

## CONTENIDO

1. MACROPROCESO.....	3
2. PROCESO /SERVICIO / ÁREA.....	3
3. ALCANCE. ....	3
4. OBJETIVO GENERAL .....	3
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
6. MARCO LEGAL Y NORMATIVO.....	3
7. DEFINICIONES Y TÉRMINOS .....	4
8. MARCO TEÓRICO.....	4
9. LINEAMIENTOS.....	5
10. PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN POLÍTICAS INSTITUCIONALES .....	6
11. POLÍTICAS INSTITUCIONALES .....	6
A. Política de Calidad y Mejoramiento Continuo.....	7
B. Política de Gestión y Administración del Riesgo.....	8
C. Política de Prestación de Servicios .....	9
D. Política de Seguridad del Paciente .....	10
E. Política de Humanización del servicio. ....	11
F. Política de Responsabilidad Social y Ambiental.....	12
G. Política de Gestión del Talento Humano y Transformación Cultural. ....	13
H. Política de Gestión de la Tecnología.....	14
I. Política Relación Docencia – Servicio.....	15
J. Política Ambiente Seguro.....	17
K. Política de Referenciación.....	18
L. Política de Gestión de la Información y Comunicaciones .....	19
M. Política de No Reúso.....	20
N. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo. ....	21
O. Política de Calidad en la Investigación. ....	22
P. Política de Conflicto de Intereses .....	24
Q. Política de Control de Calidad.....	25
R. Política de Licenciamiento.....	26
S. Política de Desconexión Laboral.....	28
12. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	285



## POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Código: GES-MN-001

Versión: 6

13.	TRAZABILIDAD DE CAMBIOS AL DOCUMENTO.....	25
14.	RECONOCIMIENTOS.....	26

## **1. MACROPROCESO.**

Gerencial.

## **2. PROCESO /SERVICIO / ÁREA.**

Gestión Estratégica.

## **3. ALCANCE.**

Este documento define las políticas institucionales para dar cumplimiento al marco normativo que regula la gestión en salud, las directrices institucionales y las normas técnicas aplicables. Los lineamientos definidos en este documento aplican a todo el personal de la clínica independiente de su modo de vinculación, esto incluye a los profesionales independientes que atienden pacientes al interior de la clínica. La periodicidad de revisión de las políticas institucionales es de carácter anual.

## **4. OBJETIVO GENERAL.**

Proporcionar directrices para facilitar la formulación de las Políticas institucionales de la Clínica de Oncología Astorga, atendiendo la normativa vigente, los lineamientos técnicos aplicables y la alineación con la Planeación Estratégica.

## **5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- a. Definir los lineamientos internos y responsables de la estructuración de las políticas institucionales.
- b. Definir los criterios para caracterizar las políticas en la clínica, de tal manera que queden debidamente estructuradas para facilitar su implementación efectiva.
- c. Mantener actualizada las políticas institucionales y recopiladas en un documento de referencia.
- d. Facilitar su implementación y medición de adherencia con la definición clara de su método de cuantificación.

## **6. MARCO LEGAL Y NORMATIVO.**

- Norma ISO 9001:2015.
- Resolución 3100 de 2019.

## 7. DEFINICIONES Y TÉRMINOS.

- **Política<sup>1</sup>:** es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos.
- **Planeación Estratégica<sup>1</sup>:** es la elaboración, desarrollo y puesta en marcha de distintos planes operativos por parte de las empresas u organizaciones, con la intención de alcanzar objetivos y metas planteadas. Estos planes pueden ser a corto, mediano o largo plazo.
- **Sistema de Gestión<sup>1</sup>:** es un conjunto de reglas y principios relacionados entre sí de forma ordenada, para contribuir a la gestión de procesos generales o específicos de una organización. Permite establecer una política, unos objetivos y alcanzar dichos objetivos.

## 8. MARCO TEÓRICO.

Una política institucional es una decisión escrita que se establece como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar en distintos asuntos. Es decir, proporciona un marco de acción lógico y consistente. De esta manera se evita, que la Dirección, tenga que decidir sobre temas de rutina una y otra vez en deterioro de la eficiencia. Las políticas institucionales afectan a todos los miembros de una organización.

Toda política institucional debe fundamentarse y reflejar los valores de la organización; también, al mismo tiempo, ser una reflexión cultural de las creencias y filosofía institucional. Es decir, la formulación de las políticas institucionales manifestará de manera explícita el cómo y por qué valora esa organización a las personas que allí trabajan. Además, deben estar completamente alineadas con la Planeación Estratégica de tal manera que su aplicación permita el logro de los objetivos planteados desde la Alta Dirección.

Las Políticas Institucionales deben ser formuladas de manera claras para que se constituyan en una herramienta para lograr consolidar los objetivos organizacionales y la calidad de los servicios que se ofrecen a todas las partes interesadas. Esta calidad puede visualizarse través de una mayor eficiencia de los procesos asistenciales y administrativos, mejora de la comunicación entre las diferentes partes interesadas e involucradas en la atención del usuario y su familia, una fuente inmediata de guía y curso de acción para los miembros de la organización, promoción del empoderamiento de líderes, personal administrativo y de apoyo, y cumplimiento eficaz del propósito de la organización.

Un punto crucial para la definición y formulación de las políticas institucionales en una organización es el involucrar a todos los actores del proceso que, de alguna u otra forma, se puedan ver afectados por las mismas. A mayor participación de las personas, mayor probabilidad de éxito para la implementación de la política institucional. Esto último minimiza la resistencia al cambio y garantiza que la política no se convierta en una interferencia para el desempeño de funciones o letra muerta que no impacta la operación, objetivos organizacionales y la transformación de la cultura.

