

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	1 de 14	

INTRODUCCIÓN

El concepto que se desarrolla en la relación “Patrono trabajador”, en SU IPS SAS que realizan prestación de servicios de salud, ya sea técnica o profesionalmente en cualquiera de las ramas administrativa o asistencial, origina compromisos y responsabilidades conjuntamente establecidos por la legislación laboral colombiana. Dentro de esa orientación se reconoce que la relación patrono trabajador. es el resultado de acuerdos entre las partes, que deben cumplir con los requisitos con los requisitos mínimos exigidos por la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) reglamentado por el Decreto 1011 de Abril de 2006 el cual en el artículo 3ro plantea que la atención ofrecida se orientará a mejorar los resultados de salud en los usuarios y que debe cumplir con las características de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad para que la calidad del servicio responda a las necesidades de la población y a las exigencias científicas de acuerdo con lo establecido en los protocolos de atención en salud. Por lo tanto cuando personas , profesionales o técnicas se integran a la Institución, deben recibir una Inducción general que les permita obtener una capacitación adecuada para que su desempeño laboral responda a la realidad del funcionamiento general de la Institución

La Inducción debe garantizar que el trabajador que ingrese:

- Cumpla con la normatividad vigente.
- Vele por la no afectación de la calidad del servicio prestado al usuario.
- Preserve la calidad de los procesos internos de la institución para evitar alteraciones en la rentabilidad financiera.
- Contextualice la enseñanza de acuerdo con la realidad y las necesidades Actuales del sistema de salud.

METODOLOGIA DE INDUCCION Y REINDUCCION.

Todos los funcionarios deben recibir orientación sobre temas básicos para el entendimiento de las políticas Institucionales con temas que incluyen entre otros:

1. **Plataforma Estratégica de la Institución:** “Quiénes somos”. Historia, Misión, visión y ubicación geográfica, organigrama, mapa de procesos.
2. **Normatividad básica vigente:** -Garantía de Calidad -Habilitación. La normatividad legal vigente, que rige las acciones sobre el SOGCS hace referencia al 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 y determina que el funcionamiento de los actores del convenio laboral deben cumplir con dichas regulaciones de excelencia en atención en salud, sin menoscabo de la calidad de atención y de la rentabilidad social y financiera de la institución.

El funcionario deberá reconocer las características de SOGCS a saber:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	2 de 14	

Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

De igual manera, el funcionario debe reconocer los **componentes del SOCGS** que son:

El Sistema Único de Habilitación. El Sistema Único de Habilitación es el primer componente del SOCGS y en el que se hará más énfasis, y se define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los

potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Las acciones de Auditoria de Calidad pretenden verificar que no se cometa ningún tipo de error en la prestación del servicio a los usuarios. Dichas acciones hacen referencia a:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El funcionario debe respetar y adoptar los procesos establecidos por la Institución con el fin de obtener los certificados de acreditación para ofrecer el mejor sistema de atención con calidad.

El Sistema Único de Acreditación.

El Sistema de Información para la Calidad.

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	3 de 14	

3. Red de servicios –Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia

Se define como una serie de herramientas que garantizan la integralidad por subredes de la atención en salud con énfasis en la población vinculada del Sistema, ofreciendo una respuesta oportuna, pertinente y suficiente, entre las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Red Adscrita y la no Adscrita. Se pretende regular y mejorar la operación y eficiencia del actual sistema para la atención de eventos ambulatorios y hospitalarios electivos y urgentes.

El SIRC constituye una herramienta que pone a disposición de los trabajadores de salud criterios y procedimientos homogéneos que permiten canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención. Así como también para ayudar a controlar el desempeño de la red de proveedores de salud. De tal modo, su aplicación permite disminuir la sobre utilización de ciertas instituciones y evitar la subutilización de otras.

La implementación del SIRC da respuesta a tres ámbitos:

- 1) Garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios,
- 2) Controlar los costos y el uso de recursos escasos y
- 3) Asegurar la satisfacción de los pacientes y de las EPS como proveedores de servicios de salud. Por tal motivo se busca gestionar la demanda por los distintos servicios de salud de tal manera que los diferentes problemas de salud se resuelvan de acuerdo a su grado de complejidad en los distintos niveles de la red adscrita.

