

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 1 DE 51

CONTENIDO.

1. PRESENTACIÓN POR PARTE DE LA DIRECCIÓN
2. CONSTITUCIÓN Y FUNCIONES DEL COMITÉ COORDINADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
3. OBJETIVO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
4. PRINCIPIOS DE CALIDAD QUE ORIENTAN NUESTRA GESTIÓN (NTC GP 1000:2004; SOGC Decreto 1011 de 2006).
5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
 - 5.1 MISIÓN
 - 5.2 VISIÓN
 - 5.3 VALORES
 - 5.4 OBJETIVOS CORPORATIVOS
 - 5.5 POLÍTICA INTEGRAL DE CALIDAD
6. SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
 - 6.1 GENERALIDADES DEL HOSPITAL
 - 6.2 RESEÑA HISTÓRICA
 - 6.3 DISTINCIONES HGM
 - 6.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
 - 6.5 NUESTROS RECURSOS
 - 6.6 NUESTROS SERVICIOS
 - 6.7 NUESTROS CLIENTES
 - 6.8 NUESTRAS PARTES INTERESADAS

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 2 DE 51

6.9 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

6.9.1 ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

6.9.2 Sistema de Gestión Ambiental

6.9.3 Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional - SYSO

6.9.4 Modelo Estándar de Control Interno - MECI

6.9.5 Responsabilidad Social Empresarial

6.9.5.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGC

6.9.5.2 Sistema Único de Habilitación

6.9.5.3 Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención – PAMEC.

6.9.5.4 Sistema Único de Acreditación

6.9.5.5 Sistema de Información para la Calidad

6.9.6 Buenas Prácticas certificadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

6.9.6.1 Buenas Prácticas de Manufactura para la Producción de Aire Medicinal – BPM

6.9.6.2 Buenas Prácticas de Elaboración en el Servicio Farmacéutico – BPE

6.9.6.3 Buenas Prácticas Clínicas para la investigación de Medicamentos en Humanos – BPC

7. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

8. ANEXOS. CARACTERIZACIONES DE LOS PROCESOS

9. CONTROL DE CAMBIOS

10. APROBACIÓN DEL MANUAL

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 3 DE 51

1. PRESENTACIÓN POR PARTE DE LA DIRECCIÓN

El Hospital General de Medellín, ha encontrado en la implementación de un Sistema de Gestión Integral de Calidad, un importante apoyo para el mejoramiento institucional y la búsqueda de resultados superiores.

En este contexto se presenta el Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad, que como lo indican las normas NTC ISO 14001:2004 de Gestión Ambiental, OHSAS 18001:2007 de Seguridad y Salud Ocupacional, el Modelo Estándar de Control Interno MECI, Responsabilidad Social Empresarial según Norma ISO 26000 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGCS – Decreto 1011 de 2006, con sus componentes de Habilitación, Auditorías, Acreditación e Información, especifica el Sistema de Gestión Integral de Calidad implementado en la Institución.

El manual permite conocer la política y los objetivos pretendidos que orientan la gestión integral de la Institución y de cada uno de sus colaboradores, como también el alcance del sistema.


Para tener una visión integral de la Institución, este manual describe los macroprocesos y procesos y las interacciones más significativas que se dan entre un proceso y otro, mediante el Mapa de Procesos.

Sea este manual de gestión integral de calidad, una importante herramienta que permita no solo el cumplimiento de requisitos, sino un instrumento que nos conduzca a la mejora continua que pretende la Entidad, por lo que se espera la participación y compromiso de todos y cada uno de los miembros del equipo humano del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez Empresa Social del Estado.

2. CONSTITUCIÓN Y FUNCIONES DEL COMITÉ COORDINADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

Se cuenta con el Comité Coordinador del Sistema de Gestión Integral de Calidad SGIC, el cual fue creado por Acto Administrativo mediante Resolución de Gerencia No. 197 del 26 de mayo de 2010 y modificada en uno de sus apartes con la Resolución de Gerencia No. 492 del 28 de diciembre de 2012.

El Comité es una instancia consultiva y decisoria que significa la toma de decisiones respecto al desarrollo, implementación y mejora continua del Sistema de Gestión Integral de Calidad de la Institución.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 4 DE 51


El Comité Coordinador del Sistema de Gestión Integral de Calidad SGIC, tiene dentro de sus funciones las de:

- Aprobar la documentación estratégica del Sistema de Gestión Integral de Calidad y de las modificaciones que se presenten. (Manual de calidad, mapa de procesos, macroprocesos).
- Conocer de las observaciones e informes de desempeño del Sistema de Gestión Integral de la Calidad provenientes de las diferentes estrategias para el mejoramiento de la calidad en salud.
- Tomar decisiones respecto al desarrollo, implementación y mejora continua del Sistema de Gestión Integral de Calidad, en lo referente a recursos, entrenamiento de personal, aprobación del programa de actividades, revisión sobre la implementación y recomendaciones a la Junta Directiva.
- Liderar la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión Integral de Calidad de cada uno de los procesos y subprocesos definidos en el mapa de procesos de la Institución.
- Conocer de los Informes de las Auditorías Internas y acompañar al Gerente en las Revisiones por la Dirección conforme a los procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión Integral de la Calidad.
- Conocer y hacer seguimiento al programa de mejoramiento de la calidad y sus componentes.
- Recomendar prioridades para la adopción, funcionamiento y optimización del Sistema de Gestión Integral de Calidad y la utilización de indicadores de gestión por procesos.
- Las demás que resultaren para el desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Integral de Calidad.

Designación del representante ante la Gerencia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional y Medio Ambiente

Se designa como representante ante la Gerencia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional y Medio Ambiente, al Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros.

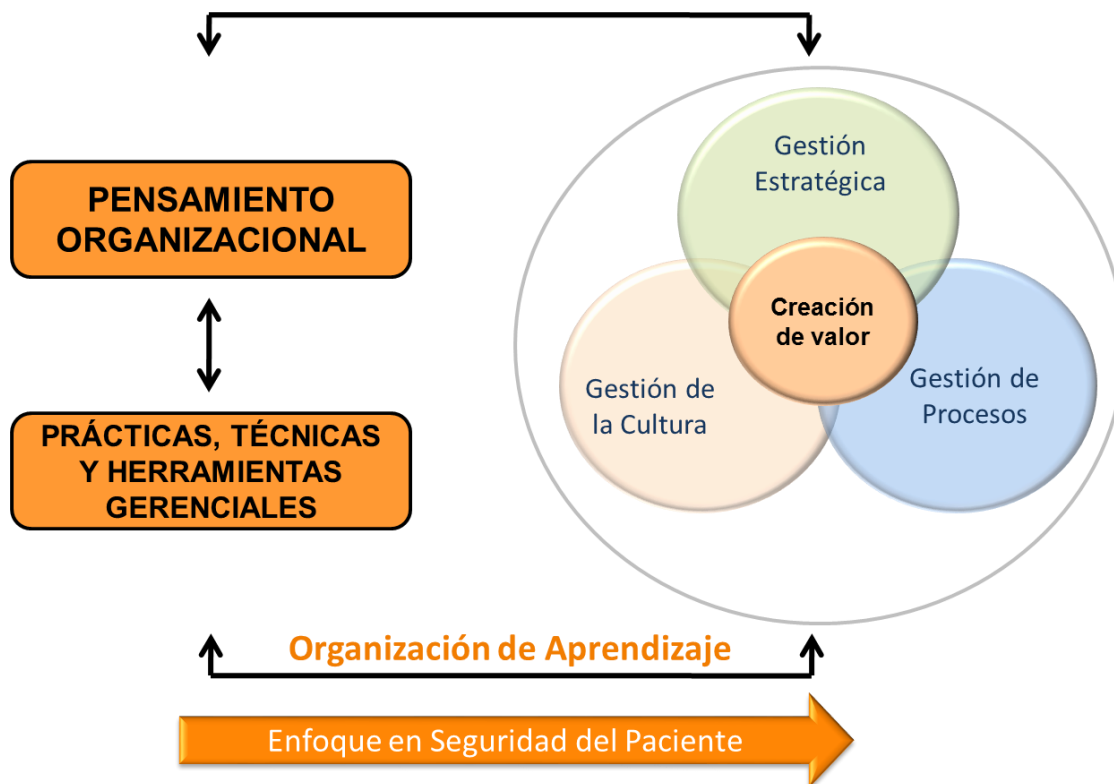
(Resolución 151G del 9 de mayo de 2008, “por medio de la cual se crea la estructura del Sistema de Gestión de Seguridad y de Salud Ocupacional y Medio Ambiente”).

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 5 DE 51

3. OBJETIVO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD - SGIC

Promover el desarrollo institucional armónico e integral, entendiendo por ello que se logre un mayor beneficio y satisfacción para los usuarios, para los compradores de servicios, para sus empleados, sus dueños y la sociedad en general.

Las principales dimensiones que conforman un Sistema de Gestión Integral son: Gestión estratégica, Gestión de procesos y Gestión de la cultura, las cuales se entrelazan para la Creación de Valor de una organización, como muestra la imagen:



	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 6 DE 51

4. PRINCIPIOS DE CALIDAD QUE ORIENTAN NUESTRA GESTIÓN (SOGC – Decreto 1011 de 2006 y NTC GP 1000:2004)

El manual de calidad de una entidad prestadora de servicios de salud corresponde a lo previsto y descrito dentro del SOGC.


El Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, 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.

Cada Componente del SOGC, tiene sus características y principios aplicables de manera que convergen en su aplicación, como son la ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD. Dentro de sus componentes se cuenta igualmente con principios básicos que le rigen así:

1. SISTEMA UNICO DE ACREDITACION: Lo fundamentan los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad.
2. SISTEMA UNICO DE HABILITACION: Dentro de los principios que determinan el sistema se cuenta con aquellos que guían los estándares, tales como la sencillez, validez y confiabilidad.
3. SISTEMA DE INFORMACION: Sus principios son la gradualidad, sencillez, focalización, validez y confiabilidad, participación y eficiencia.
4. SISTEMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: rigen este sistema los principios del autocontrol, enfoque preventivo, confianza y respeto, sencillez y validez.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las que se emprendan para corregir sus deficiencias.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes /usuarios y sus familias. Este sistema mira a

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 7 DE 51

la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que ésta brinda como un continuo clínico administrativo, cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente, introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario.