Dentro de las ventajas de las Políticas institucionales se encuentran:

- Las políticas escritas requieren que los administradores piensen a través de sus cursos de acción y predeterminen que acciones se tomarán bajo diversas circunstancias.
- Se proporciona un panorama general de acción para muchos asuntos, y solamente los asuntos poco usuales requieren la atención de altos directivos.
- Se proporciona un marco de acción dentro del cual el administrador puede operar libremente y con mayor autonomía.
- Las políticas escritas ayudan a asegurar un trato equitativo y homogéneo para todos los empleados.
- Las políticas escritas generan seguridad de comunicación interna en todos los niveles.
- El manual de políticas es fuente de conocimiento inicial, rápido y claro, para ubicar en su puesto nuevos empleados.
- Agiliza el proceso de toma de decisiones
- Facilita la descentralización, al suministrar lineamientos a niveles intermedios.
- Servir de base para una constante y efectiva revisión.

## **9. LINEAMIENTOS.**

- Toda política institucional debe ser aprobada por la Gerencia General.
- Para todas las políticas institucionales se les debe estructurar su caracterización completa.
- El Manual de Políticas Institucionales con las políticas en él contenidas, debe ser incorporado como parte del proceso de Inducción a colaboradores nuevos y Reinducción.
- Los profesionales independientes que ejercen al interior de la clínica, deben firmar un compromiso con la adherencia a las políticas institucionales, sobre todo las relacionadas directamente con su práctica clínica. Dentro de este compromiso debe determinarse las actividades específicas con las que el profesional independiente se compromete (GES-FR-007 MODELO DECLARACIÓN ADHERENCIA

PROCESOS INSTITUCIONALES POR PROFESIONAL INDEPENDIENTE).

- Se debe medir la adherencia a las políticas institucionales en el marco definido en su caracterización y bajo la metodología establecida para esto. Los profesionales independientes hacen parte de esta medición y los resultados se les socializará de manera periódica, acorde con el cronograma de medición de adherencias de los procesos críticos que les aplique.

### 10. PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN POLÍTICAS INSTITUCIONALES.

Paso	Descripción	Responsable
1	Definición de necesidad de formulación de nueva política institucional basada en cumplimiento de ley, norma técnica o directriz institucional.	Gerencia General y/o Líderes de procesos
2	Estructuración de la Política nueva con los componentes definidos en su caracterización (propósito, contenido, marco legal, compromiso institucional, responsables, excepciones, recursos, metodología de medición de su adherencia y anexos que aplique).	Gerencia / Director de Calidad / Líderes proceso
3	Formulación por escrito de la Política.	Director de Calidad
4	Aprobación de Política institucional.	Gerencia General
5	Incorporación de la nueva Política al Manual de Políticas institucionales.	Director de Calidad
6	Divulgación a partes interesadas y colocación en medios de comunicación institucional.	Gerencia General / Director de Calidad
7	Medición de adherencia al cumplimiento de la Política	Líderes de Proceso / Director de Calidad

### 11. POLÍTICAS INSTITUCIONALES.

Para la caracterización de las Políticas Institucionales se deben tener en cuenta las siguientes variables:

- Contenido o Declaración de la Política.
- Objetivo o Propósito de la Política.
- Marco Legal o Normativo (si aplica).
- Declaración del compromiso Gerencial con la Política.
- Responsables de su cumplimiento.

- Excepciones al cumplimiento de la política.
- Medición de su adherencia.

Las Políticas actuales de la Clínica de Oncología Astorga se relacionan a continuación:

**A. Política de Calidad y Mejoramiento Continuo.**

**a. Declaración de la Política.**

*Cumplir con los estándares establecidos para liderar procesos en el área de Oncología tanto en adultos como en niños logrando satisfacer las necesidades de los pacientes, sus familias y todos los demás actores involucrados en la patología del paciente orientados siempre al mejoramiento continuo.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Generar compromiso y cambio cultural frente a la gestión de la mejora continua de los procesos, de tal manera que la calidad sea entendida y ejercida desde el ser y no solamente desde el hacer y el cumplimiento de la norma.

**c. Marco Legal o Normativo (si aplica).**

Norma ISO 9001:2015.

Resolución 3100 de 2019 Manual de Inscripción y Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

- La Alta Dirección asignará todos los recursos requeridos para el mejoramiento continuo institucional y el cumplimiento de la política.
- Facilitará los medios para la medición de la adherencia.
- Garantizará la comunicación a todos los colaboradores y demás partes interesadas velando por que este manual y las políticas en él incluidas, se divulguen a través de la página web de la institución.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Esta política aplica para todos los colaboradores de la Clínica de Oncología Astorga. Para las demás partes interesadas (clientes, proveedores, usuarios, entes de control, etc.), se debe garantizar que sus acciones se relacionen con los lineamientos definidos en la declaración de la política.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

A esta política no le aplican excepciones para su cumplimiento.

**g. Medición de la Adherencia.**

La adherencia a la Política de Calidad y Mejoramiento Continuo se hará con periodicidad anual en la Revisión por la Dirección con el cumplimiento de los objetivos de calidad definidos en el marco del Sistema de Gestión. Así mismo se le hará seguimiento periódico continuo a través del desempeño de los procesos (indicadores de gestión) y el seguimiento a las Solicitudes de Mejora con cierres eficaces que impacten los procesos.