Por lo tanto el SIRC se ha convertido en una herramienta esencial en el funcionamiento eficiente y el acceso equitativo a los servicios de salud. En cuanto a su diseño e implementación existen algunos aspectos claves que fueron tomados en cuenta para poder concretar resultados tangibles:

- La Red de IPS de cada una de las EPS contratantes
- Los Portafolio de servicios.
- Sistema de información
- Sistema de comunicaciones
- Sistema de transporte y traslado

Los funcionarios deberán entender y activar de manera adecuada la Referencia del paciente en relación a la subred a la que pertenezcan y recibirán instrucción práctica para el diligenciamiento de la respectiva remisión.

4. Registro Individual de Procedimientos en Salud

Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben iniciar el reporte de información establecido en la normatividad legal vigente, de acuerdo con los requerimientos únicos de información establecidos .

La Resolución define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, como el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	4 de 14	

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sirve para:

- ✓ Soportar el valor cobrado por las actividades de salud prestadas a las personas ante las EPS
- ✓ Informar sobre actividades de salud prestadas.
- ✓ Conocer las causas que generan la demanda de servicios de salud.
- ✓ Realizar de una forma integral la auditoría de cuentas y la autorización de servicios y pagos.
- ✓ Conocer el estado de salud y enfermedad de la población usuaria.
- ✓ Realizar la validación de cuentas de servicios de salud.
- ✓ Optimizar la contratación en función de la demanda.
- ✓ Apoyar los procesos administrativos.
- ✓ Monitorear las acciones de promoción y prevención.
- ✓ Apoyar el sistema de vigilancia en salud pública.
- ✓ Definir protocolos y estándares.
- ✓ Establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud.
- ✓ Conocer el perfil de morbilidad.

Los funcionarios deberán conocer los formatos y el proceso para el llenado del RIPS en la Institucion.

Codificación Internacional de Enfermedades 10ma versión (CIE 10).

La Resolución 1895 del 2001 reglamento y adoptó el uso de CIE 10 como guía de diagnostico para todas las patologías medico quirúrgicas.

Es responsabilidad del funcionario conocer y saber aplicar el Código

CIE 10 para cada patología. Debe conocer el sistema de Categorías y Subcategorías de acuerdo con los 3 o 4 dígitos respectivamente.

Tener en cuenta los cambios de las versiones para su actualización en los registros clinicos

5. Historia Clínica.

La Historia Clínica es un documento privado, de diligenciamiento obligatorio, sometido a reserva y que registra de manera cronológica el estado de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos que conllevan a garantizar una atención de calidad al usuario; solamente es conocido por terceros por autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

La Ley 23 de 1981 en su Capítulo III determina los lineamientos principales de la Historia Clínica y es el Artículo 34 el que da la definición establecida anteriormente como un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Así mismo en el Artículo 35 se establece que en las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud, y en el Artículo 36 determina que se debe diligenciar con claridad.

La Resolución 1995 de Julio 8 de 1999 expidió las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de la Historia Clínica, y en su Artículo Tercero

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	5 de 14	

determina las características que deben ser conocidas y aplicadas por los funcionarios de SU IPS SAS.

***Integralidad:** Debe contener todos los conceptos, actividades científico, técnicas y administrativas en todas las fases de la atención incluida la promoción y prevención dentro del concepto biopsicosocial.

***Secuencialidad:** Debe consignar en forma cronológica el acumulado de todos los documentos relativos a la prestación del servicio.

Racionalidad Científica: Debe consignar todos los criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones brindadas en forma que evidencie lógica-clara y completamente el procedimiento que se realizó en las investigaciones de las condiciones de salud del paciente, su diagnóstico y su plan de manejo.

***Disponibilidad:** Posibilidad de utilizarla en el momento que se necesita con las limitaciones de ley.

***Oportunidad:** Diligenciamiento de los registros de atención simultanea o inmediatamente después de que ocurra la atención.

***Obligatoriedad:** Se deben consignar todas las acciones de todo el equipo de salud, las entregas de documentos y anexos al paciente ó a su representante legal y la entrega de imágenes diagnósticos.

De igual manera el Artículo Quinto determina las Generalidades de la Historia Clínica en cuanto que debe ser completamente clara, legible, sin tachones ni enmendaduras, sin intercalaciones, sin espacios en blanco, sin siglas, en lo posible con tinta negra y debe incluir la fecha, hora, nombre, firma y sello de quien realiza la atención.

