✓ Realizar inventarios periódicos de las existencias de los diferentes códigos farmacológicos que constituyen el listado oficial de medicamento.
4. FORMACIÓN
Grado Universitario. Especialidad: Graduado en administración de empresas,
5. EXPERIENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sólida experiencia en administración y gestión documental. ✓ Liderazgo para guiar a su equipo de trabajo ✓ Conocimientos para tomar decisiones estratégicas. ✓ Formación del personal médico más joven.


SIG-HPZ-MP02-F08

8.9 Jefe de enfermería, terapias y radiología

JEFE DE ENFERMERÍA, TERAPIAS Y RADIOLOGÍA	
1. IDENTIFICACIÓN	
Nombre/Título del puesto	Jefe de enfermería. terapia y radiología
Puesto Superior Inmediato	Dirección
Departamento / Unidad Organizativa	Dirección
2. MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar al Paciente atención de enfermería con calidad, oportunidad y libre de riesgos tomando en cuenta las cuatro áreas (Administración, Atención Directa, educación e Investigación) del quehacer de enfermería), Contribuir al diagnóstico médico mediante la realización de exámenes radiológicos y ultrasonográficos a pacientes de emergencia y hospitalizados y atender integralmente a los usuarios con miras a mejorar la calidad de vida y funcionalidad cardiopulmonar 	
3. FUNCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegura que el área de enfermería funcione de manera eficiente dentro del sistema integrado del hospital, eliminando redundancias y optimizando los procesos. ✓ Asesorar en la elaboración y el seguimiento de documentos requeridos por el SIG, como manuales de procedimientos y registros de procesos. ✓ Verificar que la prestación de los servicios se realice de acuerdo con las guías, normas y directivas de atención establecidas por el hospital y el SIG. ✓ Garantizar que el servicio cumpla con los lineamientos del SIG, incluyendo los requisitos legales, ambientales (ISO 14001) y de seguridad y salud en el trabajo (ISO 45001). 	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

JEFE DE ENFERMERÍA, TERAPIAS Y RADIOLOGÍA
✓ Garantizar que su equipo conozca y aplique la política y los procedimientos del SIG. También debe comunicar las responsabilidades y actividades a su personal.
✓ Participar en el programa de auditorías internas y externas del hospital para evaluar el cumplimiento del SIG
✓ Busca la mejora continua de los servicios mediante la monitorización de indicadores de calidad y la implementación de protocolos optimizados.
✓ Coordinar la distribución del personal de enfermería, formulando con previa oportunidad los cambios que sean necesarios.
✓ Monitorear el cumplimiento de los turnos establecidos
✓ Gestionar el suministro oportuno de medicina, ropa hospitalaria, carros de curaciones, entre otros.
✓ Supervisar que el tratamiento y administración de medicamentos se haga con eficiencia, con cuidado y en el tiempo oportuno
✓ Brindar los cuidados necesarios a los pacientes hospitalizados monitoreando constantemente cualquier reacción especial y manifestación producida por determinados medicamentos
✓ Observar las reacciones que se producen en los pacientes después de haber llevado a cabo determinados tratamientos
✓ Informar al médico sobre pacientes que se resisten a comer, con insomnio y/o manifiestan cualquier otra anomalía
✓ Exponer a la Dirección del Hospital las necesidades que existen en relación con el personal, el material de trabajo o cualquier otro aspecto
✓ Mantener un sistema de inventarios que faciliten un real control de los equipos e insumos
✓ Coordinar la efectividad en la atención y resultados de los servicios especializados con que cuenta el área.
✓ Controlar la calidad del servicio brindado mediante un constante monitoreo de los estándares establecidos.
✓ Interpretar los resultados de los exámenes radiológicos e imágenes y gestionar su incorporación al expediente clínico del paciente.
✓ Verificar que se brinde la atención debida a los pacientes que son referidos al servicio.
✓ Apoyar la elaboración de normas y procedimientos del servicio, así como controlar el cumplimiento de éstas.
✓ Proporcionar cita para los diferentes estudios radiológicos, de ultrasonografía con sus respectivas indicaciones.
✓ Prevenir discapacidades y/o disminuir el grado de las mismas y recuperar pacientes con problemas respiratorios, logrando mejorar la capacidad de éstos.
✓ Coordinar las actividades con los servicios de neumología y cirugía de tórax, con el propósito de lograr la rehabilitación y tratamiento integral de los pacientes con patologías neumológicas.
✓ Realizar procedimientos terapéuticos y de diagnóstico a pacientes con problemas respiratorios agudos, crónicos de urgencia, críticos, y otras patologías, utilizando las


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

JEFE DE ENFERMERÍA, TERAPIAS Y RADIOLOGÍA
técnicas específicas para cada diagnóstico, además de apoyar y efectuar actividades preventivas, educativas y de Rehabilitación pulmonar, al paciente y su familia.
✓ Velar por el cumplimiento de protocolos establecidos en lo que compete a los tratamientos de Terapia Respiratoria, para dar cumplimiento adecuado con las guías de manejo vigentes.
✓ Administrar a pacientes tratamiento de higiene bronquial que involucran: drenaje, vibración, palmo percusión y otras técnicas, dando cumplimiento a la prescripción establecida por el médico.
✓ Armar y calibrar ventilador mecánico de acuerdo a especificaciones de fabricante.
✓ Interpretar la información registrada por los equipos empleados en el área de Terapia Respiratoria, para analizar los resultados y tomar acciones correctivas correspondientes, así como su reporte, deberá complementar información con otros exámenes (Rx, Laboratorio, etc.)
✓ Verificar la ficha y/o expediente clínico del paciente y depurar aquellos que ya terminaron su tratamiento; el cambio de modalidad del mismo, según indicación médica.
✓ Realizar inter-consulta necesaria con las diferentes especialidades a fin de establecer el mejor tratamiento respiratorio para el usuario.
✓ Llevar un adecuado control de la evolución del paciente a quienes se le brindan cuidados de Terapia Respiratoria, con el objetivo de comunicar los resultados del tratamiento al médico tratante.
✓ Participar en la educación de los pacientes y sus respectivas familias, enseñándoles el uso adecuado de los inhaladores, entrenadores musculares, aparatos de activación de movimiento ciliar y otros, para de garantizar el adecuado uso de los mismos.
4. FORMACIÓN
Grado Universitario. Especialidad: Graduado en licenciatura en enfermería, con formación en terapias respiratoria y radiología.
5. EXPERIENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sólida experiencia administrando farmacias de preferencia en hospitales. ✓ Formación en terapia respiratoria y radiología ✓ Liderazgo para guiar a su equipo de trabajo ✓ Conocimientos para tomar decisiones estratégicas. ✓ Formación del personal médico más joven.

SIG-HPZ-MP02-F09

9. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

En el contenido de este apartado se realiza una descripción de los procesos claves de la Gerencia de servicios médicos, que forman parte del mapa de procesos de segundo nivel detallando sus principales componentes (objetivo, entrada, salida, actividades, responsabilidades, alcance, recursos, entre otros).


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


Se muestran los procesos claves o misionales del mapa de procesos de segundo nivel:


- Servicios de emergencia,
- Servicios de consulta externa
- Servicios de medicina interna
- Servicios de pediatría
- Servicios de Ginecología y obstetricia
- Servicios de cirugía


9.1 Proceso de servicios de emergencia

 GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL PROCESO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA	
1. OBJETIVO:	2. ALCANCE:
Realizar atenciones de calidad a pacientes críticos en casos de emergencia y urgencia médica de acuerdo a los instrumentos técnicos.	Desde la recepción de documentos hasta la salida de consultorio médico.
3. RESPONSABILIDADES:	
El líder del proceso (Gerente de servicios médicos) dará cumplimiento a los procedimientos establecidos en su área de trabajo. Jefe de servicio de emergencia: Persona que tendrá a su cargo el área de servicios de emergencia.	
4. ELEMENTOS DEL PROCESO:	
ENTRADAS (INSUMOS)	ACTIVIDADES PRINCIPALES
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes enfermo, accidentado o lesionados - Suministros médicos - Documentos de identificación del paciente. (DUI, carné). - Formulario de registro. 	<p>1. Llegada al hospital (al llegar a la sala de emergencia del hospital, un paciente o acompañante debe dirigirse al área de admisión).</p> <p>2. Evaluación (Un profesional médico evaluará la condición del paciente en un amplio área de triaje para determinar la gravedad y la prioridad de su atención, exámenes de laboratorio clínico para ser evaluado).</p> <p>3. Atención Médica: Consultorios Médicos: Si la condición no requiere atención inmediata, el paciente puede ser atendido en un consultorio Área de Tratamiento: Para casos más urgentes, el paciente será llevado a un área de tratamiento equipada para procedimientos y manejo de condiciones. Área de Observación: El paciente podría pasar a un área de observación para una vigilancia continua. Máxima Urgencia: Para situaciones de riesgo de vida, el paciente recibirá atención en el área de máxima urgencia.</p>
PROVEEDORES INTERNOS	SALIDAS (PRODUCTOS)
<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y paramédico - Personal de comunicación y despacho - Personal administrativo - Vehículos y equipo propio 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médica - Receta médica - Incapacidad - Ordenes de exámenes - Documento para archivo con historial clínico del paciente. - Paciente despachado, ingresado, referido o traslado a otro hospital.
PROVEEDORES EXTERNOS	CLIENTES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transporte (ambulancias) - Empresas capacitación (simulacros, mejora de respuesta ante incidentes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y de enfermería - Departamentos de soporte (farmacia, administración, radiología, servicios generales, laboratorio, terapia respiratoria, almacén, mantenimiento y registros médicos.).
	CLIENTES EXTERNOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Afiliados y derechohabientes que necesitan atención médica. - Otros hospitales o clínicas que necesitan de equipo o servicio que este tenga y otro no.


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


		GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
PROCESO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA			
5. INDICADORES DE DESEMPEÑO			
5.1 Tiempo de espera para el ingreso	5.2 Incidentes de peligro	5.3 Manejo adecuado de D.B.	
<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 100% de cumplimiento - Formula: % Total de pacientes atendidos a tiempo/Total de pacientes atendidos)*100 - Frecuencia: Diario 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 100% de cumplimiento - Formula: N° de trabajadores que reportan incidentes e incidentes peligrosos / N° de trabajadores en el departamento)*100 - Frecuencia: Mensual 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: Manejo adecuado de los D.B - Formula: Total de D.B diarios generados - Frecuencia: diario 	
6. DOCUMENTOS DE APOYO	7. INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO	8. MATRIZ DE RIESGO DEL SIG	
<ul style="list-style-type: none"> - Ley del seguro social - Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de los servicios de salud - Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA). - DOCUMENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES: (Nota: Para detalle de los documentos utilizados en procesos misionales se utilizarán los detallados a continuación) - Norma de Atención de Emergencias en el ISSS. - Norma de Referencia y Retorno del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. - Lineamientos normativos para la atención de emergencias y hospitalización pediátrica de segundo nivel de atención del ISSS. - Norma para el expediente clínico en el ISSS. - Manual de Normas y Procedimientos para la operativización de la prestación médica a beneficiarios (padres e hijos) de empleados del ISSS. - Manual de Normas y Procedimientos de Atención del parto y Recién nacido. - Convenio específico entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social para la provisión de servicios de salud. - Instructivo para la Operativización de Convenio para la Prestación de Servicios de Salud entre el MSPAS y el ISSS. (Elaborado por MSPAS Y EL ISSS). - Norma para la operativización del convenio: “Marco de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social”. (Elaborado por Unidad Técnica Normativa Mayo-2006). - Procedimiento “Atención de Pacientes Referidos por Instituciones Públicas o 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio, camilla, equipo de cómputo, internet, software, iluminación, equipo médico, mobiliario, cestos recolectores de desechos sólidos y bioinfecciosos papelería y útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver matriz de riesgo para proceso misional 	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

	GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
	PROCESO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA	
Privadas según convenios y trámites de cobro por servicios de salud” (Elaborado Unidad Técnico Normativa octubre 2006). - Norma para la Prevención de Infecciones Nosocomiales. - Norma para el Otorgamiento de Incapacidades Temporales y Licencias por Maternidad a los Asegurados del ISSS. - Guías y protocolos de atención médica. -		
9. COMPETENCIA DEL CAPITAL HUMANO		
- Educación: Título de doctorado en medicina, título de licenciada en enfermería, título de enfermería (según función desempeñada en el proceso)		


9.2 Servicios de consulta externa


	GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
	PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	
1. OBJETIVO:	2. ALCANCE:	
Proveer un servicio de calidad para contribuir al cuidado del paciente	Desde la recepción de documentos hasta la salida de consultorio médico.	
3. RESPONSABILIDADES:		
El líder del proceso (Gerente de servicios médicos) dará cumplimiento a los procedimientos establecidos en su área de trabajo. El líder del proceso (Jefe de servicio de consulta externa): Persona que tendrá a su cargo el área de servicios de consulta externa.		
4. ELEMENTOS DEL PROCESO:		
ENTRADAS (INSUMOS)	ACTIVIDADES PRINCIPALES	SALIDAS (PRODUCTOS)
- Pacientes enfermos, accidentado o lesionados. - Suministros médicos - Documentos de identificación del paciente. (DUI, carné). - Formulario de registro.	- Solicitar una cita previa: Presencialmente: Acude al departamento de citas del hospital. Virtualmente: Utiliza el módulo virtual de referencia, retorno e interconsulta (RRI) del SIS. Por escrito: Pide que la institución que te refiere envíe una referencia escrita a la clínica. - Reúne los requisitos: Referencia interna: Si vienes de otros servicios de mismo Hospital Zacamil, necesitaras una referencia escrita o virtual en SIS. Referencia externa: Si acudes de establecimientos de salud del MINSAL, consultorios privados u otros centros, requiere	- Asistencia médica - Receta médica - Incapacidad - Ordenes de exámenes - Documento para archivo con historial clínico del paciente. - Paciente despachado, ingresado, referido o traslado a otro hospital.
PROVEEDORES INTERNOS		CLIENTES INTERNOS
- Personal médico y paramédico - Personal de comunicación y despacho - Personal administrativo - Vehículos y equipo propio		- Personal médico y de enfermería - Departamentos de soporte (farmacia, administración, radiología, servicios generales, laboratorio, terapia respiratoria, almacén, mantenimiento y registros médicos.).