**B. Política de Gestión y Administración del Riesgo.**

**a. Declaración de la Política.**

*La gestión del riesgo en la Clínica de Oncología Astorga se caracteriza por generar una cultura de la prevención, promoviendo acciones de identificación, valoración y control de los riesgos de tal manera que se minimice el impacto en la ocurrencia de los mismos en todas las áreas de la organización.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

El objetivo de la Política de Gestión de Riesgos es establecer los elementos, recursos y el marco general de actuación para la gestión integral de los riesgos asistenciales, administrativos y estratégicos, a los que expone la Clínica de Oncología Astorga.

**c. Marco Legal o Normativo (si aplica).**

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

La Gerencia General se compromete a:

- Participar en la definición de la matriz de Riesgos y Oportunidades de los diferentes procesos definidos en el mapa de procesos, además de la Matriz de Riesgos y Peligros en el trabajo, para facilitar su identificación e impacto.
- Definir directrices para la definición de los riesgos asistenciales de la clínica durante todo el flujo de atención de los usuarios en la matriz AMFE.



- Disponer los recursos para el cumplimiento de los planes de acción para gestionar los riesgos institucionales definidos como prioritarios.
- Definir la metodología de seguimiento a la adherencia de los colaboradores a las políticas.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los procesos de la institución y a todo el personal que en ella labora.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

A esta política no le aplican excepciones para su cumplimiento.

**g. Medición de la Adherencia.**

La adherencia a la Política se hará a través del seguimiento del impacto efectivo de los riesgos definidos como prioritarios, midiendo su índice NPR y su evolución en el tiempo post tratamiento.

**C. Política de Prestación de Servicios.**

**a. Declaración de la Política.**

*El modelo de atención en salud de la Clínica de Oncología Astorga se caracteriza por ser integral, centrado en los usuarios que requieren tratamiento oncológico, respetando sus prioridades, necesidades y requisitos; para ello utiliza la mejor evidencia científica disponible e implementa de forma óptima la tecnología a su alcance y con el fin de obtener mejores resultados de efectividad clínica, participa en el desarrollo de protocolos de investigación.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios enfocados en una atención integral para lograr la continuidad en atención y tratamientos.

**c. Marco Legal o Normativo.**

- Ley 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

Desde la Gerencia General de la clínica existe el compromiso de:

- Disponer los recursos a su alcance para favorecer la accesibilidad de los usuarios y demás actores que participan en la atención en salud.
- Generar estrategias encaminadas a la implementación de redes integrales de atención que permitan la continuidad en la atención y la optimización de tiempos y recursos.
- Favorecer acciones que propendan por la mejora continua de la institución para el logro de una mejor calidad en salud.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores de la institución, clientes y proveedores que participan en el proceso de atención al usuario.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

A esta política no le aplican excepciones para su cumplimiento.

**g. Medición de la Adherencia.**

El cumplimiento de esta política se verificará con el seguimiento de los indicadores de oportunidad de asignación de citas y oportunidad en el direccionamiento a los servicios de interdependencia que impactan al usuario (cirugía, ayudas diagnósticas y terapéuticas, hospitalización y urgencias).

**D. Política de Seguridad del Paciente.**

**a. Declaración de la Política.**

*En la Clínica de Oncología Astorga se establece un compromiso permanente en la seguridad de los usuarios y sus familias como estrategia indispensable para un ambiente agradable y seguro, disponiendo de los recursos y las herramientas tecnológicas innovadoras para el reporte de eventos que permitan determinar y prevenir los riesgos derivados del proceso de atención, y promoviendo mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas, la adopción de barreras y controles que minimicen la posibilidad de ocurrencia de sucesos adversos, en un entorno no punitivo, de confianza, responsabilidad y respeto.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Propender por un entorno seguro para la atención de pacientes y familia con el menor riesgo posible.

**c. Marco Legal o Normativo.**

- Resolución 3100 de 2019. Manual de Inscripción y Habilitación de Prestadores de Servicios Salud.
- Lineamientos Política Nacional de Seguridad del paciente junio de 2008.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

La Gerencia se compromete a disponer los recursos necesarios que faciliten la gestión de los riesgos relacionados con la atención desde su identificación hasta su impacto para minimizarlos o evitar su materialización.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica para todos los procesos institucionales y a todos los colaboradores, independiente de su modo de contratación, incluyendo profesionales independientes.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Esta política aplica a todos los colaboradores de la Clínica de Oncología Astorga, incluyendo profesionales independientes sin excepción.

**g. Medición de la Adherencia.**

La medición de esta política se hace a través de:

- Seguimiento a eventos e incidentes relacionados con la atención y la tendencia del indicador.
- Adherencia a la aplicación de los paquetes instruccionales definidos por el Ministerio de Salud.

**E. Política de Humanización del servicio.**

**a. Declaración de la Política.**

***En la Clínica de Oncología Astorga todo tipo de atención a las personas se caracteriza por el respeto a la vida, el trato humano y digno, con acciones de calidad y calidez que estén acorde con nuestra filosofía institucional y que sean el sello que distinga nuestra gestión diaria.***

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Ofrecer una atención humana al paciente y su familia enmarcada en un trato cálido, confiable, seguro y facilitando toda la información requerida sobre su proceso asistencial que le permita la toma de decisiones informadas.

**c. Marco Legal o Normativo.**

No aplica.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

Desde la Gerencia General se definirán los recursos que permitan desarrollar estrategias enmarcadas en el trabajo en el “Ser” de los colaboradores con el objetivo de generar comportamientos empáticos y colaborativos que apoyen la gestión del usuario.

Así mismo procurar ambientes agradables y armónicos de trabajo que propicien un trabajo tranquilo y equitativo.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los empleados de la Clínica de Oncología Astorga.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

A esta política no le aplican excepciones.