Desde el punto de vista operativo el funcionario que recibe por primera vez un usuario debe realizar una apertura de historia clínica con plena identificación del usuario, teniendo en cuenta el tipo de documento de identificación a saber:

-Mayores de edad: Cedula de ciudadanía

-Mayores de 7 años y menores de 18: Tarjeta de identidad

-Menores de 7 años: Registro civil

-Extranjeros: Pasaporte o cedula de extranjería

-Si no hay documento, cedula de la madre ó del padre seguido de un consecutivo del número de orden familiar.

***Apertura e Identificación.**

Se debe abrir historia única institucional ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a tiempos de retención, definiendo ruta de seguimiento de la historia clínica con responsables, nombre, fecha y hora de entrega, debe estar foliada por tipo de registro siendo responsable quien maneja el registro.

***Componentes de la Historia Clínica.**

IDENTIFICACIÓN

-Apellidos y nombres completos

-Estado civil

-Documento de identidad

-Fecha de nacimiento

-Edad y sexo (genero)

-Ocupación habitual

-Dirección y teléfono del domicilio

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	6 de 14	

- Nombre y teléfono del acompañante
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable
- Aseguradora
- Tipo de vinculación

REGISTROS ESPECIFICOS

- Datos e informes de un tipo determinado de atención: Motivo de Consulta – Anamnesis – Antecedentes – Revisión por Sistemas – Examen físico – Diagnostico – Plan y tratamiento
- Se llevara los registros en forma electrónica para consignar la información

ANEXOS

- ✓ Documentos de sustento legal-técnico-científico y/o administrativo de las acciones realizadas tales como:
- ✓ Autorizaciones para procedimientos médico- quirúrgicos (consentimiento informado)
- ✓ Declaración de retiro voluntario
- ✓ Documentos que la IPS considere pertinentes
- ✓ Constancia de entrega de paraclínicos al paciente luego de registro en historia clínica en registro específico.
- ✓ Constancia de entrega de imágenes diagnosticas luego de consignarse en registro específico (si no se hace la IPS es responsable), debe advertirse al paciente la importancia de su conservación

CUSTODIA

- ✓ Es de plena responsabilidad de la IPS que la generó, cumpliendo la normatividad archivística.
- ✓ Podrá entregar copia al paciente o a su representante legal cuando este lo solicite
- ✓ Traslado de historias clínicas entre prestadores con acta
- ✓ Cuando existen múltiples historias el prestador que las necesite puede pedir copia previa autorización del usuario o de su representante legal
- ✓ En caso de liquidación de la IPS se entrega historia clínica al usuario o a su representante legal, si no se logra el liquidador designará responsable de la custodia comunicando a la dirección seccional quien deberá informar al usuario sobre quien tiene la custodia de su historia clínica

ACCESO

- ✓ El usuario
- ✓ Equipo de salud
- ✓ Autoridades judiciales y de salud en casos previstos en la ley
- ✓ Otras personas determinadas por la ley (ej: peritos)

RETENCION Y TIEMPO DE CONSERVACION

- ✓ Mínimo 20 años contados a partir de la fecha de la última atención
- ✓ Mínimo 5 años en archivo de gestión
- ✓ Mínimo 15 años en archivo central
- ✓ Cumplidos estos tiempos podrá destruirse.

SEGURIDAD

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	7 de 14	

- ✓ Archivar en área restringida con acceso limitado
- ✓ Conservación que garantice la integridad física y técnica sin posibilidades de alteración o adulteración de la información
- ✓ Es responsabilidad de la IPS velar por la conservación y su adecuado cuidado.
- ✓

CONDICIONES FISICAS DE CONSERVACION

- ✓ Condiciones locativas: Espacios, muebles, movilidad, ingreso.
- ✓ Condiciones ambientales: Temperatura, humedad, plagas, luz.
- ✓ Procedimentales: Manejo por personal en movilización y traslado.
- ✓ Elementos de archivo: Resistentes, presentables, que ocupen poco espacio.

MEDIOS TECNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACION

- ✓ Médios magnetos-ópticos.
- ✓ Software

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

Los funcionarios de SU IPS SAS acatarán los lineamientos establecidos por el Comité de Historias Clínicas de cada Institución, el cual se define como el conjunto de personas que al interior de la IPS velará por el cumplimiento de normas de diligenciamiento y manejo de la historia clínica ya expuesta anteriormente. Está conformado por personal del Equipo de Salud y todas sus acciones serán consignadas en actas de cada reunión.