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

PROVEEDORES EXTERNOS	una referencia escrita o en SIS, previa evaluación y aceptación por un especialista.	CLIENTES EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transporte (ambulancias) - Empresas capacitación (simulacros, mejora de respuesta ante incidentes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Acude a cita: Llega al hospital y sigue los pasos para ser atendido en la consulta externa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afiliados y derechohabientes que necesitan atención médica. - Otros hospitales o clínicas que necesitan de equipo o servicio que este tenga y otro no.
5. INDICADORES DE DESEMPEÑO		
5.1 Tiempo de espera para el ingreso	5.2 Incidentes de peligro	5.3 Manejo adecuado de D,B
<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: % Total de pacientes atendidos a tiempo/Total de pacientes atendidos)*100 - Frecuencia: Diario: 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: N° de trabajadores que reportan incidentes e incidentes peligrosos / N° de trabajadores en el departamento)*100 - Frecuencia: Mensual 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: Desecho adecuado del 100% de D.B - Formula: Total de D.B diario generados. - Frecuencia: diario
6. DOCUMENTOS DE APOYO	7. INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO	8. MATRIZ DE RIESGO DEL SIG
<ul style="list-style-type: none"> - Ley del seguro social - Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de los servicios de salud - Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA). - Documentos Institucionales Vigentes: 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio, camilla, equipo de cómputo, internet, software, iluminación, equipo médico, mobiliario, cestos recolectores de desechos sólidos y bioinfecciosos papelería y útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver matriz de riesgo para proceso misional
9. COMPETENCIA DEL CAPITAL HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> - Educación: Educación: Título de doctorado en medicina, título de licenciada en enfermería, título de enfermería (según función desempeñada en el proceso) 		


9.3 Servicios de Medicina Interna


 GOBIERNO DE EL SALVADOR	GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
	PROCESO DE SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA	
1. OBJETIVO:	2. ALCANCE:	
Proporcionar la atención necesaria a fin de recuperar la salud de los pacientes hospitalizados mediante atención médica especializada con calidad, calidez y oportunidad	Desde la recepción de documentos hasta la salida de consultorio médico.	
3. RESPONSABILIDADES:		
El líder del proceso (Gerente de servicios médicos) dará cumplimiento a los procedimientos establecidos en su área de trabajo. El líder del proceso (Jefe de servicio de medicina interna): Persona que tendrá a su cargo el área de servicios de medicina interna.		
4. ELEMENTOS DEL PROCESO:		
ENTRADAS (INSUMOS)	ACTIVIDADES PRINCIPALES	SALIDAS (PRODUCTOS)
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes enfermo, accidentado o lesionados - Suministros médicos - Documentos de identificación del paciente. (DUI, carné). - Formulario de registro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral: Brindar atención médica tanto a pacientes ambulatorios como a los que están ingresados en el hospital, enfocándose en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de padecimientos. - Manejo de enfermedades: Tratar 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médica - Receta médica - Incapacidad - Ordenes de exámenes - Documento para archivo con historial clínico del paciente.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos			
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 25/29

	<p>enfermedades agudas y crónicas, incluyendo casos complejos y aquellos que presentan múltiples enfermedades simultáneamente, que es una característica de la medicina interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación interdepartamental: Colaborar con otros servicios y especialistas del hospital para asegurar una asistencia médica completa al paciente. - Seguimiento y registro: Registrar la evolución de los pacientes y los tratamientos médicos aplicados, así como el control y la actualización de los registros clínicos. - Gestión de la calidad y seguridad: Implementar procesos para mejorar la atención, controlar la calidad de los insumos y equipos, y monitorear indicadores de salud para asegurar el buen funcionamiento del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente despachado, ingresado, referido o traslado a otro hospital.
PROVEEDORES INTERNOS		CLIENTES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y paramédico - Personal de comunicación y despacho - Personal administrativo - Vehículos y equipo propio 		<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y de enfermería - Departamentos de soporte (farmacia, administración, radiología, servicios generales, laboratorio, terapia respiratoria, almacén, mantenimiento y registros médicos.).
PROVEEDORES EXTERNOS		CLIENTES EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transporte (ambulancias) - Empresas capacitación (simulacros, mejora de respuesta ante incidentes) 		<ul style="list-style-type: none"> - Afiliados y derechohabientes que necesitan atención médica. - Otros hospitales o clínicas que necesitan de equipo o servicio que este tenga y otro no.
5. INDICADORES DE DESEMPEÑO		
5.1 Tiempo de espera para el ingreso	5.2 Incidentes de peligro	5.3 Manejo adecuado de D,B
<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: % Total de pacientes atendidos a tiempo/Total de pacientes atendidos)*100 - Frecuencia: Diario 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: N° de trabajadores que reportan incidentes e incidentes peligrosos / N° de trabajadores en el departamento)*100 - Frecuencia: Mensual 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: Desecho adecuado del 100% de D.B - Formula: Total de D.B diario generados. - Frecuencia: diario
6. DOCUMENTOS DE APOYO	7. INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO	8. MATRIZ DE RIESGO DEL SIG
<ul style="list-style-type: none"> - Ley del seguro social - Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de los servicios de salud - Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA). - Documentos Institucionales Vigentes: 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio, camilla, equipo de cómputo, internet, software, iluminación, equipo médico, mobiliario, cestos recolectores de desechos sólidos y bioinfecciosos papelería y útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver matriz de riesgo para proceso misional
9. COMPETENCIA DEL CAPITAL HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> - Educación: Titulo de doctorado en medicina, titulo de licenciada en enfermería, titulo de enfermería (según función desempeñada en el proceso). 		

9.4 Servicios de Pediatría

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
	PROCESO DE PEDIATRIA	
1. OBJETIVO:	2. ALCANCE:	
Proporcionar una atención integrada, eficaz y personalizada aumentando la capacidad de adaptación a las necesidades asistenciales, así como facilitar la	Desde la recepción de documentos hasta la salida de consultorio médico.	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

coordinación con Atención Primaria y con otros centros del ISSS y optimizar los procesos, buscando una atención ágil y dinámica y un uso eficiente de los recursos.

3. RESPONSABILIDADES:

El líder del proceso (Gerente de servicios médicos) dará cumplimiento a los procedimientos establecidos en su área de trabajo.
El líder del proceso (Jefe de servicio de pediatría): Persona que tendrá a su cargo el área de servicios de pediatría.

4. ELEMENTOS DEL PROCESO:

ENTRADAS (INSUMOS)	ACTIVIDADES PRINCIPALES	SALIDAS (PRODUCTOS)
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes enfermo, accidentado o lesionados - Suministros médicos - Documentos de identificación del paciente. (DUI, carné). - Formulario de registro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios preventivos: Control de niño sano: Seguimiento del desarrollo y crecimiento de los niños para asegurar un desarrollo adecuado. - Vacunación: Administración de vacunas para prevenir enfermedades infecciosas - Tamizaje neonatal: Realización de pruebas cardíacas en recién nacidos para detectar tempranamente cardiopatías congénitas y otros trastornos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médica - Receta médica - Incapacidad - Ordenes de exámenes - Documento para archivo con historial clínico del paciente. - Paciente despachado, ingresado, referido o traslado a otro hospital.
PROVEEDORES INTERNOS		CLIENTES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y paramédico - Personal de comunicación y despacho - Personal administrativo - Vehículos y equipo propio 	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios curativos: Atención en consulta externa: Consultas médicas y seguimiento de enfermedades en niños que no requieren hospitalización. Manejo de emergencias: Atención de urgencias pediátricas las 24 horas del día. Diagnóstico y tratamiento: Evaluación, diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades que afectan a niños y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y de enfermería - Departamentos de soporte (farmacia, administración, radiología, servicios generales, laboratorio, terapia respiratoria, almacén, mantenimiento y registros médicos.).
PROVEEDORES EXTERNOS		CLIENTES EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transporte (ambulancias) - Empresas capacitación (simulacros, mejora de respuesta ante incidentes) 		<ul style="list-style-type: none"> - Afiliados y derechohabientes que necesitan atención médica. - Otros hospitales o clínicas que necesitan de equipo o servicio que este tenga y otro no.


5. INDICADORES DE DESEMPEÑO

5.1 Tiempo de espera para el ingreso	5.2 Incidentes de peligro	5.3 Manejo adecuado de D,B
<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: % Total de pacientes atendidos a tiempo/Total de pacientes atendidos)*100 - Frecuencia: Diario: 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: N° de trabajadores que reportan incidentes e incidentes peligrosos / N° de trabajadores en el departamento)*100 - Frecuencia: Mensual 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: Desecho adecuado del 100% de D.B - Formula: Total de D.B diario generados. - Frecuencia: diario


6. DOCUMENTOS DE APOYO	7. INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO	8. MATRIZ DE RIESGO DEL SIG
<ul style="list-style-type: none"> - Ley del seguro social - Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de los servicios de salud - Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA). - Documentos Institucionales Vigentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio, camilla, equipo de cómputo, internet, software, iluminación, equipo médico, mobiliario, cestos recolectores de desechos sólidos y bioinfecciosos papelería y útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver matriz de riesgo para proceso misional


9. COMPETENCIA DEL CAPITAL HUMANO

- Educación: Educación: Titulo de doctorado en medicina, especialista en pediatría, titulo de licenciada en enfermería, titulo de enfermería (según función desempeñada en el proceso)

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


9.5 Servicios de Ginecología y Obstetricia.


	GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
	PROCESO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
1. OBJETIVO:	2. ALCANCE:	
Brindar asistencia a las derechohabientes en ginecología programada y de emergencia, así como las medidas de formación y prevención de la salud.	Desde la recepción de documentos hasta la salida de consultorio médico.	
3. RESPONSABILIDADES:		
El líder del proceso (Gerente de servicios médicos) dará cumplimiento a los procedimientos establecidos en su área de trabajo. El líder del proceso (Jefe de servicio de ginecología y obstetricia): Persona que tendrá a su cargo el área de servicios de ginecología y obstetricia.		
4. ELEMENTOS DEL PROCESO:		
ENTRADAS (INSUMOS)	ACTIVIDADES PRINCIPALES	SALIDAS (PRODUCTOS)
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes embarazadas, enfermo, accidentado o lesionados - Suministros médicos - Documentos de identificación del paciente. (DUI, carné). - Formulario de registro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta ginecológica: Para la atención y seguimiento de la salud reproductiva de la mujer. - Atención prenatal: Seguimiento a mujeres embarazadas para asegurar el bienestar materno y fetal. - Cirugía ginecológica: Realización de intervenciones quirúrgicas programadas para tratar diversas patologías - Colposcopia y crioterapia: Procedimientos de diagnóstico y tratamiento para afecciones del cuello uterino. - Atención obstétrica de emergencia: Manejo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como la hemorragia obstétrica. - Prevención y formación: Proporcionar información sobre la salud reproductiva y la prevención de enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médica - Receta médica - Incapacidad - Ordenes de exámenes - Documento para archivo con historial clínico del paciente. - Paciente despachado, ingresado, referido o traslado a otro hospital.
PROVEEDORES INTERNOS		CLIENTES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y paramédico - Personal de comunicación y despacho - Personal administrativo - Vehículos y equipo propio 		<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y de enfermería - Departamentos de soporte (farmacia, administración, radiología, servicios generales, laboratorio, terapia respiratoria, almacén, mantenimiento y registros médicos.).
PROVEEDORES EXTERNOS		CLIENTES EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transporte (ambulancias) - Empresas capacitación (simulacros, mejora de respuesta ante incidentes) 		<ul style="list-style-type: none"> - Afiliados y derechohabientes que necesitan atención médica. - Otros hospitales o clínicas que necesitan de equipo o servicio que este tenga y otro no.
5. INDICADORES DE DESEMPEÑO		
5.1 Tiempo de espera para el ingreso	5.2 Incidentes de peligro	5.3 Manejo adecuado de D.B
<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: % Total de pacientes atendidos a tiempo/Total de pacientes atendidos)*100 - Frecuencia: Diario: 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: N° de trabajadores que reportan incidentes e incidentes peligrosos / N° de trabajadores en el departamento)*100 - Frecuencia: Mensual 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: Desecho adecuado del 100% de D.B - Formula: Total de D.B diario generados. - Frecuencia: diario

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

6. DOCUMENTOS DE APOYO	7. INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO	8. MATRIZ DE RIESGO DEL SIG
<ul style="list-style-type: none"> - Ley del seguro social - Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de los servicios de salud - Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA). - Documentos Institucionales Vigentes: 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio, camilla, equipo de cómputo, internet, software, iluminación, equipo médico, mobiliario, cestos recolectores de desechos sólidos y bioinfecciosos papelería y útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver matriz de riesgo para proceso misional
9. COMPETENCIA DEL CAPITAL HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> - Educación: Educación: Título de doctorado en medicina, especialista en ginecología y obstetricia, título de licenciada en enfermería, título de enfermería (según función desempeñada en el proceso) 		

9.6 Servicios de cirugía

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL	
	PROCESO DE CIRUGIA	
1. OBJETIVO:	2. ALCANCE:	
Proporcionar servicio de cirugía ambulatoria centrado en la persona, con una atención de calidad a los derechohabientes que requieren intervenciones sin necesidad de días cama en las instalaciones del hospital	Desde la recepción de documentos hasta la salida de consultorio médico.	
3. RESPONSABILIDADES:		
El líder del proceso (Gerente de servicios médicos) dará cumplimiento a los procedimientos establecidos en su área de trabajo. El líder del proceso (Jefe de servicio de cirugía): Persona que tendrá a su cargo el área de servicios de cirugía.		
4. ELEMENTOS DEL PROCESO:		
ENTRADAS (INSUMOS)	ACTIVIDADES PRINCIPALES	SALIDAS (PRODUCTOS)
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes embarazadas, enfermo, accidentado o lesionados - Suministros médicos - Documentos de identificación del paciente. (DUI, carné). - Formulario de registro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía General: Procedimientos quirúrgicos en general. - Oftalmología: Intervenciones oculares, como cistoscopias. - Urología: Cirugías relacionadas con el sistema urinario. - Cirugía Plástica y Maxilofacial: Procedimientos en el ámbito de la cirugía plástica y la cirugía de la cabeza y el cuello. - Coloproctología: Cirugías relacionadas con el colon y el recto. - Ortopedia: Cirugía de huesos. Otorrinolaringología: Cirugías de oído, nariz y garganta. - Consulta Externa: Se brindan consultas especializadas para la evaluación y atención pre quirúrgicas de los 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médica - Receta médica - Incapacidad - Ordenes de exámenes - Documento para archivo con historial clínico del paciente. - Paciente despachado, ingresado, referido o traslado a otro hospital.
PROVEEDORES INTERNOS		CLIENTES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y paramédico - Personal de comunicación y despacho - Personal administrativo - Vehículos y equipo propio 		<ul style="list-style-type: none"> - Personal médico y de enfermería - Departamentos de soporte (farmacia, administración, radiología, servicios generales, laboratorio, terapia respiratoria, almacén, mantenimiento y registros médicos.).
PROVEEDORES EXTERNOS		CLIENTES EXTERNOS

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos		
	Código: SIG-HPZ-MN02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de transporte (ambulancias) - Empresas capacitación (simulacros, mejora de respuesta ante incidentes) 	pacientes. - Atención Integral: Se proporciona atención médica y de enfermería para pacientes ingresados y ambulatorios.	<ul style="list-style-type: none"> - Afiliados y derechohabientes que necesitan atención médica. - Otros hospitales o clínicas que necesitan de equipo o servicio que este tenga y otro no.
--	---	---

5. INDICADORES DE DESEMPEÑO


5.1 Tiempo de espera para el ingreso	5.2 Incidentes de peligro	5.3 Manejo adecuado de D.B
<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: % Total de pacientes atendidos a tiempo/Total de pacientes atendidos)*100 - Frecuencia: Diario: 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: 90% de cumplimiento - Formula: N° de trabajadores que reportan incidentes e incidentes peligrosos / N° de trabajadores en el departamento)*100 - Frecuencia: Mensual 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta: Desecho adecuado del 100% de D.B - Formula: Total de D.B diario generados. - Frecuencia: diario

6. DOCUMENTOS DE APOYO	7. INFRAESTRUCTURA DEL PROCESO	8. MATRIZ DE RIESGO DEL SIG
-------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Ley del seguro social - Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de los servicios de salud - Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA). - Documentos Institucionales Vigentes: 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio, camilla, equipo de cómputo, internet, software, iluminación, equipo médico, mobiliario, cestos recolectores de desechos sólidos y bioinfecciosos papelería y útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver matriz de riesgo para proceso misional
--	---	--

9. COMPETENCIA DEL CAPITAL HUMANO

-Educación: Educación: Titulo de doctorado en medicina, cirujano, titulo de licenciada en enfermería, titulo de enfermería (según función desempeñada en el proceso))

 <p>Hospital Policlínico Zacamil</p>	Manual de Procedimientos Gerencia de Servicios Médicos Análisis del contexto y partes interesadas pertinente		
	Código: SIG-HPZ-PR-01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR01

Análisis del contexto y partes interesadas pertinentes.