**g. Medición de la Adherencia.**

Se medirá a través de la encuesta de satisfacción de los usuarios.

**F. Política de Responsabilidad Social y Ambiental.**

**a. Declaración de la Política.**

*La Clínica de Oncología Astorga se compromete en todas sus dimensiones a respetar los derechos humanos y laborales, en favor del bienestar social y la protección ambiental para contribuir a una sociedad más justa y saludable.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Contribuir al desarrollo de las personas y la comunidad de manera sostenible, generando valor a través de estrategias que minimicen el impacto ambiental que la clínica genera.

**c. Marco Legal o Normativo.**

No aplica.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

- Disponer los recursos necesarios que faciliten el desarrollo de las estrategias de disposición de desechos.
- Cumplir la normatividad vigente en relación con vertimientos de aguas residuales, gestión de residuos y otros que aplique.
- Facilitar y promover la implementación de estrategias encaminadas a cuidar el medio ambiente como son:
  - Cero papeles impresos.
  - Ahorro energía.
  - Ahorro agua.
  - Manejo responsable de generación de desechos.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

El cumplimiento de esta política atañe a todo el personal vinculado en la clínica independiente de su tipo de vinculación.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Para esta política no aplica excepciones.

**g. Medición de la Adherencia.**

- Seguimiento a los consumos de energía y agua.
- Seguimiento a la generación de desechos hospitalarios.
- Seguimiento a los residuos reciclados.
- Seguimiento a caracterización de aguas (cuando aplique).

**G. Política de Gestión del Talento Humano y Transformación Cultural.**

**a. Declaración de la Política.**

*La gestión del talento humano de la Clínica de Oncología Astorga tiene como fin fortalecer y desarrollar las competencias de los colaboradores de la institución, fomentando el desarrollo personal y profesional y de esta manera generar la transformación cultural.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Dirigir y potencializar las competencias de las personas a través del trabajo coordinado y en equipo, en condiciones de dignidad, seguridad y respeto.

**c. Marco Legal o Normativo.**

- Norma ISO 9001:2015.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

- Contribuir al fortalecimiento del trabajo en equipo dentro de la institución.
- Promover la capacitación continua como vía de desarrollo profesional y personal de los colaboradores.
- Realizar monitoreo periódico del clima laboral para detectar riesgos relacionados con el trabajo y el ambiente laboral que interfieran con la calidad de la vida en la institución.
- Disponer los recursos para fortalecer el trabajo seguro en la institución.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores de la institución.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Esta política no tiene excepciones para su cumplimiento.

**g. Medición de la Adherencia.**

- Medición del clima laboral y los planes de mejora derivados del análisis de los resultados.
- Seguimiento a indicadores del Seguridad y Salud en el Trabajo.

**H. Política de Gestión de la Tecnología.**

**a. Declaración de la Política.**

***La Clínica de Oncología Astorga se compromete con el uso racional de la tecnología en salud gestionando los recursos para la actualización de la misma, además de la búsqueda de mejores opciones tecnológicas que den respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y colaboradores.***

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Mejora la atención de los pacientes a través de un adecuado proceso de Gestión de la tecnología biomédica y de apoyo a la

atención procurando un personal capacitado en el uso de la misma y contar con tecnología adecuada e innovadora para los servicios que se ofertan.

**c. Marco Legal o Normativo.**

Resolución 3100 de 2019. Manual de Inscripción y Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

**d. Declaración del compromiso Gerencial con la Política.**

La Gerencia General se compromete a:

- Contar con un Plan Estratégico de la tecnología que permita la incorporación y renovación tecnológica acorde con los avances institucionales.
- Garantizar la capacitación continua en el uso de la tecnología por el personal.
- Disponer los recursos para gestionar los riesgos priorizados que por tecnología y su mal utilización puedan presentarse en la institución.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Esta política aplica a todos los colaboradores de la institución toda vez que cuando se habla de tecnología de la atención en salud, se hace referencia no solo a la biomédica sino la que brinda soporte a todos los procesos como son computadores, equipos comunicación, planta eléctrica, sistema de aireación entre otros.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Para esta política no hay excepciones para su cumplimiento.

**g. Medición de la Adherencia.**

La adherencia a esta política se llevará a cabo por medio del seguimiento al indicador de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de los equipos para garantizar equipos en óptimas condiciones para la atención.

**I. Política Relación Docencia – Servicio.**

**a. Contenido o Declaración de la Política.**

***En la Clínica de Oncología Astorga, los procesos de formación y actualización de profesionales y técnicos son parte de la prestación de servicios, de esta forma se promueve la transferencia de conocimiento y la adquisición de experiencia en el desarrollo de convenios de docencia - servicio.***

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

- Aportar a la transferencia de conocimiento y fortalecimiento de competencias de los estudiantes que rotan en la institución.
- Fortalecer los lazos de relacionamiento con la academia con el objetivo de aportar a la estructuración de pensum que den respuesta a las necesidades labores del mercadeo y se provea de profesionales idóneos para el manejo de la problemática en salud actual.

**c. Marco Legal o Normativo.**

Decreto 2376 de 2010 que reglamenta la relación Docencia Servicio.

