



Informe de Gestión 2019

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.



El Hospital General de Medellín participó como invitado especial en Brasil con tres experiencias exitosas en el **Hospital Albert Einstein de Sao Paulo.**

Se invirtieron más de
► **\$ 2.700 millones.**

en la compra de nuevas tecnologías para mejorar los servicios del Hospital General.



La Alcaldía de Medellín, a través de la Secretaría de Salud, nos reconoció tres experiencias exitosas en el campo de la salud: El programa Tu piel, Mi piel; Madre Canguro y la iniciativa de Higiene de Manos, entre 12 experiencias galardonadas.

Participamos de la estrategia "Cuidamos para Sanar" con la Fundación FAN donde se atienden niños, niñas y adolescentes que sufren violencia física y sexual.



Tenemos un nuevo modelo de atención implementado, centrado en la experiencia del paciente y su familia y articulado con las políticas nacionales.

Uno de los logros más importantes del 2019, es haber consolidado un servicio más humanizado y de mejor calidad para todos nuestros pacientes y sus familias.

Somos Hospital Universitario

Tenemos 21 convenios con diferentes entidades de educación superior para la formación de los nuevos profesionales de la salud, entre ellas la **Universidad de Cartagena** y la **Universidad Simón Bolívar** y se firmaron 7 convenios con otras entidades.



- ▶ **Adelantamos los Programas Comparto y Acepto:** Como Hospital amigo de la mujer y de la infancia donde hemos atendido cerca de 1200 gestantes gracias a un grupo interdisciplinario que incluye siquiátra, psicólogo, toxicólogo y obstetra especializado.



▶ **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**
INSTITUCIÓN ACREDITADA EN
SALUD POR EL **ICONTEC**



Mejoramiento de la infraestructura:

Tendremos próximamente un nuevo servicio de diagnóstico cardiovascular. (**Adecuación del servicio de diagnóstico cardiovascular y laboratorio de función pulmonar**), el cual se encuentra en un 90% de ejecución.

Tenemos una sala de espera del área de Urgencias más humana gracias a la adecuación del espacio que incluye dotación de servicios sanitarios para acceso de personas con movilidad reducida, zona de espera con silletería, instalación de sistema de televisión, puesto de lectura y cerramiento del área.



HGM
Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

www.hgm.gov.co





No se le debe dinero a proveedores; y es importante tener en cuenta que a nuestros servidores se les paga oportunamente su nómina.



Nuestro Banco de Leche Humana fue reconocido por la Cámara de Industria de Alimentos como una de las mejores herramientas para combatir la desnutrición en los recién nacidos.



Contamos con el único laboratorio de Cocreación, modelo en Colombia, en asocio con la Universidad CES y la EIA.



El Centro de Ensayos Clínicos del Hospital viene avanzando de manera vertiginosa en la búsqueda de desarrollo científico para enfrentar enfermedades huérfanas. Casos de éxito (Psoriasis).

Estados financieros



Tabla de contenido

Perfil de la organización.....	8
102-1 Nombre de la organización.....	8
102-2 Actividades, marcas, productos y servicios	8
102-3 Ubicación de la sede.....	8
102-4 Ubicación de las operaciones	9
102-5 Propiedad y forma jurídica.....	9
Estrategia	10
102-14 Declaración de altos ejecutivos responsables de la toma de decisiones	10
Historia.....	10
102-6 Mercados servidos.....	11
102-8 Información sobre empleados y otros trabajadores.....	14
Ética e integridad.....	14
102-16 Valores, principios, estándares y normas de conducta.....	14
Gobernanza	16
102-18 Estructura de gobernanza.....	16
102-25 Conflictos de interés.....	18
Participación de los grupos de interés.....	19
102-40 Lista de grupos de interés	19
102-41 Acuerdos de negociación colectiva	19
Prácticas para la elaboración de informes	19
102-47 Lista de los temas materiales	19
102-48 Re-expresión de la información.....	20
102-49 Cambios en la elaboración de informes	20
102-50 Periodo objeto del informe	20
102-51 Fecha del último informe.....	20
102-52 Ciclo de elaboración de informes	20
102-53 Punto de contacto para preguntas sobre el informe.....	20
Anticorrupción	20
GRI 103: Enfoque de Gestión.....	20
103-1 Explicación del tema material y su Cobertura.....	20
103-2 El enfoque de gestión y sus componentes.....	21

103-3 Evaluación del enfoque de gestión.....	23
GRI 205: Anticorrupción.....	23
205-1 Operaciones evaluadas para riesgos relacionados con la corrupción.....	23
Energía.....	24
GRI 103: Enfoque de Gestión.....	24
103-1 Explicación del tema material y su Cobertura.....	24
103-2 El enfoque de gestión y sus componentes.....	24
103-3 Evaluación del enfoque de gestión.....	26
GRI 302: Energía.....	26
302-1 Consumo energético dentro de la organización	26
Emisiones GRI.....	27
103: Enfoque de Gestión.....	27
103-1 Explicación del tema material y su Cobertura.....	27
103-2 El enfoque de gestión y sus componntes	28
103-3 Evaluación del enfoque de gestión.....	29
GRI 305: Emisiones	30
305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)	30
305-2 Emisiones indirectas de GEI al generar energía (alcance 2).....	31
Salud y seguridad en el trabajo.....	32
GRI 103: Enfoque de Gestión.....	32
103-1 Explicación del tema material y su Cobertura.....	32
103-2 El enfoque de gestión y sus componentes.....	33
103-3 Evaluación del enfoque de gestión.....	35
GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo.....	35
403-1 Representación de los trabajadores en comités formales trabajador-empresa de salud y seguridad	35
Privacidad del cliente	35
GRI 103: Enfoque de Gestión.....	35
103-1 Explicación del tema material y su Cobertura.....	35
103-2 El enfoque de gestión y sus componentes.....	36
103-3 Evaluación del enfoque de gestión.....	38
<i>Responsabilidad Social</i>	38

OBJETIVOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS ESTRÁTEGICOS.....	39
OBJETIVO 1.....	40
OBJETIVO 2.....	42
OBJETIVO 3.....	44
OBJETIVO 4.....	47
OBJETIVO 5.....	49
OBJETIVO 6.....	53
OBJETIVO 7.....	54
OBJETIVO 8.....	57
Evaluación del Plan de Acción 2019.....	59
Evaluación de Programas y Proyectos	59
Evaluación de Macroprocesos.....	59

Informe de sostenibilidad 2019

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E

Sector: Servicios Sanitarios

GRI 102: Contenidos Generales

Perfil de la organización

102-1 Nombre de la organización

Nombre de la organización

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E

102-2 Actividades, marcas, productos y servicios

Descripción de las actividades de la organización

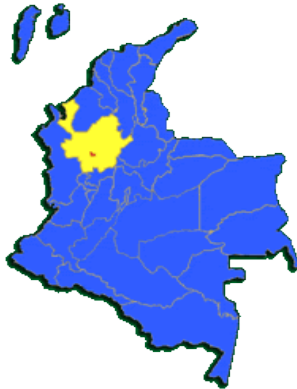
Prestación de servicios de salud de alta complejidad, consolidando y manteniendo un modelo de gestión integral del proceso de atención, que genere valor para el usuario y su familia.

Servicios de alta complejidad en medicina de urgencias, hospitalización y cuidado crítico del adulto, pediátrico y neonatal, cirugía, ayudas diagnósticas, laboratorio clínico, banco de sangre, consulta externa especializada, énfasis en Gineco-obstetricia.

102-3 Ubicación de la sede



El Hospital está ubicado en el Barrio El Perpetuo Socorro en la comuna 10 de Medellín, Carrera 48 #32-102 en una zona industrial con renovación urbana, donde llegan 16 rutas de bus; entre las estaciones de Exposiciones e Industriales de la línea A del Metro, y con ruta del Metroplus cercana.



102-4 Ubicación de las operaciones

Países en los que lleva a cabo las operaciones más significativas:

Medellín
Antioquia
Colombia

102-5 Propiedad y forma jurídica

El Hospital es una entidad de tercer nivel de atención, con una categoría especial de entidad pública descentralizada de propiedad del Municipio de Medellín, con Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio.

Acerca de la Memoria de Sostenibilidad



El Hospital General de Medellín, comienza el reto de hacer público con sus grupos de interés los avances y retos en materia de sostenibilidad, teniendo como eje metodológico, la guía para la elaboración de informes de Sostenibilidad del Global Reporting Initiative GRI, buscando comunicar el impacto en las dimensiones social, económica y ambiental con contribuciones positivas y negativas al desarrollo sostenible para garantizar impacto en nuestra ciudad y en nuestra región.

Estrategia

102-14 Declaración de altos ejecutivos responsables de la toma de decisiones

Nombre del Autor

Jesús Eugenio Bustamante Cano

Cargo del Autor

Gerente

Declaración

Desde hace cuatro años nos comprometimos con un plan estratégico que se relaciona directamente con nuestra Visión y hemos recorrido una ruta para avanzar en la meta que nos trazamos para el año 2027, este proceso se articuló con un compromiso adquirido de Responsabilidad Social como un avance en la adopción de la metodología del Global Reporting Initiative, y es por esto que decidimos profundizar en nuestro análisis de materialidad y alinearlos con los objetivos de desarrollo sostenible. Con 70 años de historia, el Hospital General de Medellín tiene confianza en el futuro y sabe que su esencia pública es el mejor escenario para competir con Calidad, hacemos que cada acción que emprendemos tenga sentido y genere mejores condiciones para las partes interesadas; las cuales nos llevan asumir desafíos para cumplir los objetivos trazados, enfocándonos en ofrecer soluciones innovadoras y diferenciadas. Contamos con la conciencia colectiva de aprovechar las potencialidades del Hospital, priorizando la gestión de sostenibilidad como una necesidad que abarca las relaciones con los pacientes, el recurso humano, las comunidades, los proveedores, las instituciones académicas y finalmente el medio ambiente, logrando trascender en los resultados del Sistema de Salud, valorando la necesidad de límites razonables. Aquí estamos y aquí seguimos, porque todos ustedes hacen parte de lo que somos.



Historia

Su fundación se remonta al año 1942, prestando servicios como un Centro de Atención Obstétrica. La Sociedad de Mejoras Públicas y un grupo de personas del que hacía parte la señora Luz Castro de Gutiérrez, impulsaron la idea de rendir un homenaje a las madres, como respuesta a una necesidad sentida de la comunidad, que carecía de un sitio adecuado para la atención de las mujeres a la hora de sus partos. Más tarde el Concejo Municipal de Medellín le dio vida jurídica mediante el Acuerdo 18 del 1 de agosto de 1949, con el nombre de Clínica de Maternidad del Municipio de Medellín, y posteriormente la

Junta Directiva, en reconocimiento al gran esfuerzo y la labor desarrollada por doña Luz Castro de Gutiérrez, agregó el nombre de ella al que tenía la Institución.

Tras muchas décadas de lucha, el hospital desarrolló una férrea voluntad de servicio, consolidándose como una institución unida al alma de la región, avanzando al paso del cambio de los tiempos y a las escalonadas demandas de la comunidad. El crecimiento, la diversificación, la investigación y una loable vocación, imprimieron el sello a los años que transcurrieron desde su fundación y enmarcaron el esfuerzo en esas épocas de transición que transcurrieron entre los años 1950 y 1990.

Después de la promulgación de la ley 100 de 1993, el Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, ha venido consolidando su proceso de transformación empresarial, convirtiéndose en Empresa Social del Estado. En los últimos diez años el avance del Hospital General de Medellín ha sido muy notorio. Hoy presta sus servicios de salud en dos modernas torres sismo resistentes.

102-6 Mercados servidos

i. las ubicaciones geográficas en las que se ofrecen los productos y servicios.

Ofrecemos servicios de Salud en la ciudad de Medellín.

ii. los sectores servidos

Servicios Sanitarios

iii. los tipos de clientes y beneficiarios

Aseguradores de las EPS Subsidiada, Aseguradores de la EPS Contributivo, Empresas Sociales del Estado del Departamento de Antioquia y fuera del mismo, Entes Territoriales, Instituciones prestadoras de servicios de salud que requieran nuestra complejidad, Atención por Seguro Obligatorio SOAT, Administradoras de Riesgos Laborales. Los beneficiarios son los usuarios asegurados a los clientes mencionados, no asegurados como parte de nuestra responsabilidad social y los particulares nacionales e internacionales.