Son funciones del Comité de Historias Clínicas:

- ✓ Promover la adopción de normas sobre historia clínica y velar por que se Cumplan.
- ✓ Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador incluido en la historia clínica.
- ✓ Elevar a la Gerencia y al comité técnico-científico recomendaciones sobre formatos de registros específicos y anexos y proponer planes de mejoramiento.
- ✓ Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas.

De otro lado, el personal de salud en especial Médicos y Enfermeras tiene una responsabilidad en cuanto al óptimo diligenciamiento de la Historia Clínica la cual se establece de la siguiente manera:

RESPONSABILIDAD SERVICIO MEDICO

- ✓ Diligenciamiento correcto y completo de la Historia clínica y sus anexos
- ✓ Correspondientes.
- ✓ Codificar correctamente las patologías CIE 10.
- ✓ Registrar siempre signos vitales.
- ✓ Emitir por escrito los posibles signos de alarma y recomendaciones generales de egreso cuando se

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	8 de 14	

amerite.

- ✓ No olvidar Nota de procedimientos.
- ✓ Justificar pertinencia de apoyo Diagnostico.
- ✓ Transcribir resultados de RX, laboratorios y otros.
- ✓ Cero tachones y enmendaduras.
- ✓ Hojas foliadas.
- ✓ Orden Cronológico secuencial.
- ✓ Insistir en Justificar todo acto o Tratamiento médico asistencial.

RESPONSABILIDAD ENFERMERIA

- ✓ Notas de Enfermería completas, orden cronológico, secuencial, concisas, sin omisiones, Claras y concisas
- ✓ Diligenciamiento Correcto de actividades de consulta y procedimientos.
- ✓ Comunicación permanente con Personal Médico.
- ✓ Acudir oportunamente al llamado.
- ✓ Registrar cualquier duda emitida por los pacientes y avisar al personal correspondiente.
- ✓ Vigilar y velar por el completo contenido de la Historia Clínica.
- ✓ Aplicar guías, protocolos y procedimientos

Los funcionarios deberán atender las recomendaciones realizadas por el grupo de Auditoria y Mejoría de la Calidad de la Historia Clínica en relación a las Estrategias desarrolladas que consta de diferentes acciones en las que se incluye:

- ✓ Aplicación de instrumentos de verificación para evaluación del cumplimiento de Criterios administrativos y Criterios Asistenciales.
- ✓ Adoptar todas las directrices de la normatividad vigente.
- ✓ Retroalimentar en forma personalizada logros y falencias.
- ✓ Repetir registros clínicos.
- ✓ Sensibilización permanente
- ✓ Reducción de glosas.

Sobre el tema de HISTORIAS CLINICAS se aplicará lo determinado en la legislación normativa.

6. PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La institución SU IPS SAS formula **la política de seguridad del paciente**, siguiendo los lineamientos internacionales y nacionales establecidos por el ministerio de salud y a través de este documento manifiesta su completo interés en la gestión asistencial, orientada a la seguridad del paciente, disponiendo de recursos humanos, tecnológicos, administrativos y financieros, propendiendo desde la gerencia por el uso apropiado de estos recursos, protegiendo el medio ambiente y respetando el marco legal vigente.

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	9 de 14	

Esta política implica adhesión y compromiso con el Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad, generando a través del mejoramiento continuo el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente. Con enfoque de atención centrado en el usuario y haciendo alianzas con el paciente y su familia involucrándolos en las acciones de mejora.

Desplegando metodología científicamente aprobadas y adoptando prácticas seguras de atención, fomentando la identificación e implementación de las barreras de seguridad que establezcan un entorno seguro de la atención en salud y trabajando para lograr la cooperación, responsabilidad y articulación entre los procesos gerenciales, misionales y de apoyo.

Nuestra institución, asume la seguridad del paciente como componente esencial de su plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de su misión y el logro de la visión. Se compromete a adoptar las estrategias y acciones necesarias para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos, mediante el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y del individuo. Lideraremos desde la gerencia la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte de incidente, contribuyendo así al logro de un aprendizaje organizacional.

