

CONTENIDO

1. OBJETIVO:	4
2. ALCANCE:	4
3. INTRODUCCIÓN:	4
4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:	5
6. DEFINICIÓN DE TERMINOS:	6
6.1 Código del Buen Gobierno:.....	6
6.2 Código de Ética:.....	6
6.3 Políticas:	6
6.4 Principio:	7
6.5 Valores:.....	7
6.6 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:.....	7
6.7 Riesgos:.....	7
7. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN:	7
7.1 Reseña Histórica:.....	7
7.2 Direccionamiento Estratégico:	9
7.2.1 Misión:	9
7.2.2 Visión:.....	9
7.2.3 Principios y Valores Institucionales:.....	10
7.2.4 PENSAMIENTO ORGANIZACIONAL:.....	11
7.3 Red General de Procesos. "Ver Red de Procesos 2007 V: 9".	13
7.3.1 Macroproceso de Direccionamiento Gerencia:	13
7.3.2 Macroproceso Cliente Asistencial:	13
7.3.3 Macroproceso del Ambiente Físico:.....	13
7.3.4 Macroproceso de la Gestión Humana:	13
7.3.5 Macroproceso de Información:	13
8. PRINCIPIOS ÉTICO-MORALES:	13
9. POLÍTICAS A OBSERVAR PARA LA GESTIÓN ÉTICA:	15
9.1 Para sus Empleados:.....	15
9.2 Para sus Usuarios:.....	16

10. POLÍTICAS INSTITUCIONALES:	18
10.1 Política de Calidad:	18
10.2 Política de Referenciación Comparativa:	18
10.3 Política de Gestión del Talento Humano:.....	18
10.4 Política de Salud Ocupacional:	18
10.5 Política de Seguridad Clínica:	18
10.6 Política de Gerencia de la Información:	19
10.7 Política del Ambiente Físico:.....	19
10.8 Política de Responsabilidad para el Desarrollo:.....	19
10.9 Política de Contratación:.....	19
11. JUNTA DIRECTIVA:	20
11.1 Estructura de la Junta Directiva:	20
11.2 Funciones de la Junta Directiva:	20
11.3 Aspectos Generales sobre Comunicación e Información:.....	21
12. COMITÉS INSTITUCIONALES:	21
12.1 Comité de Dirección:.....	22
12.2 Comité de Educación y Capacitación:.....	22
12.3 Comité Paritario de Salud Ocupacional:	22
12.4 Comité de Historias Clínicas:.....	22
12.5 Comité de Ética:.....	22
12.6 Comité de Calidad y Seguridad:	22
12.7 Comité de Farmacia y Terapéutica:	23
12.8 Comité de Compras:	23
12.9 Comité de Mortalidad y Complicaciones:.....	23
12.10 Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado:.....	23
12.11 Comité Disciplinario:	24
12.12 Comité de Emergencias y Desastres:	24
12.13 Comité Docente Asistencial:	24
12.14 Comité de Gestión de la Tecnología y Tecnovigilancia:.....	24
13. EQUIPO PASTORAL DE LA SALUD:	25
14. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LA GESTIÓN:	25

15. PARÁMETROS DE COMUNICACIÓN ALINEADOS CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:	25
15.1 Comunicación Vertical Descendente:	25
15.2 Comunicación Vertical Ascendente:	25
15.3 Comunicación Horizontal:	26
16. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO:	27
16.1 Proceso de Selección de Personal:	27
16.2 Proceso Mantenimiento de Competencias Técnicas del Personal:	27
16.3 Proceso de Salud Ocupacional:	27
16.4 Evaluación de la Gestión de las Unidades Funcionales:	27
16.5 El Programa de Estímulos e Incentivos:	28
17. RELACIONES CON LOS TRABAJADORES:	28
17.1 Obligaciones Especiales de la Clínica:	28
17.2 Deberes Generales del Trabajador:	29
18. CRITERIOS ORGANIZACIONALES PARA DEFINIR EL TIPO Y AMPLITUD DE LOS SERVICIOS:	32
19. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AHORRO Y CUIDADO DE LOS RECURSOS:	32
20. RESPONSABILIDAD SOCIAL CON LA COMUNIDAD A LA QUE SIRVE:	32
20.1 Grupo de Usuarios:	33
20.2 Fortalecimiento de la Oficina de Atención al Usuario:	33
20.3 Comité Empresarial Barrio Prado:	34
20.4 Fortalecimiento de las Relaciones con Proveedores y Clientes Externos:	34
20.5 Responsabilidad Relacionada con el Medio Ambiente:	34
20.6 Recurso Humano:	34
20.7 Actividades de Extensión Social:	34
21. PROCESO DE CONTRATACIÓN:	35
21.1 LA CLÍNICA EL ROSARIO NO ACEPTA:	36
21.2 VALORES Y TRANSPARENCIA EN LAS RELACIONES:	36
23. RED GENERAL DE PROCESOS:	38

1. OBJETIVO:

Presentar desde la alta Dirección la filosofía, los principios, valores y directrices en el marco normativo ético y la disposición voluntaria de autorregulación a través de la definición clara de los compromisos éticos relacionados con las características de la gestión a realizar en el ámbito de labor de la Dirección y Junta Directiva, con el fin de:

- ❖ Favorecer la autorregulación institucional y orientar el comportamiento de los empleados de los diferentes niveles de gestión en este aspecto específico.
- ❖ Recoger, promover y conservar los valores y principios que fundamentan nuestra filosofía y orientan la Misión Institucional, dentro de una Visión Holística de la salud, cultura de la calidad y el cumplimiento de la normatividad vigente.
- ❖ Mantener relaciones que generen mutua confianza con los diferentes clientes y mejorar en forma continua la calidad de los procesos del direccionamiento.

2. ALCANCE:

Este documento debe ser tenido en cuenta por todo el personal de la clínica y la Junta Directiva, para la gestión de la ética en el día a día durante el desarrollo de las funciones que le competen en la dinámica de todos los procesos de la institución.

El acceso a otros clientes lo determinan los líderes de procesos de Direccionamiento estratégico y el de la contratación, además por definición específica del comité de ética o del comité de Dirección, luego de la revisión por dirección del sistema de gestión.

3. INTRODUCCIÓN:

El presente Código de Ética y de Buen Gobierno de la Clínica el Rosario ha sido construido con las directrices resultantes de una amplia participación, a través de reuniones de consenso entre los Líderes de Macro Procesos, Líderes de Unidades Funcionales, Comités, Proyectos y Servicios.

En este documento se expresa el compromiso Institucional por una gestión integral y eficiente, basada en el respeto por las personas, normas internas y externas, transparencia en todas las actuaciones administrativas, comportamiento ético de los empleados y una clara orientación del Carisma inmerso en la filosofía institucional.

Para su construcción se tomaron documentos ya definidos y aprobados por la instancia competente, además estos documentos se encuentran socializados con usuarios internos y algunos externos, y son coherentes con la responsabilidad social, Eclesial y Congregacional que nos compete.

El presente código, se socializará entre todo el personal de la Clínica y otros públicos de interés a través de actividades programadas por el comité de Educación y Capacitación, cuenta con el compromiso de las directivas, líderes de Macro procesos y Líderes de Unidades Funcionales.

La revisión y actualización del código de ética y del buen gobierno se realizará a través de una metodología participativa, la aprobación es responsabilidad de la Junta Directiva.

La evaluación y control de las actividades que se relacionan con el código de Ética y del Buen Gobierno, se realiza a través de los indicadores gestionados en los diferentes procesos, los cuales se orientan al cierre de ciclos de mejora y al aprendizaje organizacional. Las decisiones y directrices de la organización se realizan en la instancia competente.

Es pertinente resaltar el compromiso que la Institución tiene con los procesos de mejora continua de la calidad de la atención, a través de la ejecución de actividades de auditoría en los niveles del autocontrol, interna y externa, según programa de auditoría Institucional.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- ❖ Documento anexo soporte a Análisis Estratégico 2003 2008
- ❖ Manual para la Gestión Institucional 2007
- ❖ Plan Estratégico Institucional 2010 - 2015
- ❖ Políticas Organizacionales para Definir el Tipo y Amplitud de los Servicios
- ❖ Proceso de Direccionamiento Estratégico
- ❖ Aspectos Generales a Tener en cuenta para la Asesoría de la Junta Directiva
- ❖ Enunciados Estratégicos
- ❖ Matriz de Relación Autoridad Responsabilidad
- ❖ Procedimiento Revisión de la Gestión
- ❖ Red de Proceso Direccionamiento Estratégico
- ❖ Criterios para Definir y o Revisar la Plataforma Estratégica Institucional Misión Visión Política y Valores
- ❖ Manual de Comunicación Institucional
- ❖ Manual de Imagen Corporativa
- ❖ Reglamento Interno de Trabajo.
- ❖ Derechos y Deberes del Paciente y la Familia

- ❖ Manual de Seguridad
- ❖ Manual de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

5. MARCO NORMATIVO:

- ❖ Decreto 1011 de 2006.
- ❖ Circular Instructiva N° 045 de agosto de 2007 Código del Buen Gobierno y de Ética. Superintendencia Nacional de Salud.
- ❖ Circular instructiva N° 046 de agosto de 2007 Código de ética y del Buen Gobierno (amplia plazos)
- ❖ Decreto 1018 de marzo 18 de 2007, Artículo 6, numerales 10, 12, 23 y 42.
- ❖ Ley 1112 de 2007 artículo 40.