De la Atención Centrada en el Cliente, cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios.

La Alta Dirección de la Institución, con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño, busca la aplicación transversal de los siguientes principios de gestión de la calidad, con base en la NTC GP1000:2004:

1) Enfoque hacia el cliente: “La razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuales son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumplan con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas”.

El principal fin del sistema de gestión integral del Hospital General de Medellín, está enmarcado en la atención integral al usuario y su familia, con enfoque de riesgo hacia la seguridad del paciente, mediante el mejoramiento continuo de la atención en salud, la adecuada relación equipo de salud-paciente-familia y la participación conjunta de todos los actores que intervienen en la toma de decisiones para la atención de cada paciente, con el fin de aumentar la satisfacción de sus usuarios de forma que mejore sus capacidades humanas y condiciones de vida.

2) Liderazgo: “Desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la Alta Dirección de cada entidad sea capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad”.

La Alta Dirección ha promovido con gran liderazgo el mejoramiento de la gestión institucional, desde el compromiso personal y su participación dedicada a la implementación del sistema de gestión integral de calidad, además, con la conformación del Comité Coordinador del Sistema de Gestión Integral de Calidad y de otros, con el fin de asegurar el Direccionamiento de la Institución.

3) Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas: “Es el compromiso de los servidores públicos y/o de los

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 8 DE 51

particulares que ejercen funciones públicas en todos los niveles, lo que permite el logro de los objetivos de la entidad”.

La Entidad ha promovido espacios para la participación del personal en la implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad, mediante la definición entre otros, de un cronograma de despliegue permanente del Sistema, promoviendo reuniones semanales en las áreas y grupos de trabajo, a través de los Gestores de Calidad, la Corporación de Damas Voluntarias del Hospital, los grupos de mejoramiento y autoevaluación, y demás estrategias para la seguridad del paciente, como las visitas de calidad, rondas de seguridad, paciente trazador, gestión de eventos adversos, farmacovigilancia, tecnovigilancia, rondas administrativas y reuso, entre otros.

Todo orientado desde el Direccionamiento Estratégico y procesos de mejoramiento continuo, como el proceso de Inducción, Reinducción, Entrenamiento, Capacitación y Evaluación del Desempeño, para fortalecer las competencias del personal.

4) Enfoque basado en los procesos: “En las entidades existe una red de procesos, la cual al trabajar articuladamente permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso”.

La vivencia de este principio ha permitido fortalecer la organización y el trabajo en equipo al interior de cada proceso, generando cada vez mayor valor agregado examinando la cadena de valor, y fortaleciendo las interacciones e interdependencias.

5) Enfoque del sistema para la gestión: “El hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema, contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos”.

La implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad, ha llevado a la Institución a trabajar de manera sistémica, articulando y optimizando la gestión entre los diferentes procesos involucrados en el alcance, lo que ha permitido evidenciar las fallas y generar de manera interdisciplinaria las soluciones más efectivas.

6) Mejora continua: “Siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad”.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 9 DE 51

Siempre se ha impulsado en la Institución, la iniciativa de ser una Institución jalonadora de procesos de mejoramiento en un medio tan competido, lo que se ha buscado por la ruta de la implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad. La metodología del ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar), favorece la mejora continua que se pretende en nuestra gestión.

7) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: “En todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición”.

La Alta Dirección con la participación del personal, hace un seguimiento permanente a la gestión, a partir del cual se analiza la información para tomar decisiones acertadas; el resultado de las auditorías internas y externas, la revisión del Sistema a través de la evaluación del Plan de Acción, son instancias en las que se aplica este principio; el desarrollo de comités estratégicos es una instancia valiosa para la vivencia de este principio.


8) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: “Las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor”.

Dentro del proceso de mejoramiento continuo, la Entidad busca fortalecer su interacción con los proveedores de bienes y servicios, desarrollando una evaluación y reevaluación que conduzca al mejoramiento de la gestión así como al aseguramiento de la calidad en los productos y/o servicios que se contratan.

9) Coordinación, cooperación y articulación: “El trabajo en equipo, en y entre entidades, es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles”.

La institución se esfuerza permanentemente por la aplicación de este principio a través de la gestión mediante procesos de Referenciación, conociendo de las mejores prácticas con que cuentan otras instituciones, tanto públicas como privadas y compartiendo nuestras experiencias con otras instituciones que al igual que el Hospital General de Medellín, avanzamos por el camino del mejoramiento continuo, en pro de la seguridad del paciente.

10) Transparencia: “La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por lo tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos, facilitando el control social”.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 10 DE 51

El Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, Empresa Social del Estado, está contribuyendo con la construcción de un estado más eficiente y transparente, al servicio de los usuarios, por lo que a través de la página Web publica los procesos de contratación que se adelantan, impulsa su proceso de rendición de cuentas a la comunidad, presenta los resultados de responsabilidad social empresarial y la gestión de los asuntos que le sean requeridos, por las diferentes instancias de vigilancia y control.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 11 DE 51

5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

5.1 MISION

Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación.

5.2 VISION

Para 2027 seremos un hospital público universitario líder por su modelo de atención innovador y por ser generador de experiencias positivas en sus usuarios, sus colaboradores y su entorno.

5.3 PROPUESTA DE VALOR

Ser una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia, referente en calidad y seguridad del paciente, competitiva, líder en modelos de atención y gestora de conocimiento e innovación.


5.4 MEGA

Para el 2027 el Hospital General de Medellín duplicará su aporte a la sociedad en la atención satisfactoria de pacientes complejos.

5.5. PRINCIPIOS

Son directrices fundamentales que orientan el pensamiento y rigen la conducta de todos los integrantes de una organización:

- ☐ **Equidad:** En el HGM, estamos al servicio del interés general, aplicando la justicia para dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones
- ☐ **Eficiencia:** Consiste en el logro de los resultados mediante la optimización de los recursos, garantizando el cumplimiento de la meta en el menor tiempo posible, generando un impacto significativo en el proceso.
- ☐ **Transparencia:** La actuación de todos los miembros del HGM es clara y coherente. Entregan información veraz, confiable y oportuna sobre la gestión institucional y evitan poner en riesgo el cumplimiento de la misión del Hospital, conscientes de que sus actuaciones son evaluadas por la comunidad

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 12 DE 51

- ❑ **Calidad:** El HGM presta los servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo. Teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr adhesión y satisfacción a los usuarios
- ❑ **Responsabilidad Social:** En el HGM contamos con el Compromiso institucional permanente enfocados a la creación de valor para sus usuarios y demás grupos externos de interés. Promoviendo el bienestar de sus colaboradores y demás clientes internos, y apoyando la protección del medio ambiente; mediante el diseño y ejecución de un conjunto de acciones concretas, voluntarias y cuantificables con beneficio social


5.6 VALORES

Son cualidades necesarias en las personas para el cumplimiento de los principios y el logro de los objetivos organizacionales:

- ❑ **Responsabilidad:** Cumplimiento de deberes y compromisos, haciendo las cosas bien, en el momento oportuno, atendiendo las directrices institucionales, previendo y asumiendo las consecuencias de las acciones y omisiones
- ❑ **Solidaridad:** Actitud de cooperación con el otro que busca el bien común
- ❑ **Respeto:** Es el trato digno hacia el otro, aceptando la diferencia, reconociendo sus derechos, siempre y cuando no se afecten los principios institucionales ni que se vulneren los de las demás personas
- ❑ **Vocación de servicio:** Es la capacidad de entregarse y brindar un acompañamiento genuino, logrando la satisfacción de las necesidades y superando las expectativas de las personas, brindando una experiencia positiva en el HGM
- ❑ **Honestidad:** Consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia fundamentados en la verdad
- ❑ **Seguridad:** Comportamientos y actitudes que contribuyen a prevenir y minimizar los riesgos para la organización y los usuarios

5.7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 5.7.1 Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia.
- 5.7.2 Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 13 DE 51

5.7.3 Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización.

5.7.4 Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo.

5.7.5 Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.

5.7.6 Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública.

5.7.7 Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud.


5.7.8 Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros.

5.5 POLÍTICA INTEGRAL DE CALIDAD

En el Hospital General de Medellín enfocamos nuestros procesos a contribuir con la calidad de vida de nuestros clientes, a cuidar y proteger el medio ambiente y a mejorar las condiciones de vida y trabajo de nuestros colaboradores, para lo cual nos comprometemos con:

- ❑ Brindar una atención segura, oportuna, confiable y cálida.
- ❑ Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.
- ❑ Prevenir y controlar los riesgos operacionales.
- ❑ Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores
- ❑ Promover y desarrollar relaciones docencia-servicio que permitan al Hospital y a las instituciones de educación superior, con las que se suscriben convenios, contribuir con el fortalecimiento de sus misiones.
- ❑ Promover y desarrollar las investigaciones básicas y aplicadas, cuyos resultados deben corresponder con desarrollos y soluciones innovadoras en beneficio del desempeño del Hospital y de sus partes involucradas.

El Hospital General de Medellín se apoya en el cumplimiento permanente de los requisitos legales aplicables, una cultura organizacional propia que involucre a los

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 14 DE 51

proveedores, contratistas, visitantes y población del entorno y el mejoramiento continuo del desempeño de los procesos.

6. SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

6.1 GENERALIDADES DEL HOSPITAL

El Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, es una Empresa Social del Estado, de propiedad del Municipio de Medellín, tiene una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que tiene por objeto prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, hace parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Hospital General de Medellín, es el Hospital público de alta y mediana complejidad más importante de la zona nor-occidental de Colombia, abarcando los departamentos de Antioquia, Córdoba, Chocó, Sucre y Sur de Bolívar y recientemente se ha aumentado la demanda de la población del Eje Cafetero.


6.2 RESEÑA HISTÓRICA

El HGM fue creado por el Acuerdo No. 18 del 1° de agosto de 1949 y modificado por el Decreto Municipal 1328 de 1994, que lo reestructuró como Empresa Social del Estado

Con la promulgación de la ley 100 de 1993 se inició la transformación empresarial del Hospital General de Medellín, convirtiéndose en Empresa Social del Estado.

En desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el componente del Sistema Único de Acreditación, el Hospital fue postulado entre otras instituciones, por el Ministerio de la Protección Social para el acompañamiento en el proceso de Acreditación en Salud para las IPS Públicas, convirtiéndose en el primer Hospital público del país en ser evaluado y Certificado en Acreditación En Salud por el Ministerio de la Protección Social y el ICONTEC.