Los objetivos de la política de seguridad del paciente se socializarán de acuerdo a los cambios que se realicen a la POLITICA y PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

7. Gestión integral de manejo de Residuos Hospitalarios.

Los funcionarios que laboran en la Institucion deben recibir capacitación especial en conceptos de Bioseguridad y gestión ambiental y de residuos hospitalarios con la finalidad de evitar accidentes biológicos y que dichos residuos no representen un riesgo para su salud, la de los pacientes, la de la comunidad y la del medio ambiente.

Se tendrá en cuenta la normatividad legal vigente y sus modificaciones para la gestión integral de residuos hospitalarios en los que se establecen las competencias de las autoridades ambientales y sanitarias; se busca desarrollar acciones sincronizadas de inspección, vigilancia y control. Además, la divulgación y sensibilización y capacitación sobre las acciones del Manual de Procedimientos para la Gestión de Residuos Hospitalarios debe ser continuada y dirigida a todos los funcionarios vinculados a la atención de salud y al usuario.

Dentro del Programa de formación del talento Humano, los Funcionarios que laboran en la Institucion, se considera como Objetivo del entendimiento de la gestión ambiental el de Orientar y motivar a los colaboradores, usuarios y a la comunidad en general para la puesta en marcha de un sistema integral de gestión ambiental hospitalaria, partiendo de un conjunto de prácticas ambientales que demuestren un compromiso de la Institucion con la sociedad.

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	10 de 14	

Se debe comprender la terminología básica en residuos, a saber:

RESIDUO HOSPITALARIO: Es aquella sustancia o subproducto sólido, líquido o gaseoso generado por una tarea productiva resultante del accionar ejercido por la institución prestadora de servicio de salud y similares.

GESTION INTEGRAL: Es el manejo que implica la cobertura y planeación de todas las actividades relacionadas con la gestión de los residuos hospitalarios y similares desde su generación hasta su disposición final.

MINIMIZACIÓN: Es la racionalización y optimización de los procesos, procedimientos y actividades que permiten la reducción de los residuos generados y sus efectos, en el mismo lugar donde se producen.

PREVENCIÓN: Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológico, del ambiente y de la salud, que pueden producirse como consecuencia del manejo de los residuos.

BIOSEGURIDAD: Conjunto de prácticas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud o la vida de las personas o pueda contaminar al ambiente.

LIMPIEZA: Es dejar las diferentes áreas libres de gérmenes nocivos para garantizar la seguridad.

CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS: Separación de los residuos, de acuerdo a sus características y al uso que se les ha dado. Esta debe hacerse en el lugar de origen.

ruta SANITARIA: Es el recorrido que se realiza tanto interno, como externo para la recolección y transporte de los residuos sólidos hasta el sitio de disposición final.

DISPOSICIÓN FINAL: Alternativas de tratamiento, reutilización o almacenamiento final de los residuo sólidos. Estas se dan de acuerdo a su naturaleza y sus efectos para la salud. Pueden ser: reciclaje, relleno sanitario, compostaje, incineración, esterilización, desnaturalización e inactivación, entre otros. Uno de los aspectos fundamentales a tratar es el aprendizaje de la clasificación de los residuos hospitalarios, que se resume de la siguiente manera:

CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS.

Se debe socializar la clasificación de los residuos hospitalarios y su disposición final.

8. Sistema de Gestion en Salud y seguridad en el trabajo.

El tema de gestión en salud y seguridad en el trabajo juega un papel importante en la capacitación de los funcionarios en lo que hace referencia al cumplimiento de normas básicas que conlleve a evitar accidentes y desempeñarse con la mayor excelencia en su área de trabajo. El principal objetivo del sistema de gestión y en Salud y Seguridad en el trabajo es proveer seguridad, protección y atención a los empleados en el desempeño de su trabajo, El incremento en los accidentes en los servicios clínicos, algunos más serios que otros, por fallas humanas, hacen necesario contar con una formación para minimizar estos riesgos y el conocimiento del protocolo a seguir en caso de accidentes.

También dar a conocer los elementos básicos para cumplir con estos objetivos, los cuales incluyen datos generales de prevención de accidentes, la investigación de los accidentes que ocurran y un programa de entrenamiento y divulgación de las normas para evitarlos.