102-7 Tamaño de la organización

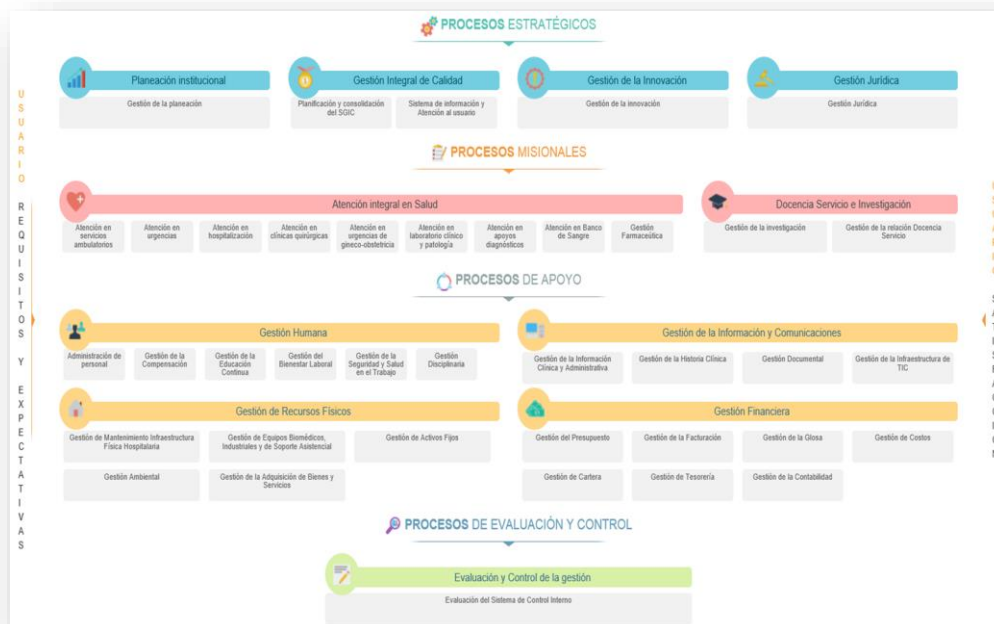
i. el número total de empleados



El Hospital General de Medellín, cuenta con 1.069 servidores en su planta de cargos al 31 de diciembre de 2019, en diferentes modalidades de contrato laboral.

ii. el número total de operaciones

El Hospital cuenta con 39 operaciones establecidas como procesos como lo muestra el siguiente cuadro.



iii. las ventas netas (para organizaciones del sector privado) o los ingresos netos (para organizaciones del sector público)



\$195.554.000.000 COP

v. la cantidad de productos o servicios proporcionados o prestado.



Explique cómo define las operaciones

Los Servicios de Salud son productos intangibles lo definimos con la forma de hacer las cosas mediante procesos de orden Estratégico, Misional, de Apoyo y de Evaluación y Control.

102-8 Información sobre empleados y otros trabajadores

Modalidad	Sexo		Total general
	F	M	
Carrera administrativa	458	134	592
Libre nomb. remoción	6	7	13
Periodo	0	2	2
Personal en Periodo	112	27	139
Planta Temporal	152	25	177
Provisional	85	50	135
Trabajadores oficiales	5	6	11
Total general	818	251	1.069

Fuente: Área de Gestión Humana

Servicios Contratados de manera Indirecta



Fuente: Área de Gestión Humana

Ética e integridad

102-16 Valores, principios, estándares y normas de conducta

MISIÓN: 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.

VISIÓN: 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.

MEGA: Para el 2027 el Hospital General de Medellín duplicará su aporte a la sociedad en la atención satisfactoria de pacientes complejo

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.

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

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.

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 generando un impacto significativo en el proceso.

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.

Código de Ética y Buen Gobierno: El Hospital General de Medellín se compromete con el desarrollo de una cultura organizacional que inflencie de manera positiva el desempeño de nuestros colaboradores, la cual tendrá su identidad en la excelencia del servicio, la gestión del riesgo, el trato humanizado, la seguridad del paciente, la gestión transparente y el enfoque hacia los resultados en todos sus procesos.

Gobernanza

Los órganos de gobierno del Hospital están conformados por la Junta Directiva, la cual es nombrada según el marco normativo establecido en el Decreto 1876 de 1994, 3 de agosto, por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las ESE. (Artículos 10º y 11º).

102-18 Estructura de gobernanza

Miembros de Junta Directiva 2019:

Verónica de Vivero- **Presidenta delegada del Alcalde de Medellín**
Claudia Elena Arenas Pajón- **Representante de la Secretaria de Salud**
Elkin Rafael Cuartas Echavarría- **Representante sector Científico de la Salud**
Clara Orrego Morales- **Representante Comunidad Gremios de Producción**
Joaquín Guillermo López- **Representante Comunidad Asociación de Usuarios**

Nombre del comité

Junta Directiva

Descripción del comité

La naturaleza de la junta o consejo directivo de las diferentes entidades descentralizadas es la de ser su órgano de superior dirección y administración y, en tal carácter, ejercer la orientación de la actividad que le es propia al respectivo ente dentro de la autonomía con que cuenta según la ley y de acuerdo con las disposiciones de su estatuto orgánico y con las de los estatutos internos o reglamentos administrativos dictados por el gobierno o por el mismo órgano directivo.

El Comité de Gerencia, está conformado por el equipo directivo liderado por un primer ejecutivo que tiene como cometido, proyectar la empresa hacia el futuro.

Equipo Directivo

Jesús Eugenio Bustamante Cano
Gerente

Sergio León Ramírez Zapata. Subgerente
Procesos Administrativos y Financieros

Jorge Uriel Urrego Herrera
Director Gestión Humana

Carlos Alberto Cardona Gutiérrez
Director Hospitalización

Ricardo León Pereira Góez
Director de Apoyo Logístico

Yudy Alejandra Cadavid Londoño
Jefe Oficina de Calidad y Planeación

Mario Vallejo de la Pava
Subgerente Procesos Asistenciales

María del Pilar Duque Loaiza
Directora Clínicas Quirúrgicas

John Jairo Vesga Rodríguez
Director Ambulatorios

María Eugenia Correa Mejía
Directora de Apoyo Diagnóstico

Álvaro Mosquera Mosquera
Director Financiero

Carlos Uriel López Ríos
Jefe oficina Auditoria Interna



Las **políticas institucionales** del Hospital General de Medellín señalan las directrices y marco de actuación para el cumplimiento de su misión, entre ellas se resalta la Política Integral de Calidad, con la cual nuestra institución se obliga a prestar los mejores servicios de salud a la población que atiende. Como entidad pública, el HGM se vincula a otros sectores del desarrollo social de su entorno, lo cual se plasma en su Política de Responsabilidad Social Empresarial que conduce a compromisos con el bienestar de su talento humano y su grupo familiar, con el desarrollo sostenible, con el respeto a los derechos fundamentales y a un compromiso con el desarrollo del talento humano en salud y la gestión del conocimiento.

En el Hospital General de Medellín las políticas definidas y adoptadas señalan las

directrices y marco de actuación para el cumplimiento idóneo, ético, eficiente, eficaz y efectivo de los fines públicos misionales encomendados a esta institución. Estas políticas están desplegadas en la organización y son herramienta de primer orden para la gestión y prestación de servicios de salud que el Hospital realiza.

Las Políticas del Hospital

- Política de Humanización
- Política de Docencia Servicio
- Política de Información y Atención al Usuario
- Política de Cultura Organizacional
- Política de Gestión de la Tecnología e Innovación
- Política de Responsabilidad Social
- Política de Estilos de Vida Saludable
- Política de Gestión de Riesgos
- Política de Transparencia y lucha contra la Corrupción
- Política de Medicamentos
- Política de Investigaciones
- Política de Gestión Humana
- Política Estrategia IAMI
- Política del Silencio
- Política de Tratamiento de datos personales
- Política Cero Papel
- Política editorial y de actualización de contenidos web

102-25 Conflictos de interés

Definido como las situaciones en virtud de las cuales el Gerente o un servidor público del Hospital General que deba tomar una decisión o realizar u omitir una acción en razón de sus funciones, tenga la opción de escoger entre el beneficio de la respectiva entidad y su interés propio, de su familia o de terceros, de forma tal que escogiendo uno de estos tres últimos se beneficiaría patrimonialmente, para sí o para el tercero, desconociendo un deber ético o legal u obteniendo así un provecho de cualquier tipo que de cualquier otra forma no recibiría.

Así entonces, el Hospital General de Medellín se compromete a implementar y desarrollar una política de conflicto de intereses y se consideran prácticas prohibitivas para el Gerente y los servidores públicos.

Participación de los grupos de interés

102-40 Lista de grupos de interés

El Hospital entiende los grupos de interés como aquellos grupos de actores con quienes el Hospital tiene contacto y establece una relación de mutuo beneficio en cumplimiento de su objeto social.

El Hospital reconoce entre otros y como sus principales grupos de interés los siguientes:

Colaboradores	Comunidad en General
Clientes	Voluntariado
Beneficiarios	Entidades Gubernamentales
Promotoras de investigación en Salud:	Organismos de control y vigilancia
Comunidad académica y científica:	Entes de Acreditación y Certificación nacional e internacional
Asociación de Usuarios	

102-41 Acuerdos de negociación colectiva

En el Hospital existe un sindicato mixto, con el cual se negocia la convención colectiva para trabajadores oficiales y acuerdo laboral para empleados públicos. Como principio en dichas negociaciones y acuerdos, el Hospital busca mejorar las condiciones laborales de trabajadores y empleados, su calidad de vida y no afectar la viabilidad financiera institucional.

Porcentaje del total de empleados cubiertos en los acuerdos de negociación colectiva: 100,0%

Prácticas para la elaboración de informes

102-47 Lista de los temas materiales

- 205 Anti-corrupción
- 302 Energía
- 305 Emisiones (huella de carbono)

403 SST
418 Privacidad del cliente

102-48 Re-expresión de la información

No aplica.

102-49 Cambios en la elaboración de informes

Informe con metodología GRI

102-50 Periodo objeto del informe

Enero a diciembre de 2019

102-51 Fecha del último informe

Febrero 2019

102-52 Ciclo de elaboración de informes

Anual

102-53 Punto de contacto para preguntas sobre el informe

Nombre

Nathalia Correa León

Posición

Profesional Universitaria Calidad y
Planeación

Correo electrónico

ncorreal@hgm.gov.co

Teléfono

3847300 ext 1811

Serie 200 (temas económicos)

Anticorrupción

GRI 103: Enfoque de Gestión

103-1 Explicación del tema material y su Cobertura

Entre los objetivos de desarrollo sostenible proclamados por el Programa para las Naciones Unidas, se encuentra definida Paz, Justicia e Instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles, para alcanzar el desarrollo sostenible.

Se respalda en el Código de Ética y buen Gobierno y de darlo a conocer a todos los grupos de interés.

i. dónde se produce el impacto

En la sociedad, modificando los patrones de conducta frente actos inapropiados normalizados frente a los hechos de corrupción.

ii. la implicación de la organización en los impactos. Por ejemplo, si la organización ha causado o contribuido a los impactos o está vinculada directamente con los impactos a través de sus relaciones de negocio.

El Hospital, ha venido realizando desde las 2012 acciones que contribuyen a determinar una serie de situaciones que por sus particularidades. pueden originar prácticas corruptas dentro de la Institución por medio de una metodología impartida por el Modelo Integral de Planeación Gestión que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar y mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión.

Disociación entre el tipo de medida anticorrupción y el tipo de práctica de corrupción.

103-2 El enfoque de gestión y sus componentes

El Plan contempla la estrategia de lucha contra la corrupción, que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal, según los lineamientos contenidos en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, que incluye el mapa de riesgos de corrupción.