- La Presidencia de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública le entregaron al Hospital el Certificado de Inscripción en el Banco de Éxitos de la Función Pública, por los casos exitosos: “Transformación Empresarial del Hospital General de Medellín” y “Modelo de Gestión de Calidad del Hospital”.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 15 DE 51


- La Asamblea Departamental de Antioquia entregó al Hospital la Condecoración Medalla Mariscal Jorge Robledo y una Resolución en la que se exalta la eficaz gestión en calidad que ha convertido la institución en los últimos años en un modelo de entidad pública y en uno de los mejores hospitales públicos del país.
- El Centro de Gestión Hospitalaria otorgó al Hospital el Premio Calidad Salud Colombia en la Categoría Bronce, por su dedicación al mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud con excelencia.
- Actualmente el Hospital es un referente en calidad regional, nacional e internacional. Posee un Centro de Investigación Científica y Administrativa, donde se gestionan proyectos orientados al mejoramiento continuo de los estándares de calidad y la generación del conocimiento en Medicina Basada en la evidencia.

6.3 DISTINCIONES HGM

- Año 2000: La UNICEF y el Ministerio de Salud, confieren el certificado: “Hospital Amigo de la Mujer y la Infancia”.
- Año 2002: Se recibe la certificación NTC ISO 9001:2000 para los servicios de Banco de Sangre, Central de Mezclas Parenterales, Imagenología, Laboratorio Clínico y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. En el año 2004, el ICONTEC hizo entrega del Certificado del Sistema de Gestión de Calidad, ampliando el alcance a todos los procesos del Hospital.
- Año 2004: la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, expide el Certificado de Habilitación, a través del cual se corrobora que el HGM cumple los requisitos establecidos en el Decreto 1011 y la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, los cuales establecen las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa.
- Año 2004: La Presidencia de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública, hacen merecedor al Hospital General de Medellín a la inscripción en el Banco de Éxitos de la Administración Pública, en la convocatoria 2003 – 2004 con el caso exitoso: “Transformación Empresarial del Hospital General de Medellín”.
- Año 2005: El HGM recibe el Certificado de ACREDITACIÓN EN SALUD y la Condecoración del Ministerio de la Protección Social, Cruz Cívica al Mérito Asistencial y Sanitario Jorge Bejarano en Categoría Plata.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 16 DE 51


- Año 2005: La Presidencia de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública, hacen merecedor al Hospital General de Medellín a la inscripción en el Banco de Éxitos de la Administración Pública, en la convocatoria 2005 con el caso exitoso: “Modelo de Gestión de Calidad del Hospital”.
- Año 2005: CODESARROLLO hace un reconocimiento al Hospital por su Gestión Ambiental: “Que guiado por sus criterios de autoevaluación, autorregulación y autocontrol, contribuye al logro de un desarrollo armónico y sostenible”.
- Año 2006: La Asamblea Departamental de Antioquia, entregó al HGM la Condecoración Medalla Mariscal Jorge Robledo y una Resolución que exalta la eficaz gestión en calidad, por ser uno de los mejores hospitales públicos del país.
- Año 2006: El Concejo de Administración de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) en reconocimiento al Hospital General de Medellín, confiere Mención de Honor: “En virtud a la labor realizada que lo llevó al otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC”.
- Año 2008: El Centro de Gestión Hospitalaria le otorgó al Hospital el Premio Salud Colombia en la Categoría Bronce, creado para identificar, evaluar y difundir las mejores prácticas con el fin de promover la excelencia de las instituciones de salud.
- Año 2008: El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC, le otorga al Hospital la Certificación del Sistema de Gestión bajo los requisitos NTC ISO 14001 de Gestión Ambiental y NTC OHSAS 18001 de Salud y Seguridad Ocupacional.
- Año 2009. El HGM recibió cinco condecoraciones por parte de entes gubernamentales como un reconocimiento a la labor desarrollada durante sus 60 años de labores, de logros y de tener una vocación de servicio con calidad y calidez. Estas fueron las condecoraciones entregadas al hospital:
 - Orden al Mérito Don Juan del Corral, Grado Oro, del Concejo de Medellín.
 - Medalla Alcaldía de Medellín, Categoría Oro, máxima distinción de la Alcaldía de Medellín

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 17 DE 51

- Orden al Mérito Cívico y Empresarial Mariscal Jorge Robledo, Grado Oro, de la Asamblea Departamental.
- Orden al Mérito Civil de Antioquia – Ramo de la salud- “Antonio Roldán Betancur” Categoría Oro, del Departamento de Antioquia.
- Orden de la Democracia “Simón Bolívar” En grado Cruz Comendador, de la Cámara de Representantes.
- Espíritu Bolivariano, de la UPB.
- Año 2009 - 2010: Mejor Hospital Público de Latinoamérica, en el Ránking de Mejores Hospitales y Clínicas de Latinoamérica, estudio de la Revista América Economía.
- Año 2011: Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura para la producción de Aire Medicinal - BPM por el INVIMA.
- Año 2011: Segundo puesto en el Premio Excelencia ARP SURA en la categoría Mejor Gestión en Salud Ocupacional en la regional de Antioquia y Eje Cafetero.
- Año 2011: Certificación en Buenas Prácticas de Elaboración del Servicio Farmacéutico – BPE por el INVIMA.
- Año 2011: El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC, le otorga al Hospital la renovación del Sistema de Gestión bajo los requisitos NTC ISO 14001 de Gestión Ambiental y NTC OHSAS 18001 de Salud y Seguridad Ocupacional, 2011-2014.
- Año 2012: Certificación en Buenas Prácticas Clínicas – BPC por el INVIMA.
- Año 2012: Premio a la Calidad “Medellín Ciudad Saludable” - Categoría Plata.
- Año 2013: COHAN otorga la Medalla Honor al Mérito Luis Carlos Ochoa Ochoa por la calidad en la prestación de los servicios de salud, la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad financiera, de sus instituciones asociadas.
- Año 2013: Premio a la Gestión Transparente Antioquia Sana, Galardón de Oro en la categoría de Empresas Sociales del Estado - (Gobernación de Antioquia).

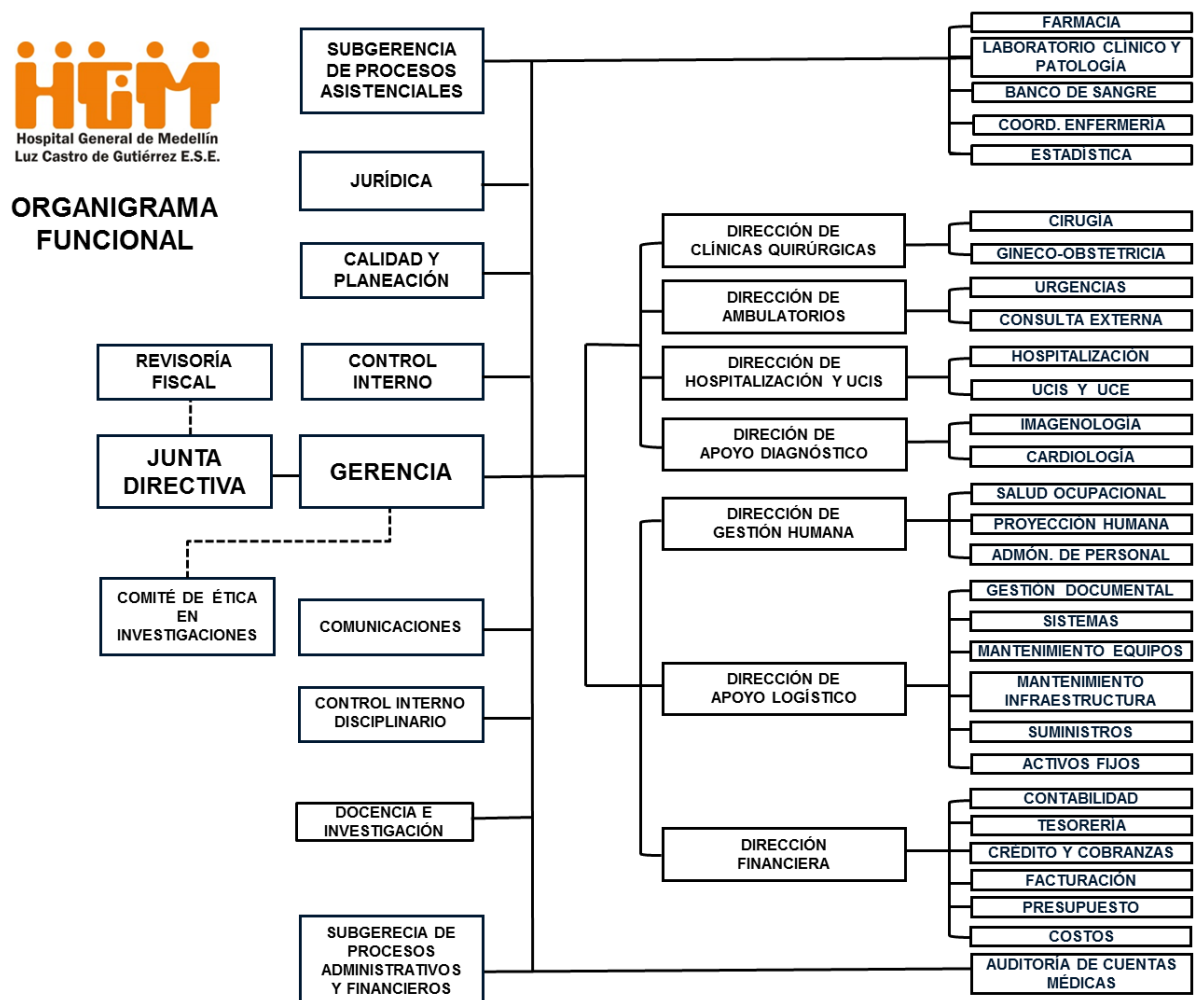
	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 18 DE 51