9. Reglamento Interno del trabajo

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	11 de 14	

La Institución cuenta con Reglamento Interno del trabajo aprobado por el Ministerio de Protección Social, que regula el actuar de las relaciones entre el empleador y el trabajador que debe ser conocido por cada uno de los funcionarios

10. Código de Ética y buen gobierno

En el Código de Ética se describe todos los valores que rigen el actuar de cada uno de los funcionarios y se hace una descripción de los deberes y derechos de nuestros usuarios. El Código de buen gobierno es la forma como se dirige la Institución de una forma Democrática y participativa.

Bioética – Comité de Ética.

Los términos éticos y morales son etimológicamente equivalentes. Por convención, llamaremos moral a las costumbres de una comunidad y ética a la reflexión sobre lo moral, ya sea desde el campo de la Filosofía o de la Teología. La moral es el conjunto de hábitos, valores y pautas de acción que cada generación transmite a la siguiente pues constituye su manera de concebir la vida buena. En consecuencia, la moral se vive y se aprende dentro de la tradición de cada comunidad y forma de vida.

Cada grupo humano posee unos criterios o parámetros sobre lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo. Por regla general, los criterios morales se nos imponen por encima del interés propio, de manera que se considera incorrecto preferir el propio interés a la moral. Finalmente, los estándares morales están asociados a emociones determinadas y a un vocabulario especial. Por regla general, si actúo contra un criterio moral me produce culpa, vergüenza o remordimiento, caracterizaré mi acción como inmoral o equivocada, y me sentiré mal conmigo. Sin otro mal, sentiré indignación o disgusto hacia esa persona.

Por su parte, la ética es la actividad reflexiva que examina los criterios morales, a través de preguntas como por qué debemos hacer eso que se considera valioso? ¿Por qué es eso mismo valioso o bueno? ¿Cómo se aplican estos criterios morales? ¿Son razonables estos criterios de acción? ¿En qué razones se sustentan? Por lo general, una persona que decide de manera cuidadosa, comienza a hacer reflexión ética, pues se pregunta: ¿Qué implica estos criterios morales para la situación en que me encuentro? ¿En realidad tiene sentido estos parámetros morales? ¿Qué razones hallo para seguirlos? ¿Por qué voy a seguir cumpliéndolos?

La ética supone la constitución de un saber que piensa el sentido del actuar concreto. En este sentido, la ética es un saber práctico que aclara qué es y cómo acontece lo moral, discute las razones que se tienen y proponen para el comportamiento moral y, finalmente, se puede aplicar a campos concretos de la vida cotidiana, una Institución o una profesión.

El Comité de Bioética fomenta en la Institución la educación ética y bioética, y brinda asesoría para la solución de problemas procurando el respeto a todos los seres humanos. De igual manera pretende socializar entre funcionarios, s y usuarios los derechos y deberes de cada uno y socializa los lineamientos que se

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	12 de 14	

describen en el Código de Ética y Buen Gobierno.

11 Responsabilidad Civil

La Responsabilidad Civil consiste en la obligación que recae sobre una persona de reparar el daño que ha causado a otro, sea en naturaleza o bien por un equivalente monetario (normalmente mediante el pago de una indemnización de perjuicios).

La responsabilidad civil puede ser contractual o extracontractual. Cuando la norma jurídica violada es una ley (en sentido amplio), hablamos de responsabilidad extracontractual, la cual, a su vez, puede ser delictual o penal (si el daño causado fue debido a una acción tipificada como delito), o cuasi-delictual o no dolosa (si el perjuicio se originó en una falta involuntaria). Cuando la norma jurídica transgredida es una obligación establecida en una declaración de voluntad particular (contrato, oferta unilateral, etcétera), hablamos, entonces, de responsabilidad contractual.

De igual manera, como lo expresa Fernando Guzmán Mora y Eduardo Franco Delgadillo la responsabilidad médica se basa en la culpa que es la consecuencia de una conducta que viola los lineamientos jurídicos y que es punible por la sociedad y la justicia. Los funcionarios deben recordar que el ejercicio de una profesión en el área de la Salud se basa en la Pericia, Prudencia, Diligencia y acogida a los protocolos de manejo que han sido aceptados por la Ciencia Médica.