La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 009 del 21 de abril de 2016, en la cual Imparte criterios, directrices y parámetros mínimos relativos al diseño, implementación y funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT, este también es gestionado desde la organización con los generadores de riesgo.

El Hospital está comprometido con las buenas prácticas de gestión las cuales buscan preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar eficientemente sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas.

i. Políticas

Política de transparencia y lucha contra la corrupción

Política de Gestión de riesgos

ii. Compromisos

El Hospital General de Medellín se compromete con la transparencia y la lucha contra la corrupción mediante el mejoramiento al acceso y calidad de la información, el fortalecimiento de las herramientas de gestión pública para la prevención de la corrupción,

el fortalecimiento del control social, la promoción de la cultura de la integridad, el desarrollo de herramientas para luchar contra la impunidad de actos de corrupción y la transparencia en la contratación pública

El Hospital General de Medellín se compromete con Gestión del Riesgo entendida como el proceso de identificación, valoración y control de todas aquellas acciones o circunstancias que puedan restringir, afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales, buscando prevenir y mitigar los riesgos apoyando la toma de decisiones, la protección de los recursos, la sostenibilidad, continuidad de las operaciones y generación de confianza en los grupos de interés.

iii. Objetivos y metas

Generar transparencia y confianza con las diferentes partes interesadas a través de la entrega de información oportuna, clara y confiable de la gestión institucional y el fortalecimiento de los espacios de participación y control social.

Revisar y/o actualizar el mapa de riesgos de corrupción institucional y sus respectivas medidas de mitigación, prevención y control.

iv. Responsabilidades

Teniendo como referencia los roles y responsabilidades de las Líneas de Defensa con relación a la Gestión de Riesgos de MIPG, la alta dirección y el equipo directivo, a través de sus comités deben monitorear y revisar el cumplimiento a los objetivos a través de una adecuada gestión de riesgos. Haciendo seguimiento y pronunciándose por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción y de acuerdo con las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas.

v. Recursos

Recurso humano idóneo para dar cumplimiento

vi. Mecanismos formales de queja y/o reclamación

Línea de Transparencia es un canal donde se puede reportar de forma anónima; si lo desea, la existencia o sospecha de cualquier acto incorrecto que tenga lugar en la empresa o la impacte por mal uso de bienes y recursos, situaciones que afecten el clima laboral, revelación o mal uso de la información, conflicto de intereses y reportes fraudulentos.

Línea de Transparencia 01 8000 411124- 3 22 79 27
contacto@hgm.gov.co

vii. Acciones específicas, como procesos, proyectos, programas e iniciativas

- Garantizar que los controles sean eficaces y eficientes.
- Obtener información adicional que permita mejorar la valoración del riesgo.
- Analizar y aprender lecciones a partir de los eventos, los cambios, las tendencias, los éxitos y los fracasos.

- Detectar cambios en el contexto interno y externo.

103-3 Evaluación del enfoque de gestión

i. los mecanismos de evaluación de la eficacia del enfoque de gestión

Trimestralmente, cada responsable de proceso realiza una autoevaluación a la gestión del riesgo, determinando la efectividad de sus controles para minimizar el riesgo.

La oficina de Auditoría Interna realiza seguimiento cuatrimestral al Plan anticorrupción y Atención al ciudadano donde recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos y desde el Comité Coordinador de Control Interno, que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación de nuevos riesgos.

ii. Los resultados de la evaluación del enfoque de gestión

La oficina de Auditoría Interna del resultado del seguimiento realizado recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos y desde el Comité Coordinador de Control Interno, que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación de nuevos riesgos.

iii. Cualquier modificación relacionada con el enfoque de gestión.

El enfoque de Gestión solo se modifica si se presentan cambios en la normatividad.

GRI 205: Anticorrupción

205-1 Operaciones evaluadas para riesgos relacionados con la corrupción

Número: 9,0

Porcentaje: 100,0%

Mediante la metodología definida, se tienen descritos 45 riesgos de corrupción (ver anexo Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano).

Serie 300 (temas ambientales)

Energía



GRI 103: Enfoque de Gestión

103-1 Explicación del tema material y su Cobertura

El Hospital General de Medellín en su razón de prestar servicios de salud en una infraestructura física que demanda de manera permanente el consumo energético, debe desarrollar acciones de sostenibilidad orientadas a la revisión y eficiencia energética de los sistemas instalados.

i. dónde se produce el impacto

El Hospital conjuntamente con la Universidad Pontificia Bolivariana está realizando un diagnóstico energético en los principales sistemas consumidores de energía (sistemas de transformación, chillers, torres de enfriamiento, bombas de agua helada, sistema de aire comprimido, equipos de generación y red de distribución de vapor; con el fin de identificar y cuantificar los potenciales de ahorro de energía, implementación de buenas prácticas y/o sustitución de tecnología.

ii. la implicación de la organización en los impactos. Por ejemplo, si la organización ha causado o contribuido a los impactos o está vinculada directamente con los impactos a través de sus relaciones de negocio.

La instalación de paneles solares para la calefacción de agua, la reconversión de los sistemas de iluminación a tecnología LED, la infraestructura garantiza en sus modificaciones la utilización natural, instalación de películas térmicas en las ventanas, instalación de terrazas verdes que minimiza el nivel de calor y disminuye la dependencia de aire acondicionado, recambio de aislamientos térmicos en la estructura.

103-2 El enfoque de gestión y sus componentes

Se gestiona llevando registro de consumo de energía del Hospital, del seguimiento de indicadores y realizando la medición de Huella de Carbón.

En coherencia con nuestra Política Integral de Calidad se incluye el propósito de prevenir y controlar el impacto Ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.

i. Políticas

El Sistema de Gestión Ambiental, está diseñado para que los procesos garanticen una interacción productiva, equilibrada, e impacten positivamente el medio ambiente; es

política del Hospital General de Medellín responder por una gestión productiva sana, de tal manera que los recursos naturales: agua, aire y suelo se conserven y utilicen eficientemente, de esta forma; los funcionarios, colaboradores, pacientes, proveedores, visitantes y población del entorno, disfrutan de un medio ambiente saludable, como resultado de un desarrollo sostenible.

ii. Compromisos

Es el compromiso con el buen uso de los recursos naturales: agua y energía creando una cultura que va hasta los hogares de empleados y colaboradores. Es la responsabilidad en el buen manejo de desechos hospitalarios, de depositar en la caneca adecuada los desechos que generamos, es el aumento en el uso de los documentos electrónicos reduciendo la utilización de papel, además del buen manejo de las sustancias químicas, es estar convencidos que entre todos y en el sitio de trabajo se puede aportar para proteger el medio ambiente.

iii. Objetivos y metas

Estar certificados en la norma ISO 14001 es la forma como el Hospital General de Medellín manifiesta la responsabilidad social con el medio ambiente, así mismo la forma como trabaja para prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos, la generación de residuos, vertimientos y emisiones.

iv. Responsabilidades

Continuar generando acciones para prevenir el impacto ambiental.

v. Recursos

Diagnostico energético, recurso humano y recursos económicos.

vi. Mecanismos formales de queja y/o reclamación

Las definidas en la norma 14001.

vii. Acciones específicas, como procesos, proyectos, programas e iniciativas

Uso eficiente de los recursos naturales
Manejo integral de los residuos sólidos
Gestión del cambio climático
Manejo seguro de las sustancias químicas
Gestión de la tecnología
ECO eficiencia informática

103-3 Evaluación del enfoque de gestión

i. los mecanismos de evaluación de la eficacia del enfoque de gestión

Trata de cerciorarse de que todas y cada una de las partes interesadas han sido implicadas y sus intereses reconocidos, que se han cumplido las leyes y reglas de aplicación, y que la información relevante para la resolución no ha sido excluida ni exagerada.

Evaluación de huella de carbono.

Seguimiento al plan de acción bimensual

ii. Los resultados de la evaluación del enfoque de gestión

Medición y seguimiento a los indicadores definidos para la gestión energética.

iii. Cualquier modificación relacionada con el enfoque de gestión.

No aplica

GRI 302: Energía

302-1 Consumo energético dentro de la organización

Consumo total de combustible: 7.904.365,0 kWh

Los tipos de combustibles utilizados

Gas Natural- 170.457 m³- 1.994.346 KWh

Diesel: 594 galones- 24.176 KWh

Gasolina: 2450 galones- 99.715 KWh

ACPM: 1260 galones-51.282 KWh

Energía 5732848 KWh

El consumo total de combustibles procedentes de fuentes renovables dentro de la organización en julios o múltiplos, incluidos los tipos de combustibles utilizados.

0,0 kWh

Explicación de los tipos

Colector solar con efecto lupa intercambiables de calor, pero no generan un consumo energético.

i. consumo de electricidad

5.732.848,0 kWh

ii. consumo de calefacción

0,0 kWh

iii. Consumo de refrigeración

0,0 kWh

iv. Consumo de vapor

0,0 kWh

i. la electricidad vendida

0,0 kWh

ii. la calefacción vendida

0,0 kWh

iii. la refrigeración vendida

0,0 kWh

iv. el vapor vendido

0,0 kWh

El consumo total de energía dentro de la organización

13.637.213,0 kWh

Fuente: Calculadora de emisiones unidad de planeación Minero-energética. UPME.

Fuente: Calculadora de emisiones unidad de planeación Minero-energética. UPME.

Emisiones GRI

103: Enfoque de Gestión



103-1 Explicación del tema material y su Cobertura

El hospital, comprometido con el medio ambiente, y la sostenibilidad, con el mejoramiento continuo de sus procesos y actividades, dirige sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de una cultura ambiental responsable, cuyos alcances han superado los límites de la organización. Dentro de este marco y de los retos actuales que enfrenta la sociedad, en este nuevo modelo de gestión, el Hospital toma la decisión de realizar el Inventario de Gases de Efecto Invernadero de sus instalaciones y operaciones, con el objetivo de definir una estrategia y meta de reducción de emisiones, y elaborar un plan para la compensación de aquellas emisiones que no es posible mitigar.

i. dónde se produce el impacto

Según la norma ISO 14064-1 y el GHG Protocol, para la cuantificación de las emisiones de Gases Efecto Invernadero de una organización deben definirse los límites del sistema, que están conformados por los límites organizacionales y operacionales.

ii. la implicación de la organización en los impactos. Por ejemplo, si la organización ha causado o contribuido a los impactos o está vinculada directamente con los impactos a través de sus relaciones de negocio.

Para la cuantificación de las emisiones de GEI se tienen en cuenta las siguientes fases, donde se realizan las acciones que llevan a contribuir en el impacto deseado:

Identificación de fuentes de G

Selección de la metodología de cuantificación.

Selección y recopilación de datos de la actividad de GEI.

Selección o desarrollo de los factores de emisión.

Cálculo de las emisiones de GEI.

103-2 El enfoque de gestión y sus componentes

A partir de la identificación de las fuentes de emisión y del porcentaje de emisión de los procesos y actividades evaluados, es posible determinar estrategias y objetivos de mitigación y compensación para la organización.

En coherencia con nuestra Política Integral de Calidad se incluye el propósito de prevenir y controlar el impacto Ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos, vertimientos y emisiones.

i. Políticas

El Sistema de Gestión Ambiental, está diseñado para que los procesos garanticen una interacción productiva, equilibrada, e impacten positivamente el medio ambiente; es política del Hospital General de Medellín responder por una gestión productiva sana, de tal manera que los recursos naturales: agua, aire y suelo se conserven y utilicen eficientemente, de esta forma; los funcionarios, colaboradores, pacientes, proveedores, visitantes y población del entorno, disfrutan de un medio ambiente saludable, como resultado de un desarrollo sostenible

ii. Compromisos

Es el compromiso con el buen uso de los recursos naturales: agua y energía creando una cultura que va hasta los hogares de empleados y colaboradores. Es la responsabilidad en el buen manejo de desechos hospitalarios, de depositar en la caneca adecuada los desechos que generamos, es el aumento en el uso de los documentos electrónicos reduciendo la utilización de papel, además del buen manejo de las sustancias químicas,

es estar convencidos que entre todos y en el sitio de trabajo se puede aportar para proteger el medio ambiente.

iii. Objetivos y metas

Estar certificados en la norma ISO 14001 es la forma como el Hospital General de Medellín manifiesta la responsabilidad social con el medio ambiente, así mismo la forma como trabaja para prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos, la generación de residuos, vertimientos y emisiones.

iv. Responsabilidades

- Minimizar y gestionar los riesgos asociados a los Gases de Efecto Invernadero
- Reducción de costos y estímulos a la innovación.
- Preparación para futuras regulaciones
- Demostrar liderazgo y responsabilidad corporativa
- Participación en programas voluntarios

v. Recursos

La compensación voluntaria de emisiones se desarrolló mediante la compra consciente de una cantidad de 1.607 toneladas de bonos de carbono proporcional a las toneladas de CO2 emitidas por una organización. Esta compra se realiza a un proyecto que: puede captar cierta cantidad de emisiones a través de un proyecto de sumidero de carbono por reforestación o, que evita una cantidad de emisiones por medio de un proyecto de ahorro o eficiencia energética, deforestación evitada, sustitución de combustibles, entre otros.

vi. Mecanismos formales de queja y/o reclamación

Con el área responsable de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo

vii. Acciones específicas, como procesos, proyectos, programas e iniciativas

Compra de Bonos de Carbono: Alianza de la Corporación Fenalco Solidario Colombia con la Reforestadora CACERI S.A

103-3 Evaluación del enfoque de gestión

i. los mecanismos de evaluación de la eficacia del enfoque de gestión

De acuerdo con la norma NTC-ISO 14064-1:2006, u otras orientaciones posteriores que la sustituyan o modifiquen, la entidad debe planificar la elaboración del informe, en articulación con las políticas y estrategias de la entidad respecto a los GEI, las responsabilidades generales y específicas, así como los lineamientos frente a la disponibilidad y divulgación del mismo.

ii. Los resultados de la evaluación del enfoque de gestión

Definición del alcance de la huella de carbono
Recopilación de datos directos e indirectos
Cuantificación de las emisiones
Análisis de los resultados y conclusiones
Estrategias de mitigación y compensación

iii. Cualquier modificación relacionada con el enfoque de gestión.

Los determinados por normatividad

GRI 305: Emisiones

305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)

El valor bruto de emisiones directas de GEI (alcance 1) en toneladas métricas de CO2 equivalente.

367,0 en toneladas métricas de CO2 equivalente

Los gases incluidos en el cálculo; CO2, CH4, N2O, HFC, PFC, SF6, NF3 o todos

CO2
CH4
N2O
HFCs
PFCs
SF6
NF3

Las emisiones biogénicas de CO2 en toneladas métricas de CO2 equivalente.

0,0 en toneladas métricas de CO2 equivalente

El año base para el cálculo

2015

i. la justificación de la selección

Es el año donde iniciamos con la medición

ii. las emisiones en el año base

1812,0 en toneladas métricas de CO2 equivalente

iii. el contexto de cualquier cambio significativo en las emisiones que haya dado lugar a nuevos cálculos de las emisiones en el año base.

Se ha determinado que el alcance que mayor aporte de emisiones genera está relacionado con el consumo energético, en el sistema de calidad se estas realizado acciones de impacto para realizar cambios determinantes.

Revisar el informe de huella de carbono y seleccionar las referencias.

Operational control

Revisar informe de medición de huella de carbono.

305-2 Emisiones indirectas de GEI al generar energía (alcance 2)

El valor bruto –en función de la ubicación– de emisiones indirectas de GEI al generar energía (alcance 2) en toneladas métricas de CO2 equivalente.

1.267,0 toneladas métricas de CO2

Si están disponibles, los gases incluidos en el cálculo: CO2, CH4, N2O, HFC, PFC, SF6, NF3 o todos.

CO2

CH4

N2O

HFCs

PFCs

SF6

NF3

i. la justificación de la selección.

Es el año en que inicio la medición para valorar con tendencia y comparación en el histórico.

ii. las emisiones en el año base en toneladas métricas (t) de CO2.

1813,0 toneladas métricas de CO2

ii. Año base

2015

iii. el contexto de cualquier cambio significativo en las emisiones que haya dado lugar a nuevos cálculos de las emisiones en el año base.

Durante el 2018 se tercerizó el servicio de lavandería por fuera de las instalaciones del Hospital se vio un impacto significativo en la reducción del consumo del gas natural, lo cual se vio reflejado en la disminución de la huella de carbono del alcance 1 para el periodo 2019

La fuente proviene de la Unidad de Planeación Minero Energética (UPME), del Ministerio de Minas y Energía de Colombia.

Para el caso de la electricidad se utiliza el factor de emisión calculado a partir de los datos publicados por XM Expertos, de acuerdo con la mezcla de tecnologías usadas en el país para la generación de energía eléctrica y teniendo en cuenta la eficiencia de transmisión y distribución de energía en el sistema interconectado Nacional Operacional control.

No aplica

Serie 400 (temas sociales)

Salud y seguridad en el trabajo

GRI 103: Enfoque de Gestión

103-1 Explicación del tema material y su Cobertura

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, debe ser implementado por todos los empleadores y consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoria y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

Para que efectivamente las empresas cumplan con los Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Ministerio del Trabajo expidió la Resolución 312 de 2019, donde se regularon los Estándares Mínimos con el objeto de verificar el cumplimiento de las normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento en riesgos laborales establecidos en los sistemas de gestión, por parte de las entidades y empresas contratantes.

¿ dónde se produce el impacto

El impacto es para la totalidad de servidores y colaboradores, grupo de interés de gran importancia para la organización.

ii. la implicación de la organización en los impactos. Por ejemplo, si la organización ha causado o contribuido a los impactos o está vinculada directamente con los impactos a través de sus relaciones de negocio.

Lograr una efectiva administración de recursos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes procesos, y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador.

103-2 El enfoque de gestión y sus componentes

El Hospital General de Medellín tiene entre sus propósitos desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y las enfermedades laborales, mejorar la calidad de los servicios y ante todo generar ambientes sanos para los que allí trabajan.

Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes y enfermedades laborales factibles de intervención, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

i. Políticas

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

La interiorización de una cultura saludable, con el propósito de favorecer el mejoramiento de la calidad de vida, prevenir las enfermedades cardiovasculares y adicciones, planteando programas, proyectos y acciones que consideren al sujeto en su dimensión integral (biológica, psicológica, social y espiritual), con mayor conciencia de cuidado, en el marco de un estilo de vida saludable, perdurable y sostenible

ii. Compromisos

Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores.

iii. Objetivos y metas

- Asignar a los supervisores y administradores la responsabilidad de la salud y seguridad en cada una de sus secciones o áreas de trabajo.
- Brindar el tiempo para que todo el personal que ingrese vinculado o temporal, reciba la capacitación sobre los factores de riesgo y normas de seguridad relacionadas con el oficio a desempeñar, para ello se encargará el supervisor o

- un representante de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo brigadas y comités o vigías.
- Suministrar a cada trabajador los elementos de protección personal requerida acorde con los factores de riesgo a los que va a estar expuesto, exigiendo su uso durante el desarrollo de la labor, pero también propiciando los medios para crear en este personal la conciencia de autocuidado.

iv. Responsabilidades

Gestión del riesgo psicosocial

La detección precoz y el control oportuno de los factores de riesgo, fomentando factores protectores y desarrollando programas de intervención.

Mantener actualizada la caracterización de la accidentalidad para su análisis y seguimiento periódico.

Mantener actualizada la caracterización de ausentismo para su análisis y seguimiento periódico.

v. Recursos

Recurso Humano e inversión.

vi. Mecanismos formales de queja y/o reclamación

La empresa cuenta con un procedimiento para la notificación e investigación de los accidentes, incidentes de trabajo y enfermedades laborales bajo los lineamientos de la normatividad legal vigente

vii. Acciones específicas, como procesos, proyectos, programas e iniciativas

La operación de los siguientes comités:

- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- Comité de convivencia
- Comité de emergencias
- Brigada de emergencia

103-3 Evaluación del enfoque de gestión

i. los mecanismos de evaluación de la eficacia del enfoque de gestión

El proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo cuenta con tablero de indicadores en el cual se realiza la trazabilidad y cumplimiento de las metas definidas para la ejecución del proceso.

ii. Los resultados de la evaluación del enfoque de gestión

Los resultados se evalúan mediante el seguimiento bimensual al plan de acción.

iii. Cualquier modificación relacionada con el enfoque de gestión.

Las modificadas por la normatividad

GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo

403-1 Representación de los trabajadores en comités formales trabajador-empresa de salud y seguridad

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

Comité de Emergencias y Desastres

Comité de Convivencia Laboral

El porcentaje de trabajadores cuyo trabajo o lugar de trabajo sea objeto de control por parte de la organización y que estén representados por comités formales trabajador-empresa de salud y seguridad.

100,0%

Privacidad del cliente

GRI 103: Enfoque de Gestión

103-1 Explicación del tema material y su Cobertura

El proceso de Atención e Información al Usuario SIAU, se materializan cada uno de los procesos de la Institución, con una oficina de atención de puertas abiertas con fácil acceso donde se promueven y desarrollan estrategias hacia la humanización de la atención en salud.

i. dónde se produce el impacto

El impacto se genera en primera línea en el usuario/ paciente y su familia, con la comprensión de la situación generada, transmitiendo el esfuerzo de resolver la situación y de paso educarlo sobre los conductos regulares, mecanismos y formas de acceder al proceso de atención y de hacer valer sus derechos como usuario.

ii. la implicación de la organización en los impactos. Por ejemplo, si la organización ha causado o contribuido a los impactos o está vinculada directamente con los impactos a través de sus relaciones de negocio.

La oficina de atención al Usuario mediante diferentes mecanismos contribuye a que la organización realice las acciones que sean necesarias para transformar una situación susceptible de mejora.

Fomentando espacios de participación, acompañamiento a la asociación de usuarios, participación en el comité de ética y el despliegue del proceso de atención al usuario en los procesos de inducción y reinducción.

103-2 El enfoque de gestión y sus componentes

El sistema de información y atención al Usuario está definido como un conjunto de procesos, que se desarrollan con el objetivo de construir los medios más adecuados para la protección de los Usuarios, lograr el acierto en la toma de decisiones y garantizar el mejoramiento de la calidad, la satisfacción de las necesidades individuales, familiares y sociales, agregando valor a la atención suministrada al usuario, los cuales se ofrecen de manera general para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud y, cumpliendo con las siguientes características definidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Así mismo favorece la prestación de los servicios a nivel institucional dentro del marco de la Atención al Usuario, fundamentada especialmente con el respeto de la dignidad de la persona enferma y de sus derechos.

El propósito es garantizar un mecanismo de comunicación permanente, que comienza desde el primer contacto con los usuarios, debe ser reforzado con un sistema de información en donde se dan a conocer aspectos relacionados con los servicios que el Hospital brinda, su calidad, ventajas, garantías, requisitos y condiciones para la prestación, los mecanismos de organización y participación social, mecanismo de defensa de los derechos, para hacer un mejor uso de los servicios y formarse criterios acerca de la calidad de los mismos.

i. Políticas

Política de Información y Atención al Usuario

ii. Compromisos

El Hospital General de Medellín se compromete a mantener una relación y comunicación asertiva con el usuario y su familia, suministrándole información y orientación, gestionando oportunamente sus requerimientos, fomentando espacios de participación y satisfaciendo sus necesidades y expectativas, con el fin de brindar una atención con calidad, mediante un proceso de retroalimentación constante que genere acciones y compromisos del funcionario en la prestación del servicio.

iii. Objetivos y metas

Contribuir en la mejora continua de la Calidad en la prestación del servicio, tomando como fuente, la información del usuario, mediante reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos, haciendo uso al ejercicio de sus derechos, procurando con ello alcanzar el grado óptimo de satisfacción de los usuarios, profesionales y su familia, dando cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

iv. Responsabilidades

Organizar un sistema de información y atención a los usuarios a través de un servicio personalizado que cuente con una línea telefónica abierta permanentemente las veinticuatro (24) horas, garantizar según su demanda, atiendan, sistematicen y canalicen los requerimientos e implementen un control de calidad del servicio, basados en la atención del usuario.

Respetar los derechos del usuario y armonizar las relaciones entre éste, los profesionales y la institución, además de promover que el usuario cumpla sus deberes. Investigar e incidir en las causas que originan los problemas y sus posibles soluciones, con el fin de promover una atención más humanizada, satisfactoria y de calidad. Plantear estrategias de mejoramiento continuo con el fin de que nuestro usuario sienta que su opinión es muy importante para nosotros.

v. Recursos

Recurso humano

vi. Mecanismos formales de queja y/o reclamación

Telefónica: Línea gratuita nacional: 01 8000 411124, disponible 24 horas Línea telefónica local: 262 17 43, disponible 24 horas Línea telefónica 384 73 00 extensión 1813 disponible en horas Hábiles Estas líneas serán atendidas desde el Centro de Control en horas no hábiles (nocturnas, sábados, domingos y festivos).

Virtual correo electrónico: atencionalusuario@hgm.gov.co contacto@hgm.gov.com

Virtual sitio web: <http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto>

vii. Acciones específicas, como procesos, proyectos, programas e iniciativas

Procedimiento de Atención y Orientación al Usuario

Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos

Monitoreo de la Satisfacción del Usuario

Asociación de Usuarios

103-3 Evaluación del enfoque de gestión

i. los mecanismos de evaluación de la eficacia del enfoque de gestión

Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos: Cuenta con unos tiempos establecidos de trámite para dar respuesta al usuario, sin embargo, para evaluar la transformación en el proceso con las partes implicadas se realiza una intervención que debe impactar en el número de reclamos realizados por esa causa, de la misma manera si el proceso es positivo se reconoce para garantizar el nivel de satisfacción.

La medición de la satisfacción del usuario, como el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido. Esta actividad se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se implementan las acciones correctivas, preventivas o de mejora que sean necesarias para intervenir estos resultados que, finalmente, son la fuente para el modelo de mejoramiento Institucional sirviendo de guía para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución.

ii. Los resultados de la evaluación del enfoque de gestión

Reclamaciones que clasifiquen la vulneración de derechos

Caracterización de las sugerencias.

Proporción de usuarios satisfechos.

Tiempo de respuesta a reclamos y sugerencias

Divulgación de SIAU en servicios de hospitalización.

iii. Cualquier modificación relacionada con el enfoque de gestión.

Los que determine la normatividad.

Responsabilidad Social

Desde hace más de una década en coherencia con el Sistema Único de Acreditación y la normatividad relacionada con la calidad en la atención, el Hospital incorpora la Responsabilidad Social como el conjunto integral de políticas, prácticas y programas centrados en el respeto por la ética, las personas, la comunidad y el medio ambiente, adoptada voluntariamente por el Hospital más allá del cumplimiento de la norma, para el mejor cumplimiento de su objeto social. Los ámbitos de responsabilidad social empresarial con los cuales se compromete el Hospital son los siguientes:

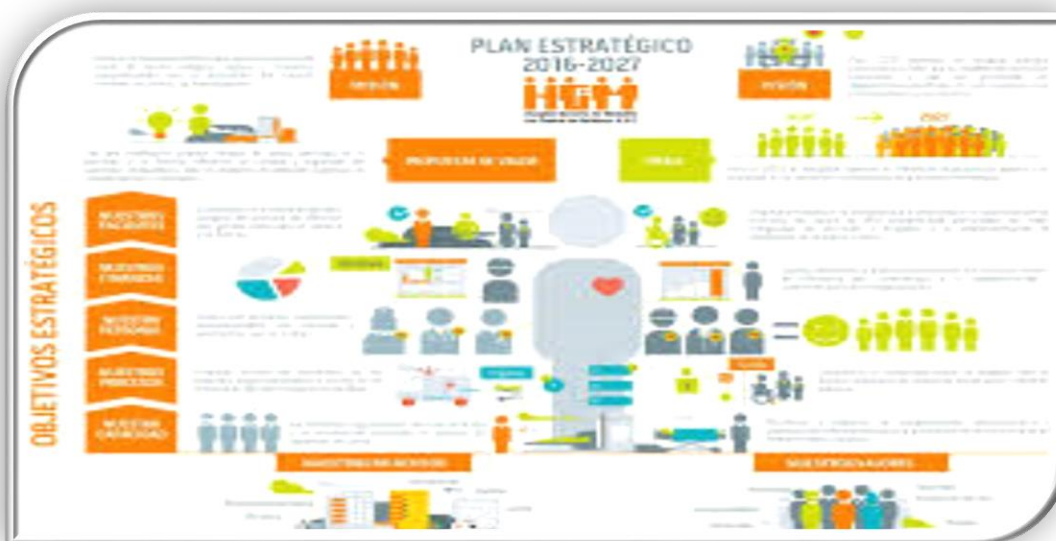
Compromiso con el desarrollo y bienestar del talento humano y su grupo familiar: Las políticas y programas para el desarrollo y bienestar de los servidores trasciende en la mejor atención a los usuarios, por eso nos comprometemos a garantizarles condiciones óptimas.

Compromiso con la comunidad: El Hospital establece relaciones de confianza con la comunidad mediante la prestación de servicios de salud de calidad y eficiencia en cumplimiento de su objeto social como empresa pública. El Hospital tiene una misión social, genera bienestar y mejoramiento de la calidad de vida y se vincula a los programas, jornadas y campañas en salud de beneficio para toda la comunidad.

Compromiso con el desarrollo sostenible: El Hospital garantiza un desarrollo sostenible, entendido éste como el enfoque en el que la institución realiza actividades que se pueden sostener o renovarse a largo plazo. El desarrollo sostenible se fundamenta en la premisa: “satisfacción de necesidades en el presente sin comprometer la capacidad para satisfacer las necesidades de las generaciones futuras”. La política y programas de protección del medio ambiente en el Hospital fundamentan este compromiso.

Compromiso con el desarrollo del talento humano en salud y la gestión del conocimiento: El Hospital apoya el desarrollo del talento humano en salud, a través de relaciones con instituciones educativas idóneas las cuales tienen en el Hospital un centro de prácticas para el logro de las competencias de estudiantes de las áreas de la salud y sus especialidades. Igualmente, y fruto de la experiencia corporativa, el Hospital promueve y realiza investigación para la generación de conocimiento en sus procesos de atención en salud y como aporte al desarrollo científico nacional e internacional.

OBJETIVOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS



OBJETIVO 1. Consolidar y mantener un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia.

Programa Estratégico “Atención centrada en el Usuario y su familia”

Proyecto “Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente”

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	87,5%
---------------------------	-------

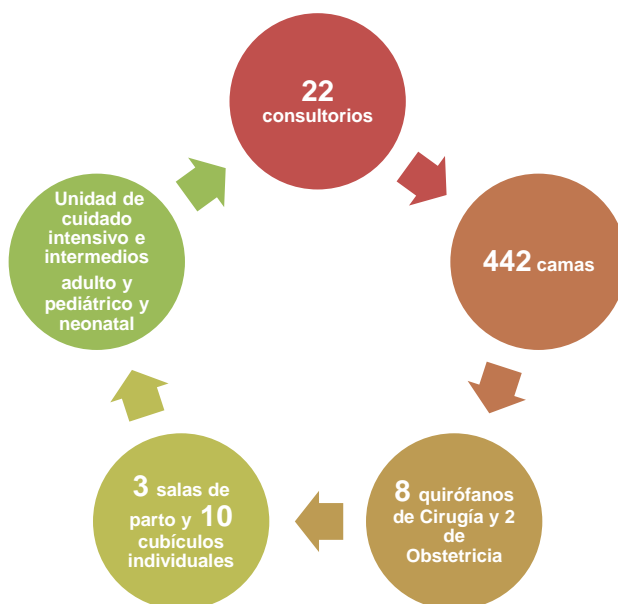


Modelo de Atención: El Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades.

La Línea MAITE prestación de servicios comprende las acciones para garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población, a través del mejoramiento de la capacidad resolutoria, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios de acuerdo con las necesidades de la población.

El Hospital buscando la articulación con las políticas públicas y la normatividad, cuenta con un modelo de atención que busca brindar una atención humanizada e 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, la participación conjunta de todos los actores que intervienen en la toma de decisiones.

Capacidad instalada: Disponibilidad de infraestructura necesaria para la producción de servicios de salud



Variabilidad de la Producción 2018-2019

Producción asistencial	2018	2019	Variabilidad
Camas operacionales	436	437	0,40%
Egresos Hospitalarios	21.897	22.980	4,95%
Atención de Urgencias	63.368	60.302	-1,20%
Consulta externa especializada	34.651	40.250	16,17%
Cirugías	6.896	8.059	16,86%
Mas partos, menos cesáreas (parto humanizado)	4.069	4.117	1,20%
Imágenes Diagnósticas	92.468	93.797	1,44%
Laboratorio Clínico	552.762	563.105	0,80%

Fuente: Área Estadística

Logros del Plan de Acción 2019:

Los nueve (9) procesos misionales se actualizaron de acuerdo al Modelo de Atención definido por el Hospital, de este último se realizó el despliegue con la participación de 693 servidores y 183 de servicios tercerizados que sumados representan el 100% de quien realiza las acciones asistenciales en la Institución, se formularon indicadores para realizar monitoreo con la respectiva línea de base y se realiza seguimiento bimensual con las respectivas acciones de mejoramiento para hacer los ajustes respectivos para alcanzar la meta propuesta.

El proceso de revisión general de la estructura orgánica se realizó de manera concienzuda y en este momento se están analizando las cargas de trabajo por medio de

una empresa consultora quien consolidará y analizará los resultados para la toma de decisiones en otra vigencia.

OBJETIVO 2. Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica.

Programa Estratégico “Programas de práctica clínica”

Proyecto “Unidad para la atención del ciclo Materno Perinatal con programas de práctica clínica”

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	97,5%
---------------------------	-------



Comparto: El programa de cuidado obstétrico integral para una maternidad responsable y un parto seguro del Hospital, tiene como objetivo ofrecer atención materno fetal, reduciendo las tasas de muertes maternas y la morbilidad materna extrema (MME).

Acepto: El hospital es el referente para la atención de gestantes y madres consumidoras de sustancias psicoactivas, programa que se articula con otros programas para garantizar su integralidad y que genere un impacto importante en la población gestante y en el recién nacido.

Institución Amiga de la Mujer y la Infancia: El Hospital siempre interesado por el bienestar del binomio madre hijo, se certificó como Institución amiga de la mujer y la infancia en el año 2000; certificación otorgada por el Ministerio de la Salud y el UNICEF,

por cumplir con los diez pasos para una lactancia materna feliz a través de la implementación de programas que promueven, protegen y apoyan la lactancia materna. A través del Programa de Apoyo a la Lactancia Materna se acompaña a la madre desde el posparto inmediato para que inicie la lactancia lo más pronto posible. Igualmente se involucra en este proceso al padre y a la familia con capacitación y entrenamiento.

Las madres hospitalizadas reciben apoyo diariamente con el fin de que solucionen las dificultades que se les presenten con sus hijos y resuelvan las dudas que tengan la alimentación de los pequeños.

El Hospital General de Medellín en su Programa de Apoyo a la Lactancia Materna trabaja para que las madres no cambien la lactancia materna por leches de fórmula, igualmente no se dan chupos ni biberones con leche materna para no desestimular la práctica.

Madre Canguro: El Programa Madre Canguro del Hospital General de Medellín busca ofrecer un servicio de salud con alta calidad, humanizado, oportuno e integral para la madre y el recién nacido de bajo peso al nacer y a su entorno familiar, no solo desde el punto de vista biomédico y tecnológico sino también desde una perspectiva humana, psicológica y emocional.

El PMC está basado fundamentalmente en el Método Madre Canguro (MMC), que es una alternativa para el cuidado del recién nacido estable, de bajo peso (menor de 2500 gr) al nacer una vez haya superado los problemas de mayor adaptación a su vida extrauterina.

Banco de Leche Humana y Materna (BLH): “Tú pones el frasco, nosotros salvamos vidas”.

El Hospital creó el banco soportado en la vocación materno infantil desde sus inicios y por la necesidad generada en las condiciones de nuestras pacientes obstétricas y adheridos a las iniciativas de la UNICEF y la OMS, para estimular la leche materna, al 2019 se ha beneficiado el 36% de la población menor atendida con criterios, la inversión para la vigencia es \$194.863.199.

Estos son los propósitos:

- Garantizar la alimentación a niños que por alguna razón no pueden recibir la leche de su madre.
- Para garantizar la continuidad de la lactancia materna exclusiva a lactantes menores de seis meses que se encuentren hospitalizados, favoreciendo su recuperación gracias a las defensas y beneficios nutricionales de la leche materna.
- Para promover, proteger y apoyar la lactancia materna, como la alimentación ideal para todo niño o niña menor de dos años.



Atención Psicopedagógica al niño interno: El Servicio de Psicopedagogía del Hospital General de Medellín se presta en pediatría y pretende desarrollar óptimamente los procesos pedagógicos, psicológicos, académicos y de aprendizaje en los niños hospitalizados durante el proceso de recuperación de la enfermedad.

Con el servicio de psicopedagogía se logra en los niños disminuir el impacto del atraso escolar, detectar problemas de aprendizaje, continuar con la formación académica, aumentar la confianza, disminuir la ansiedad, olvidar la enfermedad, mejorar el estado anímico, reforzar conductas socializadoras y fomentar normas de higiene.

La Fundación Casa Ronald McDonald cuenta dentro de las instalaciones del Hospital una sala diseñada especialmente para desarrollar el programa de psicopedagogía que ya cuenta con 18 años de implementado, allí se cuenta con comodidades para los niños y su familia que además es lúdica y entretenida para hacer más amable la estadía en el hospital durante la internación.

Logros del Plan de Acción 2019:

En la implementación del centro de cuidado obstétrico de alta complejidad que nos hemos trazado se realizó un análisis de servicios con estrategia de comercialización y poder ofertar a propuestas viables a los aseguradores, dentro de estos logros están los programas COMPARTO y ACEPTO, de los cuales se realizaron jornadas académicas durante el 2019, para sensibilizar a los colaboradores.

Posterior a un paper de referencia con la Fundación Santafé, se tomaron criterios metodológicos para realizar la autoevaluación de criterios dirigidos a la certificación del centro de práctica clínica RCIU. Esto se validará y se replanteará con la contratación de la OES en el 2020.

OBJETIVO 3. Lograr mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización.

Programa Estratégico “Competitividad”

Proyecto “Consolidar y mantener un modelo de gestión de recursos y los procedimientos y “obtener tarifas competitivas manteniendo el margen”

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	87,5%
---------------------------	-------

La perspectiva de este objetivo se enfoca en maximizar el valor, incrementar la rentabilidad y optimizar la operación del Hospital para el primer proyecto.

Presupuesto:

Durante el 2019 realizamos inversiones por valor de \$71.877 millones en inversiones y Fiducuenta.

Se lograron rendimientos financieros por \$3.769 millones.

Se ejecutó el recaudo presupuestal en un 113%

Se ejecutó el presupuesto de gastos en un 93%

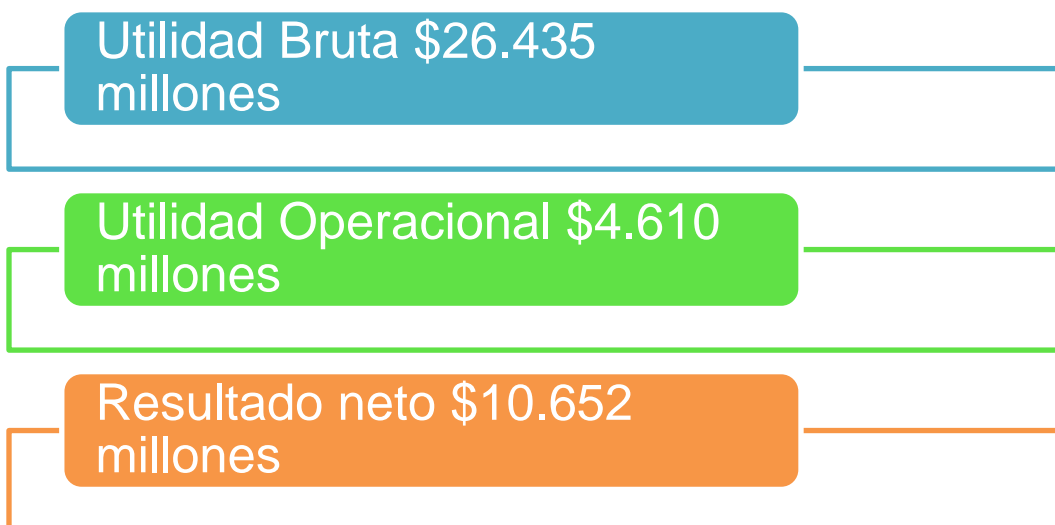
La Cartera:

La gestión de recaudo de cartera fue equivalente al 122.5%, recuperando \$202 mil millones.

Estados Financieros 2019

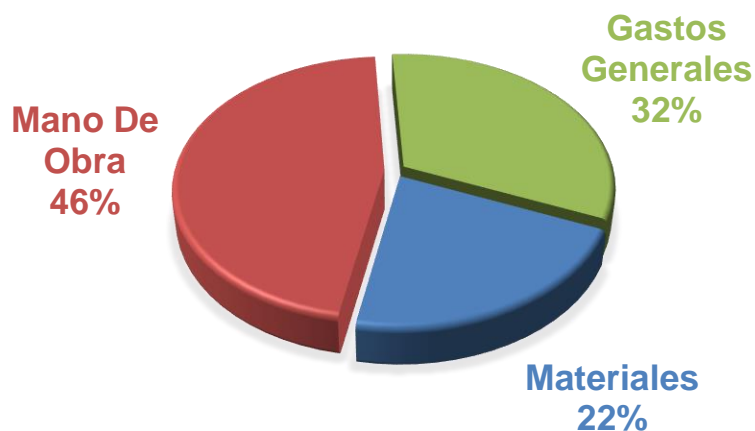
Aumentamos los activos	• \$10.748 millones
Disminuimos los pasivos	• \$995 millones
Aumentamos el Patrimonio	• \$11.743 millones

Fuente: Dirección Financiera



Se realiza el análisis de costos en todos los procedimientos y actividades de prestación de servicios para mejorar la productividad institucional, definiendo servicios más productivos y rentables.

Elementos de Costos



Fuente: Procedimiento de Costos- Dirección Financiera.

Logros del Plan de Acción 2019:

Desde la dirección financiera se realizó un análisis de los costos directos e indirectos de las unidades funcionales clasificándolos en centros de costos para evidenciar la realidad tanto del periodo como cada centro de costos, para que cada unidad tome los correctivos de austeridad necesarios con el monitoreo y seguimiento periódico.

Se implementó un sistema de medición de los procesos para mejorar la eficiencia y productividad y costear las actividades para cada uno de ellos, logrando impactar en el 75% de los 39 procesos para la vigencia, el proceso continuará para finalizar los pendientes.

OBJETIVO 4. Contar con personas competentes comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo

Programa Estratégico “Capital Humano”

Proyecto “Implementar un modelo de gestión por competencias, “Fortalecimiento de la Cultura Organizacional”.

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	100,0%
---------------------------	--------

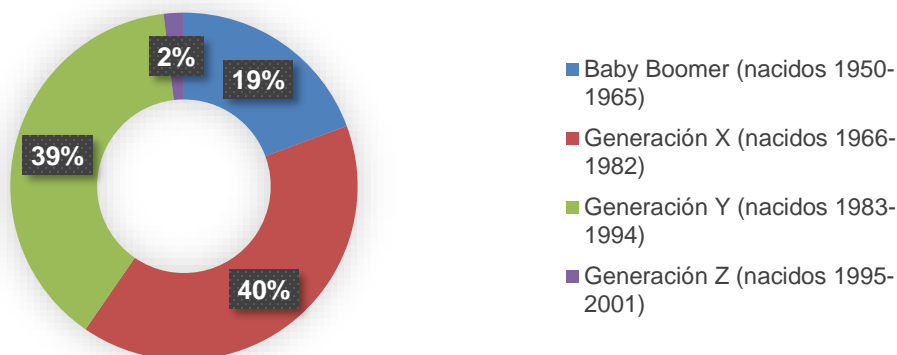
La calidad y seguridad de los servicios de salud dependen en gran medida de un desarrollo estratégico del recurso humano que conforma el Hospital, que incluye un equipo capacitado, que le fomenten y permitan el desarrollo de competencias (Programa de Capacitación), motivados por su labor (Programa de Bienestar e Incentivos), que se sientan seguros (Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo).

Programa de Bienestar 2019: En el año 2019 Se realizaron 43 actividades de Bienestar que beneficiaron 15409 participantes, entre Servidores, Familiares de Servidores, Contratistas y Colaboradores; con una inversión 1.016.796.237 para la vigencia.

Programa de Capacitación 2019: Presento una inversión de \$372.510.856, con una ejecución del 77.12%

Frente a los cambios que nos propone la globalización y las nuevas tecnologías, finalizando el 2019 contamos con servidores de diferentes generaciones los cuales nos retan a proyectarnos como Institución de Futuro, evaluando las potencialidades y adecuándonos a sus necesidades y expectativas.

Distribución de servidores por generación



Fuente: Dirección Gestión Humana

GRI 401-1 Rotación de Personal y nueva contratación



Rotación de personal

- El Hospital General de Medellín cuenta con un Plan de Provisión con los lineamientos definidos por norma para la planeación de los recursos humanos, para identificar necesidades y estructurar la gestión del talento humano como una estrategia organizacional.
- Durante el 2019 el Hospital movido por un contexto de cambio cómo fue la Provisión de empleos de Carrera Administrativa por Convocatoria 426 de 2016 de la Comisión Nacional del Servicios Civil presento una rotación alta de recurso humano que genera varias consecuencias de impacto para la organización que afecta su habitual conducta que genera costos adicionales por los procesos de ingreso de personal, perdida de la curva de aprendizaje de la entidad ya adquirida y que afecta considerablemente la reputación.
- Durante el 2019 ingresaron 483 servidores de los cuales el 90.68% ingresaron por la Convocatoria en mención y los retiros de personal para el mismo periodo fue de 478 servidores. La tasa de rotación para el periodo fue de 43.52%, se deja la claridad que un número representativo continuo trabando para la entidad bajo otra modalidad que les garantizo estabilidad laboral.

Logros del Plan de Acción 2019:

En la implementación del modelo de gestión por competencias, se realizaron acciones importantes durante el 2019 en respaldo a la vinculación de recurso humano que ingresa por la convocatoria 426 del CNSC del 2016 cómo: adaptar las dimensiones de Talento Humano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y disponer así de información oportuna y actualizada para una adecuada gestión del recurso humano.

Con el acompañamiento del SENA se identificaron las Normas Sectoriales de Competencias Laborales NSCL aplicables donde se certificaron 69 auxiliares de enfermería en control de infecciones y asistencia de pacientes quirúrgicos y se entrega por parte del SENA la evaluación de los resultados.

El siguiente cuadro nos muestra el despliegue de las diferentes campañas de Cultura dirigidas al recurso humano del Hospital que incluye a servidores, colaboradores y terceros, el cual se fortaleció con un plan de comunicaciones que impacto positivamente en las metas trazadas evaluadas por medio de actividades participativas construidas para mejorar la adhesión a las campañas llegando a un 94.3% de personas y desarrollando en ellas competencias del SER y del HACER.



Fuente: Área Gestión Humana.

OBJETIVO 5. Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad

Programa Estratégico "Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad"

Proyecto "Gestionar la acreditación con excelencia" y "Consolidación del Sistema de Gestión Integral de la Calidad".

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	97,4%
---------------------------	-------

Somos el Primer Hospital Público en Colombia en contar con la Acreditación en Salud.



En el Ranking de mejores Clínicas y Hospitales de Latinoamérica realizado por América Economía Cluster Salud en octubre de 2019; ocupamos el puesto 33, para Colombia el puesto 9 y el Primer Hospital Público en Colombia.



Único Hospital Público de Latinoamérica con un Laboratorio de Cocreación.



- Único Hospital del Departamento de Antioquia con un Banco de Leche Humana.



- Certificado como Hospital Universitario.
- Certificado Compensación Huella de Carbono por la Corporación Fenalco Solidario



- Referente en Colombia con el **Programa de Seguridad del Paciente** al adoptar estrategia de la OMS de los 5 momentos de la higiene de manos y por tener una cultura del reporte de eventos adversos. Certificado en Buenas Prácticas Clínicas, lo que le permite contar con un Centro de Ensayos Clínicos para el desarrollo de investigación y experimentación en humanos.

Reconocimientos Obtenidos durante el 2019

2019: ASUG - Colombia, hace un reconocimiento especial al Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. en su convocatoria de reconocimiento al logro 2019, por el proyecto: Consolidación Sistemática de la Información del H.G.M. a través del B1 como herramienta para la toma de decisiones.

2019: Recertificación de Gestión Ambiental ISO 14001 versión 2015 y Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo OSHAS 18000.

2019: Reconocimiento al Hospital General de Medellín - Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. por la Corporación FENALCO SOLIDARIO, por su compromiso con la Responsabilidad Social de los colombianos.

2019: Hospital certificado en estrategia IAMII - certificación al Hospital General de Medellín, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en la estrategia IAMII (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia).

2019: El Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, recibe por parte del ICONTEC nuevamente el reconocimiento en la categoría de Institución Acreditada en Salud, en cumplimiento de lo dispuesto por la reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

2019: Reconocimiento entregado al Hospital, con el Galardón Nacional Hospital Seguro en el XIII Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas, organizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC.

2019: Informe MERCO, mejor empresa del sector público que mejor retiene su personal.

2018: Reconocimiento Innovador de América por Colombia “Sebastián Torres” - Laboratorio de Cocreación | CES | EIA

Logros del Plan de Acción 2019:

Se ajusta el enfoque organizacional al proceso de Gestión de la Planeación mediante la creación de una política que respalde el proceso adicionalmente se creó el procedimiento de gestión integral de riesgos y un comité de gestores de riesgos para poder llevar a cabo las acciones al respecto.

La caracterización de proceso de ajuste de acuerdo al marco normativo que nos obliga como entidad pública a implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, donde se capacitaron a 25 servidores que tienen relación directa con lo requerido por el modelo.

Se ajustó la matriz de integración para la ejecución de los doce (12) planes incluidos en el MIPG, logrando normalizarse los siguientes planes:

- Plan Institucional de Archivos de la Entidad –PINAR
- Plan de Previsión de Recursos Humanos
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan Institucional de Capacitación
- Plan de Incentivos Institucionales
- Plan de trabajo anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Por ajustar

- Plan Anual de Adquisiciones
- Plan Anual de Vacantes

OBJETIVO 6. Consolidar la Institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y Gestión pública.

Programa Estratégico “Modelo de gobierno corporativo público”

Proyecto “Cumplimiento de estándares norma ISO 31000” y “Gobierno Digital”

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	86,5%
---------------------------	--------------

Fortalecer el modelo de gestión mediante la adopción de buenas prácticas de gobierno corporativo público verificables, controlables y asegurables; que contribuyan al logro de los objetivos de la Institución y a la administración de los riesgos en el ciclo PHVA.

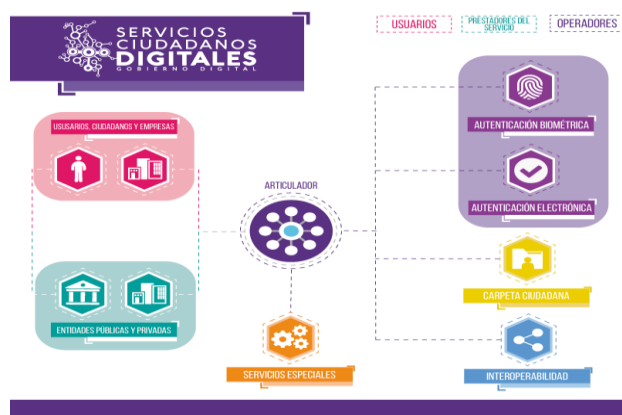
Durante el 2019 se construye la **Política de Planeación**, adicionalmente se creó dentro del proceso de planeación el procedimiento del Sistema de Gestión Integral de Riesgos, el cual está normalizado en el mapa de procesos; también se creó el Manual de Riesgos y se puede visualizar en el mapa de procesos; y se creara el Comité de Gestores de Riesgos el cual fue aprobado por la junta directiva el 13 de diciembre de 2019.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hacen ajustes en la caracterización del proceso de planeación, incorporando los riesgos del proceso y la cadena cliente proveedor.



Con la Política Gobierno Digital, se genera un nuevo enfoque donde los diferentes actores de acuerdo a las necesidades y problemáticas del contexto determinan el uso de la tecnología y la forma como esta puede aportar en la generación de valor público.

Por lo tanto, el Hospital se compromete en promover el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones para consolidar un Estado y ciudadanos competitivos, proactivos e innovadores en un ambiente de confianza digital.



Logros del Plan de Acción 2019:

Se gestionó por cada uno de los líderes de los procesos el formato “registro de materialización de riesgos”, el cual es llevado a un plan de intervenciones para que los mismos líderes gestionen los riesgos hasta lograr su control.

Se identificaron los datos abiertos a publicar durante la vigencia con la matriz correspondiente.

Dando cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 se realiza la publicación de Transparencia y acceso a la información pública.

OBJETIVO 7. Incrementar la Generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud

Programa Estratégico: Investigación, docencia e innovación.

Proyecto: Generar capacidades de innovación, consolidación del HGM como un hospital universitario, consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	95,3%
---------------------------	--------------

Gestión de la Innovación: Tanto la innovación, desarrollo tecnológico y democratización de las herramientas e instrumentos del sector salud, son la apuesta del Laboratorio de cocreación del Hospital General de Medellín. Esta iniciativa ha buscado generar una sinergia e interacción entre médicos, personal asistencial e ingenieros para el desarrollo de ideas que generen soluciones a problemas reales y de esta manera contribuir al desarrollo de tecnologías propias y democráticas en este sector.

El proyecto “Generar capacidades de Innovación” está directamente relacionado con el proceso gestión de la innovación que tiene como fin generar productos de innovación del tipo estructura organizacional, proceso, servicio, relacionamiento y estrategia de

marketing, o mejorar los existentes, con el propósito de potenciar la excelencia organizacional y su competitividad.

Logros Plan de Acción 2019:

Se creó el procedimiento de medición, análisis y mejora. Se generó una herramienta para realizar procesos de autoevaluación y auditorías internas realizadas por externos.

Se creó el manual del Laboratorio de Cocreación y se integró como documento normalizado en el mapa de procesos de la institución.

Se realizó la auditoría basada en la NTC 5801 / 5802 al proceso de gestión de la innovación y se involucró en la auditoría el proceso de Docencia, servicio e investigación, con el fin de crear y fortalecer un centro de I+D+i.

La gestión de los proyectos se realizó a través de una herramienta propia diseñada a partir de la mezcla de metodologías de seguimiento de proyectos: Project Management y la metodología ágil SCRUM. Bajo estas dos metodologías se tomaron los componentes para realizar una acción ágil de los proyectos y se programó y se creó el aplicativo se hace de manera permanente el seguimiento.

Se realizó proyecto de simulación laparoscópica con la Universidad UPB, 2019 y genero un dispositivo de simulación quirúrgica, se realizará en entrenamiento de cirujanos, enfocado a que la cirugía sea de bajo costo.

Se creó un micrositio en la web del hospital para la divulgación de los temas de gestión de la innovación: https://www.hgm.gov.co/lab_cocreacion/

Se fortalece el inventario del Laboratorio con la compra y adquisición de más de 500 elementos diferentes para su funcionamiento entre insumos, maquinaria y dotación. La ejecución presupuestal de los años 2018 y 2019, permitió dotar el laboratorio de una zona completa de prototipado electrónico, una impresora 3D de alto formato que se suma a las dos impresoras de pequeño formato con las que contaba el laboratorio; se adquirió una impresora 3D de resinas y todo el kit de acabado y curado; se tiene, además, una termo formadora; se aumentó la funcionalidad de la cortadora láser-CNC, se dotó de herramientas básicas, además, de herramientas de corte. Se adquirieron equipos de cómputo de alto rendimiento para el diseño, programación y simulación de proyectos.

Se firmaron convenios de prácticas con instituciones universitarias, con la finalidad de acceder a todas las facultades, expandiendo nuestra interacción con cualquier facultad diferente a las facultades de ciencias de la salud.

Se realizaron procesos formativos, con estudiantes de la Universidad EIA y Universidad CES, que estuvieron coordinados en compañía del comité técnico del Laboratorio de Cocreación en salud. Además, se capacitó al personal asistencial en el uso de la tecnología desarrollada en el laboratorio

Difusión técnica y transferencia de conocimiento:

Artículo - Ponencia: Maduración del proceso de innovación, alineado a la cuarta revolución industrial, en una institución de salud pública en Colombia. Evento: ALTEC 2019 Medellín - Colombia

Póster – Ponencia: LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA: UN MECANISMO QUE DINAMIZA LOS PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS Y MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ”. Evento: Experiencias exitosas OES, Cartagena 2019.

Se realiza la autoevaluación al cumplimiento de las NTC 5801 / 5802 en el 2018 en el proceso de gestión de la innovación, se realiza auditoria externa y se formula un plan de trabajo para cerrar las brechas al cual se le hará seguimiento en planes de mejoramiento.

Desarrollos durante la Vigencia:



Docencia Servicio e Investigaciones:

El proyecto “Consolidación del HGM como un hospital Universitario”, relacionado con la gestión relación docencia servicio, tiene como fin contribuir con la formación del talento humano en salud, así como el fortalecimiento de la Investigación, por medio de relaciones de mutuo beneficio con Instituciones Educativas, apoyando su objeto de practica formativa.

Logros Plan de Acción 2019:

En el centro de ensayos clínicos viene avanzando de manera vertiginosa en la búsqueda de desarrollo científico para enfrentar enfermedades huérfanas.

Durante el año 2019 se genera conocimiento científico por medio de la investigación; las realizadas por colaboradores con la industria y las publicaciones indexadas. En el 2019 se aprobaron 52 proyectos de los cuales el 64% son propios del hospital y fueron publicados 6 de 10.

Se constituyó el grupo de gestores docentes por especialidad con nueve (9) especialistas que recibieron el entrenamiento para el diseño de programas académicos y en la evaluación.

La variabilidad de estudiantes

Convenios Docencia Servicio	2018	2019	Variabilidad
Pregrado	5.449	6.080	12%
Residentes	570	615	8%
Total estudiantes	7.878	8.212	4%

Fuente: Área investigación y docencia.

OBJETIVO 8. Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros.

Programa Estratégico: Adecuación y mejoramiento de la infraestructura física.

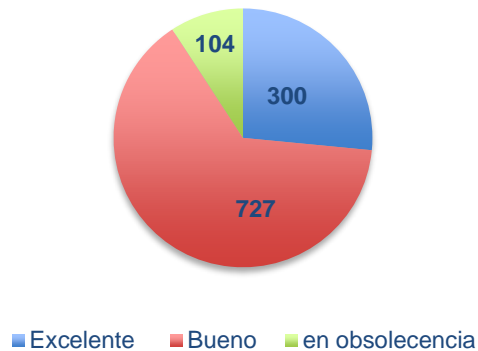
CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	94,4%
---------------------------	--------------

Programa Estratégico: Gestión Tecnológica

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	82,1%
---------------------------	--------------

Evaluación de obsolescencia tecnológica: Equipos evaluados 1.131, inversión de la renovación por \$. 9,335,058,940

Condición de los equipos



Fuente: Área de Sistemas

Logros del Plan de Acción 2019:

En el programa de control de emisiones atmosféricas midió la Huella de Carbono para el 2018 generada por la actividad del hospital, dando un resultado de compensación ambiental por 5.700 árboles que serán plantados en bosques protegidos del municipio de Cauca, reconocimiento de la Corporación Fenalco Solidario. Esto se logró a un proceso bien logrado de sensibilización y cultura ambiental dentro del Hospital que inicio en el 2015.

Se formuló el plan de movilidad sostenible adaptándonos a los componentes definidos por el Área Metropolitana, el mismo fue aprobado y radicado ante las autoridades ambientales para su implementación.

Evaluación del Plan de Acción 2019

Evaluación de Programas y Proyectos

N°	PROGRAMAS PLAN DE DESARROLLO	% DE EJECUCIÓN PONDERADO PROGRAMA	PROYECTOS	% DE EJECUCIÓN PONDERADO PROYECTO
1	Atención centrada en el usuario	87,5%	1.1 Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.	100,0%
			1.2.Revisión y actualización de la estructura organizacional	75,0%
2	Programas de Práctica Clínica	97,5%	2.1 Unidad para la atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas.	97,5%
3	Competitividad	87,5%	3.1 Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos.	75,0%
			3.2 Obtener tarifas competitivas manteniendo el margen.	100,0%
4	Capital Humano	100,0%	4.1 Implementar un modelo de gestión por competencias.	100,0%
			4.2 Fortalecimiento de la cultura organizacional.	100,0%
5	Fortalecimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad	97,4%	5.1 Cumplimiento -Adopción- de estándares nacionales e internacionales.	94,7%
			5.2 Consolidación del sistema de gestión integral de la calidad.	100,0%
6	Modelo de gobierno corporativo público	86,5%	6.1 Cumplimiento de estándares de la norma ISO 31000 (Gestión de Riesgos).	100,0%
			6.2 Gobierno Digital	73,1%
7	Investigación, Desarrollo e Innovación	95,3%	7.1 Generar capacidades de innovación.	94,0%
			7.2 Consolidación del HGM como hospital universitario.	94,0%
			7.3 Consolidación y fortalecimiento del centro de ensayos clínicos.	100,0%
8.1	Adecuación y mejoramiento de infraestructura física	94,4%	8.1.1 Adecuación del servicio diagnóstico cardiovascular, laboratorio de función pulmonar y electrodiagnóstico.	100,0%
			8.1.2. Remodelación de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCI P) y de la Unidad de Cuidados Intermedios Pediatría (UCE P)	NA
			8.1.3 Adecuación y dotación Unidad de Cuidados Intermedios Adultos Piso 7 Torre Sur.	100,0%
			8.1.4. Adecuación de la Unidad de Protección Microbiológica del Piso 10 de la Torre Norte.	100,0%
			8.1.5 Plan maestro de sostenibilidad ambiental.	77,5%
8.2	Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica	82,1%	8.2.1 Gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial.	75,0%
			8.2.2 Cumplimiento de estándares de la norma ISO 27000 (Seguridad de la información).	81,2%
			8.2.3 Desarrollo del sistema de información e informática.	90,0%
Subtotal Programas Plan de Desarrollo		92,0%		

Fuente: Oficina de Calidad y Planeación

Evaluación de Macroprocesos

Atención Integral en Salud	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Atención en servicios ambulatorios y de urgencias	Atención consulta urgente	65.698	60.302	91.78%
	Atención consulta electiva	67.054	68.159	101.64%
	Programas especiales de P y P "Madre canguro"	6.084	6.040	110.27%
Proceso: Atención en apoyo diagnóstico	Prestación de servicios de salud en Imagenología	97.128	93.797	96.39%
	Realización de exámenes procedimientos de banco de sangre	129.491	117.967	93.42%

Atención Integral en Salud	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Atención en banco de sangre, laboratorio clínico y patología	Producción de patología	38.441	38.981	138.39%
	Producción del laboratorio clínico	551.746	562.435	112.06%
Proceso: Atención en clínicas quirúrgicas y en ginecobstetricia	Prestar servicios de salud en cirugía	7.130	6.614	92.76%
	Prestar servicios de salud en ginecobstetricia	5.850	5.124	105.47%
Proceso: Atención en hospitalización	Egresos hospitalarios realizados	22.387	22.988	108.43%
Proceso: Gestión Farmacéutica	Realizar actividades de complementación terapéutica	410.140	414.606	97.23%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	104,6%
---------------------------	---------------

Programa de Práctica Clínica	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Programas de Práctica Clínica	pacientes en el programa RCIU	600	513	85.50%
	pacientes de Alto Riesgo Obstétrico ARO	1.000	1195	119.50%
	Programa ACEPTO	36	56	155.56%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	120,2%
---------------------------	---------------

Gestión Financiera	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Gestión Financiera	Facturar los servicios de atención en salud (misionales) prestados de forma oportuna	30,0%	28,5%	95,00%
	Otros servicios (no misionales)	12,0%	10,7%	89,17%
	Disminuir la glosa primera vez 40% del al 33%	18,0%	18,0%	100,00%
	Realizar cierre mensual del proceso de facturación al 95% de las facturas	20,0%	19,6%	98,00%

Gestión Financiera	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
	Radicar oportunamente el 95% la facturación	20,0%	19,5%	97,50%
	Responder el 100% de la glosa	40,0%	32,0%	80,00%
	lograr una glosa final o definitiva menor al 3%	60,0%	60,0%	100,00%
	Gestionar compras de cartera y giro directo con las diferentes entidades	70,0%	87%	123,57%
	Realización de 200 conciliaciones con las empresas deudoras (33,3 por bimestre)	10,0%	10,0%	100,00%
	Gestión y seguimiento al proceso de cobro jurídico	10,0%	10,0%	100,0%
	Rotación de cartera con provisión (Meta: menor de 300 días)	300	522	57,47%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	100,1%
---------------------------	---------------

Programa de Gestión Humana	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Programas de Gestión Humana	Proporción de ejecución presupuestal del plan de capacitación.	50,0%	39%	77%
	Proporción de cumplimiento de la ejecución del plan de capacitación institucional	50,0%	50,0%	100,00%
	Proporción de ejecución presupuestal del plan de bienestar laboral	50,0%	44,0%	88,00%
	Proporción de cumplimiento de la ejecución del plan de bienestar laboral	50,0%	50,0%	100,00%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	91,5%
---------------------------	--------------

Gestión Integral de la Calidad	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Gestión Integral de la Calidad	Rondas de Seguridad	250	220	88,00%
	Paciente trazador	63	58	92,06%

Gestión Integral de la Calidad	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
	Visitas de Calidad	32	32	100,00%
	Gestión de eventos adversos	95,0%	95,1%	100,08%
	Dar respuesta a todos los usuarios que establecieron contacto con el HGM.	100,0%	70,0%	70,00%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	82,5%
---------------------------	--------------

Evaluación y Control	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Evaluación y Control	1. Elaborar Informe Anual de Estado del Sistema Institucional de Control Interno.	100,00%	100,00%	100,00%
	2. Elaborar Informe Cuatrimestral del Estado del Sistema Institucional de Control Interno. (3).	100,00%	100,00%	100,00%
	3. Elaborar Informe evaluación por dependencias.	100,00%	100,00%	100,00%
	4. Elaborar Informe del Sistema de Control Interno Contable.	100,00%	100,00%	100,00%
	5. Elaborar Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.	100,00%	100,00%	100,00%
	6. Elaborar Informe de Evaluación de Percepción Ética.	100,00%	100,00%	100,00%
	7. Elaborar Informe de Seguimiento al Modelo de Mejoramiento Institucional.	100,00%	100,00%	100,00%
	8. Elaborar Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento.	100,00%	100,00%	100,00%
	9. Elaborar Informe de evaluación al proceso de quejas y reclamos.	100,00%	100,00%	100,00%
	10. Verificar Informe Legalidad del Software - Derechos de autor.	100,00%	100,00%	100,00%
	1. Elaborar Informe Anual de Estado del Sistema Institucional de Control Interno.	100,00%	100,00%	100,00%
	11. Formular y ejecutar el Plan Anual de Auditorías Interna. PAAI.	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	100,0%
---------------------------	---------------

Investigación, docencia e innovación	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Investigación, docencia e innovación	Supervisión de prácticas formativas	312	717	100,00%
	Monitorización proyectos de investigación en curso	96	102	106,25%
	Monitorización proyectos de investigación nuevos	36	57	158,33%
	Cumplimiento al reclutamiento de pacientes por tipo de protocolo	10	73	100,00%
	Rondas Hospitalarias	12	12	100,00%
	Suscripción de nuevos convenios	2	2	100,00%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	107,2%
---------------------------	---------------

Gestión de Recursos Físicos	Actividades asistenciales	Programado	Ejecutado	%
Proceso: Gestión de Recursos Físicos	Planificar, ejecutar y realizar seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de la Infraestructura física	29.655	24.963	79,50%
	Mantenimiento preventivo de estaciones	25,0%	21,2%	84,80%
	Gestión de infraestructura, redes y backups no SAP	25,0%	25,0%	100,00%
	Gestión de requerimientos e incidentes	16,7%	16,2%	97,20%
	Gestión de activos	16,7%	16,7%	100,00%
	Gestión de la plataforma SAP	100,0%	100%	100,00%

Fuente: Evaluación Plan de Acción 2019

CUMPLIMIENTO POR PROGRAMA	91,7%
---------------------------	--------------

N°	GESTIÓN DE MACROPROCESOS	% DE EJECUCIÓN PONDERADO	PROCESOS	% DE EJECUCIÓN PONDERADO
1	Atención Integral en Salud	<div><div></div>104,6%</div>	Ambulatorios	<div><div></div>96,9%</div>
			Banco de sangre	<div><div></div>93,4%</div>
			Hospitalización	<div><div></div>108,4%</div>
			Imagenología	<div><div></div>96,4%</div>
			Patología	<div><div></div>138,4%</div>
			Laboratorio clínico	<div><div></div>112,1%</div>
			Farmacia	<div><div></div>97,2%</div>
			Cirugía	<div><div></div>92,8%</div>
	Partos, cesáreas y cirugía ginecológica	<div><div></div>105,5%</div>		
2	Programas de Práctica Clínica	<div><div></div>120,2%</div>	Programa Comparto y Acepto	<div><div></div>120,2%</div>
3	Gestión Financiera	<div><div></div>100,1%</div>	Gestión de la Facturación	<div><div></div>96,3%</div>
			Gestión de Glosas	<div><div></div>92,0%</div>
			Gestión de Cartera	<div><div></div>95,3%</div>
			Gestión de Tesorería	<div><div></div>116,9%</div>
4	Gestión Humana	<div><div></div>100,0%</div>	Programa de capacitación	<div><div></div>100,0%</div>
			Programa de bienestar laboral	<div><div></div>100,0%</div>
5	Gestión Integral de Calidad	<div><div></div>82,5%</div>	Ejecución de las estrategias del programa de seguridad del paciente.	<div><div></div>95,0%</div>
			Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.	<div><div></div>70,0%</div>
6	Evaluación y Control de la gestión	<div><div></div>100,0%</div>	Evaluación y verificación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI. Elaboración de informes legales	<div><div></div>100,0%</div>
			Evaluación y verificación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI	<div><div></div>100,0%</div>
7	Investigación, Docencia, e innovación	<div><div></div>107,2%</div>	Consolidación del HGM como un hospital Universitario	<div><div></div>121,5%</div>
			Consolidación y fortalecimiento del Centro de Ensayos Clínicos	<div><div></div>100,0%</div>
			Generar Capacidades de Innovación	<div><div></div>100,0%</div>
8	Gestión de Recursos Físicos	<div><div></div>91,7%</div>	Mantenimiento preventivo de la Infraestructura física	<div><div></div>79,5%</div>
			Administración de la infraestructura informática	<div><div></div>95,5%</div>
			Gestión de la plataforma SAP	<div><div></div>100,0%</div>
Subtotal Gestión de Procesos		<div><div></div>100,8%</div>		

Fuente: Oficina de Calidad y Planeación