Resolución 3100 de 2019. Manual de Inscripción y Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

- Establecer acuerdos Docencia Servicio con las universidades que cumplan todos los requisitos de calidad educativa y que se identifiquen con los lineamientos estratégicos institucionales.
- Favorecer la gestión de los convenios al interior de la clínica para garantizar un impacto positivo en la transferencia del conocimiento.
- Garantizar a los estudiantes la existencia de los recursos necesarios para llevar a cabo las prácticas al interior de la clínica.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todo el personal que tiene relación con la gestión del convenio Docencia Servicio desde el líder que los coordina hasta los líderes de proceso y médicos especialistas que hacen parte del apoyo técnico en la formación de los estudiantes.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Esta política aplica a los colaboradores y estudiantes relacionados con la gestión completa del convenio. Así mismo debe ser entendida por las instituciones universitarias o técnicas con las que se tienen convenios.

**g. Medición de la Adherencia.**

El seguimiento a la aplicación de esta política en la institución se hará efectivo a través del seguimiento a las actas de reuniones de seguimiento con cada uno de los convenios.



También se tendrá en cuenta los resultados de evaluaciones por parte de instituciones educativas como sitio de práctica.

**J. Política Ambiente Seguro.**

**a. Declaración de la Política.**

***La Clínica de Oncología Astorga se compromete a brindar una infraestructura segura y amigable para los usuarios y los colaboradores, garantizando espacios libres de humo, de contaminación visual y auditiva, que puedan afectar el desarrollo de las actividades y la atención a los usuarios. Así mismo propenderá por el bienestar de sus trabajadores y por este motivo se prohíbe el consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas o drogas en el interior de la institución, ya que estas afectan los ambientes de trabajo, agravan los riesgos ocupacionales, atentan contra la salud del colaborador y la seguridad de la atención, constituyéndose en amenaza para la integridad física y mental de la persona, compañeros y usuarios.***

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Propender por estilos de vida saludables y seguros que impacten la calidad de vida de los colaboradores y usuarios de la institución.

**c. Marco Legal o Normativo (si aplica).**

- Decreto 1072 de 2015.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

La Gerencia General de la clínica se compromete a:

- Desarrollar estrategias que promuevan los estilos de vida saludables en los colaboradores y contratistas de la clínica.
- Mantener en óptimas condiciones la infraestructura de la institución, cumpliendo a cabalidad la normatividad y recomendaciones sobre espacios seguros.
- Definir seguimientos periódicos de las estrategias implementadas para medir el impacto de las acciones.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores de la institución desde su rol aportando a la gestión y seguimiento a los riesgos detectados.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Esta política no tiene excepciones para su cumplimiento.

**g. Medición de la Adherencia.**

- Seguimiento de indicador de Proporción de Condiciones mejoradas.
- Proporción de cumplimiento Plan Mantenimiento Preventivo de infraestructura física.
- Seguimiento a resultados en el tiempo de encuesta riesgo sicosocial.

**K. Política de Referenciación.**

**a. Declaración de la Política.**

*En búsqueda del mejoramiento continuo, en la Clínica de Oncología Astorga, se promueve la participación en actividades y eventos sistemáticos de comparación con las mejores prácticas, adaptando y adoptando aquellas estrategias que generen valor agregado, a los procesos institucionales y mejoren la prestación del servicio.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Recopilar información valiosa de otras instituciones o procesos internos que permita a través del aprendizaje de buenas prácticas mejorar los procesos de la institución.

Posicionar nuestros procesos internos como referentes de buenas prácticas y aportar al desarrollo del sector.

**c. Marco Legal o Normativo (si aplica).**

- Anexo 1 Resolución 123 de 2012: Manual de Estándares de Acreditación en Salud en Colombia Ambulatorio y Hospitalario.
- Decreto 903 de 2014, “Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación”.
- Resolución 2082 de 2014, “Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema único de acreditación en salud”.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

El compromiso gerencia se llevará a cabo a través de:

- Definición de lineamientos frente a los procesos a referenciar basados en análisis de la institución y sus necesidades de desarrollo o mejora.

- Disponer los recursos para la implementación de las estrategias definidas como exitosas y acogidas por la institución.
- Permitir el referenciación a otras instituciones como elemento fundamental de la cooperación y crecimiento institucional, siempre y cuando se cumplan con parámetros establecidos de manejo confidencial y/o discrecional de los temas establecidos.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Esta política aplica a la Gerencia y líderes de proceso que son los inicialmente responsables de realizar el referenciación. Los demás colaboradores tienen el compromiso de informar cualquier práctica que crean pueda servir al fortalecimiento institucional.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Para esta política no hay excepciones. La Clínica de Oncología Astorga se reserva del derecho de autorizar o no el referenciación de otra institución acorde con la acogida o no de nuestras políticas de manejo reservado y confidencial de la información definida como tal.

**g. Medición de la Adherencia.**

Esta política tiene su seguimiento a través de los informes de referenciación realizados y la proporción de mejoras implementadas como resultado de la referenciación.

**L. Política de Gestión de la Información y Comunicaciones.**

**a. Declaración de la Política.**

**Para la Clínica de Oncología Astorga la información es un valioso activo que se gestionará integralmente, garantizando la confiabilidad, veracidad y seguridad de la misma, permitiendo la toma de decisiones basada en el análisis de datos en todos los niveles y generando una comunicación asertiva de la organización.**

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Propender por el manejo seguro de la información en general en todo su ciclo de generación hasta su custodia y procurar una comunicación transparente, oportuna y eficaz promoviendo el sentido de pertenencia y buen uso de la imagen corporativa.

**c. Marco Legal o Normativo.**

- Norma ISO 9001:2015.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

La Gerencia se compromete a:

- Definir periódicamente las necesidades de información requeridas para facilitar los medios a su alcance para que éstas sean subsanadas.
- Establecer una matriz de comunicación para estandarizar el manejo intra institucionalmente.
- Aplicar la Política de Protección de Datos como garantía a las partes interesadas del manejo seguro de su información relevante.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica para todos los colaboradores e instancias institucionales.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

Solo se compartirá información relevante de las partes interesadas con las que se tienen relación, en los casos estrictamente estipulados por la ley.