- Año 2013: La Organización Canadiense "Critical Care Nutrition", reconoce al Hospital como el número 1 del top de referentes internacionales para manejo nutricional de pacientes en unidades de cuidado crítico.
- Año 2014: Recertificación en Buenas Prácticas de Manufactura – BPM para la producción de Aire Medicinal, por parte del INVIMA.
- Año 2014: el HGM ocupó el puesto 26 en el sexto ranking de Clínicas y Hospitales de la Revista América Economía. Primer Hospital público de América latina.
- Año 2014: Galardón al Cuidado Materno Infantil, categoría plata. Alcaldía de Medellín.
- Año 2014: El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC, le otorga al Hospital la renovación del Certificado de los Sistemas de Gestión bajo los requisitos NTC ISO 14001 de Gestión Ambiental y NTC OHSAS 18001 de Salud y Seguridad Ocupacional, 2014-2017.
- Año 2015: Mantenimiento del Galardón al Cuidado de la Salud Materno Infantil 2014, categoría plata.
- Año 2015: Premio por la Nutrición Infantil Fundación Éxito 2015; en la categoría atención de instituciones de salud en el área materno-infantil (Banco de Leche Humana).
- Año 2015: Premio a la Calidad Medellín Ciudad Saludable año 2015 categoría oro.
- Año 2015: Experiencia Exitosa Banco de Leche Humana Galardón al Cuidado de la Salud Materno Infantil 2015, categoría bronce.
- Año 2015: Puesto 22 en el ranking de Clínicas y Hospitales de la Revista América Economía 2015. Primer Hospital público de América Latina.
- Año 2015: Puesto 16 ° Ranking MERCO de IPS (Clínicas y Hospitales con mejor reputación en el país – 2015- 2° Público).
- Año 2015: Certificado en el compromiso con la Responsabilidad Social, Corporación Fenalco Solidario año 2015.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 19 DE 51

- Año 2015: Certificado tercer nuevo ciclo de acreditación en salud por el ICONTEC.
- Año 2015: Renovación de las certificaciones OHSAS 18001:2007 de Seguridad y Salud Ocupacional y NTC ISO 14001:2004 de Gestión Ambiental.

6.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Organigrama.



	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 20 DE 51

6.5 NUESTROS RECURSOS

Camas Hospitalarias
 Camillas
 Consultorios
 Recurso Humano
 Quirófanos
 Salas de Parto
 Unidad Móvil del Banco de Sangre
 Infraestructura

6.6 NUESTROS SERVICIOS (Portafolio de Servicios)

Ayudas Diagnósticas

Diagnóstico Cardiovascular

- Ecocardiografía por estrés
- Ecocardiografía transesofágica
- Electrocardiografía
- Electrofisiología, marcapasos y arritmias
- Hemodinamia
- Monitoreo Holter
- Prueba de Esfuerzo

Electrodiagnóstico

- Electromiografía y velocidad de conducción
- Polisomnografía en niños

Laboratorio Clínico


Laboratorio de Patología

Medicina Materno Fetal

- Amniocentesis diagnóstica y Terapéutica
- Eco doppler a color fetal
- Eco doppler a color obstétrico
- Ecografía Obstétrica de III nivel
- Ecografía Obstétrica de 3 D
- Monitoreo Fetal
- Perfil Biofísico

Radiología e Imágenes Diagnósticas

- Arteriografía
- Eco doppler a color de vascular periférico
- Ecocardiografía Adultos

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 21 DE 51

- Ecocardiografía Pediátrica
- Ecografía pediátrica y adultos
- Fluoroscopia
- Mamografía
- Mamografía con biopsia estereotáxica
- Rayos X Contratado
- Rayos X Simple
- Resonancia Magnética
- Tomografía axial computarizada
- Ultrasonido

Servicio Farmacéutico

- Central de Mezclas Parenterales – Certificado en BPE

Video Endoscopias


- Cistoscopia
- Colangiografía endoscópica retrógrada
- Colonoscopia
- Colposcopia
- Endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica
- Neumología Fibrobroncoscopia
- Neumología Laboratorio Función Pulmonar

Quimioterapia

- Ambulatoria
- Hospitalaria

Cirugía


- Cirugía Cardiovascular (Adulto y Pediátrica)
- Cirugía de la Mano
- Cirugía de Tórax
- Cirugía Endovascular Neurológica
- Cirugía General
- Videolaparoscopia Quirúrgica
- Cirugía Ginecológica
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Neurológica
- Neurocirugía de Epilepsia y Funcional
- Cirugía Oftalmológica
- Cirugía Oncológica
- Cirugía Ortopédica
- Cirugía Otorrinolaringológica
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica Reconstructiva
- Cirugía Vascular y Angiológica

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 22 DE 51

- Cirugía Urológica
- Trasplante de tejido osteomuscular
- Trasplante de piel y componentes de la piel
- Trasplante de tejidos cardiovasculares

Consultas

- Anestesia
- Cardiología
- Cardiología Pediátrica
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía de Tórax
- Cirugía General
- Cirugía Neurológica
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica Reconstructiva
- Cirugía Vascular
- Dermatología
- Fisioterapia
- Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje (Audiometría, Logaudiometría e Impedanciometría)
- Ginecobstetricia
- Ginecología Oncológica
- Hematología
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología (Espirometría)
- Neurología Clínica
- Neuropediatría
- Nutrición y Dietética
- Odontología General y Especializada
 - Endodoncia
 - Odontopediatría
 - Ortodoncia
 - Periodoncia
 - Rehabilitación Oral
 - Toma e interpretación de radiologías odontológicas
- Oftalmología
- Oncología y Hematología Pediátrica
- Oncología Clínica
- Ortopedia y/o Traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psicología
- Urología

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 23 DE 51

Cuidados Críticos

- Cuidado Intensivo Adultos
- Cuidado Intensivo Neonatal
- Cuidado Intensivo Pediátrico
- Cuidado Intermedio Adultos
- Cuidado Intermedio Neonatal

Hospitalización

- General Adultos
- General Pediátrica
- Obstétrica
- Unidad Renal
 - Diálisis Peritoneal
 - Hemodiálisis

Servicio de Urgencias

- Urgencias Adultos
- Urgencias Gineco-Obstétricas
- Urgencias Pediátricas

Promoción y Prevención

- Vacunación
- Promoción en Salud

Otros Servicios

- Banco de Sangre y Medicina Transfusional (Transfusión Sanguínea)
- Central de Esterilización y Equipos
- Central de Mezclas Enterales
 - Soporte Nutricional Especializado
- Grupo de Apoyo al Paciente Hemofílico - GAPHE
- Grupo de Apoyo al Paciente Hospitalizado - GAPH
- Programa de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar
- Programa de Lactancia Materna
- Lactario - Alimentación
- Programa de Psicopedagogía para Niños Hospitalizados
- Programa Madre Canguro

6.7 NUESTROS CLIENTES

Para el HGM se entiende como clientes a todas las personas o entidades que acuden a él, solicitando servicios de salud, las cuales están afiliadas o no al Sistema General de Seguridad Social de Salud. Clasificadas en términos generales así:

6.7.1 POBLACION OBJETO DE SUBSIDIO

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 24 DE 51


- Cubierta por el régimen subsidiado: empresas promotoras de salud subsidiadas (EPS-S)
- Cubierta por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSYPSA)
- Cubierta por las Direcciones Locales de Salud
- Cubierta por programas de desplazados
- Población pobre no identificada

6.7.2 POBLACION NO OBJETO DE SUBSIDIOS

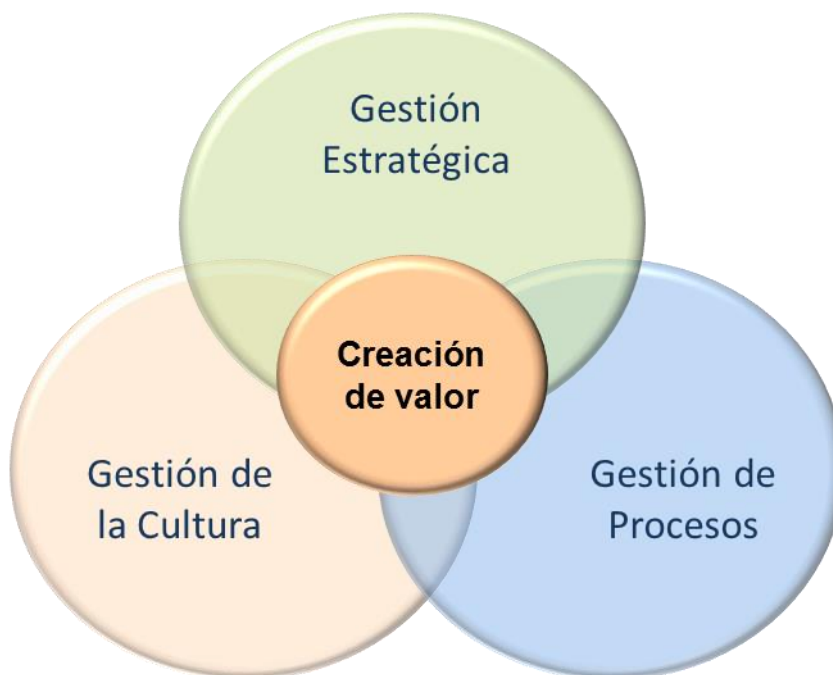
- Régimen contributivo
- SOAT y eventos catastróficos
- Régimen especial
- Administradoras de riesgos profesionales (ARP)
- Aseguradoras de planes adicionales de salud (PAS)
- Clientes particulares

6.8 NUESTRAS PARTES INTERESADAS


- Usuarios y Acompañantes
- Proveedores de bienes, medicamentos, insumos de salud
- Contratistas de servicios generales, salud, consultoría
- Empleados
- Convenios Docente Asistenciales (personal en formación)
- Concesionarios
- Comunidad vecina, locales comerciales
- Damas voluntarias
- Visitantes
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia – SSSyPSA.
- Administración Municipal
- Secretaría Local de Salud
- Departamento Administrativo de la Función Pública
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
- Contraloría General de Medellín
- Ministerio de la Protección Social
- Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
- Área Metropolitana del Valle del Aburrá
- Junta Directiva
- Administradoras de riesgos profesionales
- Empresas promotoras de salud
- Otras instituciones prestadoras de servicios

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 25 DE 51


6.9 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD



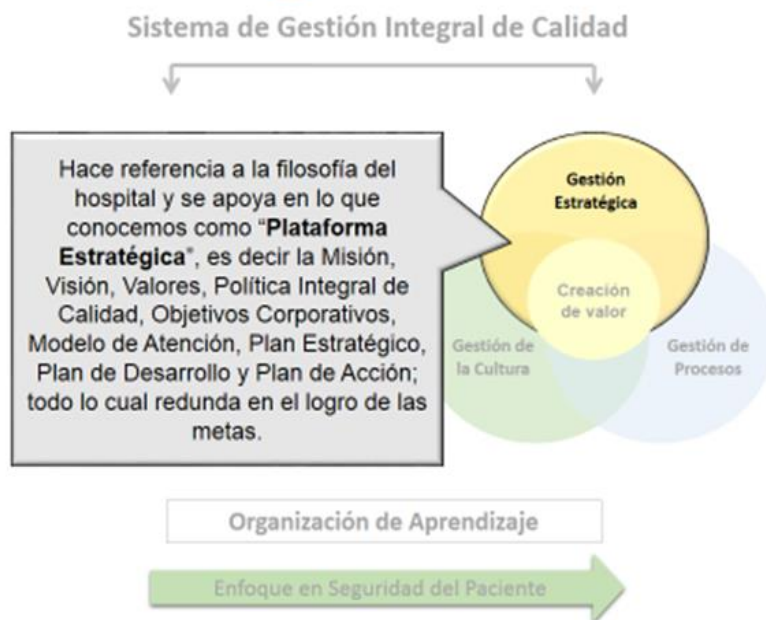
- 6.9.1 El Sistema de Gestión Integral de Calidad del HGM, se soporta en el concepto de “Calidad de la atención en salud”, el cual se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios”. (Artículo 2 del Decreto 1011 de 2006 del SOGCS).

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 26 DE 51

- 6.9.2 En el Hospital se orienta la consolidación del Sistema de Gestión de Calidad, con un enfoque integral, teniendo en cuenta los diferentes modelos que le aplican, unos de carácter obligatorio y otros de carácter voluntario adoptados por la Institución.
- 6.9.3 El enfoque adoptado por la institución para armonizar los diferentes componentes del SGIC, se denomina “Gestión Integral de Calidad”, el cual incluye la Gestión Estratégica, Gestión de Procesos y Gestión de la Cultura, que entrelazadas crean valor en la Institución.
- 6.9.4 De acuerdo con lo anterior, las dimensiones que conforman un Sistema de Gestión Integral son: Gestión Estratégica, Gestión de Procesos y Gestión de la Cultura, las cuales se entrelazan para la Creación de Valor de una organización, así:
- 6.9.4.1 La **Gestión Estratégica** hace referencia a la filosofía del Hospital y se apoya en lo que conocemos como Plataforma Estratégica; es decir, Misión, Visión, Valores, Política Integral de Calidad, Objetivos Corporativos, Modelo de Atención, Plan Estratégico, Plan de Desarrollo y Plan de Acción, todo lo cual redunda en el logro de las metas institucionales.


	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 27 DE 51

Sistema de Gestión Integral de Calidad



En el Capítulo 5, se describe la plataforma estratégica del Hospital en términos de misión, visión, valores, objetivos corporativos y política integral de calidad, adicionalmente en la gestión estratégica se cuenta con el Modelo de Atención y los Planes Estratégico, de Desarrollo y de Acción.

Modelo de Atención (Decreto 4747 de 2007)

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 28 DE 51




El modelo está caracterizado por el compromiso misional que tiene la institución hacia la **atención centrada en el usuario y su familia**, el **enfoque de riesgo** y la **seguridad en la prestación del servicio**.

La atención centrada en el usuario y su familia, da respuesta a sus necesidades y expectativas y a las del equipo de salud, de tal forma que, en conjunto, contribuyan a mejorar la salud del usuario.

Planes Estratégico, de Desarrollo y de Acción

Plan Estratégico - largo plazo (2008-2015)

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 29 DE 51

El plan estratégico es un instrumento para organizar las actividades del Hospital, permiten definir la misión, visión, valores, objetivos, políticas y acciones, pensando en la sobrevivencia y el futuro desarrollo de la institución.

Plan de Desarrollo - mediano plazo (2012-2015)

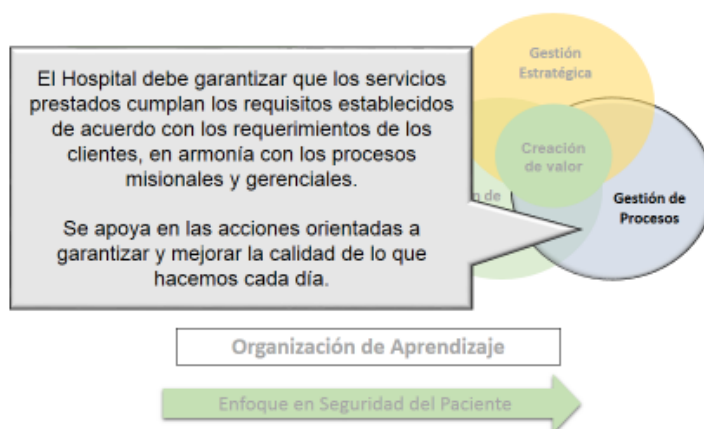
Como el Hospital es una entidad pública del orden municipal, debe formular, ejecutar y evaluar un Plan de Desarrollo igual al período de tiempo del Alcalde, es decir, 4 años. Con él se definen acciones que convertidas en hechos contribuyen a mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Plan de Acción - corto plazo (2012-2013-2014-2015)


El plan de acción se obtiene del Plan de Desarrollo, permite priorizar las acciones que cada año se ejecutarán para cumplir los objetivos y las metas. Requiere de un control constante, en nuestro Hospital lo evaluamos cada dos meses.

- 6.9.4.2 En la **Gestión de Procesos**, el Hospital debe garantizar que los servicios prestados cumplan los requisitos establecidos de acuerdo con los requerimientos de los clientes, en armonía con los procesos misionales y gerenciales; además, se apoya en las acciones orientadas a garantizar y mejorar la calidad de lo que hacemos cada día.

Sistema de Gestión Integral de Calidad



La gestión por procesos se define como la forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 30 DE 51

mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos.

El valor agregado en una organización, es creado por los empleados a través de su participación en los procesos.

En el **mapa de procesos** que se presenta más adelante, podemos ver la representación gráfica de los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación que conforman nuestro Sistema de Calidad y sus interacciones; éstos se clasifican en:

Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.


Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

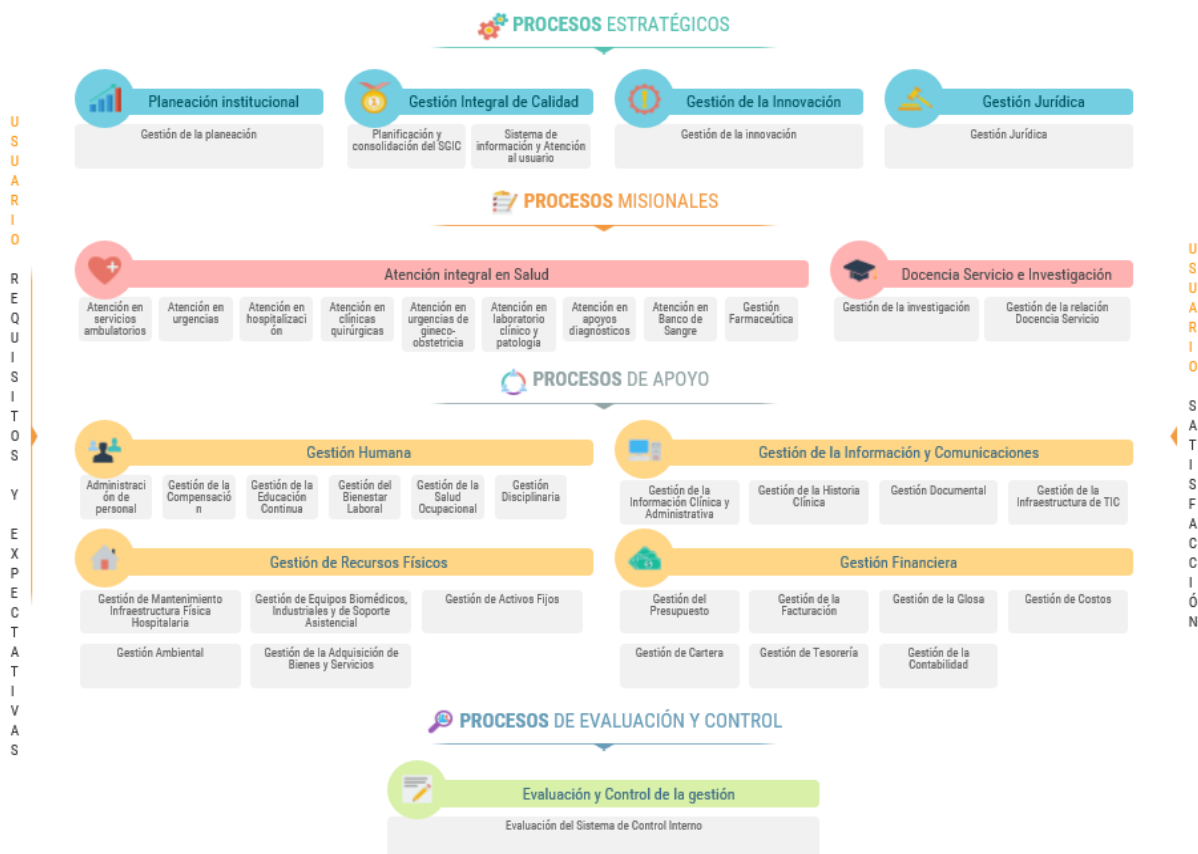
Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Procesos de Evaluación: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

Para una efectiva Gestión por Procesos, éstos deben documentarse y estandarizarse con el fin de reducir la variabilidad y aumentar la probabilidad de obtener resultados previsibles, lo cual contribuye a:


- Garantizar la satisfacción de las expectativas de los clientes internos y externos
- Mejorar la eficiencia de los procesos mediante la disminución del esfuerzo y de la necesidad de supervisión
- Reducir los costos de la mala calidad
- Garantizar un nivel previsible de eficacia
- Mejorar la efectividad y rentabilidad de la organización

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 31 DE 51

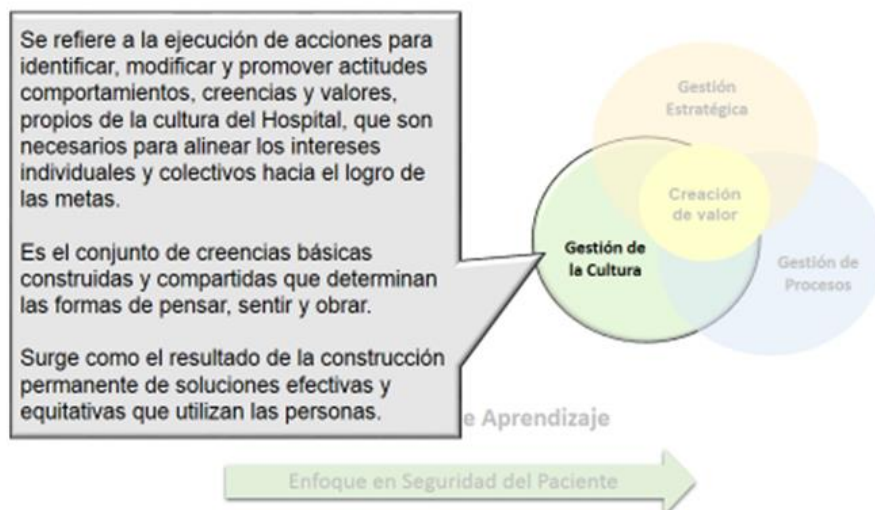


6.9.4.3La **Gestión de la Cultura** se refiere a la ejecución de acciones para identificar, modificar y promover actitudes, comportamientos, creencias y valores, propios de la cultura del Hospital, que son necesarios para alinear los intereses individuales y colectivos hacia el logro de las metas.

El Hospital está comprometido con una cultura que contribuya a la generación de sentido de pertenencia, la exaltación del ser humano y el logro de objetivos de la organización, reflejado en la calidad de la atención brindada al usuario y su familia y para ello diseña y realiza capacitaciones que contribuyan a la modificación de aquellos comportamientos y actitudes que impidan el logro de los objetivos institucionales, dentro del programa de estímulos e incentivos se exalta e incentiva aquellos comportamientos alineados con el cumplimiento de los objetivos organizacionales, programas de Bienestar con actividades recreativas y culturales que contribuirán a fortalecer la relación del Hospital con sus empleados y familiares.


	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 32 DE 51

Sistema de Gestión Integral de Calidad



6.10 ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD SGIC



	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 33 DE 51

6.10.1 Sistema de Gestión Ambiental:

El Sistema de Gestión Ambiental, hace parte del SGIC y desarrolla programas encaminados a proteger el medio ambiente y contribuir al uso racional de los recursos naturales de nuestro ecosistema: aire, agua y suelo.

En el Hospital, desarrollamos y mantenemos nuestro Sistema de Gestión Ambiental certificado bajo la Norma Técnica NTC ISO 14001, a través de diversos programas:

- Programa Manejo Seguro de Sustancias Químicas
- Programa Uso Eficiente de los Recursos Naturales
- Programa Manejo Integral de los Residuos Hospitalarios



Certificado N° SA 292-1
Certificado NTC ISO 14001:2004
de Gestión Ambiental

En el mapa de procesos, macroproceso de Gestión de Recursos Físicos, se encuentra definido el proceso de Gestión Ambiental AP-GRF-AM, el cual tiene como objetivo “Establecer el Sistema de Gestión Ambiental, como instrumento de planeación ambiental encaminado a la conservación de los recursos naturales mediante la mitigación de los impactos ambientales significativos, dando cumplimiento a la normatividad ambiental vigente” y un alcance, que inicia con la identificación de aspectos y valoración de impactos, la definición de controles para su mitigación y finaliza con la verificación de la efectividad del desempeño de la gestión ambiental.

6.10.2 Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Este Sistema es el segundo elemento del SGIC y está orientado a promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a sus colaboradores (sin diferenciar tipo de vinculación), visitantes o cualquier otra persona en el sitio de trabajo.



Certificado N° OS 212-1
Certificado OHSAS 18001:2007
de Seguridad y Salud Ocupacional

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 34 DE 51

En el HGM, desarrollamos y mantenemos nuestro Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo acorde con la Ley 1562 de 2012 y certificación bajo la Norma Técnica NTC OHSAS 18001, con los siguientes programas:

- Programa Gestión de la Bioseguridad
- Programa Gestión del Riesgo Osteomuscular
- Programa Gestión del Riesgo Psicosocial
- Programa Gestión del Ausentismo Laboral
- Programa Gestión de la Accidentalidad Laboral
- Programa Gestión de Radiaciones Ionizantes


En el mapa de procesos, macroproceso de Gestión Humana, se encuentra definido el proceso de Gestión de la Salud Ocupacional AP-GHU-SO, el cual tiene como objetivo “Lograr una efectiva administración de riesgos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes procesos y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador y al funcionamiento de los recursos e instalaciones” y un alcance, que inicia con la identificación de riesgos y valoración de peligros, definición de controles para su minimización y finaliza con la verificación de la efectividad del desempeño en seguridad y salud en el trabajo.

6.10.3 Modelo Estándar de Control Interno – MECI

El tercer elemento del SGIC, fue creado por el Decreto Nacional 1599 de 2005, por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en todas las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993 y permite el diseño, desarrollo y operación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado. Desde la entrada en vigencia del Decreto, las organizaciones del Estado han involucrado en su cultura organizacional los aspectos básicos para operacionalizar de manera práctica el Sistema de Control Interno.

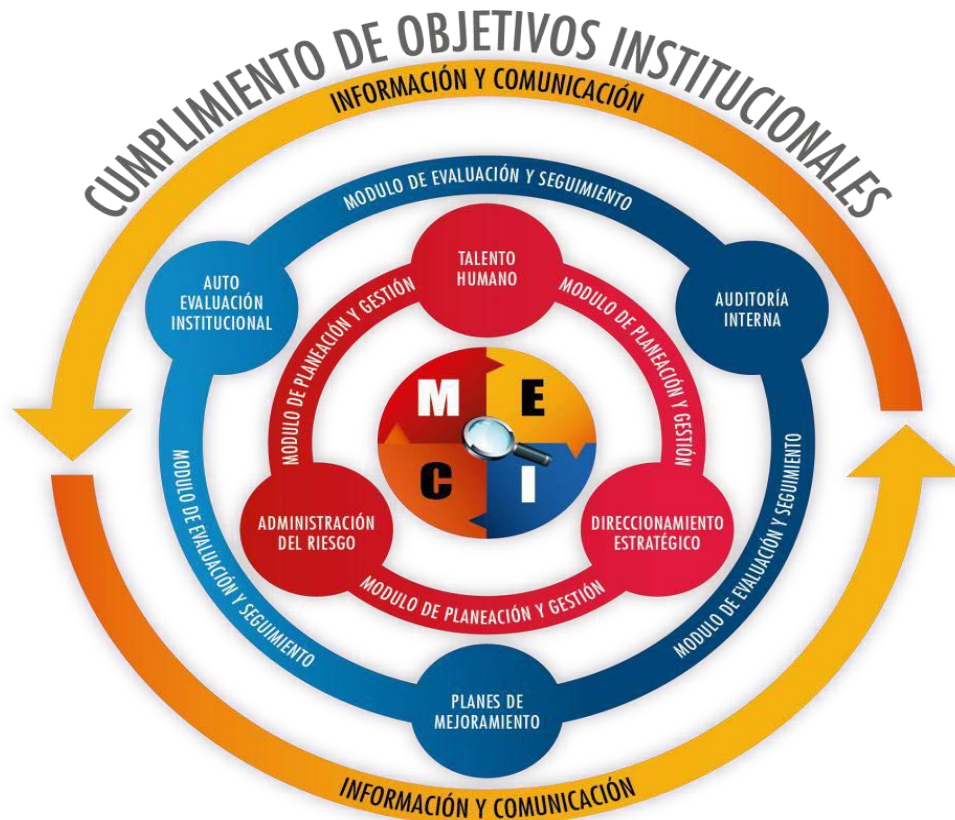
En términos prácticos el MECI es una herramienta gerencial para el control de la gestión pública, se fundamenta en la cultura del autocontrol, la responsabilidad y el compromiso de la alta dirección para su implementación, cumplimiento de objetivos y fines de las entidades del Estado, permitiendo que el ejercicio del control sea más eficiente.


La nueva estructura del MECI es la siguiente: Dos (2) Módulos, seis (6) Componentes, trece (13) Elementos y un (1) Eje Transversal.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 35 DE 51

1. MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN
 - 1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO
 - 1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 - 1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
 - 2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL
 - 2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA
 - 2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO
3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Nuevo MECI esquematizado



	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 36 DE 51

6.10.4 Responsabilidad Social:

Es el cuarto elemento del SGIC y está orientado a garantizar la sostenibilidad del desarrollo, la competitividad en el mercado y el acceso a una calidad de vida digna, y para ello toda empresa debe asumir de manera ética e integral la responsabilidad de trabajar en conjunto con sus empleados y sus familias, la comunidad y la sociedad civil en el marco de un proceso de mejoramiento continuo.

La Responsabilidad Social Empresarial en sus dimensiones social, ambiental y económica, se concibe como una estrategia que genera beneficios para las partes interesadas con quienes se establece relaciones o contactos.

La empresa socialmente responsable es aquella que posee la capacidad de escuchar las necesidades y expectativas de sus partes interesadas (trabajadores, proveedores, clientes, comunidad, gobierno y medio ambiente) e incorporarlos en el planeamiento de sus actividades, buscando atender las demandas de todos.

Son Principios de la Responsabilidad Social:

- Rendición de cuentas
- Transparencia
- Comportamiento ético
- Respeto a los intereses de las partes interesadas
- Respeto al principio de legalidad
- Respeto a la normativa internacional de comportamiento
- Respeto a los Derechos Humanos

La Responsabilidad Social, es también uno de los principales Ejes del modelo evaluativo de la Acreditación en Salud. En el Hospital, se tiene documentada la Responsabilidad Social como una política institucional ES-PLI-GP001L08; además, el Manual de Responsabilidad Social Empresarial ES-GIC-GC001M03, que permite conocer con mayor precisión todas las acciones y compromisos de la Institución en torno a este elemento del SGIC.

6.10.5 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGCS:

Mediante el Decreto 1011 de 2006, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el mismo se define como el “Conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que se

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 37 DE 51

desarrollan para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud”.

Este sistema es de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones de salud, independiente de si son públicas o privadas.

Para orientar el cumplimiento del SOGCS en el Hospital, es importante además, partir de la definición de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, la que se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El SOGCS, tiene los siguientes componentes:

6.10.5.1 Sistema Único de Habilitación - SUH (Resolución 2003 de 2014) – Componente de cumplimiento Obligatorio


Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

La Resolución 2003 de 2014 es la normativa central que rige los estándares esenciales y mínimos de operación en la prestación de servicios y en esta se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios que están en capacidad de ofrecer.

Para la prestación de servicios de salud, las instituciones deben registrarse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) ante la Entidad Departamental correspondiente; o sea, ante la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia DSSyPSA.


Estándares de habilitación:

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, incluyen

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 38 DE 51

aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia de que su ausencia implica la presencia de riesgos en la prestación del servicio y/o atenten contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

- 1) **Talento humano:** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
- 2) **Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- 3) **Dotación:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.
- 4) **Gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos:** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- 5) **Procesos prioritarios asistenciales:** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
- 6) **Historia clínica y registros:** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
- 7) **Interdependencia de servicios:** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 39 DE 51

6.10.5.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud – PAMEC (Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007) - Componente de cumplimiento Obligatorio.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, e implica:

- 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 Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud – PAMEC, se desarrolla aplicando la ruta crítica así:

1) Autoevaluación

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Institución, se inicia con la realización de la autoevaluación de los estándares de calidad adoptados por la Institución y los requerimientos legales, teniendo como parámetro los estándares de habilitación en cuanto a requisitos de obligatorio cumplimiento, como estándares superiores a alcanzar los de Acreditación e incluyendo otros requisitos de modelos como: los Sistemas de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud Ocupacional, el Modelo Estándar de Control Interno, la Responsabilidad Social Empresarial y los diferentes estándares que contribuyan con la Seguridad del Paciente y el Mejoramiento de la Calidad que la Institución haya definido su adopción.

2) Selección de procesos a mejorar

Para la Selección de los procesos a mejorar, se tienen en cuenta los Macroprocesos y Procesos que conforman el Sistema de Gestión Integral

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 40 DE 51

de Calidad del Hospital y que están relacionados con el proceso de Autoevaluación realizado previamente.

3) Priorización de procesos

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización se utilizan matrices de priorización y paretos, entre otros.

4) Definición de la calidad esperada

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la meta a alcanzar, la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

Para determinar la forma de cómo se espera que se realicen los procesos, se cuenta con los procedimientos, guías o estándares establecidos en el Hospital y los indicadores que miden el desempeño de estos.

5) Medición inicial del desempeño de los procesos

La medición inicial del desempeño de los procesos se realiza para evaluar si estos presentan los resultados en calidad esperados, mediante las siguientes actividades:


No.	TIPO AUDITORÍA O ESTRATEGIA	¿QUÉ EVALÚA?	PERIODICIDAD	RESPONSABLE RESULTADOS
1.	Auditorías Internas de procesos del SGIC	Desempeño de los procesos del SGIC	Cronograma anual	Control Interno
2.	Visitas de Calidad	Desarrollo y cumplimiento de los estándares de calidad adoptados por la Institución.	Semanal	Control Interno
3.	Calidad de la Historia Clínica	Calidad del registro acorde con requisitos legales y estándares de calidad definidos por la Institución	Cronograma mensual	Subgerencia de Procesos Asistenciales
4.	Paciente Trazador	Calidad de la atención integral al paciente durante	Mensual	Oficina de Calidad y Planeación

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 41 DE 51

No.	TIPO AUDITORÍA O ESTRATEGIA	¿QUÉ EVALÚA?	PERIODICIDAD	RESPONSABLE RESULTADOS
		el proceso de atención.		
5.	Adhesión a Guías e Instructivos de práctica clínica	Adherencia a los estándares definidos en la Institución para la atención con calidad.	Mensual	Subgerencia de Procesos Asistenciales y Directores
6.	Auditorías externas de Aseguradores	Cumplimiento de los componentes del SOGC y de los términos contractuales.	Según requerimiento	Subgerencia de Procesos Asistenciales, Calidad y Planeación y responsable del proceso evaluado
7.	Auditorías de vigilancia y control	Cumplimiento de condiciones legales	Según requerimiento	Control Interno, Calidad y Planeación
8.	Auditorías externas de Certificación y Acreditación	Cumplimiento de requisitos definidos por los entes certificadores y acreditadores	Según vigencia de la Certificación y Acreditación	Gerencia, Subgerencias, Calidad y Planeación, Control Interno, Directores y Líderes de Procesos
9.	Autoevaluación componentes del Sistema de Gestión Integral de Calidad - SGIC	Cumplimiento de estándares del SGIC	Según cronograma	Gerencia, Subgerencias, Calidad y Planeación, Control Interno, Directores y Líderes de Procesos
10.	Seguimiento al Plan de Desarrollo	Gestión de la Institución	Bimestral	Subgerentes, Directores y Líderes de proceso
11.	Comités institucionales normalizados	Promoción y Seguimiento del mejoramiento de la calidad en los procesos y acciones relacionadas	Según cronograma	Coordinadores de los Comités

6) Plan de mejoramiento para procesos seleccionados

Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora, resultantes de los procesos de autoevaluación, evaluación interna y evaluación externa, se aplica la metodología definida por la institución para la Formulación de Planes de Mejoramiento, la cual hace parte integral del Modelo de Mejoramiento Institucional e incluye entre otras, las metodologías de análisis de causa y de priorización.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 42 DE 51

7) Ejecución del plan de mejoramiento

Se aplica la metodología definida por la institución para la Formulación de Planes de Mejoramiento, la cual hace parte integral del Modelo de Mejoramiento Institucional e incluye entre otros los campos para la descripción de las Oportunidades de Mejora, las actividades a realizar para impactar las oportunidades, los responsables, metas, indicadores y el requisito fuente de la oportunidad.

8) Evaluación de mejoramiento

En la metodología definida por la institución para la Formulación de Planes de Mejoramiento, la cual hace parte integral del Modelo de Mejoramiento Institucional e incluye entre otros, los campos para hacer seguimiento a los planes de mejoramiento formulados en el punto anterior.

9) Aprendizaje organizacional

Como parte del aprendizaje organizacional, se deben realizar ajustes en los procesos, se estandarizan y retroalimenta a los diferentes actores del Sistema de Gestión Integral de Calidad de la institución; todo lo anterior, confluye en el mejoramiento continuo de la calidad, mejoramientos éstos que son desplegados y comunicados a través de los diferentes canales con los que cuenta la institución y a los diferentes grupos de interés o partes interesadas.

6.10.5.3 Sistema único de Acreditación – SUA (Resolución 123 de 2012) – Componente de cumplimiento Voluntario

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Los estándares de Acreditación, se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 43 DE 51

Las instituciones que de manera voluntaria se preparan y someten a procesos de evaluación por parte del ICONTEC, deben cumplir con la implementación de la totalidad de los estándares que se derivan de la Resolución 123 de 2012, según les aplique, que es la normativa vigente actualmente.

En el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, Resolución 123 de 2012, los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una **primera sección** en la que aparece el Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, una **segunda sección** en la que se encuentran los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial a dichos procesos asistenciales y una **tercera sección** en la cual se encuentran los Estándares de Mejoramiento de la Calidad.


Grupos de Estándares de Acreditación:

1) Estándares del proceso de Atención al Cliente Asistencial:

Los estándares de Atención al Cliente Asistencial, a partir de un enfoque de humanización de servicios, se espera que: durante el proceso de atención, a los pacientes les sean respetados sus derechos, que conozcan que también tienen unos deberes; que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud; que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención; que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso; que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución.

2) Estándares de Direccionamiento:

Estos estándares buscan que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad y para ello la organización deberá contar con procesos para, realizar la lectura del entorno; formular y revisar periódicamente el direccionamiento estratégico; construir un plan de direccionamiento estratégico; comunicar, difundir y orientar al personal; sustentar la gestión ante la Junta Directiva; hacer seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico y evaluar integralmente la gestión en salud.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 44 DE 51

3) Estándares de Gerencia:

Estos estándares están diseñados para que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad y esto significa que la Institución cuente con procesos para la identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades; realice una definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales; se asignen y protejan los recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.

4) Estándares de Talento Humano:

Los estándares de gerencia del talento humano tienen como finalidad que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de los usuarios.

5) Estándares de Ambiente Físico:


Los Estándares de Gerencia del ambiente físico plantean que los procesos institucionales y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores.

6) Estándares de Gestión de Tecnología:

Los estándares de Gestión de Tecnología buscan que los Procesos institucionales y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores.

7) Estándares de Gerencia de la Información:

Los estándares de Gerencia de la Información plantean que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos; con la implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información tanto clínica como administrativa, con las políticas y estrategias para el uso de

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 45 DE 51

nuevas tecnologías para el manejo de la información, con las políticas y las estrategias en el manejo de registros clínicos del paciente de manera que estén disponibles para los equipos de salud responsables de la atención; con la definición de planes de contingencia en caso de fallas en sistemas primarios, entre otros; además, que la información tenga en cuenta todos los procesos organizacionales, las necesidades del usuario, su familia y la comunidad; y que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño de la gestión de información.

8) Estándares de Mejoramiento de la Calidad:


Los estándares de Mejoramiento de la Calidad buscan que, la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos; que se integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes; que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización; que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo y que los procesos de mejora de la calidad produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general.

6.10.5.4 Sistema de Información para la Calidad. (Resolución 1446 de 2006) Componente de cumplimiento Obligatorio

El Ministerio de la Protección Social diseña e implementa un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Resolución 1446 de 2006, tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

- 1) Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 46 DE 51

- 2) Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3) Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

El Ministerio de la Protección Social establece los indicadores de calidad del SOGCS que son de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del Sistema.

Las entidades responsables de reportar información deben hacerlo a la Superintendencia Nacional de Salud, quien realiza la recepción, validación y cargue de la información y la pone a disposición del Ministerio de la Protección Social; y es precisamente la Superintendencia Nacional de Salud quien establece los plazos, mecanismos y procedimientos mediante los cuales se realiza el reporte de información mencionado.

Indicadores de reporte obligatorio a la Supersalud:

- 1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada de Medicina Interna
- 2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada de Ginecoobstetricia
- 3) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada de Pediatría
- 4) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada de Cirugía General
- 5) Proporción de cancelación de cirugía programada
- 6) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
- 7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
- 8) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General
- 9) Oportunidad en la realización de cirugía programada
- 10) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
- 11) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- 12) Tasa de Infección intrahospitalaria
- 13) Proporción de vigilancia de Eventos adversos
- 14) Tasa de Satisfacción Global

6.10.6 Se incluyen y están relacionadas con el componente del SOGCS, las certificaciones otorgadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA en Buenas Prácticas, así:

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 47 DE 51

6.10.6.1 Buenas Prácticas de Manufactura – BPM, para la Producción de Aire Medicinal

En el Hospital General de Medellín, la producción de aire medicinal se efectúa a través de la Central de Producción de Aire Medicinal, ubicada en el sótano (patio de maniobras). Esta Central se encuentra dotada con tecnología que garantiza el adecuado tratamiento, pureza y control de calidad del aire que respiran los pacientes a través de los ventiladores y las máquinas de anestesia. En caso de una falla, la Central de Producción de Aire Medicinal cuenta con un sistema de apoyo que funciona de forma inmediata a la ocurrencia del evento, de manera que no se interrumpe el suministro de aire medicinal en el Hospital.

El control de calidad del aire medicinal es efectuado por el Servicio Farmacéutico de la Institución e incluye una serie de pruebas para medir la cantidad de contaminantes como dióxido de carbono, gases nitrosos (dióxido de nitrógeno, óxido nítrico), dióxido de azufre y monóxido de carbono de acuerdo a los límites permitidos por la United States Pharmacopeia (USP).

En caso de que se sospeche de una respuesta nociva a la administración de aire medicinal, ésta debe ser reportada inmediatamente al programa institucional de farmacovigilancia en el Servicio Farmacéutico.

En vista de que el aire medicinal es considerado un medicamento no estéril debe cumplir con ciertos estándares de calidad para su fabricación, su llenado y distribución, los cuales se encuentran compilados en la normatividad legal vigente.

El aire medicinal es de fundamental aplicación en las unidades de cuidados intensivos, sobre todo en la forma de fuente de poder movilizar respiraciones impulsadas por aire comprimido, o como diluyente de O₂ administrado, dado que el O₂ en concentraciones de 100% es tóxico para el organismo.

También es utilizado en equipos de anestesia como elemento de transporte para atomizar agua, administrándose a las vías respiratorias y como agente propulsor de equipos de cirugía.

6.10.6.2 Buenas Prácticas de Elaboración – BPE, del Servicio Farmacéutico

Las BPE son directrices específicas, que aseguran la calidad de los procesos y productos de acuerdo a los requisitos normalizados por el Ministerio de la Protección Social, controlando y minimizando los riesgos inherentes.

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 48 DE 51

Los Servicios Farmacéuticos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Establecimientos Farmacéuticos deben cumplir con las siguientes disposiciones, actividades y/o procesos:

Elaboración y adecuación. Realizar preparaciones magistrales y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos oncológicos y demás medicamentos para cumplir con las dosis prescritas, cumpliendo con las Buenas Prácticas de Elaboración, establecidas en la normatividad para cada actividad y/o proceso en particular, éstas son:

- Re-envase y re-empaque
- Adecuación y ajuste de dosis de medicamentos estériles
- Oncológicos y Preparación de nutriciones parenterales

Tanto BPM como BPE son obligatorias, se relacionan directamente con la Seguridad del Paciente y por lo tanto impactan a la institución de forma transversal.

6.10.6.3 Buenas Prácticas Clínicas – BPC, para la aplicación de medicamentos en Humanos.

“Cualquier investigación que se realice en seres humanos con intención de descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos y/o cualquier otro efecto farmacodinámico de productos en investigación, cualquier reacción adversa y/o para estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de productos en investigación, con el objeto de comprobar su seguridad y/o eficacia”.

7. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN


En este capítulo las siguientes son las actividades a realizar:

Planeación de la revisión: La revisión se lleva a cabo durante reuniones del Comité Ampliado de Gerencia, evaluaciones del Plan de Acción o en una reunión programada por el representante de la Gerencia. Las revisiones del sistema de calidad deben tener una periodicidad no superior a un año, algunos elementos del sistema deben ser revisados con mayor frecuencia a solicitud de un miembro del Comité de Gerencia o del representante de la Gerencia.

Recopilación del material: Para llevar a cabo la revisión por la Gerencia del sistema de calidad, se elaboran los siguientes informes:

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 49 DE 51

- Informe de auditorías: Reflejan el estado del Sistema de Gestión de la Calidad con relación a los requisitos de éste. Como complemento de la información, se mencionan las mayores dificultades que se encontraron en el desarrollo y cumplimiento del programa de auditorías.
- Retroalimentación del Cliente: Informe de atención de reclamos y sugerencias y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de mejoramiento: Se realiza una retroalimentación, destacando las acciones más relevantes y generando conclusiones para el mejoramiento continuo del Sistema.
- Desempeño de los procesos a través de los indicadores de gestión: Corresponde al reporte consolidado que se haya obtenido del seguimiento realizado a los objetivos de calidad y a los indicadores de los principales procesos.
- Informe de recursos asignados en el período: Se indican los recursos asignados y se identifica la necesidad de otros.
- Recomendaciones de mejora: En este informe se recopilan datos de las diferentes áreas identificando oportunidades de mejora en las diversas áreas.
- Seguimiento revisión anterior: de las actividades propuestas en la Revisión anterior.
- Cambios en el SGIC que se presenten en el hospital considerando la siguiente relación:
 - Cambio en la infraestructura locativa (*Construcción y/o modificación de instalaciones*).
 - Cambio o adición de productos, servicios, materia prima o insumos.
 - Introducción de nuevas tecnologías de sistemas de información.
 - Cambios en la legislación y otros requisitos con partes interesadas.
 - Cambios tecnológicos (*adquisición de nueva maquinaria, equipos, herramientas, muebles, estanterías*).

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 50 DE 51


- Cambios de control (*modificación y/o inclusión de nuevos procedimientos*).
- Cambios o modificación en la estructura organizacional (*nuevos cargos, ascensos, ingreso de personal, cambios de turnos, cambios de funciones y puestos de trabajo*).
- Otros no relacionados que pudieran tener impacto sobre el Sistema de Gestión Integral de Calidad.

Resultados de la revisión: El proceso de revisión concluye con un informe breve, en el cual se consignan las conclusiones y los análisis efectuados. En él se concluye si el sistema es efectivo, si se mantiene la política y si se mantienen los objetivos. También se establecen las acciones resultantes del análisis realizado que pueden relacionarse con:

- Asignación de recursos.
- Mejoras en el proceso del Sistema de Gestión Integral de Calidad.
- Mejoras en los servicios o productos entregados a los clientes.

8. ANEXOS.

- 8.1. ES-PLI-GP Gestión de la planeación
- 8.2. ES-GIC-GC Planificación y consolidación del sistema de gestión integral de calidad
- 8.3. ES-GIC-AU Sistema de información
- 8.4. ES-GIN-IN Gestión de la innovación
- 8.5. ES-GJU-JU Gestión jurídica
- 8.6. MI-AIS-SA Atención en servicios ambulatorios
- 8.7. MI-AIS-UR Atención en urgencias (adultos y pediatría)
- 8.8. MI-AIS-HO Atención en hospitalización
- 8.9. MI-AIS-CQ Atención en clínicas quirúrgicas
- 8.10. MI-AIS-UG Atención en urgencias de gineceo-obstetricia
- 8.11. MI-AIS-LC Atención en laboratorio clínico y patología
- 8.12. MI-AIS-AD Atención en apoyos diagnósticos
- 8.13. MI-AIS-BS Atención en banco de sangre y servicio transfusional
- 8.14. MI-AIS-FR Gestión farmacéutica
- 8.15. MI-DSI-IV Gestión de la investigación
- 8.16. MI-DSI-DS Gestión de la relación docencia servicio
- 8.17. AP-GHU-AP Administración de personal
- 8.18. AP-GHU-CP Gestión de la compensación
- 8.19. AP-GHU-EC Gestión de la educación continua

	MANUAL DE CALIDAD	GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD PLANIFICACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL SGIC	CÓDIGO: ES-GIC-GC001M01
			VERSIÓN: 01
			PÁGINA: 51 DE 51

- 8.20. AP-GHU-BL Gestión del bienestar laboral
- 8.21. AP-GHU-SO Gestión de la seguridad y salud en el trabajo
- 8.22. AP-GHU-DI Gestión disciplinaria
- 8.23. AP-INF-CA Gestión de la información clínica y administrativa
- 8.24. AP-INF-HC Gestión de la historia clínica
- 8.25. AP-INF-GD Gestión documental
- 8.26. AP-INF-TI Gestión de la infraestructura de tic
- 8.27. AP-GRF-IF Gestión de mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria
- 8.28. AP-GRF-EB Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial
- 8.29. AP-GRF-AF Gestión activos fijos
- 8.30. AP-GRF-AM Gestión ambiental
- 8.31. AP-GRF-BI Gestión de la adquisición de bienes y servicios
- 8.32. AP-GFI-PR Gestión del presupuesto
- 8.33. AP-GFI-FA Gestión de la facturación
- 8.34. AP-GFI-GL Gestión de la glosa
- 8.35. AP-GFI-CS Gestión de costos
- 8.36. AP-GFI-CR Gestión de cartera
- 8.37. AP-GFI-TE Gestión de tesorería
- 8.38. AP-GFI-CO Gestión de la contabilidad
- 8.39. EV-EVC-CI Evaluación del sistema de control interno

9. MODIFICACIONES.

VERSION	FECHA	RAZON DE LA ACTUALIZACIÓN
00	01/06/2014	Nueva versión del Sistema de Gestión Integral de Calidad SGIC.
01	14/04/2016	Actualización de la plataforma estratégica 2016-2027.

10. APROBACION.

ELABORO	REVISÓ	APROBO
NOMBRE: ELIZABETH GUZMÁN ARTEAGA	NOMBRE: GUSTAVO ADOLFO HERNÁNDEZ GIRALDO	NOMBRE: COMITÉ COORDINADOR DEL SGIC
CARGO: Técnico Operativo (Administrativo)	CARGO: Jefe Oficina de Calidad y Planeación	CARGO: Integrantes del Comité Coordinador del SGIC

VIGENTE A PARTIR DE: 14/04/2016