6. DEFINICIÓN DE TERMINOS:

6.1 Código del Buen Gobierno:

Denominado también código de gobierno corporativo, se define como el documento que compila las políticas institucionales y los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en la gestión administrativa, financiera, asistencial y jurídica tanto en los clientes externos como internos.

6.2 Código de Ética:

También denominado código de conducta. Este documento compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Esta conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de su funciones.

6.3 Políticas:

Directrices u orientaciones por las cuales la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

6.4 Principio:

Causa fundamental o verdad universal; lo inherente a cualquier cosa. La explicación última del ser de algo. La fuente primaria de todo ser, de toda la actualidad y de todo conocimiento.

6.5 Valores:

Formas de ser y actuar de las personas y de las organizaciones que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

6.6 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país establecido por el Decreto 1011 de 2006.

6.7 Riesgos:

Posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos de la entidad, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones o generando oportunidades para su cumplimiento¹.

7. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN:

7.1 Reseña Histórica:

Para el cuidado de los enfermos “Harán todo lo que la Caridad pueda inspirarles” (MARIE POUSSEPIN, fundadora de las Hermanas de la Caridad Dominicadas de la Presentación)

La atención a los enfermos fue una preocupación siempre presente en la vida de Marie Poussepin, ella hizo del servicio a los enfermos, un modo concreto de vivir el Evangelio; visión del Carisma expresada desde la fundación de la Clínica el Rosario, por Mere Therese des Anges.

La primera piedra para la construcción de la Clínica, se colocó el 12 de Marzo de 1955, y el 29 de junio de 1959, Mere THERESE DES ANGES, de nacionalidad francesa y Superiora Provincial de las Hermanas de la Caridad Dominicadas de la Presentación en Medellín, entrega a la comunidad esta magna obra, para brindar servicios de salud de alta calidad humana, técnica y científica, regida por sólidos principios evangélicos. Desde su inicio ofrece servicios Médicos, Quirúrgicos, Urgencias, Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Psiquiatría.

¹ Hasta aquí definiciones tomadas de la circular 045 de agosto de 2007 de la Super Salud.

La Clínica el Rosario actualmente cuenta con dos sedes: Centro y Tesoro en el Poblado. La Sede Centro está ubicada en la parte oriental de la ciudad, en el barrio los Ángeles, en la calle Urabá (62) entre las carreras Mon y Velarde (41) y Brasil (42), es una institución privada, sin ánimo de lucro, de alto nivel de complejidad, reconocida según Resolución 1560 de Junio 29 de 1995 por la D.S.S.A. En la actualidad cuenta con 184 camas.

En noviembre de 2005 abre la segunda sede ubicada en el Barrio Poblado, Carrera 20 No 2 Sur 185 Loma el Tesoro, con 126 camas. Ambas sedes están dotadas con equipos de alta tecnología, un sistema de información en crecimiento, que le permite dar respuesta a los requerimientos de clientes internos y externos, su mayor fortaleza la constituye el compromiso y la idoneidad de su equipo humano.

Desde su fundación la Clínica el Rosario vela no sólo por las necesidades materiales y el bienestar temporal del hombre, sino la persona en su totalidad. Se preocupa por la salud física, psíquica y espiritual de sus usuarios. Se abre desde sus comienzos a un servicio hospitalario fundamentado en una antropología cristiana, coherente con los valores del Evangelio, que asegure su única opción: SERVICIO INTEGRAL.

En 1995 con la implementación de la ley 100 de 1993, la Clínica se dispone a implementar cambios en su estructura y procesos, para afrontar los retos que le exige el medio, a través de reformas internas, formación continua del personal, apertura a alianzas estratégicas y competencia a través de nuevos paradigmas de calidad.

En diciembre de 2002, la Sede Centro recibe la Certificación del ICONTEC ISO 9001:2000, renovada en noviembre de 2005 y vigente hasta noviembre de 2008.

Durante los años 2005 y 2006 la sede centro trabaja en la ruta crítica de acreditación y en noviembre del mismo año, recibe del Ministerio de Protección Social a través del Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC el certificado de Acreditación.

La Clínica el Rosario ofrece servicios integrales de salud de alta complejidad, su compromiso con la Humanización del Servicio, la Calidad en la atención y la idoneidad de sus empleados, hacen de ella un centro de referencia comparativa a nivel local, departamental y nacional y con proyección internacional, bajo el lema que integra nuestra filosofía: **“AMOR QUE ACOMPAÑA Y SERVICIO QUE ALIVIA”**.

La Clínica está bajo la protección de la Virgen del Rosario, ella camina con nosotros para hacer de cada gesto terapéutico un signo del Reino.

7.2 Direccionamiento Estratégico:

El Direccionamiento Estratégico esta orientado a apoyar e implementar estrategias que faciliten el balance entre metas, capacidades y cambios en las oportunidades de mercado, para determinar un rumbo claro y mantener la integridad del sistema, cada vez que se planifiquen e implementen cambios en los diferentes procesos, a través de comunicación efectiva, apertura de espacios participativos para conocer necesidades y expectativas de los usuarios, otros cambios en el sector y el cumplimiento oportuno de normatividad aplicable, con el fin de asegurar el cumplimiento de sus objetivos, rentabilidad, crecimiento y mantenimiento de la imagen corporativa.

Para dar cumplimiento a la fase de revisión de información y análisis la Clínica sigue su estructura operativa conformada por alta Dirección, líderes de macro procesos, líderes de unidades funcionales, comités institucionales. La fase de definición y aprobación es competencia de la Junta directiva. La fase de difusión le compete a la alta Dirección, líderes de macro procesos y líderes de Unidades Funcionales. Plataforma estratégica Institucional:

La Clínica cuenta con criterios que le sirven de guía para la definición, revisión y actualización de la Plataforma Estratégica institucional, criterios que son tenidos en cuenta por las directivas de la Clínica, el comité de Dirección, la Junta Directiva y demás niveles de gestión institucional, según su competencia en el proceso de definición, ajuste, socialización y medición de la comprensión de la plataforma estratégica.

7.2.1 Misión:

Contribuir al cuidado de la vida y la recuperación de la salud, mediante un servicio integral, seguro, humanizado y diferenciado, con personal idóneo y una excelente gestión que garantice creación de valor a sus grupos sociales objetivo, sostenibilidad económica y permanencia en el tiempo.

7.2.2 Visión:

Ser para el 2015 una institución de salud de alta complejidad, líder en atención integral, segura, humanizada y centro de referencia a nivel nacional e internacional.

7.2.3 Principios y Valores Institucionales:

❖ **Amor:**

Don de Dios a nosotros. Amor que es vocación, misión, proyecto de vida y nos hace entrar en comunión con todos sin excluir a nadie. El amor al prójimo esta enraizado en el amor a Dios, es ante todo una tarea para cada cristiano.

❖ **Servicio:**

Disposición permanente para atender al paciente, su familia y al cliente externo y apoyar a los compañeros de trabajo según las políticas organizacionales.

❖ **Responsabilidad:**

Norma ética y moral que rige la conducta humana y la lleva a asumir libremente, con esmero y prontitud los compromisos adquiridos consigo mismo, las personas y la institución.

❖ **Respeto:**

Acatamiento, consideración y deferencia, que se tiene con las personas. Reconocimiento de su dignidad y autonomía sin distinción de credo, raza y condición social.

❖ **Honestidad:**

Actúa de manera transparente, es decir, mantiene siempre coherencia entre lo que piensa, dice y hace.

❖ **Solidaridad:**

Respuesta integral a las necesidades individuales, familiares y comunitarias en actitud de apertura y disponibilidad para dar y darse.

❖ **Liderazgo:**

El líder es una persona integral que utiliza la autoridad conferida como un servicio para el trabajo de su equipo, enseña, se anticipa y ejemplariza los valores institucionales a través de su gestión y relación con los otros.

❖ **Seguridad:**

Auto cuidado, previsión, prevención y/o anticipo, que facilita el análisis de situaciones, objetos o ambientes, desde la óptica de lo que puede afectar a las personas, la organización o la sociedad, con el fin de prevenir o minimizar la ocurrencia de un suceso no deseado.

7.2.4 PENSAMIENTO ORGANIZACIONAL:

“Un Carisma al Servicio de la Vida y la Salud”.

Pensamiento fundante de las "Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen de Tours". El servicio a los enfermo en Marie Poussepin tienen su fuente en el amor a Dios y al prójimo; Jesucristo es el modelo de su acción pastoral. Marie Poussepin, nuestra fundadora deja orientaciones muy claras para quienes se dediquen al cuidado de los enfermos, entre ellas:

EXPRESIÓN DEL CARISMA	EL CARISMA SE EXPRESA HOY EN LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE:
VISION ANTROPOLÓGICA	
"Es a Cristo a quien servimos en el enfermo. El que sirve debe ver a Cristo en el enfermo y el enfermo ver a Cristo en quien le sirve".	Visión Cristiana de la persona
ATENCIÓN INTEGRAL	
No se contentaran con dar asistencia corporal, "trataran si es posible de ser aun más útil al alma del enfermo, que al alivio de su cuerpo".	"Atención a las distintas dimensiones de su ser"
"Juntaran la instrucción a la asistencia que presten a los enfermos".	Información y Educación al Paciente y su Familia
"A las personas enfermas y delicadas se les darán ocupaciones y trabajos proporcionados a su debilidad, sin agobiarlas".	Actividades Lúdicas y Terapia Ocupacional
"Avisarán o harán avisar al señor cura cuando la enfermedad parezca peligrosa. Los invitaran a tiempo a pedir los sacramentos y les ayudaran a prepararse para ellos".	Asistencia Espiritual y Sacramental
"En caso de gravedad redoblaran la oración por el enfermo y habrá siempre alguien cerca de su lecho".	Acompañamiento Humano y Pastoral
"Examinarán hábilmente que sabe el enfermo en lo referente a las verdades de la salvación y si encontraren que las ignoran, les enseñaran lo esencial".	Evangelización que ayuda a descubrir la dimensión trascendente de la salud y la enfermedad
PERFILES DE CARGOS	
Es preciso que la persona que se dedique al cuidado de los enfermos sea: caritativa, dulce, paciente, diligente, hábil, prudente, ordenada, pronta para responder a las necesidades del enfermo y que su comportamiento inspire la compostura a todos los que entren en relación con él o con ella.	Actitudes y valores personales
"Corregid sin encolerizaros". Sed dulces en vuestras palabras, sencillos en vuestros discursos, modestos en vuestras respuestas.	Competencia relacional
"Se aplicaran con todo su esfuerzo a perfeccionarse en este arte, a fin de no exponer el paciente a molestos accidentes"	Seguridad Clínica, responsabilidad e Idoneidad Profesional
"Muy aplicados al trabajo, siempre dispuestos a hacer el bien y pureza de intención en todo lo que hagáis"	Dimensión ética
PRINCIPIOS QUE FUNDAMENTAN NUESTROS VALORES CORPORATIVOS	
"Servid a los enfermos con manifestaciones de caridad y sin que halla en vuestro semblante ninguna señal de disgusto. Gozosos en todos los servicios que prestéis. Jamás de mal humor".	Humanización, amor, Servicio
"Por los enfermos harán todo lo que la caridad pueda inspirarles". "Evitaran toda acepción de personas y no manifestaran preferencia sino a aquellas que por la pobreza o por los sufrimientos sean mas acreedoras a su compasión y caridad".	Respeto, Solidaridad, Honestidad,
Se esforzaran en acrecentar todos los días su devoción a la Santísima Virgen y en imitar sus virtudes. La tomaran por patrona y Celebraran en su honor el día de la Presentación.	Dimensión Mariana
"Conservad la presencia de Dios en todas vuestras acciones, para ello habladle a menudo, hablad de El con frecuencia y renovad muchas veces la intención de hacerlo todo para su gloria".	Espiritualidad Cristo Céntrica

7.3 Red General de Procesos. “Ver Red de Procesos 2007 V: 9”.

7.3.1 Macroproceso de Direccionamiento Gerencia:

A través del ejercicio entre líderes realiza el análisis estratégico y define el rumbo institucional por una vigencia específica al tiempo que identifica y asigna responsabilidades en las diferentes áreas para la implementación y logro del plan.

Asigna los recursos para la gestión del plan, define los criterios para el buen manejo de los recursos, monitorea y ajusta la gestión de los mismos en las diferentes áreas de gestión.

7.3.2 Macroproceso Cliente Asistencial:

A partir del respeto por los derechos del paciente, desde cada proceso se planea e implementa la atención de cada paciente bajo las características de seguridad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia, según lo define el SOGCAS.

7.3.3 Macroproceso del Ambiente Físico:

Garantiza la seguridad de los clientes en condiciones de normalidad o anormalidad, a través de la gestión de los espacios, equipos biomédicos, de infraestructura e industriales, dispositivos médicos, insumos, medicamentos y residuos Hospitalarios.

7.3.4 Macroproceso de la Gestión Humana:

Garantiza la idoneidad del personal que brinda la atención directa al paciente y su familia o apoya la atención, al tiempo que facilita su crecimiento y desarrollo para bien de la familia y la sociedad.

7.3.5 Macroproceso de Información:

Apoya la gestión de datos e información acorde con sus características y atributos, mediante la formulación de pautas, flujos y herramientas que facilitan la estandarización, integración, consolidación y análisis para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión de la Institución.

8. PRINCIPIOS ÉTICO-MORALES:

Para la Clínica el Rosario el servicio a los enfermos se inscribe en la misión de la Congregación, como una línea de orientación apostólica del carisma, querida por su fundadora, Marie Poussepin; ella funda su comunidad “para instrucción de la juventud y servicio a los pobres enfermos” sus principios rectores están determinados por nuestra propia identidad carismática, que marcan la diferencia y su originalidad. Ellos son:

- ❖ El servicio a la salud será entendido como un servicio de caridad, “Por los enfermos harán todo lo que la caridad pueda inspirarles”.
- ❖ A los enfermos se prestará una atención integral que en el horizonte cristiano se entiende como atención a la persona en todas sus dimensiones: física, religiosa, psíquica y social. Principio que expresa la unicidad y originalidad de nuestra Misión.
- ❖ Toda política estará inspirada en valores Humanos y Evangélicos y orientada a dar respuesta a necesidades reales de la comunidad a la que sirve, más que a la luz de consideraciones simplemente financieras.
- ❖ Salvaguardar la vida en todas las etapas de su desarrollo desde la concepción hasta su muerte natural, será un imperativo ético.
- ❖ Todo acto médico estará al servicio y protección de la vida y orientado al bien del enfermo. El enfermo estará siempre al centro de los procesos, como estrategia para una atención integral.
- ❖ Visión antropológica: bíblico-teológica, desde la cual orientará la atención en sus expresiones: educación, asistencia, investigación, humanización, acompañamiento pastoral, atención espiritual y religiosa.
- ❖ Respeto a la dignidad de la persona ofreciendo a todos las mismas condiciones de atención: calidad, oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad, de acuerdo a la coherencia ética y moral que pide el Evangelio y normatividad de nuestro sistema de salud.
- ❖ Modelo ético coherente con las directrices de la doctrina de la Iglesia Católica, en el cual fundamenta sus reflexiones: el **personalismo prudencial**.
- ❖ Este modelo se fundamenta en una visión personalista del hombre y la mujer, en la cual:
 - Considera el cuerpo como una parte intrínseca de la persona humana que participa en su dignidad de hijo de Dios.
 - Rechaza el dualismo en la atención y exige una atención integral.
 - No acepta procedimientos de planificación familiar quirúrgica, terminación voluntaria del embarazo, eutanasia, porque ello supone manipulación y eliminación de la persona.

Este modelo ético acepta la tecnología y con ella:

- La cirugía plástica si es necesaria.
- La ingeniería genética en lo que concierne a la terapia somática del gene;
- La procreación asistida siempre que el acto conyugal no sea sustituido por la técnica.

❖ Las decisiones médicas no serán tomadas solamente por el conocimiento y la pericia profesional, sino también e incluso en primer lugar, por la virtud de la prudencia.

❖ El personalismo prudencial, conduce a una armonía entre curación, atención y cuidado, garantiza buenas prácticas y al mismo tiempo una atención auténticamente humana². Es propuesto por la Iglesia Católica a los profesionales católicos e instituciones religiosas que se desempeñan en el mundo de la salud.

9. POLÍTICAS A OBSERVAR PARA LA GESTIÓN ÉTICA:

Las políticas a seguir para la gestión ética que orienta la interacción entre los diferentes grupos intra o extra institucionales se refieren a:

9.1 Para sus Empleados:

❖ La Clínica tiene a disposición el Comité de Ética institucional, conformado por un equipo asesor y facilitador en la aplicación de las normas ético-morales y de convivencia ciudadana, basada en los deberes y derechos, respeto a las personas y humanización sistémica de la organización. Interviene en los diferentes procesos de atención al paciente.

Está conformado por personal directivo y asistencial de la Clínica, representante de la comunidad y de los usuarios, profesionales de diferentes especialidades.

❖ Respecto a la calidad de la asistencia: Procesos orientados a satisfacer las necesidades del paciente, cumpliendo los principios de calidad asistencial definidos por la clínica y la normatividad vigente.

❖ Perfil profesional orientado al desarrollo de las funciones del cargo y a ofrecer una asistencia integral.

❖ Límites de la asistencia, para la atención de patologías que no sean competencia de su nivel de atención, de lo cual informará oportunamente al paciente y su familia y facilitará la solución de su problema.

❖ Trabajo en equipo y liderazgo compartido.

² Dolentium Hominum, *Iglesia y salud en el mundo*, n. 37, Pág. 61.

9.2 Para sus Usuarios:

“DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA”

“Todo derecho implica un deber”

Usted tiene Derecho a:

1. “Elegir libremente la Institución de salud según su plan”.
2. “Tener comunicación clara y completa con el médico sobre: su enfermedad, procedimientos, pronóstico, tratamiento y sus riesgos. Aceptar o rechazar por escrito los procedimientos”.
3. “A que se le Respete su dignidad y autonomía, creencias y costumbres, así como las opiniones personales sobre su enfermedad”.
4. “La confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso de atención, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.”
5. “Que se le preste la mejor asistencia médica disponible, oportuna, segura y continua”.
6. “Recibir información oportuna sobre los procesos administrativos y costos del servicio”.
7. “Recibir o rehusar apoyo espiritual, orientación ética y moral”.
8. “Que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones de acuerdo a la normatividad vigente”.
9. “Que se le respete la voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos”.
10. “Que se le garanticen las condiciones para una muerte digna, que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad y a estar en compañía de su familia”.

Sus Deberes son:

1. “Respetar la Institución, los procesos y el personal. Observar y apoyar normas de convivencia, aislamiento, limpieza y seguridad institucional.”
2. “Brindar la información necesaria clara y completa solicitada por el equipo de salud. Dar su consentimiento informado en los formatos establecidos por la organización, asumiendo los riesgos y complicaciones”.
3. “Respetar: credo religioso de la Organización y de las demás personas. Buscar en todo el bien común, presentar sus quejas, reclamos y felicitaciones al personal que lo atiende”
4. “Colaborar con la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención.”
5. “Informar al médico y la enfermera las decisiones y deseos del paciente y la familia en caso de enfermedad terminal, no reanimación, medidas extraordinarias y el alta voluntaria”.
6. “Asumir los copagos, excedentes y otros servicios no cubiertos por su Empresa de Salud”.
7. “Solicitar la ayuda espiritual y acompañamiento pastoral cuando lo crea necesario”.
8. “Aceptar o rechazar por escrito la participación en investigaciones médicas.”
9. “Dar por escrito el consentimiento de aceptar o no la donación de órganos según lo establecido por la Ley”.
10. “La familia debe asegurar la compañía del paciente durante su enfermedad y muerte”.

10. POLÍTICAS INSTITUCIONALES:

10.1 Política de Calidad:

Fortalecer la cultura de servicio con enfoque proactivo - preventivo, mejora continua de la calidad, gestión - desarrollo del conocimiento e innovación y creación de valor, apoyados en el liderazgo y trabajo en equipo para cumplir con la oferta de valor diferenciada.

10.2 Política de Referenciación Comparativa:

Identificar y discernir factores claves de éxito en el ámbito interinstitucional, mediante el intercambio de experiencias y aspectos cognoscitivos que permitan contribuir al logro de altos niveles de desempeño.

10.3 Política de Gestión del Talento Humano:

Identificar las necesidades de competitividad y bienestar del Talento Humano institucional, para dar respuesta a sus necesidades mediante la implementación de planes de capacitación, entrenamiento, formación y desarrollo integral, con el propósito de lograr una mayor calidad en la prestación del servicio, mayor sentido de pertenencia, motivación, formación ética y humana para asegurar un servicio integral acorde a la dignidad de la persona y la satisfacción de todos nuestros usuarios.

10.4 Política de Salud Ocupacional:

Propiciar ambientes de trabajo sanos y seguros, que minimicen los factores de riesgo ocupacionales críticos, que puedan de una u otra forma afectar la salud, el buen desempeño de los empleados y otros usuarios, según legislación vigente y directrices institucionales, con el fin de garantizar una mejora continua, elevar niveles de seguridad industrial, salud y bienestar de los empleados.

10.5 Política de Seguridad Clínica:

Compromiso institucional que asegura el control de riesgos en la prestación del servicio al paciente, su familia o cuidador para: Prevenir la ocurrencia, disminuir el riesgo y disminuir la severidad de los eventos adversos.

Estamos comprometidos con la seguridad clínica, mediante:

La estructuración de un plan coherente con el direccionamiento estratégico en el cual participan los clientes de la institución con la implementación de acciones de prevención, promoción, búsqueda activa, identificación y reporte voluntario de condiciones y eventos que rompan la seguridad en el proceso de atención al paciente, su familia o cuidador

Procesos sistemáticos y periódicos de capacitación, información y retroalimentación acerca del comportamiento y gestión de los eventos adversos, definición de eventos trazadores e identificación de los eventos centinela.

Permanente integración con actividades de diseño, implementación, ajuste y mejora continua de los procesos, planes y proyectos a nivel intra y extra institucional.

Compromiso permanente que busca prevenir y o disminuir el riesgo de ocurrencia y la severidad de los eventos adversos.

10.6 Política de Gerencia de la Información:

Gestionar y apoyar la integración de datos e información administrativo - asistencial desde su identificación, captura y procesamiento hasta su difusión, comunicación y disposición final, permitiendo satisfacer las necesidades de información y su interrelación con los diferentes clientes de la institución a través del apoyo de un equipo interdisciplinario idóneo, que propende por la estandarización, integración, consolidación, análisis y la disposición oportuna de datos e información, en términos de seguridad, confidencialidad, coherencia, veracidad, integralidad y accesibilidad, en los diferentes niveles de gestión y decisión, acorde con los lineamientos estratégicos de la Clínica el Rosario.

10.7 Política del Ambiente Físico:

Gestionar y apoyar en la organización acciones relacionadas con la seguridad desde la infraestructura, equipos biomédicos, industriales y de infraestructura, insumos y dispositivos médicos, con base en la normatividad vigente para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos asistenciales y de apoyo tanto en condiciones de normalidad como de emergencia.

10.8 Política de Responsabilidad para el Desarrollo:

Ofrecer servicios integrales de salud de alta complejidad, en un entorno equitativo y sostenible, para el desarrollo humano integral, que permita asegurar a la Clínica, los trabajadores y la comunidad en general, el crecimiento económico, el desarrollo social y el equilibrio ambiental, mediante el cumplimiento normativo, la aplicación de principios y valores éticos, que generen confianza y el logro de resultados previamente consensuados con los grupos sociales objeto.

10.9 Política de Contratación:

Desarrollar un proceso reflexivo, concertado y alineado al logro de los grandes propósitos de la Clínica, que favorezca una relación equilibrada, respetuosa y de mutuo beneficio, que culmine en contratos justos, equitativos y claros, de manera que regulen las condiciones entre las partes, realizando el seguimiento y retroalimentación permanente donde primen los criterios de calidad sobre los financieros permitiendo un desarrollo fluido de las relaciones entre las partes que lo suscriben.

11. JUNTA DIRECTIVA:

La Junta Directiva es la máxima autoridad de la Clínica, responsable de garantizar la calidad de los servicios de salud brindados al paciente, determina la Misión institucional y el direccionamiento estratégico, consistente con la Misión institucional, con los recursos disponibles y la política económica de la Congregación de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación, en sus líneas de acción: Solidaridad, Cooperación al desarrollo y Promoción de la dignidad del hombre.

11.1 Estructura de la Junta Directiva:

- ❖ La Representante legal y presidenta de la Junta directiva, es la superiora Provincial de la Provincia de Medellín de la Comunidad de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación.
- ❖ Los miembros son nombrados por la Superiora Provincial con el acuerdo de su consejo, para un periodo de cinco años, no obstante sus miembros pueden ser reelegidos o removidos de su cargo por decisión de la Superiora Provincial
- ❖ Las reuniones tienen una periodicidad mensual; no obstante se pueden dar otras reuniones en forma extraordinaria cada vez que la situación lo amerite. De cada reunión se elabora un acta firmada por la Presidenta y la Secretaria de la Junta.
- ❖ Las religiosas de los cargos directivos son nombradas por la Superiora Provincial con el acuerdo de su consejo, las demás personas para dichos cargos, son nombradas por la Junta directiva.

11.2 Funciones de la Junta Directiva:

- ❖ Aprobar la Plataforma Estratégica institucional teniendo en cuenta: el propósito de la organización, relación con la comunidad a la que sirve, responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia, normatividad aplicable y aspectos que guían la ética organizacional.
- ❖ Aprobar el plan estratégico, en donde los objetivos son priorizados y ejecutados y son la base para su posterior planeación, implementación y evaluación. Garantiza que las diferentes unidades funcionales estén involucradas en la formulación y desarrollo de su propio plan, en coherencia con el de la organización y el proceso de atención.
- ❖ Velar por el cuidado y defensa de la vida, el bienestar y la salud de la comunidad.
- ❖ Velar por el respeto, la protección y promoción de su recurso humano, dentro de las leyes vigentes y los lineamientos del Direccionamiento Institucional.
- ❖ Definir parámetros dentro de los cuales los planes sean ejecutados, garantiza la viabilidad financiera de la organización, a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas.

- ❖ Velar por el adecuado desarrollo de la Institución, la utilización y mantenimiento de los recursos.
- ❖ Asignar el capital necesario para el desarrollo de los proyectos de inversión y vigilar los estados financieros y fondos operacionales a corto, mediano y largo plazo.
- ❖ Autoevaluar la gestión, revisar y adoptar sus funciones a las nuevas directrices y políticas de la Congregación, la normatividad vigente y los requerimientos del entorno.
- ❖ Identificar sus propias necesidades de capacitación y garantizar educación continuada en el tiempo.

11.3 Aspectos Generales sobre Comunicación e Información:

La Junta Directiva, solicita a través de la Dirección o la División Administrativa, al comité de Dirección, a los líderes de Macro Procesos o de Unidades Funcionales, información sobre temas específicos, para fortalecer el proceso de toma de decisiones informadas.

En las reuniones de la Junta Directiva, se informan aspectos relacionados con la gestión de los Macroprocesos, comités, Unidades funcionales y proyectos. El comité de Dirección, a solicitud de la Dirección, puede revisar la información a presentarse en Junta con el fin de ampliarla y/o clarificar aspectos relevantes de la misma. Cuando se presente un proyecto, debe seguir los lineamientos del documento "Administración de Proyectos".

Los informes presentados a la Junta por los líderes de Macro Procesos o de Unidades funcionales pueden referirse a: Conceptos sobre temas de actualidad, Informe sobre temas técnicos o científicos específicos, Formulación de Políticas concernientes a los procesos de atención, Respuesta a la normatividad vigente aplicable a la Clínica, Conveniencia de un Proyecto, Oportunidades de mejora y estrategias a desarrollar La Junta debe retroalimentar por escrito a la instancia que corresponda, acerca de la toma de decisión y la orientación a seguir sobre el tema que se llevó a la Junta. Las decisiones finales sobre aprobación de proyectos, creación de cargos, definición de políticas institucionales, inversiones mayores corresponden a la Junta Directiva.

12. COMITÉS INSTITUCIONALES:

Son equipos de trabajo constituidos desde la Dirección, contribuyen en grado considerable a la buena marcha de la institución, aportan elementos técnicos para la toma de decisiones relacionada con aspectos claves de la prestación del servicio al tiempo que facilitan el desarrollo y mejoramiento continuo de los procesos institucionales, los comités establecidos son:

12.1 Comité de Dirección:

Formular el plan estratégico y monitorear los procesos claves par la gestión integral de la Clínica, los indicadores trazadores del Direccionamiento estratégico y proponer los correctivos necesarios y pertinentes en procuras de alcanzar la visión institucional.

12.2 Comité de Educación y Capacitación:

Diseñar y definir parámetros para los programas de Educación y Capacitación que se lleven a cabo en la Clínica, con el fin de que dichos programas se encuentren totalmente integrados y orientados hacia el logro de los objetivos y políticas institucionales.

- ❖ Responder a las necesidades y expectativas identificadas en el proceso de mantenimiento de competencias.
- ❖ Apoyar planes de mejora por cargo.

12.3 Comité Paritario de Salud Ocupacional:

Promociona la salud ocupacional y prevención de las contingencias laborales al interior de la institución.

12.4 Comité de Historias Clínicas:

Asesorar y orientar a los profesionales de la salud en el cumplimiento de normas establecidas para el diligenciamiento y manejo técnico adecuado de la HC, con el fin de facilitar el control y la evaluación de la calidad de la atención brindada al paciente.

12.5 Comité de Ética:

Formular, Promover y Velar por la aplicación de los principios del Código de Ética y Buen Gobierno al interior de la Institución y de las profesiones del área de la salud, siguiendo lineamientos normativos enmarcados en la bioética y el bioderecho.

12.6 Comité de Calidad y Seguridad:

Asesorar y facilitar los procesos para la mejora continua de la calidad de atención, a través de:

- ❖ Identificación y respuesta permanente de las necesidades y expectativas de los clientes.
- ❖ Seguimiento a indicadores centinela en el sistema.
- ❖ Comparación de resultados con la calidad esperada previamente definida.
- ❖ Identificación de posibles causas de incumplimiento de la calidad esperada.

- ❖ Definición de planes para ajuste al cumplimiento y la mejora continua del proceso.
- ❖ Identificación de barreras para el mejoramiento desde el autocontrol en cada unidad Funcional.

12.7 Comité de Farmacia y Terapéutica:

Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Institución en relación con la selección, compra, prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso, control, reintegro, además establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de las mismas.

- ❖ Conceptuar sobre las guías de manejo fármaco terapéutico para el tratamiento de las patologías más frecuentes en la Institución.
- ❖ Coordinar con el Comité de Infecciones de la Institución, el impacto, seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales y la eficacia de la terapia farmacológica instaurada en los casos especiales.
- ❖ Recolectar y analizar los datos enviados por el servicio farmacéutico sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, EAPB y a las autoridades correspondientes.

12.8 Comité de Compras:

- ❖ Definir criterios de compra para los distintos servicios acordes con los requerimientos de cada uno de ellos y las políticas de la institución.
- ❖ Establecer criterios de evaluación de oportunidad que sean empleados en los servicios para la selección y adquisición de bienes y servicios.
- ❖ Garantizar el cumplimiento de los lineamientos definidos como medida de control interno.

12.9 Comité de Mortalidad y Complicaciones:

Prestar servicios de salud con calidad a través del análisis del 100% de eventos reportados al comité desde el macroproceso Cliente asistencial.

12.10 Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado:

Disminuir la incidencia de las infecciones Intrahospitalarias.

- ❖ Disminuir la frecuencia de brotes epidémicos, a través de la identificación oportuna del aumento de la tasa por encima del nivel endémico.
- ❖ Disminuir el costo por estancia hospitalaria prolongada secundaria a las IAH y por el uso de productos como antibióticos, material de curaciones, reintervenciones quirúrgicas, aislamiento, entre otros.

- ❖ Disminuir la incidencia de exposiciones laborales del equipo de salud a los agentes microbianos y las infecciones que pueden ocurrir por estas exposiciones.
- ❖ Identificar los riesgos intrínsecos y extrínsecos específicos de infección hospitalaria para los pacientes que se atienden en la institución.
- ❖ Reconocer los agentes patógenos prevalentes y su sensibilidad; el aumento de la incidencia de un determinado patógeno y los cambios en el patrón de resistencia.
- ❖ Establecer mecanismos de retroalimentación y evaluar el impacto de las acciones de prevención y control realizadas.
- ❖ Dar fundamento a la programación de las intervenciones preventivas, correctivas o de mantenimiento.
- ❖ Optimizar el costo beneficio de las actividades de prevención y control de infecciones, relacionadas con procesos de Esterilización y reuso de dispositivos médicos.
- ❖ Identificar los eventos relacionados con la Vigilancia en salud Pública y articular los procesos de comunicación entre los entes de vigilancia y control para realización de actividades individuales y comunitarias.

12.11 Comité Disciplinario:

Vela por la adecuada gerencia del recurso humano, buscando su desarrollo humano y profesional, acorde con las normas institucionales.

12.12 Comité de Emergencias y Desastres:

Diseñar estrategias de mitigación que permitan disminuir la vulnerabilidad en las personas, los procesos y los recursos de la Clínica en cada una de las amenazas que podrían generar situación de emergencia.

12.13 Comité Docente Asistencial:

Coordinar y evaluar las actividades docentes asistenciales y asesorar a la Dirección de la Institución que preste Servicios de Salud en todo lo relacionado con los convenios.

12.14 Comité de Gestión de la Tecnología y Tecnovigilancia:

- ❖ Formular las políticas sobre tecnología biomédica y dispositivos médicos en la Institución en relación con la selección, compra, dispensación y utilización de estos en la institución, además establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de las mismas.
- ❖ Brindar un acompañamiento a los profesionales de la salud para realizar una correcta selección de la tecnología, que permita satisfacer las necesidades de salud local, teniendo en cuenta el soporte operacional y técnico.

- ❖ Investigar de forma integral las consecuencias clínicas (propiedades y efectos) económicas y sociales del empleo de la tecnología biomédica.
- ❖ Recolectar y analizar los datos enviados por el personal asistencial sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con la utilización de tecnología biomédica y dispositivos médicos e informar los resultados, al paciente, al personal de salud, EAPB y a las autoridades correspondientes.

13. EQUIPO PASTORAL DE LA SALUD:

Es un grupo de apoyo al proceso de atención al paciente y su familia, realiza actividades del Servicio de Pastoral y Atención al usuario, en lo referente a las Celebraciones Litúrgicas, acompañamiento, asistencia espiritual e información.

14. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE LA GESTIÓN:

La Revisión de la gestión, es realizada por el Comité de Dirección, según cronograma establecido y con la información acerca de la gestión de cada macro proceso del sistema y reportes de auditoría interna realizados por los comités institucionales.

Revisa y ajusta el sistema de calidad para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia, mediante identificación de oportunidades de mejora y definición de planes de acción para su ajuste y mejora permanente, en coherencia con el Direccionamiento Estratégico.

15. PARÁMETROS DE COMUNICACIÓN ALINEADOS CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

La comunicación interna en la Clínica se realiza de tres formas:

15.1 Comunicación Vertical Descendente:

Desde la Junta Directiva y la Dirección, hacia el Comité de Dirección, líderes de Macro Procesos, líderes de Unidades Funcionales y el personal.

15.2 Comunicación Vertical Ascendente:

Desde el personal de la Institución a los Líderes de Unidades funcionales, Líderes de Macro Proceso, Comité de Dirección, Dirección General y Junta Directiva, a través de: Datos recogidos en los diferentes procesos para su posterior análisis por los responsables asignados, Principales problemas detectados en la aplicación de los procedimientos e instrucciones de trabajo. Sugerencias de mejora de los diferentes procesos.

15.3 Comunicación Horizontal:

Realizada entre los miembros de la Junta Directiva, Líderes de Macro Proceso, Líderes de Unidades funcionales y líderes de Proyectos entre si. Con ello se favorece la interdependencia de las diferentes unidades funcionales, procesos y proyectos.

El contenido general de la información entregada a la alta Dirección tiene definidos los estándares de contenido así:

- ❖ Objetivos estratégicos y planes de acción a corto, mediano y largo plazo, orientados al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.
- ❖ Evolución y grado de cumplimiento de los objetivos.
- ❖ Tendencias de los diferentes indicadores.
- ❖ Acciones de mejora adoptadas para reconducir situaciones adversas, así como los beneficios obtenidos con la aplicación de dichas acciones.

El contenido y mecanismo específico según los niveles de la organización es el siguiente:

La junta Directiva, se involucra en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización mediante la definición de políticas y criterios que orienten la gestión de la institución, toma decisiones acordes con el Direccionamiento Estratégico.

La Dirección General de la Institución, sustenta su gestión ante las diferentes instancias de la organización, de la siguiente manera:

- ❖ Con la Junta Directiva: Informando sobre la gestión de los Macro Procesos alineados con el direccionamiento estratégico; Jornadas de trabajo y capacitación para su educación continuada, con especial énfasis en filosofía, política y procesos inherentes a la atención de los usuarios y su familia según plan de capacitación.
- ❖ Con los Empleados: reunión administrativa mensual para la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización, reuniones por macro proceso, proyectos, procesos, equipos de trabajo, ó comités, según prioridades; jornadas de capacitación con equipos interdisciplinarios programadas por el comité de educación para lograr que toda la organización se involucre en el logro de los objetivos estratégicos; memorandos, circulares, carteleras, boletín institucional.
- ❖ Con los líderes de macro procesos y de unidades funcionales: reuniones de consenso, entrevistas, memorandos.
- ❖ Con clientes externos: Grupo de usuarios, Directivos, coordinadores de contratación y auditores de empresas contratantes, proveedores de servicios, contratos de mantenimiento, de equipos e insumos.

❖ Otros contactos.

16. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO:

La gestión del talento humano tiene definidos tres procesos para lograr el objetivo planteado en este aspecto desde el Direccionamiento estratégico:

16.1 Proceso de Selección de Personal:

Garantiza oportunidad y efectividad en el proceso de selección de personal, a través del cumplimiento de criterios preestablecidos por la institución, para dar respuesta a los requerimientos de los procesos y a la normatividad vigente, con el fin de contribuir al manejo eficiente de la infraestructura requerida para la prestación de servicios, con alta calidad científica, técnica y humana; apoyado en una comunicación / retroalimentación dinámica.

16.2 Proceso Mantenimiento de Competencias Técnicas del Personal:

Garantiza la competencia e idoneidad del personal que labora en la institución, mediante la realización de planes de entrenamiento y reentrenamiento, cumplimiento y seguimiento de planes de mejoramiento y la formación permanente como respuesta a necesidades legales, institucionales, profesionales, laborales y personales.

Mediante la evaluación de desempeño la Clínica busca brindar a los empleados retroalimentación sobre aspectos de su comportamiento laboral, logros y objetivos, con el fin de que este pueda percibir cuáles son sus aspectos positivos y sus oportunidades de mejora para obtener un mejor desempeño en su puesto de trabajo.

16.3 Proceso de Salud Ocupacional:

Garantiza el mejoramiento de las condiciones laborales de los empleados de la clínica a través de la gestión de ambientes de trabajo seguros y aplicación de controles en la fuente, el medio y la persona.

16.4 Evaluación de la Gestión de las Unidades Funcionales:

Dentro de la Política de Estímulos e Incentivos, se establece la evaluación de la gestión de la Unidad Funcional, en el desarrollo del Plan Operativo, orientado al cumplimiento del Plan Estratégico y su participación en el logro de los grandes propósitos Institucionales, ubicándola así en un nivel de calidad determinado, según el resultado obtenido.

Se tienen definidos los criterios para evaluar la gestión de las Unidades Funcionales en los procesos prioritarios del Direccionamiento Estratégico, que permitan ubicarla en un nivel de calidad observada y orientar las acciones encaminadas al reconocimiento en su desempeño, siguiendo la metodología PHVA del ciclo de mejoramiento continuo.

16.5 El Programa de Estímulos e Incentivos:

Contribuye al mejoramiento de la satisfacción del personal que en ella labora y por ende, al del Clima Organizacional:

- ❖ Permiso remunerado para asistir a cursos.
- ❖ Brigadas de salud mental.
- ❖ Retiros y Convivencias.
- ❖ Programas de Cumpleaños.
- ❖ Acceso a actividades recreativas,
- ❖ Reconocimiento de logros por jefes inmediatos.
- ❖ Reconocimiento escrito de las Directivas por logros especiales con copia a hoja de vida.
- ❖ Concursos.
- ❖ Momentos de escucha.
- ❖ Momentos de Verdad.
- ❖ Cine foros.
- ❖ Concursos que promuevan la creatividad, el ahorro y el uso racional de los recursos.

17. RELACIONES CON LOS TRABAJADORES:

17.1 Obligaciones Especiales de la Clínica:

- ❖ Poner a disposición de los trabajadores, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.
- ❖ Procurar a los trabajadores, locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.
- ❖ Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o enfermedad.
- ❖ Pagar la remuneración pactada, en las condiciones, períodos y lugares convenidos.
- ❖ Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.
- ❖ Dar al trabajador que lo solicite, a la expiración del contrato, una certificación en que conste el tiempo de servicios prestados, la índole de la labor y el salario.
- ❖ Cumplir lo estipulado por la ley en cuanto a condiciones de los contratos, maternidad, jornadas, retiro.
- ❖ Realizar reuniones regulares con sus empleados.

- ❖ Contar con comité de salud ocupacional y seguridad industrial
- ❖ Promover la mejora continua y el aprendizaje organizacional
- ❖ No aceptar el acoso sexual, ni las diferencias de salarios entre sexos
- ❖ Cumplir con sus obligaciones laborales y prestaciones con los trabajadores
- ❖ Pedir constancia a los contratistas de la seguridad en salud de sus trabajadores
- ❖ Contratar servicios con terceros evitando la evasión o elusión de obligaciones

17.2 Deberes Generales del Trabajador:

- ❖ Respeto y subordinación para con sus superiores, y respeto para con sus compañeros de trabajo, siendo verídico en todo caso.
- ❖ Guardar buena conducta haciendo observaciones, reclamos y solicitudes a que haya lugar, por conducto del respectivo superior y de manera positiva, comedida y respetuosa.
- ❖ Ejecutar los trabajos que se les confíen con honradez, buena voluntad, calidad y especificaciones exigidas,
- ❖ Permanecer durante la jornada en el sitio de trabajo o donde se le solicite por un requerimiento especial.
- ❖ Observar rigurosamente las medidas de seguridad y precauciones que se le indiquen, para el manejo de las máquinas o instrumentos de trabajo y evitar los accidentes de trabajo.
- ❖ **Obligaciones Especiales del Trabajador.** Son obligaciones especiales del trabajador:
 - Velar por el respeto a los derechos del paciente.
 - Realizar personalmente la labor que le haya sido asignada, en los términos estipulados.
 - Acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular le imparta la Clínica o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.
 - No comunicar a terceros, salvo autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo, especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios a la Clínica o a los pacientes.
 - Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes.

- Guardar conducta social y moral en las relaciones con sus superiores y compañeros.
- Comunicar oportunamente las observaciones que estime conducentes para evitarle daños y perjuicios.
- Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgos inminentes, que afecten o amenacen a las personas o a las cosas de la empresa o establecimiento.
- Observar con la mayor diligencia y cuidado las normas de aseo personal y del sitio de trabajo o equipo asignado.
- Observar las medidas preventivas higiénicas, previstas en el reglamento de Higiene.
- Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales.
- Registrar en la oficina de Gestión Humana de la Clínica su domicilio, Dirección y teléfono, y dar aviso oportuno de cualquier cambio que ocurra.
- Estar debidamente dispuesto, con su uniforme de trabajo, en su puesto de trabajo a la hora exacta en que empieza su turno y permanecer en él hasta la terminación de su jornada o hasta que llegue la persona que debe recibirle el turno. Prestar sus servicios de manera puntual, cuidadosa y diligente.
- Informar cualquier tipo de enfermedad o accidente y someterse a los exámenes y tratamientos médicos que se le ordenen.
- Asistir a cursos, charlas, conferencias, reuniones, entre otros, programados por la Clínica u ordenados por esta durante el tiempo de la jornada ordinaria.
- Manipular cuidadosamente y de acuerdo con las instrucciones recibidas, los productos para evitar su pérdida o deterioro.
- Acatar los programas complementarios de salud ocupacional establecidos por la empresa o la ARP.
- Presentarse al trabajo con el uniforme reglamentario completo, sin adornos y con buena presentación personal.
- Exigir a los usuarios el diligenciamiento de todos los requisitos contemplados por la Empresa para la prestación de los servicios.
- Suministrar información en forma adecuada y oportuna sobre los diferentes servicios de la institución.
- Observar en todo momento una rigurosa ética profesional, guardando silencio acerca de todo lo relacionado con el enfermo, como diagnóstico, tratamiento, pronóstico, causa de muerte, entre otros.

- ▶ Usar la escarapela que lo identifica en lugar visible.
- ▶ Practicar los procedimientos con la técnica adecuada, según las directrices adoptadas para el efecto. Toda duda sobre procedimientos, tratamientos, debe ser consultada con el jefe inmediato.
- ▶ Racionalizar y cuidar los equipos, materiales y demás enseres de la Empresa, y dar aviso al jefe inmediato cuando rompa o pierda algún objeto.

18. CRITERIOS ORGANIZACIONALES PARA DEFINIR EL TIPO Y AMPLITUD DE LOS SERVICIOS:

La institución define políticas organizacionales acordes con el Direccionamiento Estratégico, que le sirvan para determinar la apertura de nuevos servicios y/o ampliación y actualización de servicios ya existentes. Son aplicadas por la Junta Directiva, la Dirección y el comité de Dirección, con el aporte de los líderes de las Unidades Funcionales, para favorecer la toma de decisiones informadas, en relación con la prestación de servicios, acordes con el Direccionamiento Estratégico.

19. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AHORRO Y CUIDADO DE LOS RECURSOS:

Busca estimular el mejor aprovechamiento de los recursos existentes (equipos, materiales, servicios públicos, información, recursos financieros y humanos), mediante el fomento de la cultura del ahorro y el cuidado de los recursos disponibles en cada una de las Unidades Funcionales, con el fin de favorecer la disminución de los costos de no calidad y obtener una mayor rentabilidad social y financiera para mejorar el nivel de desarrollo y la sostenibilidad de la Institución.

20. RESPONSABILIDAD SOCIAL CON LA COMUNIDAD A LA QUE SIRVE:

El Objeto Social de la Clínica el Rosario: Es la prestación integral de servicios de salud, de alta complejidad. Generando satisfacción en nuestros usuarios internos y externos, mediante el conocimiento y respuesta permanente a sus necesidades y expectativas y el cumplimiento de las características de calidad acordadas. Promoviendo y cuidando la vida y la salud, en fidelidad al Evangelio y al Carisma de Marie Poussepin para el bien de la persona que sufre, la familia y la comunidad a la que sirve.

Define su política de Responsabilidad Social para el desarrollo conjunto, dentro del marco de la normatividad vigente, su plataforma estratégica y principios éticos institucionales y propone estrategias de desarrollo y promoción social, que ayuden a consolidar una sociedad más justa y humana al servicio de la vida. Toda la gestión institucional se fundamente en políticas específicas emanadas de su pensamiento fundante:

- Promueve la humanización como estrategia organizacional, no solo al interior de la institución sino que apoya y orienta otras instituciones de salud en este campo.
- Es lugar de referenciarían para otras instituciones
- Contribuye al cuidado de salud de la población.
- Generadora de empleo y desde ahí apoyo a la familia y el desarrollo social
- Es líder de evangelización en el mundo de la salud y promotora del evangelio de la vida y la salud

- Potencia la respuesta del paciente y la familia para afrontar nuevas situaciones de enfermedad y sufrimiento.
- Contribuye mediante alianza con otras instituciones a la seguridad del sector
- Se orientarán las acciones y las políticas de la Clínica, identificando las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, para satisfacción de los mismos.
- Tenemos una responsabilidad con el sistema de salud buscando la eficiencia y aportar al equilibrio del mismo, además de propender por nuestra sostenibilidad financiera, que nos permita seguir siendo un generador de empleo y desarrollo en el medio.

El compromiso de la Clínica con la comunidad a la que sirve, se evidencia a través de los siguientes aspectos:

20.1 Grupo de Usuarios:

Personas que con una labor voluntaria y en un espacio de carácter institucional, cumplen con los siguientes objetivos:

- ❖ Velar por el cumplimiento de los derechos que tienen los usuarios a recibir servicios salud de calidad.
- ❖ Promover el cumplimiento de los deberes por parte del usuario en el proceso de atención.
- ❖ Participar en el proceso de identificación de necesidades, expectativas y la percepción relacionada con la prestación del servicio.
- ❖ Apoyar las actividades lúdicas para niños y jóvenes.
- ❖ Realizar las llamadas pos egreso.
- ❖ Este grupo tiene un cronograma de reunión mensual.

20.2 Fortalecimiento de la Oficina de Atención al Usuario:

Con el fin de mejorar en forma permanente la calidad de la información a los usuarios, se implementan estrategias acordes con las políticas de la atención y los lineamientos de la comunicación institucional, estas permiten la centralización y la estandarización de la información según los requerimientos específicos del usuario y su familia, esta dinámica de mejora lleva al incremento en los niveles de satisfacción.

Desde la oficina de atención al usuario también se realiza en forma centralizada y con el apoyo de los líderes de unidades funcionales y de macro proceso toda la gestión de análisis y respuesta a quejas, reclamos, felicitaciones.

Aporte de Información, sobre proceso de mejoramiento continuo y respuesta a necesidades detectadas, a través de: reuniones, oficina de atención al usuario, folletos, mensajes internos por alta voz, pagina Web, línea telefónica, visita hospitalaria.

20.3 Comité Empresarial Barrio Prado:

La Clínica forma parte del grupo de empresas que conforman el comité empresarial Barrio Prado, el cual tiene como objetivo crear un frente común que desarrolle acciones en temas de: seguridad, social y ambiental, procurando aportar al desarrollo de la comunidad aledaña.

Este conformado por 15 empresas que busca una proyección social y beneficios para la comunidad y los usuarios que hacen uso de los servicios en las diferentes empresas e instituciones de salud del barrio Prado de Medellín.

La idea nació de la Clínica del Prado en octubre del 2005, con el objetivo principal de convocar las instituciones de salud que tuvieran sede en el Barrio y adelantar estrategias que permitieran trabajar en diferentes frentes, que son claves para los clientes, buscando atraerlos a las instituciones y generar mejoras que beneficien a los empleados de las instituciones y a la comunidad aledaña.

20.4 Fortalecimiento de las Relaciones con Proveedores y Clientes Externos:

Con la participación de los proveedores en actividades de definición, implementación, revisión, ajuste y mejora de los procesos, se validan los criterios para la atención y otros para apoyo a la misma. La institución con esta estrategia participativa, establece relaciones de mutua confianza que le permiten dar cumplimiento a las características del servicio planteadas desde el campo normativo:

20.5 Responsabilidad Relacionada con el Medio Ambiente:

Desde los lineamientos estratégicos, la clínica expresa el compromiso de cuidar los recursos naturales y el medio ambiente, a través de la implementación de mecanismos de educación y promoción, uso de tecnología limpia, manejo de desechos y emisiones atmosféricas.

20.6 Recurso Humano:

Relaciones basadas en el respeto por la persona, la justicia social, la promoción, educación y el desarrollo. Creación de fuentes de trabajo.

20.7 Actividades de Extensión Social:

Con personas desplazadas, grupos marginados, a través del dispensario el Rosario y con pacientes hospitalizados de escasos recursos económicos.

21. PROCESO DE CONTRATACIÓN:

La Clínica determina con las empresas contratantes, las condiciones para la prestación del servicio al paciente y su familia, a través de la verificación de la capacidad técnico científica institucional, para entregar un servicio que cumpla con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad, pertinencia, respeto por los derechos del paciente y cumplimiento de lo pactado con la empresa, con el fin de contribuir al logro de los objetivos institucionales.

Se cuenta con procesos de selección y evaluación de proveedores de servicios de apoyo no asistencial, servicios médicos y otros servicios asistenciales, suministrados por terceros, para garantizar las características de la calidad y el cumplimiento de las políticas institucionales, acordes con la normatividad vigente y dentro de los lineamientos del Direccionamiento estratégico de la Clínica.

Se implementan diferentes estrategias para mantener comunicación permanente con el personal directivo y asistencial de las empresas contratantes.

Entre las diferentes actividades que se realizan están, el análisis de casos, seguimiento a indicadores, socialización de pautas para atención directa al paciente y otras de apoyo desde el direccionamiento institucional, es el caso del Plan Estratégico vigente, el proceso de atención al paciente, información acerca de proyectos, actividades para cumplir con requerimientos normativos y para la mejora continua de los procesos de atención directa al paciente o de apoyo a la asistencia.

- Toda relación con los proveedores estará regida por la transparencia, la honestidad y la prudencia
- Toda contratación realizada por la Clínica, deberá atender a una necesidad real ya sea para garantizar la proveeduría de productos y/o servicios requeridos para su operación, la generación de ingresos o la generación de nuevos proyectos y deberá estar sustentada por un análisis de las necesidades de la institución atendiendo entre otras, las variables de demanda y oferta o de tipo financieras y jurídica
- La Institución buscará en sus relaciones comerciales mantener relaciones de equilibrio contractual y económico con las entidades privadas y públicas, proveedores y usuarios en general.
- La contratación está alineada con su sistema de gestión y garantía de la calidad, es política de la Institución, seleccionar sus proveedores a partir de la satisfacción de las necesidades de la Clínica, para ello efectúa periódicamente evaluación efectiva de proveedores.
- Para garantizar la transparencia en las relaciones, la clínica solo puede recibir algún tipo de beneficio por parte de sus proveedores, con autorización de las directivas de la clínica.

- Estos beneficios pueden estar relacionados con:
 - Descuentos en el pago por la compra de los equipos o insumos, mejores condiciones en el plazo de los pagos, entrega de equipos o insumos por reconocimiento a tope de compras, pero nunca para uso personal de los profesionales, sino para la institución
 - Capacitación para el personal consistente en: pago de inscripción, pasajes y hospedaje para participar en eventos como: seminarios, simposio, congreso dentro y fuera del país, para los profesionales con vinculación laboral con la clínica. La asignación de estos cupos debe ser autorizada previamente por las directivas de la clínica.
 - Apoyo para la celebración de actividades académicas programadas por la clínica con el aval de las directivas y mediante un proceso transparente. No serán solicitadas ayudas económica o en especies al proveedor por parte de los profesionales, líderes o coordinadores, sin previa autorización

21.1 LA CLÍNICA EL ROSARIO NO ACEPTA

- Ninguna forma de apoyo ligado a incentivar la compra, prescripción, recomendación o uso de los productos del proveedor, ni tampoco buscar influenciar algún estudio clínico. El interés debe ser estrictamente educativo, que de ninguna manera se convierta en dádiva o prebenda.
- El ofrecimiento de dinero o algo de valor, para tratar de influenciar a un funcionario de gobierno, de manera inadecuada o corrupta, así como tampoco recibirlo de parte de los proveedores o de otras personas.
- La información suministrada tanto de parte de la Clínica como del proveedor debe ser completa, verídica, precisa y restringida a lo estrictamente indispensable
- La Clínica no sostendrá relaciones comerciales o de cualquier otro tipo, con personas naturales o jurídicas, de las cuales se tenga conocimiento cierto que no cumplen con la normatividad legal vigente, o cuyo comportamiento no sea ético.

21.2 VALORES Y TRANSPARENCIA EN LAS RELACIONES:

- Evitar competencia desleal, rechazar acuerdos de fijación de precios para manipular el mercado
- La competitividad para los servicios y productos se regirá bajo las normas, de calidad, veracidad, seguridad y adquisición lícita sobre la información de la competencia
- Rechaza pactos de distribución territorial de mercados para ejercer control desleal
- Evita vender medicamentos, insumos y servicios, por debajo del costo para hacerse al control del mercado
- Cumple lo establecido por la ley para pagos al Sena, seguridad social, ICBF, ARP

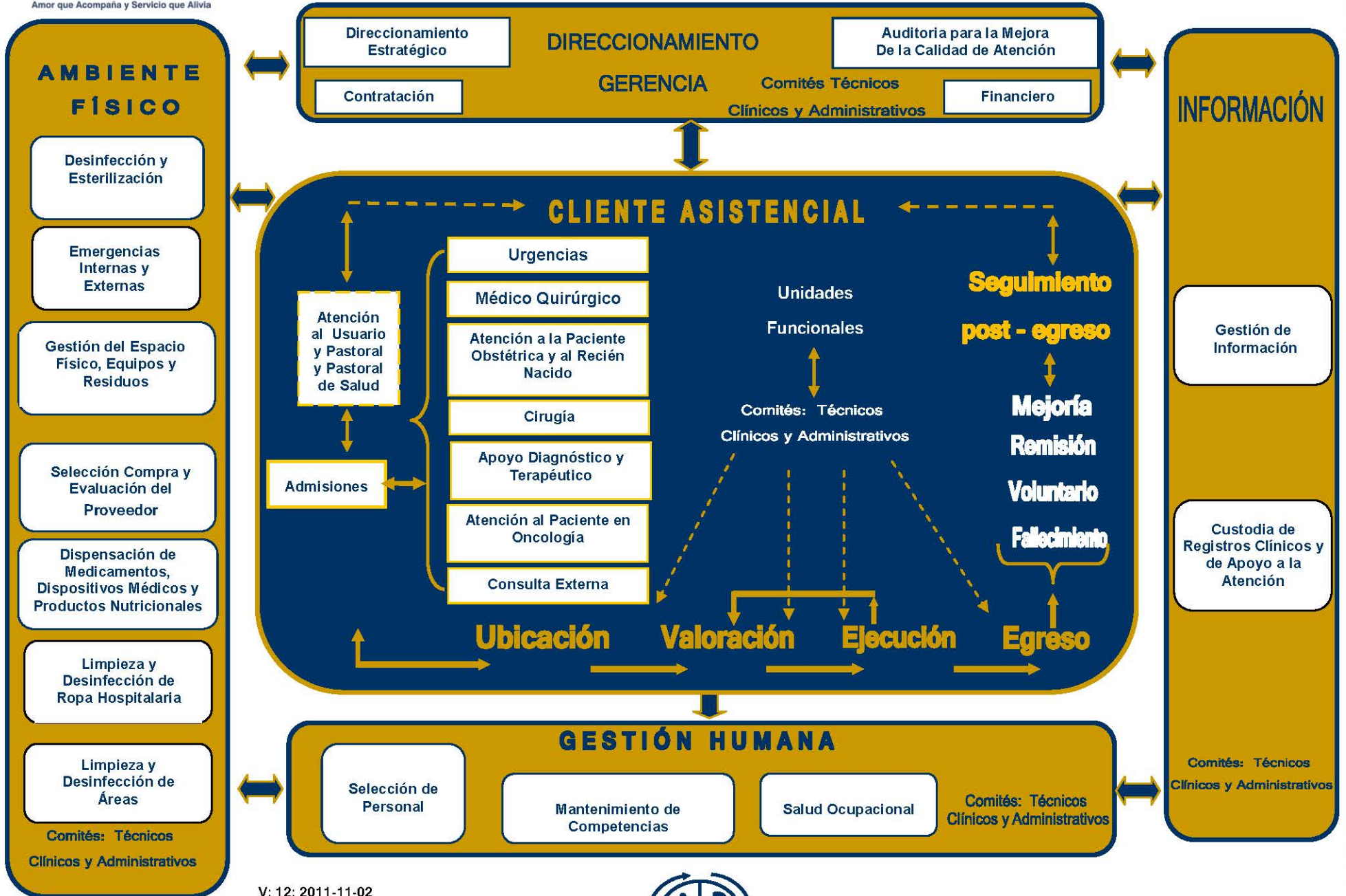
22. DESARROLLO DE INVESTIGACIONES EN LA CLINICA Y PROPIEDAD INTELECTUAL:

- El personal se acogerá a las disposiciones legales vigentes en el país en relación con el desarrollo de investigaciones:
 - Resolución 8438 del 4 de Octubre de 1993 emanada del Ministerio de la Protección Social, donde se establecen las normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en Salud en Colombia.
 - Resolución 2378 de 2008 del INVIMA, por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos
 - Y se toma como base la declaración de Helsinki, las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparada por la CIOMS/OMS
- Para la realización de investigaciones tanto promovidas por la clínica, como para su participación en investigaciones promovidas por otros sectores o instituciones, se tiene en cuenta:
 - En todo momento, el bienestar, dignidad y protección de los derechos de las personas sujetos de estudio, prevalecerán sobre los demás intereses del estudio, obedeciendo a los tres principios éticos básicos sobre los que se fundamenta la investigación clínica: Respeto, Beneficencia y justicia.
 - Se garantizará que los beneficios potenciales para el individuo y la población a la que este representa, superen en gran medida los riesgos a los que el sujeto de estudio será sometido
 - Siempre se debe contar por escrito, con el consentimiento informado, del sujeto de estudio previa explicación de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con capacidad de libre elección y sin coacción.
 - Los estudios se soportan en un profundo estudio de la bibliografía científica existente
 - Sera realizada por profesionales con conocimiento científico médico, de laboratorio y en buenas prácticas clínicas para la investigación en seres humanos.

- Se garantiza en todo momento la protección de la privacidad de los pacientes sujetos de estudio, manteniendo en estricta reserva y desde el inicio de la investigación, los datos registrase en el cuestionario utilizado; toda la información referente a cada pacientes se maneja mediante a la asignación de códigos consecutivos incluidos en el formulario, de esta manera se mantendrá la confidencialidad de la información clínica y de su identidad.
- Los investigadores se comprometen a mantener informada a la clínica en el avance de la investigación
- El comité de ética es el encargado de dar el fallo después de un detenido estudio, en donde debe constar: que el proyecto está ceñido a principios éticos, que regulan la investigación en seres humanos, que el equipo investigador es idóneo para desarrollar la investigación de acuerdo con los principios de validez y confiabilidad
- Cuando los profesionales de la Clínica desarrollen trabajos o documentos al interior de la institución se identificarán con los nombres de sus autores y se respetará su propiedad intelectual, serán documentos de uso exclusivo en la institución
- Cuando se realicen trabajos científicos, documentales o de investigación, la publicación y la difusión de los mismos, solo podrá hacerse por los conductos de las publicaciones científicas o académicas correspondientes, previo aval del comité de ética de la institución y de la Dirección. En todos los casos deberá darse los créditos a la Clínica
- La Clínica no auspiciará en ninguna forma la publicación de artículos que no se ajusten a los hechos científicos debidamente probados o que se presenten en forma que induzca a error, bien sea por el contenido o los títulos de presentación.

23. RED GENERAL DE PROCESOS:

RED DE PROCESOS



V: 12: 2011-11-02



FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN:

Elaboración	Revisión Técnica	Aprobación Corporativa
Nombre / Cargo: Comité de Dirección	Nombre / Cargo: Comité de Dirección	Nombre / Cargo: Presidenta Junta Directiva
Fecha: 2011-11-11	Fecha: 2011-11-20	Fecha: 2011-11-25