**g. Medición de la Adherencia.**

- Reporte de fallas a manejo de datos a través del Registro Nacional de Base de Datos RNBD.

**M. Política de No Reúso.**

**a. Declaración de la Política.**

*La clínica de oncología Astorga garantiza que durante el proceso de atención de los pacientes, no se reúsan dispositivos médicos definidos como de un solo uso por el proveedor, con el objetivo de procurar la mayor seguridad posible en la atención de cada uno de nuestros usuarios.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Reducir al máximo posible el riesgo de infecciones o complicaciones asociadas al uso de los dispositivos médicos en la atención de los pacientes.

**c. Marco Legal o Normativo.**

- Resolución 3100 de 2019. Manual de Inscripción y Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

- d. Declaración del compromiso institucional con la Política.** La Gerencia General evidencia su compromiso con esta política garantizando la compra de dispositivos médicos e insumos definidos como de un solo uso por el proveedor teniendo en cuenta los criterios técnicos y de calidad definidos en el proceso de compras y evaluar periódicamente nuestros proveedores para garantizar la calidad de los productos comprados.
- e. Responsables de su cumplimiento.**  
Aplica para el personal asistencial que son los responsables del uso de los dispositivos médicos en la institución.
- f. Excepciones al cumplimiento de la política.**  
Esta política no aplica a los colaboradores con cargos no asistenciales y de atención en temas de salud del paciente.
- g. Medición de la Adherencia.**
- Seguimiento a las alarmas por Tecno vigilancia.
  - Seguimiento al reporte de Eventos adversos relacionados con los dispositivos médicos.

**N. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

- a. Declaración de la Política.**  
*La Clínica de oncología Astorga se compromete con la protección y promoción de la salud de los trabajadores, procurando su integridad física mediante el control de los riesgos, el mejoramiento continuo de los procesos y la protección del medio ambiente.*  
*Todos los niveles de dirección asumen la responsabilidad de promover un ambiente de trabajo sano y seguro, cumpliendo los requisitos legales aplicables, vinculando a las partes interesadas en el sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo y destinando los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para la gestión de la salud y la seguridad.*  
*Los programas desarrollados en clínica de oncología Astorga estarán orientados al fomento de una cultura preventiva y del auto cuidado, a la intervención de las condiciones de trabajo que puedan causar accidentes o enfermedades laborales, al control del ausentismo y a la preparación para emergencias. Todos los empleados, contratistas y temporales tendrán la responsabilidad de cumplir con las normas y procedimientos de seguridad, con el fin de realizar un trabajo seguro y*

***productivo. Igualmente serán responsables de notificar oportunamente todas aquellas condiciones que puedan generar consecuencias y contingencias para los empleados y la organización.***

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

Proporcionar ambientes seguros y agradables de trabajo que faciliten la sana relación laboral y la efectividad de la gestión.

**c. Marco Legal o Normativo (si aplica).**

Decreto 1072 de 2015.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

- La Gerencia General asume la responsabilidad de promover un ambiente de trabajo sano y seguro, cumpliendo los requisitos legales aplicables.
- Integrar a las partes interesadas en el sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo para un trabajo eficiente y de impacto al interior de la institución. Destinar los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para la gestión de la seguridad y salud en el trabajo interviniendo los riesgos definidos como prioritarios.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores de la institución sin distinción de su tipo de vinculación. Abarca también a todas las partes interesadas como son clientes externos, proveedores y usuarios que tengan relación de algún tipo con la clínica.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

No aplica excepciones.

**g. Medición de la Adherencia.**

- Seguimiento de indicador de Proporción de Condiciones mejoradas en SST.

**O. Política de Calidad en la Investigación.**

**a. Declaración de la Política.**

***Las Buenas Prácticas Clínicas son un estándar internacional de calidad ética y científica para el diseño, conducción, registro e informe de datos de ensayos clínicos en los que participan seres humanos. El***

***cumplimiento de este estándar constituye una garantía pública de la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los participantes del ensayo y de la credibilidad de los datos clínicos del mismo.***

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

- Procurar la protección de los derechos, seguridad e impacto en el estado de bienestar del sujeto de investigación.
- Generar credibilidad de los datos clínicos generados de todos los protocolos de investigación.
- Cumplir con los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas definidas por las instancias gubernamentales.

**c. Marco Legal o Normativo.**

Resolución 2378 de 2008. Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.** La Gerencia General en unión con el Jefe de Investigación se compromete a cumplir con todos y cada uno de los lineamientos éticos y normativos en materia de investigación de medicamentos en humanos, procurando la realización de estudios que aporten a la calidad de vida de los pacientes y la comunidad en general. Así mismo, garantizar en todo momento la transparencia y veracidad de la información que de estos estudios se deriven.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores que hacen parte de los estudios de investigación que desarrolle la institución. Adicionalmente a partes interesadas como el Patrocinador del estudio.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

No aplica excepciones.

**g. Medición de la Adherencia.**

- Resultados de Monitorias realizadas a cada protocolo de investigación.
- Resultado de Auditoría interna del proceso.