1. Objetivo:

Establecer la metodología para determinar el contexto de la organización de la Gerencia de Servicios Médicos, en relación con las cuestiones internas y externas de la empresa y de las partes interesadas y sus expectativas pertinentes al Sistema Integrado de Gestión.

2. Alcance:

Aplica a las actividades, procesos y servicios de Gerencia de Servicios Médicos. que pueden afectar el enfoque para el desarrollo y logro del Sistema integrado de Gestión.


3. Glosario

Parte interesada: Persona u organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

Contexto de la organización: Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de una organización para el desarrollo y logro de sus objetivos. En este proceso se entenderá las cuestiones pertinentes al Sistema Integrado de Gestión.

4. Responsabilidades:

Son responsables de aplicar y dar seguimiento a este procedimiento, los siguientes cargos:

 <p>Hospital Policlínico Zacamil</p>	Manual de Procedimientos Gerencia de Servicios Médicos Análisis del contexto y partes interesadas pertinente			
	Código: SIG-HPZ-PR-01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 2/5

- **Dirección y Administración del HPZ:** identificar y priorizar las partes interesadas claves y tomar decisiones estratégicas basadas en el análisis del contexto y las partes interesadas.
- **Especialista en SST:** Identificar riesgos internos y externos relacionados con la seguridad y salud laboral y recopilar las expectativas y necesidades de las partes interesadas internas (empleados, sindicatos) y externas (autoridades de SST).
- **Analista ambiental:** Evaluar y gestionar los riesgos y oportunidades ambientales y las necesidades de las partes interesadas relacionadas con el medio ambiente (comunidades, autoridades ambientales).
- **Jefaturas:** Comunicación de resultados. Coordinar con sus equipos la implementación de acciones derivadas del análisis en sus áreas.

5. Desarrollo del proceso:


Paso 1. Identificar partes interesadas Internas y Externas

Mediante el análisis de lluvia de ideas, y apoyándose con (**Anexo 6.3 de este procedimiento**), se identifican las partes interesadas internas y externas que tienen o pueden tener capacidad para afectar a la organización desde el punto de vista de seguridad y salud ocupacional y ambiental. Al menos se deben de considerar las siguientes entidades y público de interés:

- a. Dirección y administración del HPZ
- b. Entidades gubernamentales pertinentes relacionadas a aspectos ambientales y de SST en especial MARN y MTPS
- c. Empleados
- d. Derechohabientes
- e. Comunidad aledaña
- f. Proveedores
- g. Medios de comunicación

Paso 2. Identificar cuestiones internas y externas de la Organización

Para cada parte interesada se identificarán las cuestiones internas y externas (**Anexo 6.1 y 6.2 de este procedimiento**) que pueden afectar, ya sea positiva o negativamente, la forma en que

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procedimientos Gerencia de Servicios Médicos Análisis del contexto y partes interesadas pertinente			
	Código: SIG-HPZ-PR-01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 3/5

la organización gestiona sus responsabilidades en materia ambiental y de seguridad y salud ocupacional y que también afectan su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema integrado de gestión. Las cuestiones internas y externas que se deben considerar son:

- a) Las condiciones ambientales y de seguridad y salud ocupacional relacionadas con los riesgos laborales, la prevención de los riesgos laborales en los lugares de trabajo y las condiciones generales de los lugares de trabajo.
- b) El contexto cultural, social, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo externo, ya sea internacional, nacional, regional o local;
- c) Las características o condiciones internas de la organización, tales como sus actividades y servicios, dirección estratégica, cultura y capacidades.

Paso 3. Análisis de Comprensión de las Necesidades, Expectativas:


Una vez identificados las cuestiones externas e internas, se debe identificar las necesidades, y expectativas para cada una de las partes interesadas; estas se utilizarán para determinar los riesgos y oportunidades, de tal manera que se puede decidir acerca de aquellos aspectos que conlleven a mejorar el desempeño del sistema integrado de gestión del HPZ.

El análisis de Contexto de la Organización debe ser revisado y discutido al menos una vez al año. Debe ser actualizado cada vez que se identifique una nueva parte interesadas y debe ser aprobado por la dirección del HPZ. En ausencia de cambios significativos, se realizará un nuevo análisis completo del contexto cada 3 años.

6. Anexos:

6.1 SIG-HPZ-PR01-FOR01- Matriz de análisis de cuestiones internas y externas.

Matriz FODA del HPZ		
	Fortalezas	Debilidades
Oportunidades		
Amenazas		

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procedimientos Gerencia de Servicios Médicos Análisis del contexto y partes interesadas pertinente			
	Código: SIG-HPZ-PR-01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 5/5

7. Matriz de registros


Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PRO01-FOR 01	Matriz de análisis de cuestiones internas. Fortalezas y debilidades.	- Director - Administración	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PRO01-FOR 02	Modelos de Análisis PESTLA	- Director - Administración	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PRO01-FOR 03	Matriz de análisis de partes interesadas. Requisitos y necesidades	- Director - Administración	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR04

Identificación de peligros y evaluación de riesgos.

1. Objetivo

El objeto de este procedimiento es establecer la metodología mediante la cual se consiga: La identificación continua de los peligros que las actividades de la Gerencia de servicios médicos que puedan conllevar.

Efectuar la Evaluación sistemática y periódica de los Riesgos derivados de dichos peligros.
Registrar todo este proceso.

2. Alcance


Este procedimiento es aplicable a todas las actividades, procesos, procedimientos y servicios del Sistema Integrado de Gestión (Ambiental ISO 14001:2015/ Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018) prestados por Gerencia de servicios médicos.

3. Glosario

Riesgo Laboral: posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, el cual se podrá calificar, desde el punto de vista de su gravedad, valorando conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad de este.

Peligro: hecho, fenómeno o situación con capacidad de ser causante de producir daño en términos de lesiones, daños a la propiedad, o una combinación de ambos.

Análisis de Riesgos: utilización sistemática de la información disponible para identificar los peligros y estimar los riesgos a los trabajadores.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Condición de trabajo: cualquier característica de este que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador características de locales, instalaciones, equipos, productos, naturaleza de los agentes presentes en el ambiente, y todas aquellas otras características del trabajo.

Condición de trabajo insegura: Es aquella condición mecánica, física o de procedimiento inherente a máquinas, instrumentos o procesos de trabajo que por defecto o imperfección pueda contribuir al acaecimiento de un accidente.

Factor de Riesgo: elemento, persona o circunstancia generadora o causante de una situación de riesgo.

Identificación de los riesgos: Conjunto de procedimientos cualitativos destinados a poner de manifiesto situaciones potencialmente capaces de originar sucesos no deseables.


Evaluación de Riesgos: proceso dinámico dirigido a estimar la magnitud de los riesgos que no hayan podido evitarse o eliminarse, sirviendo, así como medio para la obtención de la información necesaria para tomar decisiones apropiadas sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre las medidas que han de tomarse.

Gestión de riesgos: aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión para analizar, valorar y evaluar los riesgos.

Control de riesgos: mediante la información obtenida en la evaluación de riesgos, es el proceso de toma de decisión para tratar y/o reducir los riesgos, para implantar las medidas correctoras, exigir su cumplimiento y la evaluación periódica de su eficacia.

4. Responsabilidades

- **Director del HPZ:** velar por la implementación del presente procedimiento.
- **Administración:** mantener al día una descripción actualizada de todos los puestos de trabajo existentes en la Gerencia de servicios médicos y su relación por área.
- **Jefes de área:** colaborar y participar en las actuaciones de identificación de peligros y describir las principales operaciones, bienes de equipos y sustancias químicas que manejan, tareas y actividades a desarrollar por puesto de trabajo.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- **Gestor del SIG:** aplicar el presente procedimiento con el fin de garantizar que se efectúen y mantengan actualizadas las evaluaciones de riesgos laborales exigidas por la normativa vigente, bien con medios propios o bien con el apoyo de una entidad externa, y en todo caso con la participación de los Jefes de Área.
- **Trabajadores:** colaborar en el momento de la Evaluación de Riesgos a fin de aportar información concreta sobre los puestos de trabajo a evaluar.

5. Desarrollo del proceso

5.1 Generalidades de la metodología adoptada

La metodología adoptada es de carácter cualitativa por medio de un análisis de listas de verificación. La principal fuente de consulta es el “Manual para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles (IPERC) (SUNAFIL, 2016)”.

5.2 Relación puestos de trabajos


El Director y la administración deberán mantener al día una relación de todos los puestos de trabajo existentes, en **SIG-HPZ-PR04-FOR01 Relación de puestos de trabajo, procesos y actividades** se muestra un ejemplo de cómo puede mantener esta información. Esta relación de puestos de trabajo será utilizada para efectuar la identificación de peligros, identificación de secciones y puestos de trabajo y evaluación de riesgos laborales.

5.2 Identificación de peligros

El Gestor del SIG con cada Jefe de áreas, para cada puesto de trabajo, deben obtener información para identificar los procesos productivos, las actividades y tareas que se realizan en la Gerencia de servicios médicos.

Esta información incluye las actividades y tareas no rutinarias del puesto de trabajo, así como las situaciones de emergencia a los que se encuentra expuesto el colaborador en cada puesto de trabajo bajo análisis. Además, para llevar a cabo la identificación de peligros, en conjunto deben retomar las siguientes preguntas:

- ¿Existe una fuente de daño?
- ¿Quién (o qué) puede ser dañado?

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- ¿Cómo puede ocurrir el daño?

El objetivo de esta etapa es identificar los peligros asociados a cada una de las tareas que forman parte de las actividades por cada puesto de trabajo y las actividades rutinarias y no rutinarias de los colaboradores de la Gerencia de servicios médicos.

Por lo tanto, el proceso de identificación de peligros se llevó a cabo en dos etapas:

El mapeo de procesos: se consideraron los procesos, actividades, tareas y el puesto de trabajo según anexo 6.1 **SIG-HPZ-PR04-FOR01 Relación de puestos de trabajo, procesos y actividades** **Identificación:** se procedió a identificar los peligros en cada uno de los puestos de trabajo conforme al anexo 6.2 **SIG-PR04-FOR02 Identificación de riesgos por puestos de trabajo**

5.3 Evaluación de riesgos y valoración

El Gestor del SIG procede a evaluar y valorar los riesgos de cada peligro detectado en la etapa anterior. Dicha evaluación lo desarrollará bajo los siguientes lineamientos: Para la evaluación se debe hallar el nivel de probabilidad de ocurrencia del daño, nivel de consecuencias previsibles, nivel de exposición y finalmente la valorización del riesgo: Para establecer el nivel de probabilidad (NP) del daño se debe tener en cuenta el nivel de deficiencia detectado y si las medidas de control son adecuadas según la **Tabla A:**

Tabla A. *Nivel de probabilidad*

Nivel de probabilidad	
Baja	El daño ocurrirá raras veces
Media	El daño ocurrirá en algunas ocasiones
Alta	El daño ocurrirá siempre o casi siempre

Para determinar el nivel de las consecuencias previsibles (NC) deben considerarse la naturaleza del daño y las partes del cuerpo afectadas según la **Tabla B.:**


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Tabla B. Nivel de consecuencia

Nivel de consecuencia	
Ligeramente dañino	Lesión sin incapacidad: pequeños cortes o magulladuras, irritación de los ojos por polvo. Molestias e incomodidad: dolor de cabeza, incomfort.
Dañino	Lesión con incapacidad temporal: fracturas menores. Daño a la salud reversible: sordera, dermatitis, asma, trastornos musculo esqueléticos.
Extremadamente dañino	Lesión con incapacidad permanente: amputaciones, fracturas mayores. Muerte. Daño a la salud irreversible: intoxicaciones, lesiones múltiples, lesiones fatales.

El nivel de exposición (NE), es una medida de la frecuencia con la que se da la exposición al riesgo. Habitualmente viene dado por el tiempo de permanencia en áreas de trabajo, tiempo de operaciones o tareas, de contacto con máquinas, herramientas, etc. Este nivel de exposición se presenta en la **Tabla C:**


Tabla C. Nivel de exposición

Nivel de exposición	
Esporádicamente	Alguna vez en su jornada laboral y con periodo corto de tiempo. Al menos una vez al año
Eventualmente	Varias veces en su jornada laboral, aunque sea con tiempos cortos. Al menos una vez al mes.
Permanentemente	Continuamente o varias veces en su jornada laboral con tiempo prolongado. Al menos una vez al día.