12. PARTICIPACION SOCIAL

La institución, promueve y facilita la Política de Participación Social en Salud, en el marco de la Constitución Política y al servicio del interés general, fundado en los principios de la igualdad, la moralidad, la eficacia, economía, celeridad e imparcialidad, la publicidad, teniendo en cuenta los fines del Estado y contando con las herramientas necesarias para el cumplimiento de la calidad en la gestión.

1. OBJETIVO: Fortalecer los mecanismos, métodos, procedimientos, control, planeación y evaluación de la gestión, que facilite la efectiva participación Social al interior de la institución.

2. ALCANCE: La Política de Participación Social, es de obligatorio cumplimiento y trazable a todos los procesos de “SU IPS”, contiene canales de comunicación, que permite vincular a los líderes de procesos clínicos, la administración de la institución y la participación de la ciudadanía.

3. RESPONSABILIDAD: Serán responsables de la ejecución y control, las siguientes áreas de la institución;

1. Oficina de Calidad: Para el seguimiento del procedimiento de Participación Social y control de su cumplimiento.

2. Líderes de Proceso: Socialización y adherencia al procedimiento de Participación Social.

3. Atención al Usuario: Actualización de los procedimientos, resoluciones internas de conformidad a la norma imperante y acompañamiento a la comunidad frente a las organizaciones civiles que existan o se constituyan (Asociación de Usuarios y Voluntariados)

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	13 de 14	

Todos los colaboradores deberán participar en los procesos de formación en los temas de participación social.

13. PROCESOS DE ATENCION AL USUARIO

Proceso de atención al usuario como transversal a todos los procesos de atención de la Institución. Mecanismos de atención, manejo de PQRS, encuestas y protocolo de atención.

PROCESO DE DEFINICION Y SOCIALIZACION DE TEMAS OBJETO DE INDUCCION Y REINDUCCION.

Una vez se dé el proceso de admisión del colaborador se debe programar la capacitación en serie, definiendo tema, forma de realización de la presentación, el lugar, tiempo de duración, fecha y responsable.

Se define el siguiente esquema:

No	TEMA	FORMA	LUGAR	TIEMPO DURACION	FECHA	RESPONSABLE
1	Plataforma Estratégica	Presencial	Auditorio	30 minutos		Lider Calidad
2.	Normatividad básica vigente para el sector salud			40 minutos		Lider Calidad
3.	Referencia y Contrareferencia			30 minutos		Lider Asistencial
4.	Registro Individual de procedimientos en Salud y CIE 10			30 MINUTOS		Cuentas Medicas
5.	Normatividad HISTORIAS CLINICAS			40 MINUTOS		Líder de calidad
6.	Programa de Seguridad del paciente			1 hora		Referente Seguridad del paciente
7	Gestion Integral de Residuos Hospitalarios y similares			1 hora		Lider SSST
8	Bioseguridad			1 hora		Referente Seguridad del paciente
9	Sistema de Gestion Salud y Seguridad en el trabajo			1 Hora		Lider SSST
10	Reglamento interno del Trabajo			30 minutos		Lider Talento Humano
11	Código de Ética y Buen Gobierno			40 minutos		Lider Talento Humano
12	Responsabilidad Civil			40 minutos		Lider Talento Humano
13	Participación Social			1 hora		Lider Atencion al usuario
14	Proceso Atención al Usuario			1 hora		Lider Atencion al usuario
15	Procesos propios del servicio			4 horas		Lider Asistencial

MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION				
CODIGO:	Version	Vigencia:	Pagina	
PS- 001	No 02	22/06/2027	14 de 14	

SISTEMA DE APLICACIÓN DE INDUCCION PRÁCTICA.

La Inducción a los funcionarios se desarrollará en Inducción individual presencial en la Institución para discutir temas específicos de Plataforma Estratégica, Reglamento institucional, Deberes y Derechos de los Pacientes y Sistemas de Evaluación a los menos 3 días antes del inicio de la práctica.

Se recomienda tener la presentación en power point que será actualizada permanentemente.

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	CAMBIO Justificación y ¿Qué se modificó?	VERSION	DISTRIBUCION Que dependencias deben obtener esta información oportunamente y en que forma
11/11/2008	Versión inicial	V1	Todas, en medio magnética
21/11/2014	Inclusión de políticas de seguridad del paciente	V1	Todas, en medio magnética
20/06/2022	Inclusión PARTICIPACION SOCIAL	V1	Todas, en medio magnética