**P. Política de Conflicto de Intereses.**

**a. Declaración de la Política.**

*El personal de la Clínica de Oncología Astorga que participa en estudios de investigación, deberá mantener altos estándares de calidad ética y científica durante la conducción de los estudios clínicos, velando siempre por el bienestar de los sujetos de investigación y por la integridad y veracidad de los datos registrados. Sus intereses financieros personales nunca deberán influir en estas actividades o en la interpretación de los resultados que se realicen.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

- Generar el compromiso para prevenir y manejar conflictos de interés que pudieran presentarse en la conducción de estudios clínicos en los que participe el personal de la Clínica de Oncología Astorga.
- Garantizar la generación de datos confiables y veraces durante la conducción de los estudios clínicos

**c. Marco Legal o Normativo.**

- **RESOLUCIÓN NUMERO 2378 DE 2008.** “Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos”. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- **CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACIÓN (ICH).** Realizada en 1996. Proyecto único en el cual las autoridades regulatorias de Estados Unidos, Europa y Japón, conjuntamente con los especialistas de la industria farmacéutica de estas tres regiones discutieron los aspectos técnicos y científicos del registro de un producto. Estandarizaron los conceptos que se involucran en investigación clínica con el fin de preservar los derechos, bienestar y confidencialidad de los sujetos en investigación y obtener datos confiables y reproducibles

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

Teniendo en cuenta los procedimientos del proceso de investigación, los investigadores y su personal a cargo (cuando aplique), deberán declarar sus conflictos de interés al inicio de



cada estudio clínico y dejarlo explícito en el formato definido para su registro (INV-FR-010 DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS).

Es responsabilidad de la institución, de los patrocinadores de los estudios clínicos y del Comité de Ética que evalúa el protocolo de investigación, la detección, el análisis y manejo de los posibles conflictos de interés.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores que hacen parte de los estudios de investigación que desarrolle la institución.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

No aplica excepciones con relación al personal que participa en los estudios de investigación.

**g. Medición de la Adherencia.**

Resultado de auditoría de la conducción de los estudios clínicos.

**Q. Política de Control de Calidad.**

**a. Declaración de la Política.**

*Parte de la garantía de calidad destinada a verificar que las estructuras, sistemas y componentes cumplan unos requisitos predeterminados, cuyo sistema de gestión proporciona la confianza de que se cumplirán los requisitos especificados conforme a un conjunto de medidas planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar credibilidad en que una estructura, sistema o componente funcionará satisfactoriamente cuando esté en servicio.*

**b. Objetivo o Propósito de la Política.**

- Reglamentar el procedimiento para realizar pruebas de aceptación, controles de calidad periódicos y verificación del adecuado funcionamiento de un equipo generador de radiación ionizante

**c. Marco Legal o Normativo.**

- Resolución 482 del 2018. “Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de salud y protección social. 22 febrero de 2018.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política.**

Teniendo en cuenta los procedimientos del proceso la clínica establece dentro de su gestión cumplir al máximo el cumplimiento de la garantía de las estructuras, sistemas y componentes del mismo en la prestación del servicio.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica a todos los colaboradores que hacen parte de los servicios de Radioterapia, Imágenes Diagnósticas y Cirugía

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

No aplica excepciones con relación al personal que participa y esta inmersa en el proceso.

**g. Medición de la Adherencia.**

Resultado de auditoría de la conducción de los estudios clínicos.

**R. Política de Licenciamiento.**

**a. Declaración de la política**

***Los servicios de Imágenes Diagnósticas, Radioterapia y Cirugía cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con los requisitos exigidos por Secretaria de Salud de Antioquia. El procedimiento de licenciamiento de equipos emisores de radiación ionizante para práctica médica Categoría I y Categoría II, en estos servicios cuentan con Licencia de Práctica Médica vigente para hacer uso de sus equipos.***

**b. Objetivo o propósito de la política**

- Reglamentar el procedimiento para realizar la solicitud de licencias de prácticas médicas que hacen uso de un equipo generador o emisor de radiación ionizante

**c. Marco legal o Normativo**

- Resolución 482 del 2018. "Por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones". Ministerio de salud y protección social. 22 febrero de 2018.

- Ley 9 de 1979, artículo 151 mediante la cual se dictan medidas sanitarias, establece que toda persona que posea o use equipos de materiales productores de radiación ionizante, deberá tener licencia expedida por el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Salud y Protección Social; artículo 152 de la misma Ley determina que este Ministerio debe establecer las normas y reglamentaciones que se requieran para la protección de la salud y la seguridad de las personas contra los riesgos derivados de la radiación ionizante y adoptar las medidas necesarias para su cumplimiento.

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política**

Obtención del acto administrativo que expide la entidad territorial de salud de carácter departamental o distrital, según la jurisdicción en la que se encuentre la instalación, a través del cual se faculta al prestador de servicios de salud hacer uso de los equipos generadores de radiación ionizante durante un periodo determinado, previo al cumplimiento de los requisitos a que refiere el capítulo III de la Resolución 482 de 2018 o la que anteceda.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica para todos los servicios que utilicen equipos emisores de radiación ionizante para diagnóstico o tratamiento en la Clínica de Oncología Astorga.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

No aplica excepciones con relación al personal que participa y está inmersa en el proceso.

**g. Medición de la Adherencia.**

Resultado de auditoría de la conducción de los estudios clínicos.