El nivel de riesgo se determina combinando la probabilidad con la consecuencia del daño, según la matriz de la **Tabla D:**

Tabla D. Nivel de riesgos

		Consecuencia		
		Ligeramente dañino	Dañino	Extremadamente dañino
Probabilidad	Baja	Trivial (4)	Tolerable (5-8)	Moderado (9-16)
	Media	Tolerable (5-8)	Moderado (9-16)	Importante (17-24)
	Alta	Moderado (9-16)	Importante (17-24)	Intolerable (25-36)

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Valoración del riesgo, con el valor del riesgo obtenido y comparándolo con el valor tolerable, se emite un juicio sobre la tolerabilidad del riesgo en cuestión, según la **Tabla E**:


Tabla E. Matriz de valoración del riesgo

Nivel de riesgo	Interpretación/significado	Significativo
Intolerable 25 – 36	No se debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos ilimitados, debe prohibirse el trabajo.	Si
Importante 17 - 24	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.	Si
Moderado 9 - 16	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un período determinado. Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas (mortal o muy graves), se precisará una acción posterior para establecer, con más precisión, la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejora de las medidas de control.	Si
Tolerable 5 – 8	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.	Si
Trivial 4	No se necesita adoptar ninguna acción.	Si

Finalmente, para poder calcular el nivel de riesgo se retoman los criterios establecidos en la **Tabla F**:

Tabla F. Criterio para cálculo del Nivel de Riesgo (NR)

Criterio para cálculo del Nivel de Riesgo (NR)							
N°	Probabilidad			Exposición al riesgo	Severidad	Estimación del nivel de riesgo	
	Personas expuestas	Procedimientos existentes	Capacitación			Consecuencia	Grado de riesgo
1	De 1 a 3	Existen, son satisfactorios y suficientes	Personal entrenado. Conoce el peligro y lo previene	Al menos una vez al año	Lesión sin incapacidad	Trivial (T)	4
				Esporádicamente	Confort/ Incomodidad	Tolerable (TD)	De 5 a 8
2	De 4 a 12	Existen, parcialmente y no son satisfactorios o suficientes	Personal parcialmente entrenado, conoce el peligro, pero no toma acciones de control	Al menos una vez al mes	Daño a la salud reversible	Moderado (M)	De 9 a 16
				Eventualmente	Lesión con incapacidad permanente	Importante (IM)	De 17 a 24

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

3	Más de 12	No existen	Personal no entrenado, no conoce el peligro, no toma acciones de control	Al menos una vez al día	Lesión con incapacidad permanente	Intolerable (IT)	De 25 a 36
				Permanentemente	Daño a la salud irreversible		

El valor cuantitativo se calculará:

$$Riesgo = Probabilidad \times Severidad$$

Dónde:

$$Probabilidad = \text{Índice de personas expuestas} + \text{Índice de procedimiento} + \text{Índice de capacitacion} + \text{Índice de exposicion}$$


La valoración que realice el Gestor del SIG debe ser plasmada en el **SIG-HPZ-PR04-FOR03 Matriz de Identificación de Peligros, Valoración del Riesgos y Determinación de Controles.**

5.4 Planificación para la acción

El resultado del proceso de identificación de peligros y evaluación de riesgos debe servir para mantener, diseñar o mejorar la prevención y el control de los riesgos. Es necesario contar con un plan para la implementación de las actividades o medidas de control que sean precisas después de la evaluación de riesgos. El Gestor del SIG en conjunto con los Jefes de Área debe establecer los controles o cambios en los controles existentes se debe considerar la reducción de los riesgos de acuerdo con la siguiente jerarquía:

- a. Eliminar el peligro
- b. Sustituir con procesos, operaciones, materiales o equipos menos Peligrosos
- c. Utilizar controles de ingeniería y reorganización del trabajo
- d. Utilizar controles administrativos, incluyendo la formación
- e. Utilizar equipos de protección personal adecuados

Por otro lado, las medidas de control son:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de peligros y evaluación de riesgos		
	Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


- **Control de Ingeniería:** pueden ser desde el ajuste o mantenimiento de la maquinaria, sustitución de la tecnología, aislamiento parcial de la fuente por paredes, encapsulamiento de la fuente, aislamiento del trabajador en cabinas insonorizadas, recubrimiento de techos y paredes por material absorbente de ondas sonoras; entre otras medidas de ingeniería.

- **Control Organizativo:** muchas de estas medidas son de índole administrativas y están destinadas a limitar el tiempo de exposición, número de trabajadores expuestos, descansos en ambientes adecuados y rotación de puestos, en gran medida se considera los aspectos laborales.

- **Control en el Trabajador:** se fundamentan en el control del riesgo sobre el hombre, se deben priorizar las medidas anteriores, pero en ocasiones son las únicas medidas posibles de cumplir. Ejemplo: Uso de equipos de protección personal (EPP), chequeo médico especializado, educación ocupacional y examen psicológico.


6. Anexos

6.1 SIG-HPZ-PR04-FOR01 Relación de puestos de trabajo, procesos y actividades

 Hospital Policlínico Zacamil	Relación de puestos de trabajo, procesos y actividades		
	Código: SIG-HPZ-PR04-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

N°	Puesto	Procesos	Actividades
1			
2			
3			

6.2 SIG-HPZ-PR04-FOR02 Identificación de riesgos por puestos de trabajo

 Hospital Policlínico Zacamil	Identificación de riesgos por puestos de trabajo		
	Código: SIG-HPZ-PR04-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025



Hospital Policlínico Zacamil

**Manual de Procesos
Gerencia de Servicios Médicos
Identificación de peligros y evaluación de riesgos**

Código: SIG-HPZ-PR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 10 /11
--------------------------------	--------------------	--	----------------------

7. Matriz de registros


Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG–HPZ-PRO04-FOR 01	Relación de puestos trabajo, procesos actividades	- Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG –HPZ-PRO04-FOR 02	Identificación de riesgos por puestos de trabajo	- Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG –HPZ-FOR 03	Matriz riesgos de y oportunidades del SIG.	- Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de aspectos ambientales significativos		
	Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR05

Identificación de Aspectos Ambientales Significativos

1. Objetivo

Establecer la metodología a aplicar para la identificación de los aspectos ambientales y valorar los impactos ambientales de las diferentes actividades de los procesos de la empresa, teniendo en cuenta la perspectiva de ciclo de vida para los servicios cubiertos bajo el alcance del Sistema Integrado de Gestión de HPZ, de manera que se determinen los aspectos ambientales significativos, y se planifiquen acciones para abordarlos.

2. Alcance


Este procedimiento abarca desde que se identifican los aspectos ambientales hasta el seguimiento a la eficacia de los controles operacionales de ZARTEX.

3. Glosario

Aspecto Ambiental: Elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que interactúa o puede interactuar con el medio ambiente.

Contaminación: La presencia o introducción al ambiente de elementos nocivos a la vida, la flora o la fauna, o que degraden la calidad de la atmósfera, del agua, del suelo o de los bienes y recursos naturales en general, conforme lo establece la ley.

Impacto ambiental: Cambio en el medio ambiente, ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de aspectos ambientales significativos		
	Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Medio ambiente: El sistema de elementos bióticos, abióticos, socioeconómicos, culturales y estéticos que interactúan entre sí, con los individuos y con la comunidad en la que viven, determinando su relación y sobrevivencia, en el tiempo y el espacio.

Recursos naturales: Elementos naturales que el hombre puede aprovechar para satisfacer sus necesidades económicas, sociales y culturales.

SIG: Sistema Integrado de Gestión

4. Responsabilidades:

- **Gerente general:** Responsable de aprobar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo de este procedimiento.
- **Jefes de área:** Apoyar en el desarrollo de este procedimiento en lo que a su proceso refiere.
- **Gestor del SIG:** Responsable de elaborar, desarrollar y velar por el cumplimiento de este procedimiento.


5. Desarrollo del proceso

5.1 Identificación de aspectos ambientales desde la perspectiva de ciclo de vida

El gestor del SIG en conjunto con el comité de gestión ambiental, los jefes de áreas de la Gerencia de servicios médicos, identifican o actualizan los aspectos ambientales de cada proceso que pertenecen al SGI, por lo menos una vez al año o por cambios que afecten en las operaciones de los procesos en las instalaciones de la organización. Para la determinación de los aspectos ambientales, se toman en cuenta todas las actividades ordinarias, las situaciones de emergencia asociadas a los procesos, que pueden interactuar con el medio ambiente.

Se procede a completar la información de la **Matriz de Identificación de Aspectos y Valoración de impactos ambientales de HPZ (SIG-HPZ-PR05-FOR01)**. Se detalla la “etapa del ciclo de vida”, en que se encuentra la actividad del proceso:

- **Diseño:** planificación de la estructura y funcionalidad de productos, procesos o servicios. **Adquisición de Materias Primas:** búsqueda y obtención de materias primas.
- **Producción:** puesta en marcha de los servicios o procesos.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de aspectos ambientales significativos		
	Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- Distribución: suplir las necesidades de transporte.
- Uso: Actividades uso del producto o servicio.
- Gestión de Residuos: gestión de los residuos generados al final de la vida útil del producto o servicio.

Definen el Aspecto Ambiental asociado a las actividades que se desarrollan en el proceso, en la columna de “Aspectos”. Completa la columna de “Capacidad de Control o Influencia” sobre las actividades de acuerdo con la siguiente descripción:

- **Controlable:** Aquellos sobre los que tiene capacidad directa de influir o modificar mediante acciones específicas de gestión.
- **No controlable:** Aquellos que influyen en las actividades de la empresa, pero sobre los cuales no se tiene capacidad directa de influencia o modificación.

Se identifica en la columna de “Condiciones” la naturaleza de las condiciones en las que se da el aspecto:


- **No normal:** Situaciones de contingencia o emergencias.
- **Normal:** Condiciones bajo las cuales la compañía opera de manera eficiente y segura.

5.2 Identificación de impactos ambientales

Una vez determinados los diferentes Aspectos Ambientales, el Gestor del SIG en conjunto con el comité de gestión ambiental, los Jefes de áreas de la Gerencia de servicios médicos identifican el o los Impactos Ambientales asociados, llenando la **Matriz de Identificación de Aspectos y Valoración de impactos ambientales de HPZ (SIG-HPZ-PR05-FOR01)** en la columna “Impacto Ambiental” en la sección “Descripción”.

Cada Impacto Ambiental debe ser preciso, teniendo en consideración la consecuencia probable o existente derivada de la interacción del Aspecto Identificado con el Medio Ambiente. En la columna “Carácter” se debe de colocar la naturaleza (positiva o negativa) de esta interacción.

- **Positivo:** Aquellos que benefician al medio ambiente.
- **Negativo:** Aquellos que deterioran el medio ambiente.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de aspectos ambientales significativos		
	Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5.3 Evaluación de impacto

El Gestor del SIG en conjunto con el comité de gestión ambiental, los Jefes de áreas de la Gerencia de servicios médicos evalúan el grado de importancia de los impactos reconocidos en el paso anterior. Dicha actividad se realiza sobre la base de los escenarios de peligro y las consecuencias para las personas y el medio ambiente.

La significancia de cada impacto se evalúa tomando los criterios presentados en anexo 1.

La cuantificación de la significancia se realiza de la siguiente manera:

Fórmula: Significancia S = A + B + C +D +E +F

Donde:

A: Severidad de impacto

B: Nivel del alcance geográfico del impacto

C: Probabilidades de Ocurrencia del impacto

D: Nivel de Preocupación -por la compañía, clientes y comunidades


E: Tiempo para corregir el impacto

F: Frecuencia de Ocurrencia del impacto

Nivel de significancia	Resultado
Baja	Menor de 18
Media	Igual o mayor a 18 y menor a 24
Alta	Igual o mayor a 24

El Gestor del SIG clasifica el grado de significancia de cada uno de los aspectos ambientales de acuerdo con los resultados de la evaluación hecha y considerando los siguientes niveles de puntuación

El valor de cada criterio, la cuantificación y el nivel de significancia se registra en la **Matriz de Identificación de Aspectos y Valoración de impactos ambientales de HPZ (SIG-HPZ-PR05-FOR01)**.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de aspectos ambientales significativos		
	Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5.4 Acciones para abordar aspectos ambientales negativos valorados como altos y medios

El Gestor del SIG en conjunto con el comité de gestión ambiental, los Jefes de áreas de la Gerencia de servicios médicos definen las acciones que ayuden a abordar los Aspectos Ambientales valorados como altos “igual o mayores a 24” para cada proceso bajo el formato de Acción de Mejora o Correctiva según corresponda, si el impacto no puede ser eliminado deberá estar incluido en un control operacional.

Los aspectos ambientales clasificados con significancia media “igual o mayor a 18 y menor a 24” deberán contar con un control operacional identificado en la matriz de Comunicación. Los aspectos menores a 18 son considerados bajos y no se necesita control operacional. Debe asegurarse que la cobertura de los controles operacionales establecidos en la Gestión Ambiental del SIG es la adecuada para este punto.

5.5 Comunicación de los aspectos e impactos por proceso y sus controles operacionales

El Gestor del SIG y el comité de gestión ambiental comunica los aspectos e impactos por proceso a los Jefes de Área, para que a su vez los comuniquen a todos sus colaboradores, así como las medidas y controles operacionales a implementar.

5.6 Verificación de la Eficacia del Seguimiento

El Gestor del SIG una vez ha realizado la comunicación de los aspectos e impactos ambientales y se ha realizado las acciones correspondientes, se procede a verificar el cumplimiento de los controles operacionales. Finalmente es el encargado de verificar la continuidad de las acciones establecidas, por ejemplo, que se mantengan las inspecciones o mantenimientos programados.



Hospital Policlínico Zacamil

Manual de Procesos
Gerencia de Servicios Médicos
Identificación de aspectos ambientales significativos

Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 6 /9
--------------------------------	--------------------	--	--------------------

6. Anexos

6.1 Anexo 1: Descripción de criterios para la evaluación de impactos ambientales

Nivel	SEVERIDAD	NIVEL GEOGRAFICO DEL IMPACTO	Carácter	Condiciones	Capacidad de control	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	NIVEL DE PREOCUPACIÓN	TIEMPO DE CORREGIR EL IMPACTO	FRECUENCIA
1	Inofensivo: Sin potencial de daño.	Aislado: El impacto está contenido en el sitio de la compañía, sin migración.	Positivo: Aquellos que benefician al medio ambiente.	Normales: Condiciones bajo las cuales la compañía opera de manera eficiente y segura.	Controlable: Aquellos impactos sobre los que se tiene capacidad directa de influir o modificar mediante acciones específicas de gestión.	Alejado - muy poco probable: Existe consciencia, capacitación, los procedimientos y controles operacionales son efectivos.	BAJA: Menor de 18	Poca preocupación: Sin preocupación de la mayor parte interesada sobre el impacto.	A corto plazo: El impacto puede ser corregido en 3 meses o Menos.	Raramente: El impacto ocurre 2 veces por año (en promedio) con menos frecuencia.
2	Suave: Daño potencial menor, fácilmente corregible.	Limitado: El impacto puede migrar a la comunidad donde la compañía está localizada, pero está contenido en una pequeña área adyacente.				Poco probable: Existe capacitación, existen procedimientos y controles operacionales efectivos pero el nivel de conciencia es bajo.		Preocupación secundaria (algunos): Por parte de algunas de las partes interesadas sobre el impacto.	Corrección del impacto: De 3 a 12 meses.	Intermitente: El impacto ocurre trimestralmente (en promedio).
3	Moderado: De alguna manera perjudicial corregible.	Local: El impacto puede migrar para las comunidades de los alrededores.	Negativo: Aquellos que deterioran el medio ambiente.	No normales: Situaciones de contingencia o emergencias.	No controlables: Aquellos que influyen en las actividades de la empresa, pero sobre los cuales	Moderado - una probabilidad razonable: Existe capacitación no completa, muy pocos son los procedimientos y los controles que no son efectivos aunque el nivel de conciencia es bajo.	MEDIA: Igual o mayor de 18 y menor a 24	Preocupación primaria: De algunas de las partes interesadas sobre el impacto.	El tiempo de Corrección del impacto: Es de 1 a 3 años Difícil de corregir, pero recuperable.	Regular: El impacto ocurre mensualmente (en promedio).




Hospital Policlínico Zacamil

**Manual de Procesos
Gerencia de Servicios Médicos
Identificación de aspectos ambientales significativos**

Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 7 /9
--------------------------------	--------------------	--	--------------------

4	Grave: Perjudicial pero no potencial fatal, difícil de corregir, pero recuperable.	Regional: El impacto puede migrar fuera de los alrededores de la comunidad local, en donde la compañía está localizada.			no se tiene capacidad directa de influencia o modificación	Probable - muy probable: Existe capacitación, pero la gran mayoría de los procedimientos y de los controles son efectivos o estos no están completos además de que no hay consciencia del personal.		Preocupación secundaria (todos): Por parte de todos o de la mayor parte interesada sobre el impacto.	El tiempo de Corrección del impacto: Es de 3 años o más – Es necesario un gran esfuerzo para corregir y recuperar.	Repetido: El impacto ocurre tres veces por semana (en promedio).
5	Severo: muy perjudicial o potencialmente fatal, se necesita un gran esfuerzo para corregirlo y recuperarlo.	Global: el impacto puede migrar fuera de la región, en donde se encuentra localizada la compañía.				Muy probable altamente a probabilidad: No existe capacitación, no se cuenta con procedimientos y controles y el personal no tiene consciencia.	ALTA: Igual o mayor a 24	Preocupación primaria: por todas las partes o para la mayoría de las partes sobre el impacto.	Irreversible – La corrección del impacto es irreversible.	Continuo: El impacto continuo ocurre 3 veces por semana o con más frecuencia.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Identificación de aspectos ambientales significativos		
	Código: SIG-HPZ-PR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

7. Matriz de registros


Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PRO05-FOR 01	Matriz de Identificación de Aspectos y Valoración de impactos ambientales de HPZ	- Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR10	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR10

Comunicación interna y externa

1. Objetivo

Establecer los mecanismos de comunicación interna y externa de la organización para cumplir las con los requisitos relacionados al Sistema de Integrado de Gestión de Ambiental y de SST y el correcto uso de los canales de comunicación.

2. Alcance

El procedimiento de comunicación interna y externa es de alcance para todo el personal de la organización, y partes interesadas externas.

3. Glosario


Cliente: Persona natural o jurídica que requiere de nuestros servicios y puede ser interna o externa.

Comunicación: Acción y efecto de comunicar o comunicarse mediante un código común que comparten el emisor y el receptor.

Comunicación interna: es la comunicación dirigida al cliente interno. Comunicación externa: es la comunicación dirigida al cliente externo.

Imagen institucional: Es el concepto que el consumidor tiene sobre la empresa y será adquirida a través de toda la información que perciba al respecto.

Canales de comunicación: Son los instrumentos utilizados para informar y comunicar mensajes de manera: textual, sonora, visual o audiovisual.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR10	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

4. Responsabilidades

- **Gerente general:** Responsable de aprobar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo de este procedimiento.
- **Jefes de área:** Apoyar en el desarrollo de este procedimiento en lo que a su proceso refiere.
- **Gestor del SIG:** Responsable de elaborar, desarrollar y velar por el cumplimiento de este procedimiento.


5. Desarrollo del proceso:

5.1. Procedimiento de Comunicación Interna.

El director, la administración y los jefes de la gerencia de servicios médicos son los responsables de la comunicación de la cultura organizacional entre los miembros del HPZ para el fortalecimiento del ambiente y/o clima laboral. Los lineamientos aprobados respecto al Sistema de Integrado de Gestión por el director y administración general deben ser comunicados por los jefes de áreas vía oral, periódicos murales, correo electrónico institucional dentro de las 36 horas de la aprobación.

El gestor SIG y los jefes de áreas de la gerencia de servicios médicos son responsables de revisar y comunicar la información correspondiente a los aspectos ambientales significativos, elementos de seguridad y salud en el trabajo, así como temas legales vigentes. Además, deben comunicar actualizaciones o cambios legales en materia relevante que implique generar actualizaciones o cambios al sistema de gestión.

Cada responsable de área debe confirmar recepción y puesta en ejecución de los lineamientos aprobados por la alta dirección. Toda información de índole legal deberá estar disponible para consulta en el apéndice legal del repositorio electrónico de HPZ y debe ser publicada por los jefes de área. Todo cambio en la documentación relacionada al Sistema Integrado de Gestión será actualizado en los medios disponibles para este fin **SIG-HPZ-PRO10-FOR01**.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR10	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 3/4

5.2 Procedimiento de comunicación externa

Todo cambio en el Sistema Integrado de Gestión deberá ser comunicado a las entidades reguladoras y otras partes interesadas en temas puntuales y relevantes de acuerdo con los lineamientos de comunicaciones.


Toda comunicación con impacto en la SST y el desempeño ambiental deberá ser comunicado a la entidad reguladora y otros interesados oportunamente según su nivel de premura.

Toda comunicación sobre el sistema cambios o revisiones sobre el Sistema Integrado de Gestión, deberá ser comunicada de manera oportuna a los clientes, proveedores, entidades reguladoras y otros interesados de acuerdo con la matriz de comunicaciones establecida para este procedimiento **SIG-HPZ-PR10-FOR02 Matriz de actividades de comunicación externa.**


Las quejas, sugerencias o reclamos deben ser recopilados de forma inmediata por el área involucrada. Asimismo, esta área es responsable de buscar los mecanismos de solución de acuerdo con el tipo de solicitud presentada **SIG-HPZ-PRO10-FOR01 Matriz de actividades de comunicación interna.**

6. Anexos

6.1 SIG-HPZ-PR10-FOR01 Matriz de actividades de comunicación interna.

 Hospital Policlínico Zacamil	Matriz de actividades de comunicación interna			
	Código: SIG-HPZ-PR10-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

Que comunicar	Quien debe comunicar	A quien comunicar	Medio de comunicación	Cuando

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR10	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 4/4

6.2 SIG-HPZ-PR10-FOR-02 Matriz de actividades de comunicación externa

N°	Actividad	Responsable	Documento	Descripción de la actividad

7. Matriz de registros


Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PR10-FOR01	Matriz de actividades de comunicación interna.	Administración	Electrónico	Administración	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR10-FOR02	Matriz de actividades de comunicación Externa.							

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR11

Procedimiento para el control de la documentación y los registros.

1. Objetivo

Describir los distintos niveles y tipos de documentación que soporta el Sistema Integrado de Gestión de la organización, así como los mecanismos de elaboración, comprobación, codificación, aprobación, modificación y gestión de estos.

2. Alcance


Este procedimiento aplica a todos los documentos y registros generados por el Sistema de Sistema Integrado de Gestión NTS ISO 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo y NTS ISO 14001:2015 de la Gerencia de Servicios Médicos.

3. Glosario

Documento: medio que se emplea para describir o controlar qué se debe hacer, quién debe hacerlo, cuándo, dónde y cómo debe llevarse a cabo y que puede ser revisado para reflejar cambios en las circunstancias. El término documento incluye los internos (procedimientos e instrucciones) y los externos (reglamentos y normas).

Procedimiento: documentos que describen cómo realizar en la práctica aquellas actividades relacionadas con el SIG.

Registro: documento que presenta resultados obtenidos, o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

4. Responsabilidades

Director: Responsable de aprobar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo de este procedimiento.

Jefes de área: Apoyar en el desarrollo de este procedimiento en lo que a su proceso refiere.

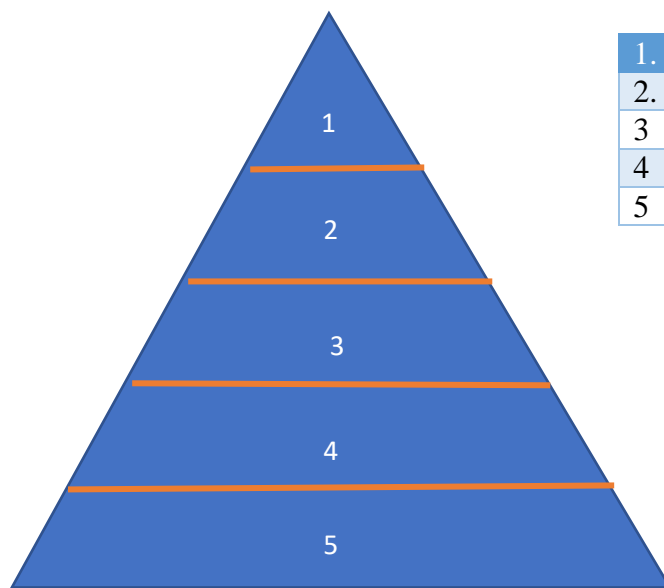
Gestor del SIG: Responsable de elaborar, desarrollar y velar por el cumplimiento de este procedimiento.

Personal de TI: Apoyar en el desarrollo de este procedimiento en lo que a la gestión documental electrónica se refiere.

5. Desarrollo del proceso:

5.1 Estructura documental


La estructura documental del SIG es de la siguiente manera:



1.	Manuales
2.	Procedimiento
3.	Formulario
4.	Instructivo
5.	Documento Externo

Su identificación se realiza de la siguiente manera:

Documento	Identificación
Manual	SIG-HPZ-MN-Z
Procedimientos	SIG-HPZ-PR-X
Formularios	SIG-HPZ-PRX-FORY
Instructivos	SIG-HPZ-IR-V
Documentación externa	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5.2 Elaboración de documentos

El personal de la Gerencia de servicios médicos del HPZ solicita al gestor del SIG la elaboración, revisión, eliminación o modificación de un documento. El formato por utilizar para la elaboración de los documentos se presenta en el Anexo 6.1 Descripción de los elementos de los documentos del SIG. Al final de cada documento se registrará el nombre y firma de la persona que lo elaboró.

El gestor del SIG debe revisarlo para garantizar el cumplimiento de lo establecido en el punto 5 y 6 de este documento. Otros aspectos a revisar podrán ser respecto al contenido, aplicación e idoneidad.

Todas las observaciones que sean identificadas serán trasladadas a la persona que elaboró el documento. La revisión será registrada con el nombre y firma del gestor del SIG.

Los documentos serán aprobados por el Director del HPZ una vez la etapa de revisión haya finalizado. La aprobación será registrada con el nombre y firma del Director del HPZ; la fecha de edición del documento será el momento en el cual se realice dicha aprobación.

Se revisa y adecua, posteriormente se somete para aprobación de quien elaboró y gestor del SIG. La firma de ambos cargos deberá colocarse en el documento junto con la fecha de aprobación, la cual corresponderá a la fecha de edición del formulario.

Posterior a la aprobación, el gestor del SIG actualiza la **Lista maestra de documentos del SIG SIG-HPZ-PR11-FOR01**. Sustituye el nuevo documento y notifica sobre la creación, modificación o eliminación del documento.

Todos los documentos del SIG que son publicados por la Gerencia de Servicios Médicos de forma digital contendrán las iniciales en concepto de firma. Todos los documentos originales son resguardados por el gestor del SIG.

5.3 Vigencia y versión de los documentos.


Todo documento del SIG entra en vigencia el mismo día de su aprobación. El cambio de versión se realiza cada vez que se realiza una revisión del documento.

5.4 Documentos obsoletos.

La versión anterior del documento es sustituida por la nueva. Si es necesario mantener una copia de la versión que se sustituye, esta es identificada como documento obsoleto en la primera página.

5.5 Control de documentos.

Todos los documentos son controlados en la **Lista maestra de documentos del SIG, SIG-HPZ-PR11-FOR01** y se encuentran a disposición del personal de la Gerencia de servicios médicos en el sistema informático que se administra.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5.6 Control de registros.

Los registros se conforman por los formularios que evidencian el cumplimiento de los procedimientos del SIG. Otro tipo de registros son los utilizados para respaldar una medición o dato, tales como recibos, facturas, hojas de entrega de proveedores u otros.

El sistema de gestión cuenta con dos tipos de registros: impresos y electrónicos. Los registros impresos son almacenados de tal forma que se garantice la seguridad y confidencialidad de los mismos. Los registros impresos se almacenan por las personas que delegue el gestor del SIG.

Los registros electrónicos se almacenan en el sistema informático del HPZ. Toda la información que sea colocada en los registros de manera escrita debe estar en lapicero. Si se comete un error al momento de registrar el valor erróneo no debe ser borrado, se debe tachar con una línea horizontal y colocar la firma y fecha de la persona que realizó la corrección.

5.7 Control de cambios.

Toda modificación realizada a algún documento debe de ser identificado en letra negrita.

Los documentos se revisan y actualizan según sea necesario. Si un documento sufre varias revisiones se puede emitir una nueva versión en limpio y en esta indicar en el pie de página que el documento fue modificado en su totalidad a partir de esta edición y por lo tanto no se identifican los cambios.


5.8 Mantenimiento y disposición.

El tiempo de almacenamiento de los registros impresos asociados al Inventario de SGI se mantienen por un periodo de al menos 3 años. Posteriormente se realiza respaldo electrónico de estos y se disponen como material reciclado. Los registros electrónicos se resguardan en el servidor del HPZ por un periodo de al menos 3 años. Las copias de seguridad de estos se generan de manera mensual.

6. Anexos

6.1 Descripción de los elementos de los documentos del SIG

6.1.1 Manual

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Describe el Sistema de Integrado Gestión Ambiental y de SST implementado en la organización, cubriendo los requisitos de la norma NTS ISO 45001:2018 e NTS ISO 14001:2015. En este Manual se hace referencia a todos los procedimientos del SIG.

6.1.1.1 Identificación y elaboración

- El manual debe estar compuesto de la siguiente identificación:
- Portada y firmas de elaboración, revisión, aprobación y fecha.
- Índice de secciones y revisiones.
- Alcance del Sistema, incluyendo la justificación de cualquier exclusión.
- Desarrollo de los capítulos que componen el Manual del SIG.

6.1.2. Procedimientos

6.1.2.1 Identificación y elaboración

Los procedimientos se identifican con las letras PR (procedimiento) seguida de dos dígitos 01 -02 -03. En todos los procedimientos se indica en el encabezado el código y el nombre del procedimiento, la revisión, así como la página que corresponde del total.


Los Procedimientos son elaborados e identificados por los jefes de áreas, revisados por el gestor del SIG y finalmente aprobados por la gerencia general.

6.1.2.2 Descripción del procedimiento

Todas las páginas de un procedimiento tienen un encabezado donde figura:

- Logotipo Hospital Policlínico Nacional.
- Nombre del procedimiento.
- Código del procedimiento.
- Página del total de páginas.
- Revisión (número de revisión)

En el apartado 9 debe aparecer: el número de revisión, la fecha de revisión, seguido de la próxima revisión, nombre del modificador y la razón del cambio, tal y como se puede ver:


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

N° de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

Se dejará constancia de las últimas cinco revisiones.

Los apartados que debe contener un procedimiento son:


1. **Objetivo:** Se indicará de forma breve el fin/es del procedimiento.
2. **Alcance:** Se indicarán aquellos factores, tanto materiales como humanos, afectados por el procedimiento.
3. **Glosario:** Se aclaran las palabras o términos necesarios para una mejor comprensión del procedimiento.
4. **Responsabilidades:** Se especifican los departamentos y/o personas implicadas en la actividad que detalla el procedimiento, que son los que pueden poseer copia del mismo.
5. **Desarrollo del proceso:** Se describe de forma detallada el desarrollo de la actividad. Esta explicación puede ir precedida cuando se considere oportuno por el diagrama de flujo que resume la actividad descrita.
6. **Anexos:** Se incluirá la información complementaria al documento (formularios y registros). En caso de ausencia de esta sección se escribe “No presenta”.
7. **Matriz de registros:** En esta tabla se resumirán la información clave formularios incluidos en los anexos de forma más estructurada. La tabla contiene los siguientes campos:
 - ✓ Código: Código con que se identifica el documento
 - ✓ Registro: Se identifica el registro con su título
 - ✓ Responsable de elaboración: en este apartado se define la función de la persona responsable del llenado del registro.
 - ✓ Medio: Físico o electrónico
 - ✓ Archivo: en este punto se hace referencia al lugar, al responsable y al criterio de

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 7/8

almacenamiento del registro durante el tiempo establecido. En caso de que sean registros electrónicos, se debe definir carpeta electrónica que lo contiene y responsable. El gestor del SIG debe asegurarse que cada 6 meses se realiza una copia de seguridad de toda la documentación electrónica generada por el SIG.


- ✓ Tiempo de retención: se establece el tiempo de retención durante el cual el registro permanece a disposición o como archivo dentro de la organización.
 - ✓ Disposición final: Este apartado hace referencia al destino final del registro cuando se cumple el tiempo de retención establecido para el mismo.
8. Aprobación: Incluye la forma de la persona autorizada, es evidencia de que se ha revisado, validado y da su conformidad considerando que cumple con los requisitos, objetivos y estándares necesarios.
 9. Control de cambios: Tabla donde se especifica cualquier modificación fechas de revisión y razones del cambio.

6.2 SIG-HPZ-PR11-FOR01 Lista maestra de documentos del SIG

 Hospital Policlínico Zacamil	Lista maestra del SIG			
	Código: SIG-HPZ-PR11-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

DOCUMENTOS INTERNOS

Código	Nombre	Edición	Fecha de edición	Tipo de registro
SIG-HPZ-MN01	Manual del Sistema Integrado de Gestión	1	15/09/20245	Electrónico
SIG-PR11-FOR01	Lista Maestra del SIG	1	15/09/20245	Electrónico

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR11	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

DOCUMENTOS EXTERNOS

N°	Nombre	Responsable de control
1	NTS ISO 14001:2015 Sistemas de gestión ambiental — Requisitos con orientación para su uso.	Gestor del SIG
2	NTS ISO 45001:2018 Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo — Requisitos con orientación para su uso	Gestor del SIG
3		

7. Matriz de registros


Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PRO11-FOR 01	Lista maestra de documentos del SIG	- Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR15

Gestión de auditorías internas

1. Objetivo

Verificar la implementación, operación, mantenimiento y conformidad del Sistema de Integrado de Gestión Ambiental y de la Seguridad y Salud en el Trabajo para la Gerencia de Servicios Médicos.

2. Alcance

El alcance del procedimiento de gestión de auditorías internas abarca a todo el personal designado como auditor interno, al gestor del SIG y el personal de las áreas en las cuales se hará auditoría, comprende desde la planificación hasta la entrega del informe de auditoría.

3. Glosario

Auditoría: Proceso sistémico, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera imparcial con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de la auditoría.


Programa de la auditoría: acuerdo para un conjunto de unas o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Criterios de auditoría: conjunto de requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia objetiva.

Evidencia objetiva: datos que respaldan la existencia o veracidad de algo

Evidencia de la auditoría: registros, declaraciones de los hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Conclusiones de la auditoría: resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

Auditor: persona que lleva a cabo una auditoría.

Equipo auditor: uno o más personas que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Experto técnico: persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.

Plan de auditoría: descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

Alcance de la auditoría: extensión y límites de una auditoría.

Competencia: Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr los resultados previstos. Conformidad: cumplimiento de un requisito.

No conformidad: incumplimiento de un requisito.

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable.

4. Responsabilidades:

Director: Responsable de aprobar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo de este procedimiento.

Jefes de área: Apoyar en el desarrollo de este procedimiento en lo que a su proceso refiere.

Gestor del SIG: Responsable de elaborar, desarrollar y velar por el cumplimiento de este procedimiento


Todas las áreas: Participar activamente en el desarrollo de las auditorías internas a realizar dentro de la organización.

5. Desarrollo del proceso

5.1 Planificación del programa de auditoría interna

En el programa anual de auditorías se establece como mínimo una auditoría interna completa al SIG al año. Se pueden programar auditorías internas:

- Por requisito de la norma en varias jornadas
- Por área organizacional en varias jornadas
- De forma completa (todas las áreas y requisitos en una sola jornada)

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


Si se identifica a partir de una auditoría interna o externa debilidad en la implementación de un requisito de la norma, el Gestor del SIG podrá programar auditorías internas adicionales. Las auditorías recibidas por organizaciones externas relacionadas con el SIG se deberán colocar en el programa.

El Gestor del SIG considerando el alcance y los objetivos designa al equipo auditor para cada auditoría a realizar. Para ser asignado con ese rol, el candidato deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Poseer conocimientos de la normativa ISO14001:2015/ISO 45001:2018/ISO 19011:2018.
- Tener capacidad de análisis de las actividades y procesos a evaluar y de los resultados obtenidos.
- Haber recibido formación como auditor Ambiental/ Seguridad y Salud en el Trabajo.
- El auditor líder del equipo además de cumplir con los requisitos anteriores, debe de tener habilidades y conocimientos sobre trabajo en equipo, liderazgo, resolución de conflictos.
- También debe de tener experiencia realizando auditorías de este tipo.
- Cualquier miembro del equipo auditor debe ser independiente del área a auditar.

Según su designación, las funciones a realizar por los miembros del equipo evaluador son:

Puesto	Función
Auditor Líder	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar plan de auditoría en conjunto con el Gestor del SIG. - Realizar evaluación documental. - Elaborar lista de verificación. - Asignar responsabilidades al equipo auditor. - Dirigir la reunión inicial y de cierre de las auditorías. - Elabora informe de auditor - Evaluar al equipo auditor

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


Puesto	Función
	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar al auditor en entrenamiento
Auditor	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar lista de verificación. - Realizar evaluación documental. - Elabora informe de auditoría. - Supervisar al auditor en entrenamiento.
Auditor en entrenamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar evaluación documental. - Comunicar hallazgos al auditor líder o técnico. - Auditar los requisitos que se le asignen

El equipo auditor puede estar conformado por un auditor líder o por un auditor líder y los auditores que se consideren necesarios, incluyendo a los auditores en entrenamiento.

El Gestor del SIG elabora el **Programa Anual de Auditorías SIG-HPZ-PR15-FOR01**. El programa es aprobado por el Gerente General. Finalizada la elaboración y aprobación del Programa Anual el Gestor del SIG lo da conocer a todo el personal de la empresa.

5.2 Revisión documental

Para iniciar con la ejecución de las auditorías, el Gestor del SIG entrega los documentos que apliquen al equipo auditor para que revisen la documentación a auditar y determinar la conformidad del SIG con los criterios de la auditoría establecidos. La documentación puede incluir procedimientos, formatos, normas, registros e informes de auditorías previas.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5.3 Elaboración del Plan de auditoría

El auditor líder y el Gestor del SIG elaboran el **Plan de Auditoría SIG-HPZ-PR15-FOR02**, el cual se distribuye a todas las personas que serán auditadas 10 días hábiles antes de la auditoría para que emitan sus comentarios.

Los auditados pueden observar el plan de auditoría y enviar sus observaciones al Gestor del SIG para que traslade las observaciones al auditor líder y las considere. Las modificaciones que sean realizadas serán incorporadas al Plan de auditoría si procediera y se envía nuevamente al área a auditar para su aprobación.

Si no hay observaciones al Plan de Auditoría se mantiene el enviado en un inicio.

5.4 Preparación de los documentos de trabajo.


Los miembros del equipo auditor preparan la **Lista de verificación SIG-HPZ-PR15-FOR03**. Toda la evidencia de conformidad será documentada en este formulario. Cada auditor completará los requisitos asignados.

Todas las listas serán entregadas al Auditor Líder para consolidar en un solo registro la información recolectada por el equipo auditor.

5.5 Realización de la auditoría

En las fechas programadas se realiza la auditoría teniendo en cuenta las siguientes etapas:


- **Reunión inicial:** Esta reunión será dirigida por el auditor líder y tiene como propósito: confirmar el plan de auditoría, proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de la auditoría, confirmar los canales de comunicación y proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas. Los presentes en la reunión de inicio deben registrarse una lista de asistencia.
- **Auditoría in situ:** El auditor dispone a evaluar el área asignada según como se ha establecido en el Plan de auditoría. El equipo auditor debe de buscar evidencia del cumplimiento de los criterios auditados y respaldar este cumplimiento anotando la evidencia encontrada. Durante la auditoría se pueden identificar no conformidades y oportunidades. Se entenderá para cada término:

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- ✓ No conformidad: Tipo de hallazgo que se establece cuando no se cumple con los requisitos de los criterios de auditoría.
 - ✓ Oportunidades: Hallazgo sobre los documentos o las prácticas (actuar) de la empresa que tienen potencial de mejora, pero todavía cumplen con los requisitos. Las no conformidades y oportunidades detectados se documentan en la lista de verificación y se tratan de comunicar al auditado en el momento en el cual se han detectado. Finalizada la auditoria in situ, el equipo auditor discute los hallazgos encontrados y hace un recuento de lo detectado.
- **Reunión de cierre:** El audito líder realiza la reunión de cierre con el propósito de comunicar los aspectos positivos y desviaciones del SIG detectadas por el equipo auditor durante la auditoria. Debe de registrarse en una lista de asistencia.
 - **Informe de la auditoria:** El equipo auditor elabora el informe de auditoría según lo establecido en el **Informe de auditoría interna SIG-HPZ-PR15-FOR04** y lo entrega al Gestor del SIG al menos 5 días hábiles después del cierre de la auditora para su distribución. Los encargados de los procesos tienen 5 días hábiles para realizar apelaciones en relación con los hallazgos presentados en el informe. Para esto debe de convocar a reunión a jefe de área, equipo auditor y Gestor del SIG para exponer las justificaciones. Si la apelación se da como válida, el equipo auditor debe de realizar las correcciones al informe y entregarlo nuevamente al jefe de área. Si la apelación no es válida, se continua el proceso a las acciones correctivas o preventivas requeridas.
 - La auditoría finaliza con la entrega del informe. **NOTA:** Si se planifican auditorias por áreas o requisitos en varias jornadas se deberá entregar un Informe de auditoría interna en cada jornada. Finalizada la evaluación de todas las áreas o requisitos se emitirá un informe de todas las jornadas.

5.6 Seguimiento de la auditoria.

El auditado debe establecer las acciones a implementar. Las no conformidades detectadas deben ser tratadas según lo indicado en el **Procedimiento de Acciones correctivas y de mejora SIG-HPZ-PR17**.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

5.7 Equipo Auditor


El Gestor del SIG es responsable de elaborar y ejecutar el plan de formación del equipo auditor. Dentro del padrón de auditores internos se cuenta con tres funciones:


- Auditor Líder
- Auditor
- Auditor en entrenamiento.

Un auditor en entrenamiento puede ser cualquier persona con interés de formarse como tal en el SIG. Debe conocer al menos las normativas a evaluar para poder atender las funciones del cargo.

6. Anexos

6.1 SIG-PHZ-PR15-FOR01 Programa Anual de Auditorías

 Hospital Policlínico Zacamil	Programa Anual de Auditorías		
	Código: SIG-HPZ-PR15-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
Año Programa: Nivel de Seguridad:Confidencial	Vigente Desde:	Elaborado por: Aprobado por:	
Actualizado el: Año: Objetivos del programa: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la compatibilidad y la alineación de los objetivos del sistema de gestión con la dirección estratégica de la organización. • Alcance: incluye todos los procesos del mapa de procesos de la organización aplicables al Sistema Integrado de Gestión. 			
Riesgos y Oportunidades:			
Riesgo		Acciones	
No cumplir con los objetivos definidos en el programa por falta de recursos		Gestionar los recursos con la alta dirección a través de la elaboración de un presupuesto	
Oportunidades		Acciones	
Fortalecer capacidades de personal con poca experiencia en la realización de auditorías internas en la organización		Incluir en la programación anual de auditorías a personal con poca experiencia en auditorías internas en calidad de	


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

	observadores para el fortalecimiento de sus competencias en el tema
Competencia del equipo Auditor:	Auditor líder: Auditor:
Recursos Necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos financieros: • Métodos de auditoría a utilizar: • Tiempo: • Otros:


N°	Proceso(s)	Tipo Auditoría	Mes	Fecha Inicio	Duración	Frecuencia	Criterio de Auditoría	Método de Auditoría	Información Documentada Relevante
1									
2									
3									
4									

Elaborad o por: Aprobado por:

6.2 SIG-PHZ-PR15-FOR02 Plan de auditoría

 Hospital Policlínico Zacamil	Plan de auditoría		
	Código: SIG-HPZ-PR15-FOR02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

N.º de Plan de auditoría: Año Programa: Nivel de Seguridad: Confidencial	Vigente Desde:	Elaborado por: Aprobado por:
Actualizado el: Año: Objetivo del plan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el grado de cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión implementado en la empresa conforme a la norma ISO 14001:2015 e ISO 45001:20018 Alcance: Procesos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestión de residuos peligrosos Ubicación: Tiempo: Riesgos y Oportunidades:		

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 9/12


Riesgos	Acciones
Oportunidades:	Acciones

Auditor Líder	Nombre y puesto
Auditor 1	Nombre y puesto
Auditor 2	Nombre y puesto

Fecha	Hora	Auditor	Área / Departamento / Proceso / Función	Persona de contacto
09/09/2025	8:00 am – 8:15 am	Auditor Líder	Reunión de Apertura	Persona a convenir por la organización.


Elaborado por: Aprobado por:

6.3 SIG-PR15-FOR03 Lista de Verificación

 Hospital Policlínico Zacamil	Lista de Verificación			
	Código: SIG-HPZ-PR15-FOR03	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1


N.º de Plan de auditoría: N.º Auditoría:		Año Programa: Fecha de auditoría:					Elaborado por: Aprobado por:	
Nombre del auditor								
Proceso auditado								
Área auditada								
Nombre del auditado/puesto								
Pregunta		Hallazgos					Descripción	
Nº	Criterio	C	NC	OB	OM	NA		
Nombre del capítulo evaluado								
Nombre y número del requisito evaluado								

C: conformidad, NC: no conformidad, OB: Observación, OM: oportunidad de mejora, NA: No aplica
CRITERIO: requisitos normativos, legales y reglamentarios del SGC y otras categorías

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 10/12

a evaluar, por ejemplo: POA, cumplimiento de indicadores, requisitos de clientes, reglamentos, entre otros, según la naturaleza del proceso a auditar.

6.4 SIG-HPZ-PR15-FOR04 Informe de Auditoría

 Hospital Policlínico Zacamil	Informe de Auditoría			
	Código: SIG-HPZ-PR15-FOR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1


N.º de Plan de auditoría:	Año Programa:		Elaborado por:	
N.º Auditoría:	Fecha de auditoría:		Revisado por:	
N.º Informe de auditoría:			Fecha de elaboración:	
Representante de la organización (Cliente de la Auditoría)				
Lugares auditados y dirección:				
Equipo auditor:	Auditor Líder:			
	• Auditor 1:			
	• Auditor 2:			
Fecha de informe:				
Objetivo de la Auditoría:				
Alcance de la Auditoría:	Normativo:			
	• Procesos			
	• Ubicación			
	• Tiempo:			
Criterio de Auditoría:				
Método utilizado en auditoría:				
Resultado de la auditoría:	Presenta NC	Resumen de Resultados:	Nº NC: Nº OBS: Nº Fortalezas: Nº OM:	
	No Presenta NC			

Evidencias de auditoría:

Las evidencias mostradas en el proceso de Auditoría fueron las siguientes:

Requisito 4. Contexto de la organización.

4.1 Comprensión de la organización.


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 11/12

NO CONFORMIDADES / OBSERVACIONES DETECTADAS/ FORTALEZAS			
NC	OBS	Descripción de la No Conformidad (NC) / Observación (OBS)	Referencia

Fortalezas	
Oportunidades de Mejora	
Conclusiones:	

7. Matriz de registros

Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PR15-FOR 01	Programa Anual de Auditorías	Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG – HPZ-PR15-FOR 02	Plan de Auditoría	Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG – HPZ-PR15-FOR 03	Lista de verificación	Gestor el SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR15-FOR04	Informe de Auditoría	Gestor del SIG	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR17

Acciones correctivas y de mejora

1. Objetivo

Establecer las disposiciones a seguir para la atención de no conformidades y otras situaciones no deseadas, mediante el análisis de la no conformidad, la determinación de sus causas, la planificación y ejecución de acciones inmediatas, acciones correctivas, el seguimiento a la ejecución y la verificación de la eficacia de las acciones tomadas, con el fin de evitar que ocurran o que vuelvan a ocurrir en cualquier parte del SIG

2. Alcance

El alcance del procedimiento Acciones Correctivas y de mejora inicia con la identificación de la No Conformidad real o potencial y finaliza con el informe de seguimiento con el estado de las no conformidades por proceso hasta el cierre de estas.

3. Glosario

Conformidad: cumplimiento de un requisito

No conformidad: incumplimiento de un requisito


Acción correctiva: Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir

Causa Raíz: Es la fuente que origina un efecto de no conformidad.

Plan de Acción: Acciones que se deben llevar a cabo para alcanzar un objetivo, para lo cual se establecen acciones relevantes, entregables, responsables, recursos y plazo de ejecución.

Gerente general: Responsable de aprobar y proveer los recursos necesarios para el desarrollo de este procedimiento.

Jefes de área: Apoyar en el desarrollo de este procedimiento en lo que a su proceso refiere.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Gestor del SIG: Responsable de la identificación y validación de no conformidades, la apertura de los formatos de Acción Correctiva, la validación de la determinación de las causas, las acciones inmediatas y las acciones correctivas, así como el seguimiento a la ejecución y la verificación de la eficacia de las acciones correctivas, del Sistema Integrado de Gestión.

Dueño de Proceso (Jefe del área): Identificar no conformidades en cualquier proceso / área de la empresa y comunicarla al Gestor del SIG, así como, realizar el análisis de causas de las no conformidades y la planificación y ejecución de las acciones inmediatas y las acciones correctivas, sin demoras injustificadas.

Colaboradores: Identificar no conformidades en cualquier proceso / área de la empresa y comunicarla al Dueño de Proceso involucrado y/o al Gestor del SIG.

5. Desarrollo del proceso


5.1 Identificación de una No Conformidad y Generación de una Acción Correctiva

El origen de las No Conformidades puede ser:

- Ejecución de Proceso/Servicio.
- Reclamaciones de usuarios a nivel seguridad y salud en el trabajo
- No Conformidades Seguridad y salud de los trabajadores
- No Conformidades de la Gestión Ambiental
- Auditorías internas y externas
- Revisión por la Dirección del Sistema Integrado de Gestión
- Evaluación de Requisitos Legales y Otros Requisitos

Una No Conformidad puede ser detectada por toda persona que interviene en las actividades anteriormente mencionadas.

El dueño del proceso o jefe de área identifica una no conformidad en cualquier proceso / área de la empresa y comunica al Gestor del SIG, el cual revisa y valida la no conformidad, en conjunto con el personal involucrado.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

El Gestor del SIG realiza la apertura de un formato de **No Conformidades y Acción Correctiva (SIG-HPZ-PR17-FOR01)** y la deriva al Jefe de Área involucrado para su tratamiento. Para la apertura de un formato de No Conformidades y Acción Correctiva, se deben priorizar aquellas no conformidades relacionadas a:

- Incumplimiento de requisitos legales y otros requisitos, tales como las normas ISO de sistemas de gestión.
- Incumplimiento de objetivos estratégicos, operativos o del SIG.
- No conformidades de mayor frecuencia.
- No conformidades de mayor impacto.


5.2 Análisis de una No Conformidad, Determinación de sus Causas y Plan de Acción Correctiva

El jefe de área o el dueño del proceso revisa y analiza la no conformidad y determina las causas que la originaron. Para determinar las causas de una no conformidad, se pueden utilizar herramientas como el Diagrama de Causa y Efecto (también llamado Diagrama de Ishikawa o Espina de Pescado), los “5 Por qué”, el Árbol de Problemas, la Tormenta de Ideas, Técnica de Análisis Sistemático de Causas (TASC), entre otras. Determina las acciones inmediatas (para controlar y corregir una no conformidad y mitigar sus consecuencias).

El jefe de área o el dueño del proceso elabora el plan de acción correctiva orientado a eliminar las causas de la no conformidad (considerando acciones, entregables, responsables, recursos y fecha de término), registra los resultados en No Conformidades y Acción Correctiva (SIG-HPZPR17-FOR01) y lo deriva al Gestor del SIG.

Las acciones correctivas para eliminar las causas de la no conformidad (con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte) incluyen la determinación y tratamiento de no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.

El Gestor del SIG revisa y valida la determinación de causas, las acciones inmediatas y el plan de acción correctiva, asegurándose de que las acciones correctivas estén orientadas a la eliminación de la no conformidad y estén acorde a su magnitud.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

El jefe de área o el dueño del proceso ejecuta las acciones inmediatas y el plan de acción correctiva e informa su ejecución a la Gestor del SIG. Si bien el plan de acción correctiva se ejecuta luego del análisis de la no conformidad y la determinación de las causas, las acciones inmediatas (correcciones) deben realizarse de forma inmediata.

5.3 Seguimiento a la Ejecución y Verificación de Eficacia del Plan de Acción Correctiva

El Gestor del SIG realiza el seguimiento a la ejecución de las acciones inmediatas y el plan de acción correctiva y registra los resultados en el formato de **Seguimiento de No Conformidades y Acciones Correctivas (SIG-PR17-FOR02)**.

Las evidencias para verificar en el seguimiento de implementación de las acciones correctivas podrían ser:


- Registros de Capacitación
- Nuevos Procedimientos
- Cambios en los procesos
- Mejora de indicadores

Si la acción planificada no se implementó, se debe reprogramar la fecha de ejecución registrándose en el seguimiento de dicha acción correctiva.

Realiza la verificación de la eficacia de las acciones correctivas ejecutadas y registra los resultados en la Acción Correctiva y en el formato de **No Conformidades y Acción Correctiva (SIG-HPZPR17-FOR01)** y en el formato de **Seguimiento de No Conformidades y Acciones Correctivas (SIG-HPZPR17-FOR02)**.


Cuando se constate que la acción correctiva/preventiva implantada ha sido eficaz se procederá al cierre de la misma. En el caso contrario, deberá abrirse una nueva acción empezando todo el proceso descrito de nuevo.

Finalmente, el Gestor del SIG informa el estado de las acciones correctivas generadas a la Gerencia General, en la Revisión por la Dirección del Sistema Integrado de Gestión.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas		
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


6. Anexos

6.1 SIG-HPZ-PR17-FOR01 Formato de No Conformidad y Acción Correctiva

 Hospital Policlínico Zacamil	No Conformidad y Acción Correctiva		
	Código: SIG-HPZ-PR-17-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA NO CONFORMIDAD								
Fecha:					N°:			
Fuente:								
Sistema de Gestión Integrado						Retroalimentación del Cliente Interno		
Auditoría Interna	Auditoría Externa	Revisión por la Dirección	Seguimiento y Medición	Resultado de Indicadores	Análisis y Evaluación	Quejas	Sugerencias	Otro
Descripción:								
Hecho y evidencia								
Requisito de la norma o elemento del SGI incumplido:								
Determinación de la causa de la no conformidad:								
Investigación y análisis de las causas que originaron la no conformidad:								

Existen NC similares o que potencialmente pueden ocurrir	Si	No	Folio	requisito

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Gestión de auditorías internas			
	Código: SIG-HPZ-PR15	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 7/7

7. Matriz de registros


Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PR17-FOR01	Formato de No Conformidad y Acción Correctiva .	Auditor Gestor SIG o del SIG	Electrónico	Administración	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR17-FOR02	Seguimiento de No Conformidades y Acciones Correctivas Externa.	Gestor SIG	Electrónico	Administración	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico

8. Aprobación

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR19

Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de pediatría.

1. Objetivo

Establecer los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal Médico y paramédico, necesarios para brindar la Atención adecuada a los pacientes que acuden por primera vez a la Consulta Externa de Pediatría del HPZ con la finalidad de que ésta sea otorgada de manera adecuada, con calidad y calidez, enfocados a lograr la satisfacción del derechohabiente o usuario.

2. Alcance

La Dirección Médica del hospital, coordina la realización adecuada del procedimiento y supervisa que la Gerencia de servicios médicos verifiquen su correcto funcionamiento y cumplimiento de los lineamientos. El Servicio de Pediatría efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa por primera vez.

3. Glosario


Consulta médica: La atención que imparten los Médicos a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y de las especialidades: puede ser de primera vez o subsecuente.

Exploración clínica: Conjunto de maniobras propedéuticas encaminadas a establecer un diagnóstico.

Historia Clínica: Documento que elabora el Médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento

Signos vitales: Variables clínica que pueden medirse cualitativa y cuantitativamente, incluyen la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

Receta médica: Documento legal por medio del cual los médicos prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Médico pediatra: Profesional de la salud especializado en el cuidado de la salud de bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes, que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades físicas, mentales y de desarrollo que afectan a esta población vulnerable.

Enfermera: Profesional de la salud encargada de brindar cuidados, promover la salud, prevenir enfermedades a los pacientes, trabajando de forma autónoma y colaborativa con otros profesionales para mejorar los resultados de salud.

5. Desarrollo del proceso

Paso 1. Recepción del personal administrativo.

El personal administrativo de pediatría recibe al padre, madre o tutor y verifica que la consulta sea de primera vez, entrega ficha y solicita el carnet. Entrega un formato (datos personales) y solicita que sean llenados pasan a trabajo social. Se complementa **Formato datos personales e Historia Clínica SIG-HPZ-PR19-FOR01** que es documento del hospital.

Paso 2. Tramites de trabajo social.

Revisa en sistema que el paciente sea derechohabiente por alguno de los padres. Solicita a la madre, padre o tutor del paciente carnet, órdenes de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Registra en la base de datos de la plataforma la información solicitada del paciente.

Paso 3. Tramites Personal de Enfermería de Pediatría.

Recibe e identifica al paciente, se presenta con la madre, el padre o tutor, realiza toma de signos vitales, registra en formato e informa al médico. **SIG-HPZ-PR19-FOR02 Formato Signos Vitales.**

Paso 4. Consulta con Médico Tratante de Medicina General.


Recibe al paciente, se identifica con la madre, el padre o tutor, realiza evaluación inicial del paciente a través de interrogatorio y exploración física y determina si la atención médica puede esperar (no es urgente).

¿La atención puede esperar?

- No: Envía a Urgencias con formato de Urgencia médica **SIG-HPZ-PR19-FOR03 Formato Urgencia Médica.**
- y termina el procedimiento.
- Si: Realiza nota de valoración inicial y envía a paciente con madre, padre o tutor con especialista para ser tratado **SIG-HPZ-PR19-FOR04 Formato Consulta Referencia a Especialista.**

¿Requiere valoración por sub especialista?

- No: Indica al padre, madre o tutor, solicite reprogramación a su consulta con resultados de paraclínicos solicitados, si aplica; y Termina Procedimiento.
- Sí: Envía al padre, madre o tutor al Archivo, con formato de interconsulta para

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

programar cita de primera vez con sub especialista. **SIG-HPZ-PR19-FOR05 Formato Consulta Referencia a Sub Especialista.**

- Otorga solicitudes de estudios de laboratorio y/o imagen, según corresponda. **SIG-HPZ-PR19-FOR06 Formato Estudios de Laboratorio Clínico.**

- **Paso 5. Personal Administrativo de Pediatría.**

- Si: Envía al padre, madre o tutor al archivo clínico del Servicio de Pediatría, para la elaboración de carnet, programar fecha para realización de Historia Clínica, así como para programar fecha y hora de la siguiente cita médica. Solicita exámenes de laboratorio y/o de imagen para confirmar diagnóstico y establecer tratamiento, si aplica. **HPZ-PR19-FOR06- Formato Estudios de Laboratorio Clínico.**

Paso 6. Consulta con Médico Tratante de Pediatría General.

Realiza nota en el expediente clínico y evalúa la necesidad de internamiento.


¿Requiere hospitalización?

- No: Continúa con revisión hasta definir destino después de la Atención (interconsulta(s), revaloración posterior, alta de la especialidad o continuidad de revisión en Centro de Salud), otorga receta si fuera necesario, **SIG-HPZ-PR19-FOR07- Formato Receta Médica.** apegado a lineamientos y termina Procedimiento.
- Sí: Extiende solicitud de ingreso al hospital **SIG-HPZ-PR19-FOR08- Formato Ingreso Médico** y envía a Trabajo Social para continuar trámites y realiza presentación del caso al Médico a cargo del área de destino.

Extiende receta médica al paciente en caso necesario.


Llena hoja diaria de consulta electrónica, la imprime y entrega a personal administrativo de la Consulta externa al terminar la jornada.

Fin del procedimiento.


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

6. Anexos


6.1 SIG-HPZ-PR19-FOR01- Formato datos Personales e Historial clínico.

 Hospital Policlínico Zacamil	Formato datos Personales e Historia clínica.		
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR01	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA PEDIATRICA FORMATO DATOS PERSONALES E HISTORIAL CLÍNICO	
Nombre del paciente:	Sexo:
N° de expediente:	Edad: Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Servicio:
Lugar de origen:	Lugar de residencia:
Familiar responsable:	Parentesco:
Médico responsable:	Fecha y hora de elaboración:


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría			
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 5/10

6.2 SIG-HPZ-PR19-FOR02- Formato Signos Vitales.


 Hospital Policlínico Zacamil	Formato Signos Vitales.			
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR02	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA PEDIATRICA FORMATO SIGNOS VITALES						
Nombre:			Edad:			Fecha Nacimiento:
Fecha consulta	Altura	Peso	Temperatura	Presión arterial	Frecuencia del pulso	Frecuencia de respiración
Notas:						


6.3 SIG-HPZ-PR19-FOR03- Formato Urgencia Médica.

 Hospital Policlínico Zacamil	Formato Urgencia Médica.			
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR03	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA REFERENCIA A ESPECIALISTA	
Del servicio médico:	
Nombre del paciente:	Sexo: Edad:
Al servicio médico de URGENCIAS MÉDICAS	Unidad:
Motivo de referencia a Urgencias Médica:	
Recibido por:	Médico (Nombre, firma y sello)
Fecha y hora:	


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría			
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 6/10

6.4 SIG-HPZ-PR19-FOR04- Formato Consulta Referencia a Especialista.


 Hospital Policlínico Zacamil	Formato consulta Referencia a Especialista.			
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR04	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA REFERENCIA A ESPECIALISTA	
Del servicio médico:	
Nombre del paciente:	Sexo: Edad:
Al servicio:	Unidad:
Motivo de referencia a consulta con especialista:	
Recibido por:	Médico (Nombre, firma y sello)
Fecha y hora:	


6.5 SIG-HPZ-PR19-FOR05- Formato Consulta Referencia a Sub Especialista.

 Hospital Policlínico Zacamil	Formato consulta Referencia a Sub Especialista.			
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR05	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA REFERENCIA A ESPECIALISTA	
Del servicio médico:	
Nombre del paciente:	Sexo: Edad:
Al servicio:	Unidad:
Motivo de referencia a consulta con especialista:	
Recibido por:	Médico (Nombre, firma y sello)

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025
Fecha y hora:			

6.6 SIG-HPZ-PR19-FOR06- Formato Estudios de Laboratorio Clínico.

 Hospital Policlínico Zacamil	Estudios de Laboratorio		
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR06	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025


HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS
CONSULTA PEDIATRICA
LABORATORIO CLÍNICO

DATOS DEL PACIENTE


Nombres - Apellidos: _____ Fecha: _____

Cédula: _____ Edad: _____ Médico Solicitante: _____

<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">HEMATOLOGÍA</div> <input type="checkbox"/> Hemograma Completo <input type="checkbox"/> Frotis en sangre periférica <input type="checkbox"/> Reticulocitos <input type="checkbox"/> Eritrosedimentación <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo <input type="checkbox"/> P. Coombs Directa <input type="checkbox"/> P. Coombs Indirecta <input type="checkbox"/> Plasmodium (Gota Gruesa) <input type="checkbox"/> Plasmodium (Anticuerpos V Y F)	<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">PERFIL DIABETES</div> <input type="checkbox"/> Peptido C <input type="checkbox"/> Índice peptídico (peso-talla-glucosa) <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Homa-IR <input type="checkbox"/> Homa-IR (post prandial) <input type="checkbox"/> Fructosamina <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada	<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">MARCADORES TUMORALES</div> <input type="checkbox"/> A.F Proteína <input type="checkbox"/> A.C. Embrionario <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> He4 <input type="checkbox"/> Índice Roma (He4+ca125) <input type="checkbox"/> CA15-3 <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA72-4 <input type="checkbox"/> CYFRA 21-1 <input type="checkbox"/> Beta 2 microglobulina <input type="checkbox"/> Enolasa Neuroespecifica (NSE) <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático (PSA) <input type="checkbox"/> PSA Libre
<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">PERFIL DE ANEMIA</div> <input type="checkbox"/> Hierro Sérico <input type="checkbox"/> Capacidad de fijación de Hierro <input type="checkbox"/> Transferrina <input type="checkbox"/> Ferritina <input type="checkbox"/> Vitamina B12 <input type="checkbox"/> Ácido Fólico <input type="checkbox"/> Eritropoyetina <input type="checkbox"/> Haptoglobina <input type="checkbox"/> Glucosa 6 Fosfato <input type="checkbox"/> Electroforesis de hemoglobina <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica de hematíes	<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">BIOQUÍMICOS</div> <input type="checkbox"/> Urea <input type="checkbox"/> Bun <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Ácido Úrico <input type="checkbox"/> Glucosa <input type="checkbox"/> Glucosa post-prandial 2H <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional (50g basal y 1H) <input type="checkbox"/> C. Tolerancia a Glucosa 2H <input type="checkbox"/> C. Tolerancia a Glucosa 4H <input type="checkbox"/> Bilirubina Total y Fracciones <input type="checkbox"/> Proteínas Totales <input type="checkbox"/> Albúmina / Globulina <input type="checkbox"/> Electroforesis de Proteínas <input type="checkbox"/> Cistatina C + Creatinina (TFG)	<div style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">INMUNOLOGÍA Y AUTOINMUNIDAD</div> <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgE <input type="checkbox"/> Complemento C3 <input type="checkbox"/> Complemento C4 <input type="checkbox"/> Vitamina D <input type="checkbox"/> Ac Antinucleares


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría			
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 8/10

6.7 SIG-HPZ-PR19-FOR07- Formato Receta Médica.


 Hospital Policlínico Zacamil	Receta Médica.			
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR07	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA PEDIATRICA RECETA MÉDICA	
Nombre del paciente:	Sexo:
N° de expediente:	Edad: Fecha de nacimiento:
Familiar responsable:	Parentesco:
Fecha y hora de elaboración:	
Nombre, firma y sello del médico:	

6.8 SIG-HPZ-PR100-FOR08- Formato Ingreso Médico.


 Hospital Policlínico Zacamil	Formato Ingreso Médico.			
	Código: SIG-HPZ-PR19-FOR08	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 1 de 1

HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL ISSS CONSULTA REFERENCIA A ESPECIALISTA	
Del servicio médico:	
Nombre del paciente:	Sexo: Edad:
Al servicio INGRESO MÉDICO	Unidad:
Motivo de Ingreso Médico:	
Recibido por:	Médico (Nombre, firma y sello)
Fecha y hora:	

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

- **Matriz de registros**

Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PR19-FOR01	Formato datos Personales e Historial clínico.	- Enfermera	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR02	Formato Signos Vitales.	- Enfermera	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR03	Formato Urgencia Médica.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR04	Formato Consulta Referencia a Especialista.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR05	Formato Consulta Referencia a Sub Especialista.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
HPZ-PR19-FOR06	Formato Estudios de Laboratorio Clínico.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR07	Formato Receta Médica.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR08	Formato Ingreso Médico.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico


 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

8. Control de cambios

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

9. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

SIG-HPZ-PR20

Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría.

1. Objetivo

Establecer los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal Médico y paramédico, necesarios para brindar la Atención adecuada a los pacientes que acuden por primera vez a la Consulta Externa de Pediatría del HPZ con la finalidad de que ésta sea otorgada de manera adecuada, con calidad y calidez, enfocados a lograr la satisfacción del derechohabiente o usuario.

2. Alcance

La Dirección Médica del hospital, coordina la realización adecuada del procedimiento y supervisa que la Gerencia de servicios médicos verifiquen su correcto funcionamiento y cumplimiento de los lineamientos. El Servicio de Pediatría efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa para su Atención subsecuente.

3. Glosario

Consulta médica: La atención que imparten los Médicos a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y de las especialidades: puede ser de primera vez o subsecuente.


Consulta Subsecuente: a la otorgada a una persona, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo, por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.

Exploración clínica: Conjunto de maniobras propedéuticas encaminadas a establecer un diagnóstico.

Historia Clínica: Documento que elabora el Médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento

Signos vitales: Variables clínica que pueden medirse cualitativa y cuantitativamente, incluyen la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

Receta médica: Documento legal por medio del cual los médicos prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico.

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

Médico pediatra: Profesional de la salud especializado en el cuidado de la salud de bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes, que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades físicas, mentales y de desarrollo que afectan a esta población vulnerable.

Enfermera: Profesional de la salud encargada de brindar cuidados, promover la salud, prevenir enfermedades a los pacientes, trabajando de forma autónoma y colaborativa con otros profesionales para mejorar los resultados de salud.

5. Desarrollo del proceso

Paso 1. Personal administrativo de Consulta Externa de Pediatría.

Recibe al padre, madre y/o tutor, verifica que cuente con carnet del paciente y determina si la consulta es subsecuente.

Localiza expediente en el historial médico **Formato datos personales e Historia Clínica SIG-HPZ-PR19-FOR01** y canaliza al Médico y consultorio correspondiente y avisa a personal de enfermería. Indica dónde será otorgada la consulta.

Paso 2. Personal de Enfermería de Pediatría.

Recibe e identifica al padre, madre o tutor, se presenta con él, realiza toma de signos vitales al paciente e informa al médico. **SIG-HPZ-PR19-FOR02 Formato Signos Vitales.**

Paso 3. Médico Tratante de Pediatría de Especialidad.


- Recibe al padre, madre o tutor, se identifica con él, realiza interrogatorio y exploración física al paciente, revisa evolución del padecimiento y los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete, si aplicara; y determina tipo de atención. **HPZ-PR19-FOR06 Formato Estudios de Laboratorio Clínico.**

¿Continúa atención normal?

- No: Requiere de atención urgente y envía a Urgencias con formato de interconsulta y termina el procedimiento. **SIG-HPZ-PR19-FOR03 Formato Urgencia Médica.**
- Si: Realiza notas en el expediente clínico y evalúa revisiones por otras especialidades. tratado **SIG-HPZ-PR19-FOR04 Formato Consulta Referencia a Especialista** o sub especialista **SIG-HPZ-PR19-FOR05 Formato Consulta Referencia a Sub Especialista.**

Requisita el formato de consulta, y envía al Archivo para su programación como cita de primera vez a las especialidades que se requieran.

Continúa con revisión y evalúa la necesidad de valoración posterior

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

¿Requiere revaloración posterior?

- No: Considera controlado el padecimiento y envía a Archivo para programación de cita con Pediatra General que remitió al paciente y termina el procedimiento.
- Sí: Envía al padre, madre o tutor a programación de cita, con resultados de laboratorio clínicos, si aplica.

Realiza nota en el expediente clínico y evalúa la necesidad de internamiento.

¿Requiere hospitalización?

- No: Continúa con revisión hasta definir destino después de la Atención (consulta, revaloración posterior, alta de la especialidad o continuidad de revisión por Pediatría General), otorga receta médica si fuera necesario, con apego a lineamientos y Termina el procedimiento. **SIG-HPZ-PR19-FOR07 Formato Receta Médica.**
- Sí: Extiende solicitud de ingreso al hospital **SIG-HPZ-PR19-FOR08 Formato Ingreso Médico** y envía a Trabajo Social para continuar trámites. Realiza presentación del caso al Médico a cargo del área de destino.

Realiza notas en el expediente clínico.

Llena hoja diaria de consulta electrónica, la imprime y entrega a personal administrativo de la Consulta externa al terminar la jornada.

Fin del procedimiento.




Hospital Policlínico Zacamil

Manual de Procesos
Gerencia de Servicios Médicos
Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría

Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025	Página 4/5
--------------------------------	--------------------	--	-------------------

6. Matriz de registros

Código	Formulario	Responsable	Medio	Archivo			Tiempo de retención	Disposición final
				Responsable	Lugar	Criterio		
SIG-HPZ-PR19-FOR01	Formato datos Personales e Histórico clínico.	- Enfermera	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR02	Formato Signos Vitales.	- Enfermera	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR03	Formato Urgencia Médica.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR04	Formato Consulta Referencia a Especialista.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR05	Formato Consulta Referencia a Sub Especialista.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
HPZ-PR19-FOR06	Formato Estudios de Laboratorio Clínico.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR07	Formato Receta Médica.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico
SIG-HPZ-PR19-FOR08	Formato Ingreso Médico.	- Doctor	Electrónico	Gestor del SIG	Repositorio digital del SIG	Cronológico	3 años	Repositorio electrónico histórico

 Hospital Policlínico Zacamil	Manual de Procesos Gerencia de Servicios Médicos Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de pediatría		
	Código: SIG-HPZ-PR20	Revisión: 0	Fecha de emisión: 15/08/2025

7. Control de cambios

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Rol			
Fecha			
Firma			

8. Control de cambios

# de revisión	Fecha de revisión	Próxima revisión	Modificador	Razón del cambio