**S. Política de Desconexión laboral**

**a. Declaración de la política**

***La Clínica de Oncología Astorga favorece que los trabajadores puedan disfrutar efectiva y plenamente del tiempo de descanso, licencias, permisos, vacaciones y de su vida personal y familiar, para lo cual promueve que las comunicaciones, órdenes u otros requerimientos que se realicen para cuestiones relacionadas con el ámbito o actividad laboral solo se realicen en los horarios de trabajo.***

**b. Objetivo o propósito de la política**

- Velar por que todas las áreas programen y desarrollen reuniones, formaciones y demás eventos relacionados con el trabajo, dentro del horario laboral

**c. Marco legal o Normativo**

- Ley 2191 del 2022. “ Esta ley tiene por objeto crear, regular y promover la desconexión laboral de los trabajadores en las relaciones laborales dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano y sus formas de ejecutarse, así como en las relaciones legales y/o reglamentarias, con el fin de garantizar el goce efectivo del tiempo libre y los tiempos de descanso, licencias, permisos y/o vacaciones para conciliar la vida personal, familiar y laboral. ”

**d. Declaración del compromiso institucional con la Política**

Teniendo en cuenta los procedimientos del proceso la clínica establece dentro de su gestión cumplir al máximo el cumplimiento de la garantía de las estructuras, sistemas y componentes del mismo en la prestación del servicio.

**e. Responsables de su cumplimiento.**

Aplica para todos los colaboradores e instancias institucionales.

**f. Excepciones al cumplimiento de la política.**

La presente política no aplica para los colaboradores que desempeñe cargos de dirección, confianza y manejo; así mismo, en las situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, en las que se requiera cumplir deberes extra de colaboración con la institución, cuando sean necesario para la continuidad del servicio, para solucionar situaciones difíciles o de urgencia en la operación, siempre que se justifique la inexistencia de otra alternativa viable.

**g. Medición de la Adherencia.**

Inspecciones de seguridad y salud en el trabajo, por parte del asesor contratado.

**12. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

- <https://es.wikipedia.org> (1).
- <https://ieels.jimdo.com/pol%C3%ADticas-institucionales/> (2).
- [http://www.mas-business.com/docs/Modelo\\_indicadores.pdf](http://www.mas-business.com/docs/Modelo_indicadores.pdf)
- GLOSARIO DE SEGURIDAD TECNOLÓGICA DEL OIEA. Terminología empleada en seguridad tecnológica nuclear y protección radiológica, OIEA, 2007.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Estándares de acreditación de la Joint Commission International para Hospitales. 6ª edición. AOP 6. | Vigente desde el 1

de julio 2017. Oakbrook Terrace, Illinois 60181 EE. UU. Department of Publications Joint Commission Resources One Renaissance Boulevard. 2017.

**13. TRAZABILIDAD DE CAMBIOS AL DOCUMENTO.**

Fecha	Descripción	Cambio de versión		Versión
		Si	No	
15/06/2017	Creación de documento		X	1
07/05/2018	Se actualiza con lo siguiente: Se precisa el alcance. Se adiciona un objetivo. Se adicionan lineamientos específicos para aplicación de políticas y procesos por parte del profesional independiente.	X		2
18/05/2018	Se adiciona la Política de Conflicto de Intereses con su caracterización, generada por el proceso de Investigación	X		3
14/08/2019	Se realiza cambio de la periodicidad de revisión de las políticas institucionales de forma anual.	X		4
11/05/2021	Se actualiza normatividad aplicable a las políticas institucionales.	X		5
21/10/2021	Se actualiza políticas inmersas a la complejidad hospitalaria.	X		6
11/07/2022	Se actualiza e incluye política de desconexión laboral.	X		7

#### 14. RECONOCIMIENTOS.

	ELABORA	REVISA / ACTUALIZA	APRUEBA
<b>NOMBRE</b>	Olga Lucía Restrepo Vélez	Miguel Esteban Ríos	Claudia María Calle Correa
<b>CARGO</b>	Jefe de Calidad	Director Calidad	Gerente General
<b>FECHA</b>	12/06/2017	11/07/2022	11/07/2022

#### 15. ANEXOS.

##### DECLARACIÓN DE ADHESIÓN A \_\_\_\_\_.

Como parte de la Gestión del Riesgo en la prestación el Servicio de \_\_\_\_\_, declaro que me adhiero de manera completa a todos los lineamientos impartidos con relación a la Seguridad del paciente y las actividades relacionadas con su promoción y gestión.

Para dar cumplimiento a lo anterior el profesional independiente se compromete a:

- Participar en el proceso de inducción y reinducción para garantizar la continuidad y actualización del conocimiento.
- Hacer el seguimiento y reporte de los incidentes y eventos adversos a que haya lugar durante la prestación del servicio de \_\_\_\_\_ a través de los formatos definidos en los procedimientos de la clínica. Adicional realizar seguimiento a los procesos críticos que puedan afectar su práctica clínica como: medición de la oportunidad de asignación de citas, quejas de los pacientes, nivel de satisfacción general, mantenimiento de condiciones de habilitación, resultados de medición de adherencia a registro de Criterios de HC y GPC.
- Participar en los Staff médicos (Comité de Tumores) que se realizan en la clínica, en donde notificarán los eventos de seguridad detectados.
- Hacer parte activa del Comité de Seguridad del paciente en los casos en que sea requerido por efecto de análisis de eventos de seguridad relacionados

con su atención y en los otros Comités que aplique según su práctica intrainstitucional.

- Promocionar desde la atención en el consultorio las prácticas seguras implementadas como estrategias de seguridad para el fortalecimiento de la cultura, en la clínica.
- Participar de la encuesta de seguridad que sea realizada al interior de la clínica como parte de la medición del impacto de la cultura de la seguridad y detección de brechas a impactar.
- Participar semestralmente en la medición de la adherencia a los paquetes instruccionales implementados en la clínica que tengan relación directa con el servicio\_\_\_\_\_.

---

Nombre profesional independiente:

Tipo y número identificación:

Especialidad: