



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012-2016

SANTIAGO CAICEDO RESTREPO – GERENTE –



2012



JUNTA DIRECTIVA

SR. SERGIO RESTREPO BETANCUR
Alcalde municipal

DRA. ALEXANDRA HERRERA QUIJANO
Directora Local de Salud

DRA. GLORIA MARÍA LONDOÑO GIRALDO
Profesional área salud de la E.S.E.

DRA. GLORIA INÉS PALACIO PALACIO
Profesional área administrativa de la E.S.E.

SR. SAMUEL LÓPEZ DIOSA
Representante de la Asociación de Usuarios

GERENTE

DR. SANTIAGO CAICEDO RESTREPO



COMITÉ DIRECTIVO

CLAUDIA SOLEDAD CUERVO MESA.
Subgerente Administrativa

GLORIA INÉS PALACIO PALACIO
Subgerente Financiera.

DR. RICARDO PEÑA DAZA.
Subgerente Atención Al Usuario

DRA. MARÍA ISABEL AGUDELO MESA.
Odontóloga

GLORIA LUZ QUIJANO PALACIO.
Técnico Área de la Salud. Farmacia

DRA. GLORIA MARÍA LONDOÑO GIRALDO.
Profesional Universitario Área De La Salud Bacterióloga

MARTHA LUZ ACEVEDO MOLINA.
Enfermera

SERGIO ADRIÁN AGUDELO ALZATE.
Enfermero

CLAUDIA ORTIZ OSPINA
Auxiliar Administrativa (Siau)

YURI ANDREA RESTREPO ARDILA
Secretaria



TABLA DE CONTENIDO

I. ANÁLISIS DE CONTEXTOS.....	12
A. CONTEXTO INTERNACIONAL.....	12
1. LA SALUD Y EL DESARROLLO.....	12
2. INFORME DE LA OMS.....	13
a) ASPECTOS CLAVES.....	14
(1) COBERTURA UNIVERSAL.....	14
(2) ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS.....	14
(3) POLÍTICAS SALUDABLES.....	14
(4) LIDERAZGO.....	14
b) DEFICIENCIAS COMUNES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	15
(1) ATENCIÓN INVERSA.....	15
(2) ATENCIÓN EMPOBRECEDORA.....	15
(3) ATENCIÓN FRAGMENTADA.....	15
(4) ATENCIÓN PELIGROSA.....	15
(5) MALA ORIENTACIÓN DE LA ATENCIÓN.....	15
c) REFORMAS QUE SE PROPONEN.....	16
d) INFORME OMS 2012.....	16
3. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS.....	17
a) GENERALIDADES.....	17
(1) INDICADORES DE AVANCES DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS.....	17
(2) DEMOGRAFÍA.....	18
(3) LA EDUCACIÓN.....	19
(4) EL MEDIO AMBIENTE.....	19
(5) LA GLOBALIZACIÓN.....	20
(6) LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA.....	21
b) CONTEXTO ECONÓMICO.....	22
(1) EVOLUCIÓN ESPERADA.....	23
(2) LA CRISIS.....	24
(3) POBREZA.....	25



(4) DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO	26
4. TRATADO DE LIBRE COMERCIO CON LOS EEUU	26
a) INTRODUCCIÓN	27
(1) TLC Y SALUD	28
b) ANTECEDENTES DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO.....	28
c) ACUERDO EN PROPIEDAD INTELECTUAL EN TLC DEJÓ A SALVO SALUD PÚBLICA.....	30
(1) COMUNICADO	31
d) DEBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO IMPIDE OBTENER BENEFICIOS CON EL TLC.....	32
B. CONTEXTO NACIONAL	33
1. ASPECTOS GENERALES.....	34
a) LA EDUCACIÓN EN COLOMBIA	34
b) LA CULTURA	34
c) ASEGURAMIENTO.....	35
d) PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	36
e) SALUD PÚBLICA	37
f) LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA DE COLOMBIA, SUS DESAFÍOS Y RELACIONES CON EL CRECIMIENTO ECONÓMICO	37
g) FACTORES DE CRECIMIENTO ECONÓMICO.....	38
2. POLÍTICAS SOCIALES TRANSVERSALES.....	39
a) ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	39
b) ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA	40
(1) RED UNIDOS PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA.....	41
(2) OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	41
c) INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	42
d) DISCAPACIDAD.....	43
e) SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	44
f) GÉNERO.....	44
3. SITUACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA	45
a) PROYECCIÓN POBLACIONAL	45
4. INDICADORES	47
a) AFILIADOS POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	47
5. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA	47
a) REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD	47



(1) POBREZA Y POBLACIÓN VULNERABLE.....	48
(a) ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL PARA COLOMBIA.....	49
(b) ¿QUIÉN SE CONSIDERA MULTIDIMENSIONALMENTE POBRE?.....	50
(c) PERSONAS MULTIDIMENSIONALMENTE POBRES EN COLOMBIA.....	50
(2) MERCADO Y RELACIONES LABORALES.....	51
(a) DINÁMICA DE LA OFERTA DE TRABAJO.....	51
(b) INFORMALIDAD.....	53
(c) METAS Y ACCIONES REQUERIDAS.....	53
(i) Dinamizar y formalizar la demanda de empleo.....	54
(ii) Trabajo decente, diálogo social y concertación.....	56
(iii) Reducción del trabajo infantil y juvenil.....	56
(iv) Inserción de las familias en el Sistema de Protección Social.....	56
6. PLAN DE DESARROLLO "PROSPERIDAD PARA TODOS".....	58
a) PILARES DEL PLAN.....	58
b) LOCOMOTORAS PARA EL CRECIMIENTO Y LA GENERACIÓN DE EMPLEO.....	58
c) IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL.....	59
d) CONSOLIDACIÓN DE LA PAZ.....	62
(1) SEGURIDAD -ORDEN PÚBLICO Y SEGURIDAD CIUDADANA.....	63
(2) JUSTICIA.....	63
(3) DERECHOS HUMANOS (DDHH), DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO (DIH) Y JUSTICIA TRANSICIONAL.....	64
e) PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CAPITAL SOCIAL.....	64
C. CONTEXTO DEPARTAMENTAL.....	65
1. PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL.....	65
a) ANTIOQUIA ES INCLUYENTE Y SOCIAL.....	65
(1) CONDICIONES BÁSICAS.....	66
(2) PROGRAMA: ANTIOQUIA SANA.....	68
(a) PROYECTO: ASEGURAMIENTO.....	68
(b) PROYECTO: PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD.....	68
(c) PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA.....	69
(d) PROYECTO: REGULACIÓN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES.....	69
(e) PROYECTO: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA SSSA Y DE LOS ACTORES DEL SGSSS.....	70



D. CONTEXTO MUNICIPAL.....	70
1. HISTORIA DEL MUNICIPIO DE CONCORDIA.....	70
2. GENERALIDADES.....	71
a) UBICACIÓN.....	72
b) VÍAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE.....	72
(1) TERRESTRES.....	72
(2) FLUVIALES.....	72
3. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	73
a) HABITANTES.....	73
(1) DISTRIBUCIÓN POR SEXO.....	73
(2) DISTRIBUCIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA.....	73
b) DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.....	74
4. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).....	74
a) RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	74
b) RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.....	75
5. EDUCACIÓN.....	75
6. INDUSTRIA Y COMERCIO.....	76
7. EMPLEO.....	76
8. ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO.....	77
9. COMPONENTE DE SALUD EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL.....	78
a) PROGRAMA: SALUD PARA TODOS.....	78
(1) OBJETIVO.....	78
(2) META.....	78
(3) ESTRATEGIAS.....	78
(4) PROYECTOS.....	78
10. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN EL ÁMBITO MUNICIPAL.....	79
a) MARCO JURÍDICO.....	80
b) RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL.....	82
c) COMPLEJIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	84
(1) PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	84
(a) CONSULTA EXTERNA.....	84
(b) HOSPITALIZACIÓN.....	84



(c) PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	84
(d) AYUDAS DIAGNÓSTICAS	85
(e) TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO.....	85
(2) PRODUCCIÓN	86
d) MORBILIDAD ATENDIDA POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.....	87
(1) CONSULTA EXTERNA.....	87
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA.....	87
MORBILIDAD ATENDIDA POR CONSULTA EXTERNA 2011	87
(2) URGENCIAS	88
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA.....	88
MORBILIDAD ATENDIDA POR URGENCIAS 2011	88
(3) HOSPITALIZACIÓN.....	89
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA.....	89
MORBILIDAD ATENDIDA POR HOSPITALIZACIÓN 2011.....	89
e) DIAGNÓSTICO Y PRODUCCIÓN POR SERVICIOS	90
(1) CONSULTA EXTERNA.....	90
(2) ODONTOLOGÍA.....	90
(3) CONTROLES MÉDICOS DE P Y P	91
(4) CONTROLES DE ENFERMERÍA P Y P.....	92
(5) CITOLOGÍAS.....	92
(6) HIGIENE ORAL	93
(7) COBERTURAS EN VACUNACIÓN.....	94
(8) ACTIVIDADES DE MEDICINA LEGAL.....	95
(9) URGENCIAS (número de atenciones)	96
(10) HOSPITALIZACIÓN	96
(11) LABORATORIO	97
(12) MONITOREOS NO INVASIVOS	98
(13) RAYOS X Y ECOGRÁFIAS	98
f) EVALUACIÓN TÉCNICO FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	100
(1) PRESUPUESTO PARA EL 2012.....	100
(a) INGRESOS.....	100
(b) GASTOS.....	101



(2) ESTADO DE RESULTADOS.....	102
(a) COMENTARIOS.....	102
(3) INDICADORES FINANCIEROS.....	103
(a) ESTADO DE RESULTADOS.....	103
(b) LIQUIDEZ.....	103
(c) SOLIDEZ.....	104
(d) ENDEUDAMIENTO.....	104
(e) PUNTO DE EQUILIBRIO.....	105
(4) FACTURACIÓN 2007 – 2011.....	106
(a) POR ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO.....	106
(b) TOTAL POR AÑO.....	107
(5) PLANTA DE CARGOS.....	108
(a) ADMINISTRATIVOS.....	108
(b) ASISTENCIALES.....	109
II. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA.....	110
A. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	110
1. MISIÓN.....	110
2. VISIÓN.....	110
3. FILOSOFÍA DE LA INSTITUCIÓN.....	110
4. PRINCIPIOS.....	111
5. OBJETIVOS.....	111
6. POLÍTICAS.....	112
B. MARCO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA.....	112
1. PAPEL DE LAS IPS EN LA SALUD PÚBLICA.....	113
2. PRINCIPIOS QUE ORIENTAN LA GESTIÓN.....	113
3. GESTIÓN EMPRESARIAL.....	114
4. LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL MERCADO DE LA SALUD.....	114
5. MODELO DE DESARROLLO EMPRESARIAL.....	115
a) DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	115
b) LIDERAZGO.....	115
c) SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES.....	116
d) GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.....	116



e) PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	116
f) GERENCIA DE LOS PROCESOS FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS	116
g) GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.....	116
h) DESARROLLO SOSTENIBLE.....	116
i) GARANTÍA DE LA CALIDAD	117
j) PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	117
k) INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA	117
C. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	118
1. INTERNO.....	118
a) FORTALEZAS.....	119
b) DEBILIDADES.....	126
2. EXTERNO.....	133
a) OPORTUNIDADES.....	134
b) AMENAZAS.....	135
D. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	137
1. FACTORES PRIORIZADOS	138
a) INTERNOS.....	138
b) EXTERNOS.....	138
2. VALORACIÓN INTERNA.....	139
3. VALORACIÓN EXTERNA.....	140
4. MATRIZ INTERNO EXTERNA.....	141
III. PROGRAMAS Y PROYECTOS.....	142
A. GESTIÓN GERENCIAL	142
1. POLÍTICA.....	142
2. PROYECTOS.....	142
B. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.....	143
1. POLÍTICA.....	143
2. PROYECTOS.....	143
C. GARANTÍA DE LA CALIDAD	144
1. POLÍTICA.....	144
2. PROYECTOS.....	144
D. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	145



1. POLÍTICA.....	145
2. PROYECTOS.....	145
E. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	146
1. POLÍTICA.....	146
2. PROYECTOS.....	146
F. SISTEMAS E INFORMÁTICA.....	147
1. POLÍTICA.....	147
2. PROYECTOS.....	147
G. GESTIÓN AMBIENTAL.....	147
1. POLÍTICA.....	147
2. PROYECTOS.....	147
H. PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	148
1. POLÍTICA.....	148
2. PROYECTOS.....	148
I. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.....	148
1. POLÍTICA.....	148
2. PROYECTOS.....	148
IV. PLAN DE ACCIÓN.....	149
A. GESTIÓN GERENCIAL.....	149
B. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.....	157
C. GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	167
D. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.....	177
E. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	182
F. SISTEMAS E INFORMÁTICA.....	185
G. GESTIÓN AMBIENTAL.....	187
H. PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	189
I. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.....	191
V. PONDERACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO.....	193



I. ANÁLISIS DE CONTEXTOS

A. CONTEXTO INTERNACIONAL

1. LA SALUD Y EL DESARROLLO

En la Región de las Américas, la salud y el desarrollo humano han avanzado en los últimos 25 años. Se ha desacelerado el crecimiento demográfico, que en 2006 se redujo 1,2% en promedio, con un valor mínimo de 0,4% en los países de habla inglesa del Caribe y un máximo de 2% en América Central. La urbanización se ha expandido de 68,6% en 1980 a 78,9% en 2006.

La cobertura de los servicios básicos está aumentando en casi todas partes, si bien menos en las zonas rurales: la población en general tiene un mayor acceso a los servicios educativos, de abastecimiento de agua y de saneamiento, a la atención primaria de salud, a tecnologías eficaces en función de su costo y a las inmunizaciones.

Esta mayor cobertura ha permitido un progreso mensurable en la prevención y control de numerosas enfermedades transmisibles que hasta entonces habían representado una carga considerable. Al mismo tiempo, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en promedio seis años y ha disminuido a la mitad la incidencia de la mortalidad infantil. La desaceleración del crecimiento demográfico, la prolongación de la duración de la vida y la reducción de las defunciones por enfermedades transmisibles y trastornos perinatales son algunos de los logros más importantes vinculados con la salud en la Región.

A pesar de estos trascendentes avances en la salud regional, persisten retos importantes: enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis; diversas enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos como la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, y los accidentes y la violencia. A su vez, estos problemas de salud se originan en factores de riesgo relacionados con distintos cambios demográficos, sociales y económicos que se han producido en las Américas, como el envejecimiento de la población, las modificaciones en los regímenes alimentarios y la actividad física, además del consumo de tabaco, alcohol y drogas, y el deterioro de las estructuras sociales y de apoyo.

La gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios factores determinantes sociales, las “causas tras las causas” de la mala salud: la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y los servicios de salud, y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros.



2. INFORME DE LA OMS

"LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: MAS NECESARIA QUE NUNCA"

Informe sobre la Salud en el Mundo 2008.

Hace 30 años, la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.

Hoy en día, los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no alcanzan esos objetivos. Aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen en todo el mundo. Una de las mayores preocupaciones se refiere al costo de la atención de salud. Se trata de una preocupación realista, ya que 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años al costear la atención sanitaria. Un número aún mayor de personas no puede acceder a ningún tipo de atención de salud.

El problema radica en que los sistemas de salud y los programas de desarrollo de la salud se han convertido en un mosaico de componentes dispares. Ello se evidencia en la excesiva especialización de los países ricos y en los programas impulsados por donantes y centrados en una sola enfermedad de los países pobres. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial. En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como el SRAS, y las repercusiones del cambio climático.

«En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir», se señala en el Informe sobre la salud en el mundo 2008, titulado La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud.

Al perseguir estos cuatro objetivos de atención primaria de salud, los sistemas nacionales de salud pueden llegar a ser más coherentes, más eficientes, más equitativos y mucho más eficaces.



a) ASPECTOS CLAVES

(1) COBERTURA UNIVERSAL

Para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en la esperanza de vida, no sólo entre países, sino dentro de los países. Estas desigualdades plantean riesgos, en particular brotes de enfermedades, para todos. Ofrecer una cobertura para todos constituye un desafío económico, pero actualmente la mayoría de los sistemas se basa en pagos directos, que es el método menos equitativo y eficaz. La OMS recomienda sistemas de mancomunación de fondos y de prepago, como los planes de seguro. El Brasil comenzó a trabajar para lograr la cobertura universal en 1988, y ahora llega al 70% de la población.

(2) ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

Los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades. Cada una de las 17.000 “casas de salud” de la República Islámica del Irán presta servicio a unas 1500 personas, siendo responsables del acusado descenso de la mortalidad de las dos últimas décadas, en las que la esperanza de vida pasó de 63 años en 1990 a 71 años en 2006. La estrategia de atención primaria de salud de Nueva Zelanda, que se puso en marcha en 2001, hace hincapié en la prevención y la gestión de las enfermedades crónicas. Las “policlínicas” cubanas han contribuido a que los cubanos gocen de una de las mayores esperanzas de vida (78 años) de los países en desarrollo del mundo. El Programa de Salud Familiar del Brasil proporciona una atención de calidad a las familias en su domicilio, en las clínicas y en los hospitales.

(3) POLÍTICAS SALUDABLES

La biología no explica por sí sola muchas de las diferencias de longevidad, como la diferencia de 27 años entre los barrios ricos y pobres de Glasgow. De hecho, gran parte de lo que afecta a la salud se halla en gran medida fuera de la esfera de influencia del sector sanitario. Los Ministerios de Comercio, Medio Ambiente, Educación y otros influyen en la salud, y, sin embargo, se suele prestar muy poca atención a las decisiones de estos ministerios que afectan a la salud. La OMS considera que todas deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas” en todos los gobiernos. Ello exigirá modificar los cálculos políticos, ya que algunos de las mayores mejoras de la salud pueden lograrse por medio de programas de desarrollo desde la primera infancia y la educación de las mujeres, pero es poco probable que estos beneficios se hagan realidad durante el o los mandatos de un único político.

(4) LIDERAZGO

Los actuales sistemas de salud no se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir. Todos los componentes de la sociedad –incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud– tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado,



las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones. Las posibilidades son enormes. En la mitad de los países del mundo, los problemas de salud son la mayor preocupación personal para una tercera parte de la población. Para asumir un liderazgo sensato es necesario saber lo que funciona. Sin embargo, la investigación sobre sistemas de salud es una esfera que a menudo recibe financiación insuficiente. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, tan sólo se dedica el 0,1% del gasto del presupuesto nacional en materia de salud a la investigación sobre sistemas de salud. No obstante, la investigación es necesaria para generar las mejores pruebas científicas que sirvan de base para tomar decisiones de salud.

b) DEFICIENCIAS COMUNES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

(1) ATENCIÓN INVERSA

Las personas con más medios – cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores – son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen.. El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos.

(2) ATENCIÓN EMPOBRECEDORA

Cuando la población carece de protección social y suele tener que pagar la atención de su propio bolsillo en los puntos de prestación de servicios, puede verse enfrentada a gastos catastróficos. Más de 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años por verse obligadas a costear la atención sanitaria.

(3) ATENCIÓN FRAGMENTADA

La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre están muy fragmentados y sufren una gran falta de recursos; por otra parte, la ayuda al desarrollo a menudo acentúa esa fragmentación.

(4) ATENCIÓN PELIGROSA

Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, se registran unas tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables, que constituyen una causa subestimada de mortalidad y mala salud.

(5) MALA ORIENTACIÓN DE LA ATENCIÓN

La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad. Al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos



necesarios para mitigar las repercusiones negativas en la salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que esos otros sectores puedan aportar a la salud.

c) REFORMAS QUE SE PROPONEN

Reformas en pro de la cobertura universal

Reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud.

Reformas de la prestación de servicios

Reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: Reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores.

Reformas del liderazgo

Reformas de las políticas públicas; reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

d) INFORME OMS 2012

El Informe sobre la salud en el mundo, publicado por vez primera en 1995, es la principal publicación de la OMS. El informe evalúa un tema concreto de la salud mundial, sobre el que presenta estadísticas de todos los países.

Su principal objetivo es ofrecer a los países, organismos donantes, organizaciones internacionales y otros interesados, la información que necesitan para tomar sus decisiones sobre políticas y financiación.

Asimismo, el informe va destinado a una audiencia más amplia, en la que se encuentran las universidades, los hospitales con actividades docentes, los periodistas y el público en general; en suma, cualquiera con un interés profesional o personal en los temas de la salud internacional.

El Informe sobre la salud en el mundo 2012 examinará el impacto de las investigaciones sanitarias. Durante los últimos años se han hecho esfuerzos internacionales continuos para alentar las iniciativas de investigación y de aplicación práctica de conocimientos en el campo de la salud pública. El Informe sobre la salud en el mundo 2012 destacará también lo importante que es la realización de investigaciones sanitarias y la aplicación de sus resultados para ayudar a fomentar comportamientos saludables.
<http://www.who.int/whr/es/index.html>



3. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

a) GENERALIDADES

(1) INDICADORES DE AVANCES DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS

INDICADOR*	1980-1985	1990-1995	2005-2010
Esperanza de vida al nacer (años)	68,8	71,1	74,9
Tasa total de fecundidad (hijos por mujer)	3,1	2,6	2,6
Mortalidad infantil (tasa por 1.000 nacidos vivos)	37,8	22,5	16,5
Población urbana (%)	68,6	72,8	79,1

INDICADOR*	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Mortalidad por enfermedades transmisibles (tasa por 100.000 habitantes)	109	62,8	55,9
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (Tasa por 100.000 habitantes)	280	256,2	229,2

INDICADOR*	1980	1990	2005
Tasa de alfabetización (%)	88	87,6	93,8
Cobertura de la inmunización (%)DTP	45	76,3	93
Cobertura de la inmunización (%) Antisarampionosa	48	82,5	93
Acceso al agua potable (%)	76	80	93
Acceso a servicios de saneamiento (%)	59	66	84
Enfermeras por cada 10.000 habitantes	23,1	37,9	30



*Fuentes: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005), World Population Prospects: The 2004 Revision. CD-ROM Edition Extended Dataset. U.N. Publications Sales No. 05.XIII.12.

Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Sistema de base de datos de la mortalidad. 2004.

D.C.; *Health Conditions in the Americas, 1994 Edition* y UNESCO para 1985–1994; Organización Panamericana de la Salud, Evaluación Regional de Agua y Saneamiento, Washington, D.C., 2000; y <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx?ReportID=201>.

(2) DEMOGRAFÍA

La Región de las Américas continúa experimentando tres cambios demográficos importantes: el crecimiento demográfico, la urbanización y el envejecimiento de la población. Desde 1950, la población de la Región casi se ha triplicado y llegaba a los 900,6 millones de habitantes en 2006, según la última revisión de la población efectuada por las Naciones Unidas. En un marco hipotético de una fecundidad mediana, se prevé que en 2016 esta población sobrepasará la marca de mil millones de habitantes, de los cuales 600.000 vivirán en América Latina y el Caribe. Las desventajas sociales y económicas en las zonas rurales y en los centros de población más pequeños han llevado a las personas, tanto en el mundo como en las Américas, a emigrar hacia las zonas urbanas en busca de empleo y mejores condiciones de vida y la urbanización es realmente una característica destacada del cambio demográfico en la Región.

Casi el 20% de la población total está ahora concentrada en solamente 20 de las ciudades más grandes de la Región. En América Latina y el Caribe, la emigración se ha multiplicado y ha extendido las ciudades con zonas marginales que generan pobreza, desempleo, violencia, inseguridad, contaminación y mala distribución de servicios básicos. Desde 1950, cuando la población rural constituía 58% de la población total, la población urbana ha crecido y llegaba a 77,4% en 2005. Si esta tendencia persiste, se prevé que en 2030 la población urbana en América Latina y el Caribe alcanzará casi 85%.

Los dos grupos de población con el crecimiento más rápido en las Américas son los de los adultos de 60 y más años de edad y los de 80 y más años de edad. En América Latina y el Caribe, el grupo de 60 y más años de edad constituía 5,6% de la población en 1950 y aumentó a 9,0% en 2005; se prevé que llegará a 11,3% de la población total en 2015 y a 24,3% en 2050. A medida que envejece la población, se reduce la relación entre los adultos en edad productiva y los ancianos y también disminuye la posibilidad de financiar el apoyo para estos últimos.

El crecimiento económico, el ingreso y el empleo. Si bien se han logrado avances en la reducción de la pobreza en los últimos años, en 2005 40,6% de la población de las Américas (casi 213 millones de personas) continuaba viviendo en situación de pobreza y 16,8% (88 millones de personas) padecía pobreza extrema.



Además, a pesar del crecimiento económico general en la Región, la brecha entre los países más ricos y los más pobres, lejos de reducirse, se ensanchó a fines de los años setenta y comienzos del decenio de 2000, una tendencia que se prevé que continuará si persisten las condiciones actuales.

El desempleo impide la afiliación al sistema de seguro social y, por consiguiente, limita el acceso a la atención de salud. El empleo informal y el trabajo infantil complican la situación. En cuanto a las mujeres, su ingreso en la fuerza de trabajo remunerada en los últimos 20 años, si bien aumentó el ingreso y el poder adquisitivo de las familias, ha representado una carga de trabajo excesiva para muchas de ellas, ya que continúan siendo las principales trabajadoras domésticas, una función que, paradójicamente, es descuidada cada vez más; no obstante, aun cuando las mujeres ocupen puestos tradicionalmente asignados a los hombres, suelen recibir una remuneración menor.

(3) LA EDUCACIÓN

En las Américas, el progreso en la educación ha sido considerable en los últimos 25 años, medido según la tasa de alfabetización, que ha aumentado de 88% en los años ochenta alrededor de 94% en 2006. Sin embargo, el progreso educativo no ha sido uniforme en todos los grupos de población: las mujeres todavía tienen tasas de alfabetización inferiores a las de los hombres; los residentes de las zonas rurales presentan tasas más bajas que sus homólogos de las zonas urbanas y los pobres están menos alfabetizados que los ricos. Aun así, el acceso a la educación está mejorando en toda América Latina y el Caribe, como lo indica el aumento de la matrícula neta en la educación primaria tanto para los varones como para las niñas, que pasó de 86% en 1990 a 95% en 2004.

(4) EL MEDIO AMBIENTE

Históricamente, en la salud del hombre ha influido la interacción de diversos factores determinantes de carácter ambiental, biológico, económico, social, político y cultural, los cuales pueden provocar condiciones de vida poco satisfactorias, riesgos y peligros ambientales, modificaciones del comportamiento y el modo de vida y, en última instancia, enfermedades, discapacidades y la muerte. Un informe de 2004 de la OMS encontró que, de las 102 enfermedades principales, 85 eran en parte causadas por la exposición a riesgos ambientales y que los factores ambientales contribuían a alrededor de una cuarta parte de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad y a una cuarta parte de las defunciones relacionadas.

En las Américas, el deterioro socioeconómico, caracterizado por la pobreza, la rápida urbanización y la fragmentación social, ha contribuido a aumentar las desigualdades y crear entornos insalubres, que afectan en particular a los grupos de población de zonas agrícolas e indígenas. Se observan otras desigualdades ambientales en las zonas urbanas marginales, donde son deficientes las condiciones de las viviendas y el acceso al agua potable y al saneamiento y las personas están más expuestas a la contaminación química, al ruido y a la violencia. Estas condiciones están empeorando en algunos países; por ejemplo, 60% de la población urbana en Haití tenía acceso al agua potable en 1990, mientras que en 2004 solo 58% contaba con ese acceso.



Además, la violencia resultante de los entornos sociales insalubres en las zonas urbanas marginales está cobrando numerosas víctimas. Los registros oficiales revelan que, en los últimos 10 años se produjeron entre 110.000 y 120.000 homicidios y entre 55.000 y 58.000 suicidios en la Región. En los gobiernos y el sector salud de varios países latinoamericanos crece la preocupación por la violencia juvenil, que conduce a la formación de pandillas que llevan a cabo operaciones transnacionales como secuestros, tráfico de seres humanos y contrabando de armas y drogas.

El crecimiento urbano genera más necesidades de transporte, que a su vez conduce a más riesgos de lesiones y a una mayor contaminación del aire. Se estima que cada año en las Américas mueren 130.000 personas, más de 1,2 millones sufren lesiones y cientos de miles padecen incapacidades como consecuencia de traumatismos vinculados con accidentes de transporte terrestre. Los países de bajos ingresos de América Latina son los más afectados a causa del empleo de vehículos con mantenimiento deficiente, la amplia gama de usuarios de las vías públicas (peatones, ciclistas y motociclistas), la menor educación en relación con la seguridad y la falta de reglamentos adecuados.

La contaminación atmosférica urbana, intensificada por la rápida urbanización e industrialización y el correspondiente aumento del empleo de combustibles fósiles y de las emisiones de dióxido de carbono, también afecta a la salud humana y se ha señalado que contribuye al cambio climático y el calentamiento global. El informe de 2001 del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) reveló que, en el transcurso del siglo XX, la temperatura mundial había aumentado de 0,2 a 0,6 °C y que el nivel del mar había subido entre 10 y 20 cm. El IPCC prevé un calentamiento global de 1,4 a 5,8 °C para 2100. Como resultado, junto con otras regiones del mundo, las Américas sufrirán períodos de precipitación intensa, huracanes e inundaciones que perturbarán gravemente la salud y el bienestar de las personas. Cuatro países de las Américas están entre los más grandes emisores de dióxido de carbono en el mundo: los Estados Unidos, Canadá, Brasil y México. El informe de 2007 del IPCC confirmó que la actividad del hombre está calentando el planeta con un ritmo en potencia desastroso e irreversible.

(5) LA GLOBALIZACIÓN

La creciente conexión, integración e interdependencia del mundo en los ámbitos económico, social, tecnológico, cultural, político y ecológico —proceso generalmente llamado “globalización”— es uno de los más grandes retos que afronta el sector salud. Las cambiantes estructuras económicas y sociales imponen condiciones de competencia y aumentan el riesgo de crisis económicas. Los países, las instituciones y los individuos tienen que adaptarse a estos cambios para asegurar su lugar en la escena local y mundial. Al mismo tiempo, la globalización crea oportunidades que trascienden las fronteras nacionales.



En las Américas, este fenómeno ha dado como resultado la conexión y la colaboración entre los países, como lo demuestran las diversas cumbres internacionales para mejorar la situación de la población en todo el hemisferio y la formación de bloques económicos subregionales.

(6) LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

Los avances científicos y tecnológicos, la industrialización, el desarrollo socioeconómico, la mayor comunicación, y la mejor higiene e ingesta alimentaria han contribuido a prolongar la esperanza de vida y reducir las tasas de mortalidad en todo el mundo. En los últimos 50 años, muchos avances tecnológicos han llevado a nuevas posibilidades terapéuticas y de diagnóstico en la medicina, como las tecnologías de la imaginología, las prótesis internas o externas, la tecnología del láser y los biosensores. La investigación sobre vacunas ha tenido varios éxitos, como las vacunas contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b, así como el desarrollo en marcha de vacunas contra el cólera, la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH/sida. Se dispone cada vez más de tecnologías avanzadas, como las de la ingeniería genética, la microcirugía y los medicamentos preparados a medida. Como resultado del progreso en la tecnología del ADN, se han elaborado pruebas de diagnóstico específicas y muy sensibles para ser usadas sobre el terreno en los países tropicales, lo cual permite una vigilancia más precisa y el seguimiento de microorganismos y enfermedades. Se están criando animales transgénicos para producir fármacos, hormonas y otras sustancias útiles para la industria farmacéutica; se han criado cerdos transgénicos que se usarán como una fuente de órganos y tejidos para trasplantes, si bien esto genera preocupación acerca de la posible transmisión de virus u otros agentes patógenos a los seres humanos. La introducción de técnicas de manipulación de genes también ha conducido a mayores rendimientos de los cultivos y mejor calidad de los alimentos al proporcionar resistencia a plagas y malezas; no obstante, la preocupación por la posibilidad de que los organismos genéticamente manipulados en la naturaleza pudieran alterar los ecosistemas autóctonos o, incluso, perjudicar la salud de las personas, ha llevado a demandas de normas éticas para la genómica, la clonación y la ingeniería genética.

Los sistemas regionales de información sanitaria han mejorado considerablemente en los últimos años. Si bien la recolección de información amplia acerca de enfermedades prioritarias en distintos sectores geográficos, demográficos y sociales de la comunidad es difícil aun en los países desarrollados, los avances mediante dispositivos virtuales, como los sistemas de información geográfica y los métodos de trabajo en colaboración, reducen el costo y mejoran la calidad de la información en salud.

Actualmente, las comunidades científicas y de salud pública enfrentan el desafío de llevar los beneficios de la ciencia y la tecnología a la mayor cantidad posible de personas con el fin de mejorar equitativamente la calidad de sus vidas. En este momento, América Latina y el Caribe están rezagados con respecto a los países más desarrollados en cuanto al número de programas científicos y tecnológicos.



Una de las principales restricciones para el avance de la ciencia y la tecnología ha sido la escasa asignación de recursos. Las partidas para investigación y desarrollo en América Latina y el Caribe representaban 0,5% del PIB en 1990 y 0,6% en 2002, mientras que en los Estados Unidos sumaban 2,6%, porcentaje que permaneció constante durante todo el período 1990–2002. Además, América Latina y el Caribe tienen 0,7 investigadores por cada 1.000 habitantes, en comparación con el punto de referencia internacional de 6 a 10 investigadores por 1.000 habitantes.

b) CONTEXTO ECONÓMICO

El año 2008, en que el crecimiento de América Latina y el Caribe se proyecta en un 4,6%, será el sexto año consecutivo de expansión en la región, pero al mismo tiempo marca el final de un período con escasos precedentes en su historia económica. Entre 2003 y 2008, la región creció a una tasa media cercana al 5% anual, que implica un crecimiento del PIB por habitante superior al 3% anual. Este crecimiento estuvo acompañado por una mejora de los indicadores del mercado de trabajo y una disminución de la pobreza en la región. Otra característica singular de este período es que la mayoría de los países, al formular sus políticas, dieron prioridad al mantenimiento de los equilibrios macroeconómicos, lo cual llevó a la generación de sendos superávits en las cuentas externas y en las fiscales, hecho al que también contribuyó el muy favorable contexto externo de los últimos años. Pero estos resultados no se repetirán en 2009. La tasa de crecimiento prevista para este año será sumamente inferior a la del período que finaliza, de manera que los gobiernos de la región deberán desplegar todo el potencial con que cuenten, en términos de políticas anti cíclicas, a fin de evitar un deterioro mayor. Se espera que la tasa de crecimiento de América Latina y el Caribe sea de un 1,9%, lo cual supone una evolución relativamente optimista de la crisis. Para completar el contraste con el período 2003-2008, la tasa de crecimiento proyectada para la región permite prever un aumento de la tasa de desempleo regional, que pasaría del 7,5% estimado para 2008 a un nivel de entre un 7,8% y un 8,1%, según la evolución de la participación laboral, en el contexto de un aumento de la informalidad.

En cambio, la evolución de los precios internacionales de los alimentos y los combustibles apunta a una marcada desaceleración de la inflación, que podría caer de un 8,5% en 2008 a alrededor de un 6% en 2009. Lo que comenzó a mediados de 2007 como un problema del mercado de hipotecas de alto riesgo de los Estados Unidos, se transformó, al cabo de poco más de un año, en una crisis sistémica, que afectó enormemente a los mercados de crédito de los países desarrollados, por lo que cabe esperar que su impacto en la economía real sea sumamente negativo, aun cuando no hay, a fines de 2008, una idea precisa de su magnitud.

La profundidad y duración de la recesión dependerán de la eficacia de las medidas de estímulo de la demanda implementadas para compensar la caída del gasto privado, así como de la vuelta a la normalidad de los mercados de créditos. En este sentido, cabe esperar que el conjunto de iniciativas aplicadas por la Reserva Federal de los Estados Unidos y otros bancos centrales consigan contener el riesgo sistémico y que,



de la mano de la recuperación de sus sistemas financieros y de las medidas de la política fiscal, las economías desarrolladas comienzan a superar la fase más profunda de la crisis a partir de la segunda mitad de 2009. Este es el escenario relativamente optimista utilizado para las proyecciones del crecimiento regional en 2009.

Aunque la región está mejor preparada que en crisis anteriores, hay varios canales a través de los cuales cabe esperar que las economías de América Latina y el Caribe se vean afectadas. En primer lugar, la desaceleración global provocará una reducción del volumen y el precio de las exportaciones, la caída de las remesas y la baja de la inversión extranjera directa y de la demanda de servicios de turismo. Por otro lado, los países enfrentarán mayores dificultades de acceso y un mayor costo del financiamiento externo. Para 2009 se espera un crecimiento de un 1,9%. Esta estimación se establece sobre la base de un escenario de lenta y paulatina recuperación de la economía mundial en general y de la región en particular, a partir del segundo semestre del año. Esta tasa de crecimiento, que resulta de la comparación de niveles medios de 2009 con niveles medios de 2008, implica una marcada desaceleración y responde en gran medida a un efecto estadístico. No puede descartarse, sin embargo, un escenario más pesimista, en el cual la recesión continúe y aun se profundice y la restricción crediticia también se prolongue. En este escenario, obviamente, los problemas señalados se agudizarían y la tasa de crecimiento sería inferior a la prevista. El deterioro de los indicadores del mercado de trabajo y la caída de las remesas tendrán un impacto distributivo negativo, por lo que, en las circunstancias actuales, las políticas públicas no solo enfrentan el reto de estabilizar el crecimiento económico con políticas anticíclicas, sino también el de desarrollar instrumentos para proteger a la población más vulnerable de los efectos de la crisis. El espacio fiscal para financiar medidas en esta dirección varía sobremanera entre los países de la región, aunque en general habrá una mayor presión sobre las finanzas públicas, dada la caída esperada de los ingresos fiscales.

(1) EVOLUCIÓN ESPERADA

Como se señaló, a pesar de que la región está mejor preparada que en crisis anteriores, hay varios canales a través de los cuales cabe esperar que las economías de América Latina y el Caribe se vean afectadas.

En primer lugar, el impacto del canal real, esto es, de la desaceleración global, tiene varias aristas que implican impactos de diversa índole y que nos afectan a todos por igual. Por otro lado, el impacto del contagio financiero dependerá de diversos factores y también se observan diferentes exposiciones a este de los países de la región. Para 2009 se espera un crecimiento de un 1,9%. Esta estimación se establece sobre la base de un escenario en el cual, en el segundo semestre de 2009, lo peor de la crisis quedó atrás y la economía mundial en general y de la región en particular comienza a mejorar paulatinamente. Esta tasa de crecimiento, que resulta de la comparación de niveles medios de 2009 con niveles medios de 2008, implica una marcada desaceleración y responde en gran medida a un efecto estadístico (El “efecto estadístico” se refiere al hecho de que las cifras correspondientes al PIB de un año determinado en parte reflejan la dinámica del crecimiento del año anterior). No puede descartarse, sin embargo, un escenario más pesimista, en el cual la recesión continúe y aun se profundice y la restricción crediticia también se prolongue. En este escenario, obviamente, los problemas señalados se agudizarían y la tasa de crecimiento podría ser nula o incluso negativa.



La desagregación a nivel de subregiones presenta diferencias menores que las observadas en años anteriores. Aunque se aprecia una significativa desaceleración en todas ellas, se sigue observando una tasa de crecimiento inferior en México y Centroamérica, en relación con América del Sur, al tiempo que se proyecta una desaceleración muy marcada en las economías del Caribe.

(2) LA CRISIS

Hay tres factores que explican los desafíos que el entorno externo genera al desempeño económico del próximo futuro en la región.

Primero, la profundidad y velocidad en el deterioro de las cifras económicas mundiales, sobre todo del mundo desarrollado, sea en Europa, Reino Unido, Japón o Estados Unidos, que confirman una recesión global fuerte y prolongada. Para decirlo en pocas palabras: tendremos que navegar en los próximos años en medio de la más importante crisis de países desarrollados desde la segunda guerra mundial.

Segundo, el estado crítico y deplorable del riesgo de crédito en los mercados externos con nuevos y exorbitantes ajustes al costo del riesgo en los mercados de capitales mundiales, generados por abrumadoras pérdidas en los bonos indexados a hipotecas comerciales y de vivienda. En ese sentido, la alta posibilidad de aumentar las pérdidas de entidades financieras, como bancos y aseguradoras, continúa aumentando la aversión al riesgo y han ido contagiando nuevamente el precio del crédito externo de la periferia. Como se vio en octubre, estos hechos desvalorizan la deuda soberana de países emergentes y tienden a encarecer la financiación pública y privada en nuestros países. En resumen, no somos ajenos al ajuste en el aseguramiento del riesgo mundial que deteriora el riesgo país en la región y dificulta el funcionamiento de nuestros mercados de capitales, con efectos sobre la actividad económica.

Tercero, el continuo y fuerte reajuste a la baja en los precios de las materias primas, que en varios casos han retornado a precios del 2003 - 2004, con efectos inmediatos sobre el nivel de exportaciones de países de América Latina terminando el 2008 y comenzando el 2009, indican una mella en la estabilidad macroeconómica de la región. La situación se resiente más con las medidas anti mercados de Argentina y Ecuador, o las vulnerabilidades y desequilibrios de Venezuela. A finales de noviembre, la región registraba una prima de riesgo superior a la Europa emergente, aun cuando las primeras acciones de las calificadoras de riesgo y los inversionistas valoraban un mayor riesgo individual en muchos países de la Europa emergente.

En síntesis, en la región hay vecinos con unas políticas anti mercado que sugieren no sólo una mala administración económica y financiera sino un creciente riesgo político, de cara al proceso electoral de la región en el 2010.

La fuerte disminución de la demanda, tanto interna como externa y la reducción de las remesas, en el cuarto trimestre de 2008 y en el primer trimestre de 2009, tuvo un impacto negativo sobre las economías de los países de América Latina y el Caribe. Por ello, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que el Producto Bruto Interno de la región caerá a - 1,7 por ciento en 2009. La CEPAL comenta que, a diferencia de crisis anteriores los países están menos endeudados y tienen más reservas



internacionales, al tiempo que los sistemas financieros regionales presentan un grado de exposición externa relativamente bajo.

Por lo tanto, en esta oportunidad no son problemas financieros los que han afectado la región más rápidamente y con mayor profundidad son que, por el contrario, los impactos más fuertes provienen del canal real. En particular, en la última parte del 2008 y en los primeros meses de este año se observa una significativa disminución de los flujos de comercio internacional, un deterioro de los términos de intercambio y una disminución de las remesas, elementos que habían impulsado el crecimiento regional en los últimos años. A esto se sumo la elevada incertidumbre sobre el desarrollo de la crisis y el deterioro en las expectativas sobre recuperación de las economías. Luego se agregaron los efectos que la propagación del virus de la influenza humana tendrá en la actividad económicas de algunos países, especialmente en el desempeño de sectores como el turismo, ya afectado por la disminución esperada en el flujo de viajeros provenientes de países desarrollados.

Según la CEPAL, la recuperación de las economías en la región podrá comenzar en el segundo semestre de 2009, pero esta partirá de niveles muy inferiores a los registrados en el primer semestre de 2008.

El menor dinamismo del empleo en las economías desarrolladas incidirá en las remesas que envían los trabajadores emigrantes a sus familias en sus países de origen. Esta ha sido una fuente muy apreciable de ingresos externos en América Latina y el Caribe, que ha contribuido a elevar el bienestar de familias de bajos ingresos, por eso su reducción afectará a este grupo socioeconómico, el gran desafío que se impone a continuación es evitar alzas de los indicadores de pobreza. Nuevamente, los más expuestos son algunos países centroamericanos y caribeños, dado que en muchos de ellos las remesas representan entre el 15% y casi el 40% del PIB. Se trata de Haití, Honduras, Jamaica, El Salvador, Nicaragua y Guatemala, en orden decreciente. En un segundo nivel de exposición, se encuentran algunas economías sudamericanas como Bolivia y el Ecuador que, junto con Belice, la República Dominicana y Granada, tienen niveles de peso de las remesas en el PIB de entre un 5% y un 10%.

(3) POBREZA

A partir de las proyecciones de crecimiento del PIB y de las previsiones de la evolución de la inflación en los países, cabe esperar que en el 2008 la pobreza continúe su tendencia a la disminución, aunque a un ritmo menor, situándose en un 33,2%, casi un punto porcentual por debajo de la tasa de 2007.

Sin embargo, se prevé que la indigencia aumente levemente, alrededor de 0,4 puntos porcentuales. Estos resultados reflejan en gran medida el impacto del alza de la inflación registrada desde principios de 2007 y, en especial, durante la última parte de ese año y el primer semestre de 2008. Pese a que se ha mitigado la espiral de precios de alimentos y combustibles, lo que produce una moderación de la inflación, el impacto de la crisis financiera internacional hace prever una desaceleración del crecimiento en la región, lo que a su vez implicaría un comportamiento aún menos favorable de la situación de pobreza a futuro.



(4) DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO

En los últimos años, la distribución del ingreso en América Latina no ha mostrado una evolución alentadora. América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo. Por lo tanto, avanzar hacia una mejor distribución de los ingresos y otros activos sigue siendo una de las tareas pendientes más importantes en el futuro. La notable disparidad distributiva que caracteriza a los países de América Latina puede percibirse al comparar la relación de ingresos entre el decil más rico y los cuatro deciles más pobres, y entre el quinto quintil (es decir, el 20% de hogares situados en el extremo superior de la distribución) y el primer quintil. De acuerdo con el primero de estos índices, el ingreso medio por persona de los hogares ubicados en el décimo decil supera alrededor de 17 veces al del 40% de hogares más pobres. Esta relación es altamente variable de un país a otro y va de alrededor de 9 veces, en la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay, hasta 25 veces, en Colombia. Por su parte, el ingreso per cápita del quintil más rico supera en promedio 20 veces al del más pobre, con un rango que oscila entre 10 veces (Uruguay) y 33 veces (Honduras).

La evolución de la estructura de la distribución del ingreso entre 2002 y 2007 muestra tres situaciones claramente diferenciadas. Nueve países, la Argentina, Bolivia, el Brasil, Chile, El Salvador, Nicaragua, Panamá, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela, presentan una importante reducción de la brecha entre los grupos extremos de la distribución, tanto por el aumento de la participación en los ingresos de los grupos más pobres como por la pérdida de participación de los hogares situados en la parte más alta de la escala de distribución. Las disminuciones más importantes de ambos indicadores se presentaron en la República Bolivariana de Venezuela, donde alcanzaron un 36% y un 41%, respectivamente. También se lograron mejoras importantes en Bolivia, el Brasil y Nicaragua, de alrededor de un 30% en ambos indicadores. Un segundo grupo de países, constituido por Colombia, Costa Rica, el Ecuador, México, el Perú y el Uruguay, se caracteriza por un relativo estancamiento de su estructura distributiva. Aun cuando en la mayoría de ellos las brechas han tendido a reducirse, estas variaciones no han sido suficientemente significativas. A su vez, en Guatemala, Honduras y la República Dominicana aumentaron las brechas entre grupos extremos de la escala de distribución.

4. TRATADO DE LIBRE COMERCIO CON ESTADOS UNIDOS

El 18 de noviembre de 2003, la Oficina del Representante Comercial de Estados Unidos (USTR, por sus siglas en inglés) notificó al Congreso de Estados Unidos la intención de la Administración de comenzar negociaciones de libre comercio con Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú; países beneficiarios de la Ley de Preferencias Arancelarias Andina (ATPA, por sus siglas en inglés). Se programó iniciar negociaciones durante el segundo cuatrimestre de 2004, comenzando con Colombia y Perú.

Colombia, país al que se sumaron posteriormente Perú y Ecuador, y Bolivia participando como observador, comenzó negociaciones de libre comercio con Estados Unidos el 18 de mayo de 2004. Después de la realización de trece rondas de negociación, el 27 de febrero de 2006, Colombia y Estados Unidos concluyeron un tratado de libre comercio. El 24 de agosto de 2006 se notificó al Congreso la intención de firmar el acuerdo. El 22 noviembre 2006 se firmó el acuerdo. El Congreso de Colombia aprobó el TLC el 14 de junio de 2007.



El 28 de junio de 2007, Estados Unidos y Colombia acordaron enmendar disposiciones del Tratado de Libre Comercio Colombia-Estados Unidos. Este Protocolo Modificatorio al Acuerdo de Promoción Comercial Colombia-Estados Unidos refleja el acuerdo bipartidario sobre la política comercial de Estados Unidos alcanzado el 10 de mayo de 2007. El Senado de Colombia aprobó el Protocolo Modificatorio del TLC con Estados Unidos el 30 de octubre de 2007. El 22 de noviembre de 2007 el presidente de Colombia sancionó el protocolo modificadorio al TLC.

El 6 de abril de 2011, Colombia y Estados Unidos acordaron el "Plan de acción relacionado con los derechos laborales" que allanará el camino para enviar el TLC Colombia-EE.UU. al Congreso de los Estados Unidos.

El 12 de octubre de 2011, el Congreso de Estados Unidos aprobó el tratado de libre comercio entre Colombia y Estados Unidos. El 21 de octubre de 2011, el Presidente de los Estados Unidos firmó la legislación para implementar dicho tratado. El 10 de abril de 2012, el Congreso Nacional de Colombia aprobó el proyecto de ley para la implementación del TLC Colombia-EE.UU. El Tratado de Libre Comercio Colombia-EE.UU. entró en vigencia el 15 de mayo de 2012.

a) INTRODUCCIÓN

Un Tratado de Libre Comercio es un convenio entre dos o más países a través del cual éstos acuerdan unas normas para facilitar el comercio entre ellos, de tal manera que sus productos y servicios puedan intercambiarse con mayor libertad.

En un TLC se incluyen muchos temas, teniendo en cuenta diversos aspectos que pueden afectar el comercio entre los países que lo firman, siempre con el objetivo de facilitar el intercambio comercial y siempre respetando los derechos y principios consagrados en la Constitución o marco legal de cada Estado.

Desde hace más de 30 años nuestro país tiene vigente un tratado de liberalización comercial con los otros cuatro países de la Comunidad Andina (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela) y, recientemente profundizó sus relaciones con los países miembros del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay).

Además, desde hace once años tiene suscrito un acuerdo de libre comercio con Chile y otro con México y Venezuela, en el marco de la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI). Gracias a estos tratados, hoy los productos colombianos ingresan a todos los países de Suramérica (menos las Guyanas) y a México en condiciones ventajosas de competitividad, sin pagar impuestos o pagando muy pocos, lo que permite que se vendan más. En el TLC sólo se negocian temas de intercambio comercial y de estímulo y protección de las inversiones, y otros relacionados, como la protección de la propiedad intelectual.

NO SE NEGOCIAN temas que no están en el ámbito del comercio, como la seguridad nacional, la soberanía y la integridad territorial. NO SE MODIFICA el régimen de autonomía territorial de los pueblos indígenas y las comunidades afrocolombianas establecido en la Constitución, ni ningún otro derecho consagrado en ésta. El TLC no contempla el tema de la privatización de los servicios públicos o las empresas públicas, que seguirá tratándose la misma forma en que se viene haciendo hasta el momento.



La educación pública, sea básica, media o superior, tampoco está en negociación y seguirá siendo garantizada por el Estado colombiano. Igualmente, la provisión de servicios de salud seguirá regulada por las normas constitucionales y legales que hasta ahora enmarcan dicha actividad, sin que se vea afectada por el tratado.

(1) TLC Y SALUD

En servicios de salud, Colombia tiene unos precios muy competitivos frente a muchos de sus socios comerciales, especialmente frente a los países desarrollados. Igualmente, al haber mayores condiciones de competencia en la prestación de estos servicios, suele mejorar la calidad en los mismos. Por lo anterior, los TLCs deben conllevar, en general, a un abaratamiento en términos reales de las tarifas actuales junto con un mejoramiento de las condiciones en que se prestan dichos servicios.

Como resultado de las negociaciones del ALCA y del TLC, los colombianos no deben esperar un encarecimiento de los precios de los medicamentos. Por el contrario, y como debe ocurrir con muchos otros productos, al haber mayor oferta y mejores condiciones de competencia, los precios de los medicamentos en general deben tender al abaratamiento, favoreciendo el acceso de todos a las medicinas que requerimos. No obstante lo anterior, no puede negarse que, si la negociación conllevare un incremento desmedido del proteccionismo a las patentes de los medicamentos, existe la posibilidad de que algunos de ellos, para tratamientos específicos, puedan encarecerse. En este sentido, el gobierno trabajará duramente en la negociación para lograr que el efecto de las negociaciones sobre los precios de los medicamentos sea benéfico para todos los colombianos.

b) ANTECEDENTES DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

Históricamente, Estados Unidos ha sido el mayor socio comercial de Colombia, durante la década de los 90', Colombia buscó posicionar productos y consolidar su relación comercial con Estados Unidos. En 1991, bajo el principio de responsabilidad compartida en la lucha contra las drogas, el Congreso de ese país aprobó la Ley ATPA, a través de la cual, por 10 años, diversos productos colombianos se vieron beneficiados con la reducción, en algunos casos, y la eliminación, en la mayoría de ellos, del pago del arancel de importación a los Estados Unidos.

En el año 2000, ante el inminente vencimiento de esta Ley y teniendo en cuenta la importancia que la misma revistió para la industria nacional en materia de producción, exportaciones y generación de empleo, se solicitó tanto la renovación, con miras a extender su cubrimiento en el tiempo, como su ampliación en número de productos. En agosto de 2002, el Congreso de los Estados Unidos aprobó nuevamente un esquema preferencial de aranceles bajo la denominada Ley ATPDEA, ampliando su vigencia hasta 2006, e incluyendo productos representativos de la oferta exportadora colombiana como son las confecciones y el calzado, entre otros.

La aplicación del ATPDEA ha mostrado excelentes resultados, haciendo que para Colombia la extensión ilimitada en el tiempo de las preferencias ATPDEA, así como el logro de mayor acceso de nuestros productos y servicios al mercado norteamericano resulte fundamental y, para lograrlo, la firma de un Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos se convierte en la herramienta más adecuada. Por ello, el Gobierno



Nacional ha buscado suscribir un acuerdo como los negociados por ese país a nivel regional con México y Canadá-NAFTA, y a nivel bilateral como los negociados con Australia, Barhain, Israel, Jordania, Marruecos, Chile, Singapur, con los países Centroamericanos y la República Dominicana-CAFTA-DR, y los países AGOA .

El momento no podría ser más adecuado para Colombia, ya que la dinámica de relacionamiento comercial que se presenta en la actualidad, especialmente en lo que se refiere a Estados Unidos, implica que, de no adelantar la negociación del TLC, Colombia podría quedar en amplia desventaja frente a otras naciones que ya han logrado un acceso preferencial al mercado más importante de América.

De otro lado, las negociaciones del Área de Libre Comercio de las Américas –ALCA-, en las cuales Colombia se encuentra ampliamente comprometida, permiten la coexistencia de acuerdos bilaterales (entre dos naciones) o plurilaterales (entre más de dos naciones), siempre que los derechos y obligaciones adquiridos bajo tales acuerdos no excedan los derechos y obligaciones del ALCA.

Justamente, con la negociación bilateral Colombia busca lograr que los compromisos pactados con Estados Unidos sean más profundos que aquellos que serán asumidos por las 34 naciones que harán parte del ALCA, de manera de lograr mayor acceso que otros países al mercado norteamericano y, por lo tanto, mayor competitividad en este.

Dado lo anterior y después de diversas gestiones, el Presidente Álvaro Uribe Vélez realizó una visita a su homólogo norteamericano George Bush en abril de 2003, en la cual solicitó al gobierno de los Estados Unidos considerar una negociación comercial bilateral, bien fuera con Colombia independientemente, o con los países andinos en conjunto.

Esta solicitud estuvo acompañada por visitas del Ministro Jorge Humberto Botero a altos funcionarios del gobierno de los Estados Unidos, así como de un arduo trabajo por parte del Embajador de Colombia en Washington.

El 8 de agosto de 2003, el Representante Comercial del USTR (Ministro de Comercio de los Estados Unidos), Robert Zoellick, se reunió en Bogotá con el Presidente Uribe y su equipo de Ministros, así como con el sector privado colombiano. En esta visita, Zoellick anunció la disposición del gobierno norteamericano para iniciar la negociación comercial con Colombia, lo cual representó un avance importante en las conversaciones tendientes a iniciar la negociación de un TLC con Estados Unidos.

A mediados del mes de octubre de 2003, un equipo de alto nivel del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y de otros Ministerios efectuó una visita al equipo negociador de los Estados Unidos, con el fin de clarificar de manera preliminar algunos temas relativos a la negociación, teniendo como fundamento, el TLC firmado por ese país con Chile.

El 18 de noviembre, en el marco de la VIII Reunión Ministerial del ALCA, llevada a cabo en la ciudad de Miami, se anunció oficialmente el lanzamiento de las negociaciones de un Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y los cuatro países andinos beneficiarios de la Ley ATPDEA, es decir Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia. Oficialmente Colombia, Ecuador y Perú dieron inicio a la negociación en mayo de 2004; Bolivia ha participado hasta la fecha como observador.



Adicional al trabajo adelantado al interior del Consejo Superior de Comercio Exterior en relación con la negociación del TLC, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, con el fin de avanzar en las labores de identificación de intereses y construcción de la estrategia de Colombia en la negociación con Estados Unidos, con miras al desarrollo de la negociación más conveniente para el país en los diferentes ámbitos, adelantó reuniones periódicas con las entidades integrantes del Comité Sectorial de Negociaciones (instituciones públicas relacionadas con los temas de negociación, con representación de los Viceministros de Agricultura, Comunicaciones, Relaciones Exteriores, Transporte, Protección Social, Hacienda, Educación, Cultura, Minas y Ambiente; los Directores de la DIAN y el DNP; los asesores de las Comisiones de Regulación de Telecomunicaciones, Televisión, Energía y Gas, Agua Potable y Saneamiento Básico; los Superintendentes de Industria y Comercio, Bancario, de Valores y de Servicios Públicos Domiciliarios; y Viceministros o Directores de las entidades competentes en el tema materia de la negociación a consideración del Comité)".

c) ACUERDO EN PROPIEDAD INTELECTUAL EN TLC DEJÓ A SALVO SALUD PÚBLICA

Los medicamentos genéricos seguirán en el mercado.

No habrá patentes para segundos usos, ni para métodos de diagnóstico, terapéuticos o quirúrgicos.

El acuerdo logrado en la mesa de Propiedad Intelectual dentro de las negociaciones del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos, dejó a salvo la salud pública en Colombia.

El anuncio fue hecho por el ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt, quien explicó los principales puntos y los alcances de la negociación en lo relacionado con la salud y los medicamentos.

Según el funcionario, en el acuerdo quedó claro que no se otorgarán patentes de segundos usos, ni métodos de diagnóstico, terapéuticos o quirúrgicos, tal como lo planteó Estados Unidos en un comienzo.

Palacio Betancourt también hizo énfasis en que se defendió el acceso de toda la población a los medicamentos, y en que los genéricos seguirán produciéndose y vendiéndose en el mercado colombiano.

Del 100 por ciento de los medicamentos que se usan en el país en este momento, cerca de 70 por ciento son genéricos y 30 por ciento son productos de marca, indicó Palacio Betancourt.

Resaltó que en lo pactado quedó definida la posibilidad de que Colombia pueda recurrir a distintas alternativas para afrontar problemas de salud pública.

"Frente a problemas de salud pública el país queda con toda la autonomía de poder implementar mecanismos que nos permitan reaccionar", subrayó el funcionario.

Además, dijo que se mantuvo en 20 años el tiempo de protección a las patentes, y se incluyó una compensación por la demora en la expedición de registros sanitarios por parte de la entidad responsable de dicho trámite en Colombia, que es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

En ese sentido, el Ministro destacó que en la práctica no habría compensaciones, pues dicho proceso es muy rápido en Colombia.



Palacio Betancourt también explicó que en el acuerdo se incluyó la figura del agotamiento para solicitar protección en datos de prueba.

Dicha figura les exige a los laboratorios que en un plazo de cinco años, una vez sacado el registro sanitario en algún otro país, tengan que traerlo a Colombia

Entre tanto el viceministro de Salud, Eduardo José Alvarado, destacó que el acuerdo con Estados Unidos se alcanzó sobre la base de los planteamientos hechos por Colombia.

"Si Colombia hubiera aceptado el texto original de los Estados Unidos, tendrían razón que se encarecerían tremendamente los medicamentos, habría patentes de segundos usos, habría patentes para métodos terapéuticos, habría patentes para métodos de diagnóstico, eso no quedó en el Tratado, pero era la solicitud, el planteamiento de los Estados Unidos", dijo Alvarado.

Salud pública, por encima de todo

Los ministros de Salud y de Comercio de los países andinos que participan en las negociaciones para la firma de un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, se reunieron en la capital ecuatoriana, EL 1º de marzo, con el fin de revisar la ruta conjunta que deberán seguir en el proceso, con miras a preservar la salud pública de los pueblos.

(1) COMUNICADO

Los ministros de Salud y de Comercio de los países andinos que participan en las negociaciones para la firma de un Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, se reunieron en la capital ecuatoriana, EL 1º de marzo, con el fin de revisar la ruta conjunta que deberán seguir en el proceso, con miras a preservar la salud pública de los pueblos. El siguiente es el comunicado conjunto:

COMUNICADO

Quito, 1º de marzo de 2005

Los Ministros responsables de la Salud y el Comercio Exterior de Perú, Ecuador y Colombia, frente a la evolución del proceso de Negociación del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y, en particular, a lo atinente al tema de propiedad intelectual, la salud pública y el acceso de la población a los medicamentos, tras una muy productiva reunión en la ciudad de Quito, Ecuador, de manera conjunta, comunican a la opinión pública de los tres países:

Que se reconoce y respalda a los Ministerios de Comercio de nuestros países, representantes en esta negociación de nuestro compromiso ineludible con la defensa de los intereses de la salud pública en general y de los accesos a los medicamentos en particular, tal como en su momento fuera suscrito por los integrantes de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en la Declaración Ministerial de Doha.

El futuro de nuestros pueblos reclama que la protección de la Propiedad Intelectual no menoscabe el interés público y derechos fundamentales como la vida y la salud.



Así mismo entendemos que el TLC es un mecanismo para generar empleo y desarrollo en nuestros países, lo cual debe redundar en mayor cobertura del sistema de seguridad social y, por ende, en mejoras en la salud y calidad de vida de la población.

Por ello, es necesario realizar todos los esfuerzos necesarios para preservar espacios de concertación para formular una propuesta conjunta de los países andinos que permita alcanzar un balance equilibrado entre los diversos intereses nacionales que deben ser protegidos en la negociación; esto incluye los aspectos de procedimiento para la concesión de patentes y para su observancia, y la compensación a los titulares de patentes por demoras injustificadas en el proceso de concesión de las mismas.

De igual manera, hemos discutido ampliamente la pertinencia de contar con un sistema de protección del esfuerzo económico y técnico que implica, para los particulares, la generación de los datos de prueba no divulgados, relativos a la seguridad y eficacia de nuevas entidades químicas. Este tema, sobre el cual se ha presentado una propuesta por parte de Colombia y Ecuador, despierta profundas sensibilidades en cada uno de nuestros países.

En consecuencia, cualquier movimiento andino en estos temas estará condicionado a la flexibilidad de los Estados Unidos en las mismas materias, las cuales no deben menoscabar la protección de la salud pública.

d) DEBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO IMPIDE OBTENER BENEFICIOS CON EL TLC

Según el presidente de la Federación Médica Colombiana, Sergio Isaza Villa, la negociación del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos representa varios peligros para el sector salud colombiano, especialmente porque el Ministerio de la Protección Social no tiene muy clara su posición en materia de comercio de servicios de salud, esto unido a que en la comisión preparatoria de la negociación del Consejo Gremial Nacional tampoco existe claridad al respecto, y las cosas parecían verse solamente desde la perspectiva de que Colombia pudiera exportar servicios de salud.

Afirma Isaza Villa que la exportación de servicios se hace desde hace varios años en pequeña escala, y lo que “se debe es garantizar que esos negocios estén en manos de profesionales colombianos y que no se haga a través de intermediarios o inversionistas extranjeros que pretendan montar el negocio redondo con el propósito de apropiárselo, aprovechando la 'ganga' competitiva de las tarifas vigentes en Colombia en el marco de oligopolios como Saludcoop”. Y advierte que si bien es cierto que el TLC puede ser benéfico para algunos sectores de la economía y esto se debe aprovechar al máximo, en Colombia existe toda una infraestructura hospitalaria quebrada, que bien podría ser comprada a bajo precio por inversionistas extranjeros para montar el negocio, con criterio de inversión económica fundamentalmente.

Ojo avizor ante estos posibles efectos negativos que puede tener el TLC sobre el sector salud, la Federación Médica Colombiana aceptó la invitación hecha por el gobierno nacional de participar en las diferentes mesas de negociación para buscar las mejores condiciones de negociación posibles, y oponerse activamente a convenios onerosos para el sector salud colombiano. Criticó eso sí, la forma en que el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo ha liderado el proceso de negociación del TLC, afirmando que “prácticamente



se ha apropiado de él como si fuera de su exclusiva pertinencia, manteniendo además una cortina de humo respecto de sus aspiraciones específicas en cada campo”.

Concluye Isaza Villa, que realmente él no considera que el sector salud se beneficie en manera alguna, toda vez que el mercado colombiano está en desventaja frente al norteamericano, ya que las negociaciones son más de tecnología e inversión de capital que de comercio de servicios: “Cuando un super gigante tecnológico negocia en condiciones de incompetencia de su contrario, el otro lleva las de perder. Aquí no se está hablando de un plan de ayuda sino de un tratado comercial, y en el comercio gana siempre quien tiene todas las ventajas. Por otro lado, es iluso creer que el TLC va a ser benéfico para la salud de los colombianos, cuando vemos la tragedia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que no es susceptible de reformas por parte del gobierno. Sólo un verdadero sistema de servicios, fuerte y desarrollado a cabalidad en sus funciones, podría ofrecer una opción de mercado real”.

<http://www.periodicoelpulso.com/html/jun04/debate/debate-07.htm>

B. CONTEXTO NACIONAL

la situación económica y política del país repercute en forma directa en la calidad de vida de los Colombianos, específicamente en la salud y en las instituciones prestadoras de servicios de salud, máxime en las Empresas Sociales del Estado, las cuales establecen una relación importante entre el estado y la comunidad a la que le sirven.

El país se encuentra en proceso de grandes cambios como son la reelección presidencial, el programa de reinserción de los grupos alzados en armas, la fusión de los bancos, las relaciones con Estados Unidos, la reforma tributaria entre otros aspectos, que sin duda afectaran el desempeño del sector salud, ya que se espera que para los próximos años mejore la situación de seguridad del país, lo que llevara a mayor inversión extranjera, aumento del empleo formal y por lo tanto un incremento de la población afiliada al régimen contributivo que sumado a la ampliación de coberturas del régimen subsidiado, generaran mas recursos para los Hospitales Públicos.

Sin embargo la crisis del empleo afectará indudablemente al régimen contributivo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que implica que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Entidades Prestadoras de Servicios de salud deberán desempeñarse en un mercado con restricciones y menores márgenes para la operación.

Las Empresas Sociales del Estado están influenciadas por múltiples factores de la vida nacional lo que hace muy importante y necesario estar al tanto de estos, para poder establecer cuál será su efecto, que entorno diferente al actual se generara y si es positivo o negativo para el desempeño de la institución, y así tener la posibilidad de definir estrategias para enfrentar los cambios, con el fin de obtener el mayor beneficio de estos o disminuir o anular los efectos negativos que puedan tener para la organización.



1. ASPECTOS GENERALES

a) LA EDUCACIÓN EN COLOMBIA

La educación cumple un papel estratégico en el desarrollo económico y social de los países. Es uno de los factores que determinan el grado de competencia que está en capacidad de afrontar un país, dado el auge del comercio internacional, situación que motiva a los países a incrementar el número de personas capacitadas en áreas especializadas de acuerdo con las necesidades del sector productivo.

Adicionalmente, las naciones deben contar con el capital humano necesario para generar desarrollo científico y tecnológico, aspecto medular cuando se trata de crear capacidad nacional para la innovación, adaptar la tecnología a las necesidades de los países y hacer frente a los riesgos del cambio tecnológico.

La educación formal en Colombia se organiza en cuatro niveles:

- **PREESCOLAR:** Para niños menores de seis años, con un mínimo obligatorio de un año
- **EDUCACIÓN BÁSICA:** Con una duración de nueve (9) años repartidos en dos ciclos: Básica primaria de cinco años (grados 1° a 5°) y Básica secundaria de cuatro (grados 6° a 9°)
- **EDUCACIÓN MEDIA:** Con una duración de dos años (grados 10° y 11°)
- **EDUCACIÓN SUPERIOR:** Donde se encuentran los niveles de técnica, tecnológica y universitaria).

Para el 2010, el sector educativo colombiano en los niveles de básica y media cuenta con 23.423 establecimientos educativos, 58.853 sedes y una matrícula total de 11 millones 122 mil estudiantes. La educación superior tiene cerca de 286 instituciones y más de 1.5 millón de estudiantes.

La participación del sector privado en la educación es de aproximadamente 21.3% en educación básica y media, mientras que en educación superior es de 44.1%. <<http://www.dnp.gov.co/Programas/Educaci%C3%B3nculturalsaludempleoypobreza/Subdirecci%C3%B3ndeEducaci%C3%B3n.aspx>>

b) LA CULTURA

De acuerdo con el artículo 70 de la Constitución Política de Colombia:

"El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.

La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación".



El sector de la cultura en Colombia se reorganizó en el año 1997 cuando se expidió la Ley General de Cultura, Ley 397 de 1997, y se organizó bajo la figura de un ministerio las funciones que desempeñaba el Instituto Colombiano de Cultura – COLCULTURA.

Desde entonces el **Ministerio de Cultura** es el encargado del diseño y la ejecución de la política de cultura a través de sus organismos adscritos: el Archivo General de la Nación, el Instituto Colombiano de Antropología e Historia, el Instituto Caro y Cuervo y el Instituto Colombiano del Deporte – COLDEPORTES. La adscripción de esta última entidad mediante el Decreto Ley 1746 de 2003 constituye un hecho destacado en la organización del sector la Escuela Nacional del Deporte ya no hace parte de COLDEPORTES y se adscribe al Ministerio de Educación como unidad administrativa especial.

La cultura ha pasado de ser entendida como un bien de consumo suntuario, a ser un factor clave del desarrollo social y económico, que contribuye profundamente al bienestar de la sociedad y a la cohesión social, y es por ello que dentro de las estrategias que se contemplan implementar en el mediano plazo, en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, "Prosperidad para Todos", se encuentra:

- Consolidar la articulación del Sistema Nacional de Cultura
- Fortalecer los procesos de lectura y escritura, facilitando la circulación y acceso a la información hacia un mayor conocimiento.
- Contribuir al desarrollo integral de los menores de 5 años, promoviendo el ejercicio de los derechos culturales, a través de los lenguajes expresivos y estéticos.
- Fomentar los procesos de formación artística y de creación cultural
- Fortalecer la apropiación social del Patrimonio Cultural
- Fortalecer las industrias culturales

<http://www.dnp.gov.co/Programas/Educaci%C3%B3n/culturasaludempleoy pobreza/Subdirecci%C3%B3n deEducaci%C3%B3n/Cultura.aspx>

c) ASEGURAMIENTO

Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso y calidad en la prestación de los servicios y la articulación de los mismos, y la protección de las familias frente al riesgo financiero que implica la atención de eventos en salud. El aseguramiento de la población se realiza por medio de dos regímenes: El contributivo y el subsidiado.

“El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.



A este régimen, se afilian las personas que tiene capacidad de pago, estas son aquellas “personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”.

La cotización o aporte económico equivale al 12.5% del salario base, y este porcentaje se paga entre el empleador 8.5% y el trabajador 4%, en caso de que la persona tenga vinculación laboral; en caso contrario el trabajador cotiza el 100% del ingreso base de cotización. De la cotización se destinan 1.5 puntos para el régimen contributivo.

El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

Por otra parte, el artículo tercero de la Ley 1122 de 2007, se crea la Comisión de Regulación en Salud – CRES como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Esta entidad entre otras funciones está encargada de regular los Planes Obligatorios de Salud (POS), el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los POS, la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, principalmente.

Los recursos de solidaridad provienen de la cotización que realizan las personas afiliadas al régimen contributivo, corresponde a 1.5 puntos. Los afiliados al régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago, son aquellas que disponen de recursos para cubrir el monto total de la cotización en el régimen contributivo.

El régimen subsidiado se focaliza principalmente en niños y niñas recién nacidos y menores de cinco años, madres en embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, las personas en situación de discapacidad, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

d) PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

Información de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas. Es importante considerar que las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, conforme al Decreto 2193 de 2004, deben reportar



al Departamento Nacional de Planeación, a través del correo hospitales@dnp.gov.co, y al **Ministerio de la Protección Social**, la información requerida conforme a la Circular externa 0064 del 11 de agosto de 2004.

e) SALUD PÚBLICA

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

La conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud, son responsabilidades del Estado.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Salud pública tiene entre sus objetivos, fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas.

Otros ámbitos de gran importancia para el desarrollo de las acciones de salud pública, tienen que ver con el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica); la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos en los procesos de planeación en salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; el saneamiento básico; la investigación, la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, entre otras.

f) LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA DE COLOMBIA, SUS DESAFÍOS Y RELACIONES CON EL CRECIMIENTO ECONÓMICO

Al analizar el crecimiento económico del país, no se puede dejar de lado la dimensión demográfica. La dinámica de la demografía está determinada por tres componentes básicos: la fecundidad, la mortalidad y la migración. En los últimos 35 años, en Colombia se han reducido las tasas de fecundidad, se han disminuido las tasas de mortalidad infantil, se ha incrementado la esperanza de vida de la población y ha aumentado de manera ascendente la diferencia entre los flujos de emigración e inmigración. Esta tendencia demográfica se ha traducido en una pérdida relativa de participación de la población infantil y una transición hacia una mayor participación de la población joven y adulta.

A modo ilustrativo, mientras en 1985 los dos quintiles de edad con mayor participación en la población total fueron, en su orden, de 0 a 5 años y de 5 a 10 años; en 2015, estos rangos se espera que sean, respectivamente, de 15 a 20 años y de 20 a 25 años. Lo anterior implica que los jóvenes -quienes apenas



están ingresando al mercado laboral y quienes cuentan con las mejores perspectivas de potenciar el crecimiento de la productividad- tendrán el peso más alto en la población. Este fenómeno constituye el comienzo de un período denominado bono demográfico, que hace referencia a la etapa de mayor participación de la población en edad de trabajar, es decir, de la población que más aporta a la productividad de la economía y que más incide sobre el crecimiento económico del país.

El país enfrenta, por tanto, unas oportunidades que no puede dejar pasar. En especial, la oportunidad de aprovechar el potencial de los jóvenes como motores del crecimiento de la productividad para las próximas décadas. En este sentido, resalta la importancia de desarrollar estrategias en temas como: la implementación de políticas de empleo para jóvenes, la consolidación de un sistema de educación universitaria, técnica y tecnológica pertinente y de calidad, el desarrollo de programas de emprendimiento para jóvenes, y el fortalecimiento de las políticas de innovación y adaptación de nuevas tecnologías, entre otras.

Ahora bien, con el paso del bono demográfico y en la medida que continúan las tendencias de reducción de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida, las oportunidades del bono demográfico pasan a convertirse en retos. A medida que la participación de los adultos mayores aumenta, aumenta también, entre otros, los desafíos en materia de acceso, sostenibilidad y calidad de los sistemas de salud y pensiones.

g) FACTORES DE CRECIMIENTO ECONÓMICO

El crecimiento de Colombia en las últimas décadas ha sido bajo: su promedio en los últimos 30 años es menor a 3,5% anual. En los 90's el crecimiento promedio de la economía fue inferior a 3% y en la década siguiente, ésta escasamente superó el 4% (ver figura 3). En comparación con países en desarrollo de Asia y Europa del Este, estas cifras son escasas, y han sido insuficientes para realmente generar impactos sociales estructurales de largo alcance.

Los principales elementos que afectan el crecimiento económico son: el costo del uso del capital¹¹, el factor trabajo, la productividad de los factores, y la productividad del sector servicios que emplea cerca del 60% de los trabajadores del país.

El costo del uso del capital en Colombia se ha reducido significativamente en las últimas décadas, como resultado de la disminución en las tasas de interés y, en menor medida, de la política tributaria orientada a la reducción de las tasas efectivas. La disminución del costo del uso del capital, sumada a la estabilidad macroeconómica y la política tributaria reciente, han permitido recuperar las tasas de inversión de la economía colombiana a niveles cercanos a 25%.

El costo del factor trabajo, por su parte, ha aumentado sistemáticamente en los últimos años, principalmente por causa del incremento en los costos laborales no salariales. Este sobre costo no salarial se estima en alrededor de un 60% adicional al salario básico del trabajador y se compone primordialmente de las cargas parafiscales y las prestaciones sociales. Cálculos recientes muestran que a comienzos de la década de los



noventa, usar capital era en promedio dos veces más costoso que usar trabajo, mientras que a finales de la última década esta relación se revirtió.

La productividad de los factores es quizás el componente que mejor explica las diferencias que existen en el crecimiento y el ingreso por habitante de los países. En el caso de Colombia, y en general de América Latina, el crecimiento de la productividad factorial ha sido históricamente bajo. Entre 1990 y 2009, el crecimiento acumulado de la productividad de América Latina fue 20% inferior al crecimiento de la productividad de Estados Unidos. En el caso colombiano, la productividad total factorial decreció a una tasa de 0,2% en los 90, y se recuperó a una tasa positiva de 1,4% en la pasada década.

La productividad del sector servicios, por su parte, al ser un componente de gran importancia en el producto total y en el empleo, tiene un impacto potencialmente alto sobre el crecimiento económico del país. Se encuentra que la productividad del sector servicios creció a una tasa promedio anual de 0,37% en el período 1998-2008, con un estancamiento entre 2006 y 2008; período en el cual este sector creció a tan solo 0,01% anual.

En síntesis, un panorama muy general del crecimiento de la economía colombiana en los últimos años arroja el siguiente resultado: tasas de crecimiento históricamente bajas, reducido incremento de la productividad factorial, altos costos del factor trabajo, baja productividad del sector servicios y reducción en el costo del uso del capital en relación con el costo del trabajo, lo cual ha permitido aumentar la tasa de inversión a niveles similares a los de hace quince años.

2. POLÍTICAS SOCIALES TRANSVERSALES

a) ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

La primera infancia es la etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 6 años. Las experiencias vividas por los niños durante estos años influyen significativamente en sus posibilidades futuras.

Estudios provenientes de diferentes disciplinas demuestran que estos años son fundamentales para el desarrollo físico, social y cognitivo, pues durante este período los niños adquieren las habilidades para pensar, hablar, aprender, razonar e interactuar con otros. La educación inicial contribuye además a reducir la pobreza y la desigualdad.

Los niños pobres que tienen acceso a una educación inicial de buena calidad ven compensadas varias carencias en el presente y hacia futuro, tienen mayores posibilidades de desarrollar sus competencias, permanecer en el sistema educativo y tener acceso a la educación superior y a trabajos mejor remunerados.

Los avances del país en materia normativa y de política han sido importantes y se ha logrado sensibilizar y comprometer a muchos más sectores y actores de los que tradicionalmente estaban comprometidos o directamente relacionados con el tema de Primera Infancia.

Aún así, es importante reconocer que el ritmo con que el país ha logrado avanzar en la implementación de la política no coincide con las condiciones y situaciones relacionadas con pobreza, inequidad social y vulneración de derechos a que están expuestos los niños y niñas en Primera Infancia, mostrando así, un panorama aún bastante lejano al deseable, en materia de cobertura y calidad en la Atención.



Es por esta razón que el Gobierno Nacional decide avanzar de forma decidida en la Atención Integral a esta población y sus familias con la Estrategia Nacional de Cero a Siempre.



Acorde al Plan Nacional de Desarrollo Prosperidad para Todos 2010-2014, uno de los principales propósitos del Gobierno es la atención integral a la población colombiana menor de seis años., que se fundamenta en los siguientes pilares:

- El reconocimiento del niño y la niña como sujetos activos que piensan, sienten, se expresan, aprenden desde que están en el vientre y tienen derecho a un desarrollo pleno y armónico.
- El enfoque de desarrollo infantil basado en derechos, que debe ser abordado multisectorialmente a través de la integración de servicios de educación inicial, salud, nutrición, cuidado y protección, que permitan potenciar las habilidades cognitivas, sensoriales, motrices, sociales y emocionales de los niños y las niñas.
- La corresponsabilidad del Estado, la Sociedad Civil y la Familia en la generación de todas las condiciones necesarias para que la primera infancia sea tratada con amor y respeto; goce de una familia que la proteja y acompañe su crecimiento; logre un desarrollo sano y nutrición adecuada; y acceda a una educación inicial diferencial que facilite la potenciación de sus capacidades.

b) ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA

En las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 “Prosperidad para todos” se contempla una visión de sociedad con igualdad de oportunidades y movilidad social que plantea el reto de articular el desarrollo económico y social a través del crecimiento económico y el desarrollo social integral. Esto implica reconocer que todas las personas no están en igualdad de condiciones para acceder a los beneficios del crecimiento económico sostenido, por lo cual se establecen una serie de mecanismos de redistribución y solidaridad.

En este sentido, se pretende lograr que los colombianos tengan igualdad de oportunidades en el acceso y la calidad a un conjunto básico de servicios sociales, que permitan que todos alcancen ingresos suficientes para llevar una vida digna y prescindir, en lo posible, de la oferta estatal.

Las políticas dirigidas a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social planteadas en el Capítulo IV de las bases del PND incorporan un conjunto de estrategias entre las cuales se define una política de lucha contra la pobreza a través de la promoción social y la Red JUNTOS.

Esta política contempla el mejoramiento de la focalización del gasto social y la implementación de condiciones de salida a los programas sociales; la consolidación de la Red JUNTOS para la superación de la pobreza extrema potenciándola como una estrategia de manejo social de riesgo y la implementación de un Plan Nacional de Prosperidad Social.



(1) RED UNIDOS PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA

El Plan Nacional de Prosperidad Social, liderado por la Alta Consejería para la Prosperidad Social, tiene como objetivo fortalecer la estrategia de Colombia para la superación de la pobreza, promoviendo acciones coordinadas para reducir significativamente la desigualdad.

En el marco de este Plan, se propuso el lanzamiento de la Estrategia **UNIDOS** como la segunda fase de JUNTOS.

Esta segunda fase articula de manera concreta la Estrategia de Superación de Pobreza con la Política de Prosperidad para Todos. En este sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para Todos" recoge las nuevas metas y tareas en torno a la implementación de la Estrategia.

Unidos se enfoca principalmente en seis aspectos fundamentales:

- **Una operación eficiente y eficaz:** Esto implica asegurar las condiciones necesarias para que los equipos de terreno de los Operadores Sociales, puedan brindar el acompañamiento adecuado a las familias y apoyar los procesos de gestión necesarios para la superación de la pobreza extrema.
- **Garantizar una oferta pública pertinente:** Identificar las barreras de acceso para el cumplimiento de los logros y promover soluciones que se ajusten a las necesidades de las familias.
- **Promover la Oferta que complemente la acción del Estado:** Vincular de manera efectiva la oferta privada y la cooperación internacional a la identificación y disposición de oferta social para las familias de la Estrategia que permitan la consecución de sus logros básicos y de las condiciones establecidas para su egreso exitoso de la Estrategia.
- **Fortalecer las alianzas con entes territoriales:** contribuir a la superación de las trampas de desarrollo local, fortalecer la gestión de oferta local dirigida a las familias UNIDOS, así como promover la construcción de Planes de Superación de Pobreza municipales y departamentales articulados a Planes de Desarrollo.
- **Promover la Innovación Social:** crear el Centro de Innovación Social que será el encargado de identificar apuestas y propuestas nacionales, regionales y locales que solucionen problemas sociales que contribuyan a la superación de pobreza con el fin de apoyar su implementación.
- **Promoción exitosa 350.000 familias y el avance en la calidad de vida de 1.150.000 de familias.**

(2) OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Con la Declaración del Milenio aprobada el 8 de septiembre de 2000, por los 189 Estados miembros de las Naciones Unidas, se reafirmó el propósito de tener un mundo pacífico, más próspero y más justo para todos los habitantes. Bajo los valores de libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad común; se acordaron ocho (8) objetivos claves, conocidos como los "**Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM**"



El país, ratificando lo acordado en la Cumbre del Milenio, desarrolló el documento CONPES SOCIAL 91 de 2005 “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015”, el cual fue modificado por el CONPES SOCIAL 140 de 2011, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y ajuste en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados.

c) INFANCIA Y ADOLESCENCIA

De acuerdo a la Ley 1098 de 2006 y sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña, las personas entre los 0 y los 12 años de edad, y por adolescente las personas entre los 13 y los 18 años de edad, los cuales son sujetos titulares de derecho.

El principal marco normativo internacional que orienta las acciones de Colombia y de los 190 países que la firmaron en 1989, es la **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**, la cual fue ratificada en el país por medio de la Ley 12 de 1991. Desde entonces, el Estado Colombiano viene realizando importantes esfuerzos para garantizar y hacer efectivos los derechos consagrados en los instrumentos internacionales y en la Carta Política. Esta, se ha convertido en un marco orientador de las políticas y programas nacionales y territoriales.

A nivel nacional, el marco que orienta las acciones de política es la Constitución de 1991, que introduce una revaloración de los niños, niñas y adolescentes. Los artículos 44 y 45, consagran sus derechos fundamentales, la obligación de protección y asistencia en cabeza del Estado, la sociedad y la familia y la prevalencia de sus derechos sobre los derechos de los demás.

Igualmente, el Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098 de 2006, contempla la garantía de los derechos y libertades consagrados en distintos instrumentos como la Declaración de Derechos Humanos, la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento.

A su vez, mediante la Ley 1295 de 2009 se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisben.

Dado lo anterior, se conjugan los esfuerzos tanto en el ámbito de las entidades públicas, como de las no gubernamentales, la academia, los organismos de cooperación internacional, entre otros, frente a los cuales se promueve la conjunción y articulación de las acciones sectoriales en beneficio de la atención integral a este grupo poblacional.

A su vez, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ha coordinado el proceso de construcción de políticas dirigidas a los niños, niñas y adolescentes en los diferentes momentos de su ciclo vital, y a la ejecución de los programas de prevención, atención y protección de los mismos.



d) DISCAPACIDAD

En el marco de sus funciones y en las que establece la Política Pública de Discapacidad, la Subdirección de Salud brinda apoyo técnico a los procesos de construcción de documentos de política, planes y programas, que coordina el **Ministerio de la Protección Social** como ente rector de la política, con las demás entidades nacionales vinculadas al proceso de implementación de la misma.

La condición de discapacidad y el riesgo de padecerla, se consideran como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital.

Es decir, la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual, y por tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social.

La discapacidad no necesariamente es una desventaja, es la situación que la rodea y la falta de oportunidades para superar el problema, lo que genera tal condición (Política Pública Nacional de Discapacidad, CONPES Social 80 de 2004).

Las **Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad** aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993, y la Ley 762 de 2002, en la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", conforman el marco normativo internacional en el cual se sustenta el manejo de la discapacidad en el país.

En lo que respecta a la normatividad nacional, existen una diversidad de leyes y decretos que norman la atención, protección, la inclusión, entre otras, de las personas que viven con diferentes tipos de discapacidad; o que definen lineamientos integrales de política para su atención.

En materia de protección para las personas con discapacidad, se destaca la Ley 361 de 1997, que estableció los mecanismos de integración social de las personas con limitación. Dicha Ley ha sido modificada por las Leyes 982 de 2005, 1287 de 2009 y 1306 de 2009.

Así mismo, se destaca la Ley 762 de 2002, norma que aprobó la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita el 7 de junio de 1999, en la ciudad de Guatemala.

Finalmente se debe tener en cuenta la Ley 1145 de 2007, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.



e) SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Según el CONPES Social 113 de 2007, la Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

Para dar cuenta de los avances en el ámbito de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, el país cuenta con una serie de instituciones y programas, que desde diferentes sectores respaldan este proceso.

- Departamento Nacional de Planeación
- Ministerio de la Protección Social
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER)
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
- Ministerio de Educación Nacional
- Ministerio de Hacienda y crédito público

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

f) GÉNERO

El concepto de género hace referencia al tipo de relaciones que se establecen entre hombres y mujeres - desde sus diferencias- tanto como a la igualdad de derechos, al reconocimiento de su dignidad como seres humanos y a la valoración equitativa de sus aportes a la sociedad.

Según el **Plan Nacional de Desarrollo (PND 2010 – 2014)**, construir equidad entre mujeres y hombres, requiere impulsar acciones que compensen o moderen las discriminaciones que afectan a unas y otros; avanzando hacia la igualdad de derechos y oportunidades, lo cual demanda introducir de manera transversal y como eje conductor, el enfoque de género, en las políticas públicas de equidad, en los planes, programas, proyectos y mecanismos de trabajo de la administración pública, como categoría de análisis social y como método de identificación y corrección de desigualdades.

Así mismo, demanda establecer un marco de colaboración, coordinación y concertación entre todas las ramas del poder público, para desarrollar una agenda de país en materia de equidad de género, acorde con los mandatos constitucionales, legales y los compromisos internacionales adquiridos por el Estado colombiano.

Todos los esfuerzos que el país realice, orientados a mejorar la situación de la población colombiana en general, deben afectar positivamente tanto a hombres como a mujeres; en esta medida, se irán cerrando las brechas de género, las brechas sociales y las brechas regionales.



3. SITUACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

Colombia tiene una población estimada de 45.013.674 habitantes, según el DANE, para el año 2.008. La tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad es de 73,28 en el 2008. La media anual de nacimientos es de 874.464 en el 2007 y la tasa bruta de natalidad es de 19,86 nacidos vivos por 1.000 habitantes.

La media anual de defunciones es de 255.210 en el 2007, con una tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes de 5,54. La tasa de mortalidad infantil estimada por 1000 nacidos vivos es de 19,51 en el 2007.

La esperanza de vida al nacer es de 72,54 años, discriminada en 68,71 años para los hombres y 76,5 años para las mujeres.

Todos los indicadores útiles de vida tienen una tendencia a mejorar en los próximos quince años, con un aumento en la esperanza de vida al nacer de cerca de un año para hombres y de más de dos años para las mujeres, una disminución en la tasa de mortalidad infantil de cerca de nueve puntos y una reducción significativa en el número de defunciones en niños de cero a cuatro años, como resultado de las políticas estatales en materia de salud pública e inversión social y que las entidades públicas de salud deberemos apoyar adaptando nuestros programas a los cambios demográficos y adoptando las políticas que en este sentido expida el gobierno nacional.

a) PROYECCIÓN POBLACIONAL



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN EN COLOMBIA POR GÉNERO. SEGÚN GRUPOS DE EDAD 2005 A 2020

EADAES	2005			2010			2020		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	46,039,144	22,764,130	23,275,014	49,665,343	24,570,478	25,094,865	56,569,277	27,981,347	28,587,930
0- 4	4,787,710	2,444,829	2,342,881	4,800,192	2,452,143	2,348,049	4,882,513	2,495,354	2,387,159
5-9	4,756,116	2,427,834	2,328,282	4,764,079	2,433,779	2,330,300	4,824,448	2,465,800	2,358,648
10-14	4,709,283	2,400,582	2,308,701	4,748,279	2,423,513	2,324,766	4,772,468	2,438,353	2,334,115
15-19	4,330,509	2,200,739	2,129,770	4,692,326	2,388,819	2,303,507	4,743,130	2,420,141	2,322,989
20-24	4,104,798	2,072,954	2,031,844	4,300,374	2,177,675	2,122,699	4,706,888	2,392,920	2,313,968
25-29	3,883,995	1,941,490	1,942,505	4,069,964	2,045,943	2,024,021	4,631,750	2,342,181	2,289,569
30-34	3,482,966	1,714,604	1,768,362	3,850,034	1,916,289	1,933,745	4,237,532	2,129,899	2,107,633
35-39	3,433,468	1,669,150	1,764,318	3,448,788	1,690,771	1,758,017	4,004,759	1,998,712	2,006,047
40-44	3,039,557	1,465,908	1,573,649	3,392,187	1,642,177	1,750,010	3,775,691	1,865,352	1,910,339
45-49	2,504,334	1,194,949	1,309,385	2,991,311	1,436,341	1,554,970	3,361,647	1,634,385	1,727,262
50-54	2,053,789	971,389	1,082,400	2,446,440	1,161,108	1,285,332	3,270,647	1,567,130	1,703,517
55-59	1,545,169	729,857	815,312	1,979,879	929,172	1,050,707	2,828,527	1,338,388	1,490,139
60-64	1,105,797	522,861	582,936	1,459,559	681,132	778,427	2,241,130	1,039,436	1,201,694
65-69	824,072	379,510	444,562	1,010,027	468,520	541,507	1,723,889	779,655	944,234
70-74	613,510	273,043	340,467	713,393	318,929	394,464	1,169,248	514,960	654,288
75-79	425,614	183,054	242,560	488,579	208,280	280,299	708,141	301,554	406,587
80 y +	438,457	171,377	267,080	509,932	195,887	314,045	686,869	257,127	429,742

Fuente: DANE



4. INDICADORES

a) AFILIADOS POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

AFILIADO POR RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.

RÉGIMEN	NÚMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE
Contributivo	18.949.000	42.81
Subsidiado	23.400.000	52.86
No Afiliados	190.000	0.42
Regímenes especiales	1.910.000	4.31

FUENTE: Encuesta Nacional de Calidad de vida del DANE.

5. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

a) REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD

La estrategia de equidad consiste en lograr que los colombianos tengan igualdad de oportunidades en el acceso y la calidad de un conjunto básico de servicios sociales que, en el futuro, permitan que todos alcancen ingresos suficientes para llevar una vida digna. Se trata de superar el asistencialismo a través de políticas que incluyan dentro de su formulación apoyos condicionados, acompañamiento periódico y esquemas de graduación, y que permitan desarrollar habilidades para generar ingresos en el futuro. Por esta razón, se busca que todos los colombianos tengan acceso a educación de calidad, a una seguridad social equitativa y solidaria, al mercado laboral (promoviendo la formalización o apoyando el emprendimiento) y a mecanismos de promoción social efectivos. Es fundamental contar con un Sistema de Protección Social que contribuya a fortalecer el capital humano y el ingreso de los hogares, a mitigar y superar de manera efectiva situaciones de crisis y a asistir a las familias pobres. De esta manera, se pretende generar las condiciones necesarias para que cualquier habitante, sin importar su condición, pueda generar y proteger los activos que posibiliten su desarrollo personal y social. Bajo estas consideraciones el fortalecimiento del capital humano y social es el elemento central.

Entonces, el reto principal es la reducción de las brechas sociales y regionales, construyendo sobre lo ya logrado, lo cual requiere de intervenciones focalizadas en los grupos o regiones más rezagadas, sin perjuicio de alcanzar coberturas universales en salud y educación.



Las acciones propuestas van en línea con el contenido del Conpes Social 91 “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015” y el documento Visión Colombia 2019 (capítulo “Cerrar las Brechas Sociales y Regionales”), documentos técnicos que definen compromisos del país a largo plazo en materia social y que evidencian la necesidad que los organismos ejecutores establezcan criterios de priorización de las inversiones hacia regiones y grupos específicos. Se da especial preponderancia a la implementación de la Red de Protección Social para la superación de la Extrema Pobreza creada con el Conpes Social 102.

Para lograr cerrar las brechas, primero deben existir ciertas condiciones mínimas y comunes a todas las políticas sociales: (1) aumentar la eficiencia del gasto social; (2) mejorar los procesos de focalización de los programas; (3) consolidar el Sistema de Protección Social; (4) desarrollar habilidades para que las familias puedan insertarse al mercado laboral (5) mejorar la eficacia y efectividad de los Programas para contribuir a la reducción de la pobreza y desigualdad.

Se debe partir de que las acciones están integradas en un sistema que abarca integralmente la atención a las familias e individuos (Sistema de Protección Social), y que esas acciones deben procurar un manejo adecuado del riesgo. Los criterios y mecanismos de focalización, de acuerdo a los objetivos de cada programa, deben orientar las intervenciones de acuerdo al nivel de atraso poblacional en el indicador que se quiere impactar. El resultado debe ser una mejor calidad de vida de las personas y familias, especialmente entre las poblaciones más pobres y vulnerables.

En el mismo sentido, se requiere tener claridad sobre las características de (1) las condiciones de vida de la población colombiana; (2) la dinámica y desempeño de las relaciones laborales; y (3) la inserción de las familias en el Sistema de Protección Social. Además, la dinámica demográfica del país se constituye en un elemento crucial de referencia para la orientación de las políticas con propósitos de equidad.

(1) POBREZA Y POBLACIÓN VULNERABLE

Las condiciones de vida de la población están ligadas al desempeño de los diferentes sectores sociales. Por ejemplo, la educación y la salud fortalecen el capital humano necesario para la generación de ingresos, factor que a su vez determina el estado de pobreza de un hogar. La distribución del capital humano en la población determina la composición y salarios en el mercado laboral, lo cual determina en gran medida la distribución del ingreso. Por otra parte, dado que es a través del empleo que las personas generan la mayoría de sus ingresos, la coyuntura laboral tiene repercusiones fundamentales sobre la pobreza, como también sobre la distribución del ingreso. Otros sectores diferentes al social, como infraestructura, vivienda y servicios públicos, producen impactos sobre las condiciones de vida. Por ejemplo, una buena red de carreteras y un sistema de transporte público masivo eficiente facilitan el



acceso de la población pobre al mercado laboral y a servicios sociales, mejorando su nivel de vida. Sin embargo, una premisa fundamental de este plan es que el crecimiento económico es pre condición para la superación de la pobreza. Los elementos de estabilidad macroeconómica cumplen un papel fundamental dentro de la estrategia.

(a) ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL PARA COLOMBIA

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), desarrollado por el Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), es un indicador que refleja el grado de privación que enfrentan las personas en un conjunto de dimensiones. La medida permite determinar la naturaleza de la privación o de las carencias que enfrentan las personas y los hogares, dentro del conjunto de dimensiones y variables seleccionadas.

La propuesta de IPM desarrollada por el Departamento Nacional de Planeación para Colombia está conformada 5 dimensiones y 15 variables

ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL PARA COLOMBIA	
DIMENSIONES	VARIABLES
Condiciones educativas del hogar	Bajo logro educativo (10%)
	Analfabetismo (10%)
Condiciones de la niñez y juventud	Inasistencia escolar (5%)
	Rezago escolar (5%)
	Barreras de acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia (5%)
	Trabajo infantil (5%)
Trabajo	Desempleo de larga duración (10%)
	Empleo informal (10%)
Salud	No aseguramiento en salud (10%)
	Barreras de acceso a servicio de salud (10%)
Acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda	Sin acceso a fuente de agua mejorada (4%)
	Inadecuada eliminación de excretas (4%)
	Pisos inadecuados (4%)
	Paredes exteriores inadecuadas (4%)
	Hacinamiento crítico (4%)

Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI)



(b) ¿QUIÉN SE CONSIDERA MULTIDIMENSIONALMENTE POBRE?

Según el IPM Colombia se considera que una persona está en condición de pobreza multidimensional si tiene 33% de las privaciones ($k=5/15$), en otras palabras una persona es multidimensionalmente pobre si enfrenta carencias en por lo menos 33% de las 15 variables seleccionadas, teniendo en cuenta la ponderación asignada a cada variable. **Ejemplo 1**, se considerarían multidimensionalmente pobres las personas de un hogar que enfrenta desempleo de larga duración (10%) + empleo informal (10%) + barreras de acceso a servicios de salud (10%) + inadecuada eliminación de excretas (4%). **Ejemplo 2**, serían multidimensionalmente pobres las personas de un hogar que enfrenta bajo logro educativo (10%) + analfabetismo (10%) + inasistencia escolar (5%) + rezago escolar (5%) + trabajo infantil (5%). La tasa de recuento, o tasa de incidencia de la pobreza multidimensional, está definida por $H=q/n$, donde q es el número de personas multidimensionalmente pobres y n es la población total.

(c) PERSONAS MULTIDIMENSIONALMENTE POBRES EN COLOMBIA

PORCENTAJE DE PERSONAS MULTIDIMENSIONALMENTE POBRES. TOTAL NACIONAL, POR ZONA Y REGIÓN. 1997, 2003, 2008 Y 2010

ÁREA	1997		2003		2008		2010	
	%	cve ¹						
Nacional	60,4	6,6	49,2	9,5	34,7	12,0	30,4	11,7
Zona								
Cabecera	50,7	5,5	39,8	9,7	26,9	13,0	23,5	12,2
Resto	86,0	1,9	76,8	3,2	59,6	4,1	53,1	4,2
Región								
Atlántica	72,1	7,3	61,1	6,4	52,8	11,7	45,5	13,0
Oriental	65,3	7,3	48,5	9,8	33,2	10,4	28,6	13,1
Central	66,6	5,6	56,2	7,7	36,1	7,1	31,2	11,0
Pacífica	58,4	9,5	56,9	13,5	35,5	13,2	32,3	12,5
Bogotá	40,9	0,0	23,5	0,0	12,8	0,0	12,1	0,0
San Andrés	38,1	0,0	23,8	0,0	30,3	0,0	25,4	0,0
Amazonía y Orinoquía	60,9	9,8	52,8	0,0	37,4	9,7	31,7	12,4
Antioquia	56,3	17,8	45,2	16,3	31,7	22,5	27,8	25,0

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 1997, 2003, 2008, 2010 del DANE. Cálculos DNP-SPSCV.

¹ Coeficiente de variación estimado (cve). Mide la magnitud de la variabilidad de la distribución muestral del estimador. Es la variación porcentual del error estándar con respecto a su estimación.

* Expansiones Censo 2005



(2) MERCADO Y RELACIONES LABORALES

Uno de los grandes retos que tiene el país es la articulación de las instituciones propias del Sistema de Protección Social y las del mercado laboral. Las mismas cuentan con complejos vínculos. Las trayectorias de empleo afectan el acceso de las personas a las prestaciones de la seguridad social, mientras que las condiciones de acceso y reglas de financiamiento de los beneficios influyen en las decisiones concernientes al empleo de empleadores y trabajadores. De esta forma, el entendimiento de las interacciones es crucial para el diseño de políticas para el adecuado funcionamiento del empleo y la protección social. Dado que una parte importante de la protección social que reciben los trabajadores y sus familias proviene de esquemas de naturaleza contributiva, el acceso depende de las condiciones de empleo a lo largo del ciclo de vida. Lo anterior sintetiza el gran desafío que se presenta en este tema: superar la “paradoja de la protección social”, en donde los trabajadores mejor posicionados en el mercado laboral son aquellos que reciben más y mejor protección.

Así, la consolidación del Sistema de Protección Social pasa por establecer un mercado de trabajo con mayores oportunidades, con normas compatibles con el fortalecimiento de la protección contributiva en un ambiente de relaciones constructivas y recíprocas para crear condiciones de empleo decente, al mismo tiempo que se crean esquemas de protección y cobertura para la población pobre. El desempeño de las instituciones económicas, por su parte, genera un nivel de producción que determina la estructura, magnitud y calidad de la demanda de empleo.

De esta forma, los problemas que se observan en el mercado laboral, desde el punto de vista de la oferta así como de la demanda de trabajo, son el reflejo de las decisiones políticas, económicas y de los arreglos institucionales.

Las relaciones laborales en Colombia, junto con la proporción de población ocupada en actividades informales, han configurado un sistema de seguridad social (pensiones, riesgos profesionales y cesantías) con bajas coberturas, a la vez que ha presionado subsidios crecientes para la cobertura de riesgos en salud y para atender otras necesidades.

(a) DINÁMICA DE LA OFERTA DE TRABAJO

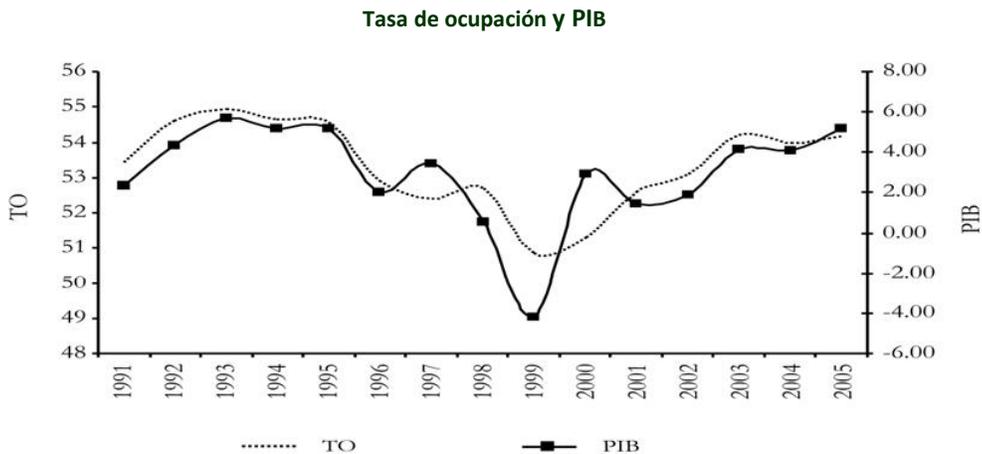
En términos de la oferta de trabajo, como consecuencia de los cambios demográficos de las últimas décadas, la fuerza laboral colombiana se ha incrementado de manera acelerada. La caída en las tasas de natalidad y el mayor ingreso de la población al mercado laboral entre 1973 y 2004 condujeron a un crecimiento de la población a una tasa anual de 2,1%, mientras la fuerza laboral crecía a una tasa de 3,1%. El principal factor detrás de este aumento ha sido la creciente participación de la



mujer en el mercado laboral: en 2005 la tasa de participación femenina era de 58%, mientras en 1950 sólo llegaba a 19%. Desde mediados de la década de los noventa se presentó un aumento de la tasa de desempleo hasta llegar en 2000 a niveles de 20% en las principales ciudades y de 15,5% en todo el país. Esta tendencia creciente del desempleo fue contrarrestada, posteriormente, por la recuperación del crecimiento económico a partir de 2003, de tal forma que la tasa de desempleo promedio anual a nivel nacional disminuyó a 11,6% en 2005.

El nivel de desempleo en el largo plazo está relacionado con la calificación de la mano de obra. De hecho, un factor muy importante en la explicación del desempleo en el país ha sido el desajuste entre los niveles de calificación de los trabajadores y los requerimientos por parte de los empleadores que, ha representado, en promedio, cerca de 70% de la tasa de desempleo de largo plazo, desajuste que creció desde el primer tercio de la década de los noventa y se estabilizó en los últimos años.

El desempleo, como variable procíclica, se ha visto fuertemente afectado por la dinámica del crecimiento económico y su composición. Durante la década de los noventa se produjo una reconversión del PIB hacia las ramas de actividad de minas y energía y servicios financieros, sectores poco demandantes de mano de obra no calificada. A la vez, cayó la participación del sector agropecuario, la construcción y la industria en el PIB, sectores con alta demanda de trabajo. Fue así como a principios de los noventa la agricultura registraba la mayor participación en la generación de empleo a nivel nacional (27%), seguida por el sector servicios (17%), la industria (15%) y el comercio (13%). Para 2005, la agricultura y la industria registraron una participación de 21,6% y 13,6% respectivamente, mientras que los servicios aumentaron su participación a 22%.



Fuente: DANE. Cálculos DNP-DDS.



(b) INFORMALIDAD

Por sus desventajas en términos de preparación, las personas más pobres tienden a ver reducidas sus posibilidades de emplearse, más aún cuando las exigencias de calificación profesional son mayores. El círculo vicioso que se establece entre hogares pobres-menos posibilidades de emplearse, ingresos bajos-menos oportunidades de educar a sus niños y jóvenes, se reproduce con consecuencias perversas que profundizan la inequidad. Se puede afirmar que los grupos más pobres de la población son los que con mayor rigor padecen la informalidad y con mayor probabilidad sus trabajos son desprotegidos de la seguridad social. Una buena parte de la informalidad del empleo está asociada con altos niveles de informalidad empresarial. En paralelo a los problemas de informalidad e incentivos normativos, estuvieron el manejo macroeconómico, los choques internos y externos propios de cualquier economía del período 1996-2001, que le restaron dinamismo a la demanda de trabajo calificado.

Sin embargo, en los últimos años se han logrado avances importantes en términos de formalización del empleo. Según datos del Ministerio de la Protección Social, entre 2002 y 2005, se presentaron aumentos significativos en la afiliación a la seguridad social: 21.3% en Régimen Contributivo, 86.4% en Régimen Subsidiado, 41.9% en Cajas de Compensación Familiar, 35.4% en ARP y 62.1% en pensiones.

Uno de los problemas que afronta el mercado laboral es la participación de niños y adolescentes. En promedio, por cada 14 personas que participan en el mercado laboral 1 está entre los 5 y los 17 años. El trabajo infantil limita el ingreso de los niños, niñas y jóvenes al sistema educativo, lo cual genera la perpetuación de la pobreza, el deterioro del capital humano y la agudización de la inequidad.

(c) METAS Y ACCIONES REQUERIDAS

El principal instrumento del Estado para construir una sociedad con mayor equidad e inclusión social es la política de generación de empleo e ingresos. De tal manera, que uno de los principales objetivos de este Gobierno será seguir construyendo un escenario económico, social e institucional que garantice el mayor aprovechamiento de su fuerza laboral como principal motor del crecimiento económico y de la equidad.

En esa medida se espera que la tasa de desempleo se ubique en 8,8% promedio anual en 2010. El éxito de la política de generación de ingresos requiere tener en cuenta la enorme heterogeneidad de la población objetivo. Heterogeneidad que pasa por las diferencias entre el campo y la ciudad, entre zonas geográficas, entre grandes, micros y pequeñas empresas, y entre grupos poblacionales. De tal manera que esta complejidad requiere de la acción conjunta y coordinada de políticas en dos grandes frentes. Primero, en generar las condiciones generales en el plano económico, institucional y sectorial, que potencien la generación de riqueza en el país. Segundo, propiciar las condiciones y desarrollar instrumentos para que los beneficios de un mayor crecimiento económico lleguen a la población más pobre, a través del fortalecimiento de sus capacidades para generar ingresos.



Las condiciones generales pasan por lograr una senda de estabilidad y asegurar reglas de juego que permitan alcanzar de manera sostenida tasas de crecimiento económico elevadas. El programa macroeconómico planteado en este Plan es consecuente con ese objetivo. Adicionalmente, es necesario crear las condiciones propicias para lograr mayores niveles de competitividad y productividad. En primer lugar, se crearán las condiciones para el desarrollo de la infraestructura productiva, incentivando, entre otras cosas, un sistema de intermodal que permita optimizar el uso de la infraestructura actual, disminuyendo los tiempos y costos de desplazamiento de la población hacia los centros urbanos y de acopio y con los flujos del comercio exterior.

Al mismo tiempo, se reducirá la brecha tecnológica del país, a través de una mayor interacción entre las empresas y el sector educativo, apoyo a las iniciativas de innovación y desarrollo, tanto públicas como privadas. Además, se promoverá la búsqueda de nuevos mercados para nuestros productos y servicios, a través de una política muy activa de integración económica con el resto del mundo. Estos aspectos se desarrollan a lo largo de este Plan de Desarrollo.

Sin embargo, se requiere de políticas micro, acompañadas de cambios normativos e institucionales, como el diseño y operatividad del Sistema de Protección Social y sus componentes, la consolidación del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo, de la Banca de las Oportunidades y de los instrumentos e institucionalidad que permitan una mayor coordinación de la política pública en general, que redunden en un mayor impacto de las políticas sobre la población pobre, de tal manera que los beneficios de una mayor generación de riqueza se irrigen de manera más proporcional sobre ellos. Así, se requiere poner en marcha una política coordinada de generación de empleo e ingresos, resultado de las estrategias económicas y sociales del Plan. Para ello el Gobierno desarrollará un documento de política que detallará los criterios y mecanismos de coordinación y las sinergias necesarias entre los actores y las diferentes políticas, así como el paquete de servicios de acuerdo a las diferencias poblacionales y regionales.

(i) Dinamizar y formalizar la demanda de empleo

No obstante que los detalles de coordinación, la metas y los instrumentos de seguimiento de la estrategia de generación de empleo e ingresos deberán ser precisados en el documento de política, este debe contemplar entre otras cosas el desarrollo de los instrumentos para la promoción de las Micro, pequeñas y medianas empresas (Mipymes), generadoras de un buen porcentaje del empleo en el país. Se debe tener en cuenta que la heterogeneidad de ese sector requiere de políticas específicas según el nivel de inserción de las empresas en los circuitos económicos modernos. El éxito de la estrategia de fortalecimiento de las Mipymes requerirá ante todo de la coordinación de las entidades e instrumentos del Estado que intervienen en su promoción.



Así, se debe mejorar la coordinación entre los Ministerios de Industria y Comercio, Protección Social, Acción Social, la Red para la Superación de la Pobreza Extrema, el Sena, las Cajas de Compensación, la banca de las Oportunidades, el Programa para el Desarrollo de Oportunidades de Inversión y Capitalización de los Activos de las Microempresas Rurales, el Proyecto de Apoyo a Alianzas Productivas, entes territoriales, la sociedad civil, la academia y las fuentes de financiación, con el fin de unificar los criterios, construir sinergias entre los actores y maximizar el impacto de los recursos. En ese sentido, se creará un Sistema Nacional de Emprendimiento (SNE), conformado por estas entidades, que establecerá el paquete de políticas necesario según las características de las unidades productivas y dictará los criterios de coordinación e intervención.

Este sistema propenderá por el fortalecimiento de la capacidad de los empresarios para el desarrollo de proyectos empresariales autosostenibles, en particular de los segmentos más vulnerables de la población. La iniciativa debe enfocarse en generar capacidades empresariales de los potenciales y actuales empresarios, brindando asesoría integral en el desarrollo de habilidades y conocimientos técnicos, administrativos y contables que minimicen el riesgo de fracaso. Se debe trabajar con un enfoque que desarrolle alianzas productivas entre los empresarios y actores del sistema. Por lo tanto, una parte importante del Sistema Nacional de Emprendimiento será la identificación y promoción de 30 *Clusters* productivos en el marco de la agenda interna, en donde se identifiquen las cadenas y mini cadenas en las que puedan desarrollar su actividad productiva. Se deben propiciar procesos asociativos que tengan demanda dentro de los *Clusters* y que no saturen el mercado de una región.

El éxito del sistema requiere un proceso de acompañamiento y asesoría a lo largo de todo el proceso, no solo en las primeras fases, sino aún después de consolidado. Uno de los ejes importantes será un mayor y mejor acceso a los servicios financieros y su democratización. En particular las Entidades involucradas, de manera coordinada, asesorarán y acompañarán a los beneficiarios en la obtención de créditos con el sistema financiero, con gobernaciones y municipios, con ONG y con cajas de compensación, con la Red de la Banca de las Oportunidades y el Fondo Emprender, entre otros. Los 5 millones de créditos que se colocarán en el cuatrienio serán parte integral del SNE.

Además de la promoción y fortalecimiento de la capacidad para generar empresas y la autogestión del empleo, es necesario potenciar la generación de ingresos producto de la relación salarial, para lo cual se debe aumentar la empleabilidad de los colombianos y los instrumentos de protección social contra el riesgo del desempleo. En esa medida, la mayor generación de ingresos por la vía del empleo está muy ligada a la consolidación del Sistema de Protección Social y de sus pilares. Uno de los grandes retos que tiene el país es la articulación de las instituciones del sistema de protección social y las del mercado laboral.



A pesar de que el Sistema de Protección Social está concebido para promover de manera integral y generalizada la protección de los colombianos a lo largo del ciclo de vida, es evidente que existe un gran número de compatriotas que se ven con mayor rigor afectados por la creciente movilidad laboral, las fluctuaciones del ciclo económico y por las mayores exigencias en términos de competencias laborales. Es necesario que estas personas obtengan la formación necesaria que los habilite, recapacite y potencie sus posibilidades de acceder a un trabajo digno. El Sena incrementará la cobertura del programa Jóvenes en Acción y Jóvenes Rurales como iniciativa del gobierno para posibilitar la empleabilidad de un mayor número de jóvenes de los estratos 1 y 2 del Sisbén, población sobre la cual recae la mayor incidencia del desempleo. En lo que respecta al Programa Jóvenes en Acción se tiene previsto graduar 71.688 jóvenes entre 2007 y 2010. En la misma vía, se pretende incrementar el número de jóvenes graduados rurales de 157.624 en 2006 a 601.002 en 2010.

(ii) Trabajo decente, diálogo social y concertación

Es necesario disminuir los niveles de informalidad y promover el empleo decente, entendido como la garantía de los derechos fundamentales en el trabajo. Para esto el Gobierno emprenderá acciones orientadas a incentivar la concertación laboral y el compromiso con los empresarios, incluyendo metas de generación de empleo, a través, entre otros, de las subcomisiones de concertación de política laboral y salarial.

Es necesario profundizar el diálogo social bipartito y tripartito nacional y descentralizado para mejorar las relaciones laborales y avanzar en el propósito del trabajo en condiciones dignas a nivel de empresas y de sectores productivos. Se construirán políticas públicas para la generación de trabajo en condiciones dignas, en los niveles territoriales, por parte de los diferentes actores sociales del mundo del trabajo, y se establecerá, a través de la promoción y divulgación de los principios y derechos fundamentales en el trabajo, la prevención y reducción en un 50% de la conflictividad en el trabajo.

(iii) Reducción del trabajo infantil y juvenil

En esta materia es necesario, además de la universalización de la educación básica, avanzar y consolidar una política de Estado para la prevención del trabajo infantil y la protección de los jóvenes trabajadores. Se debe fortalecer la acción coordinada de los diferentes agentes del Estado (Ministerio de la Protección Social, ICBF, Ministerio de Educación, Procuraduría) y los agentes cooperantes (UNICEF, OIT). En esta vía, se incluirá al Ministerio de Educación en la secretaría técnica del Comité de erradicación del trabajo infantil. La política requerirá del diseño y desarrollo de una “Estrategia Nacional para la consolidación de la Política de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil”, a nivel nacional y territorial.

(iv) Inserción de las familias en el Sistema de Protección Social

El Sistema de Protección Social, como se mencionó, debe ser integral en la oferta de servicios y no excluyente. El objetivo fundamental sobre el que se sustenta la oferta de protección social parte del



hecho de garantizar unos mínimos aceptables a toda la población. Sin embargo, no toda la población está en capacidad de acceder por sus propios medios a los mecanismos de aseguramiento formal, por lo que deben existir mecanismos redistributivos y de solidaridad, así como tratamientos integrales y de promoción social para la población más pobre. En todo caso, la atención integral y prioritaria a los grupos poblacionales con peores condiciones de vida debe tener un carácter temporal. Una de las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y desigualdad es garantizando el funcionamiento adecuado de los mecanismos de aseguramiento, reduciendo la vulnerabilidad de la población al riesgo y creando las herramientas para que los grupos rezagados superen las condiciones adversas a las que se enfrentan.

El país ha avanzado en mejorar el acceso de toda la población a los servicios sociales. Sin embargo factores como las condiciones del mercado laboral y el empleo que afectan la capacidad de pago de los individuos; los procesos de focalización que no garantizan acceso preferente a la población más necesitada; y los problemas de articulación dentro de la oferta social estatal, hacen que para el próximo cuatrienio deba existir un compromiso importante en la consolidación del Sistema de Protección Social. Como se observa en el Diagrama 3.1, el SPS abarca un conjunto de subsistemas, donde participan agentes públicos (nivel central y territorial) y privados (Cajas de Compensación Familiar, Organizaciones No Gubernamentales, Sector Cooperativo, entre otros), los cuales deberán complementarse y articularse con otros elementos de la política social que involucran el acceso a la vivienda y al saneamiento básico, así como la posibilidad de insertarse en el mercado de activos, principalmente mediante el acceso al sistema financiero y al crédito, la tierra y los procesos productivos, así como a la seguridad y la justicia.

La necesidad de que el gasto social beneficie prioritariamente a los pobres exige medidas de intervención que privilegien su acceso a los servicios del SPS. El reto principal que se debe buscar en este cuatrienio frente al Sistema de Protección Social es lograr la efectiva articulación de tres grandes componentes:

- Seguridad Social Integral (Salud, Riesgos Profesionales, Protección al Cesante)
- Sistema de Promoción Social-Sistema Social de Riesgo
- Sistema de formación de Capital humano: educación y formación para el trabajo.



6. PLAN DE DESARROLLO "PROSPERIDAD PARA TODOS"

a) PILARES DEL PLAN

Figura 1: Pilares del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014



Grandes pilares que se resumen en la figura 1. Estos son: convergencia y desarrollo regional, crecimiento y competitividad, igualdad de oportunidades, consolidación de la paz, innovación, sostenibilidad ambiental, buen gobierno y relevancia internacional.

El objetivo es establecer un gobierno de Tercera Vía que se resume en un principio fundamental: *el mercado hasta donde sea posible y el Estado hasta donde sea necesario*. Un gobierno que prioriza las políticas que maximizan el impacto social, independientemente de su origen ideológico. Políticas que conducen a una mayor cohesión social a través de la generación de empleo, la educación y la igualdad de oportunidades, y que también promueven la participación ciudadana y la responsabilidad social.

b) LOCOMOTORAS PARA EL CRECIMIENTO Y LA GENERACIÓN DE EMPLEO

Las locomotoras de crecimiento son, por definición, sectores que avanzan más rápido que el resto de la economía. Encontramos, en este sentido, que el sector minero-energético, la vivienda y la infraestructura de transporte ya son sectores con motores prendidos y avanzando a un ritmo mayor que los demás. Las locomotoras que están calentando motores para realmente arrancar con fuerza son los sectores basados en la innovación. Finalmente, el sector agropecuario es una locomotora que se encuentra en movimiento, pero a una velocidad inferior a su verdadero potencial.



No todas las locomotoras tienen un impacto equivalente sobre la generación de empleo, el impulso del crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Unas locomotoras son más intensivas en empleo o en capital, otras impactan en mayor medida a la población más pobre, y otras son más susceptibles de crecer a grandes velocidades por causa, por ejemplo, de cambios de coyuntura en el panorama internacional. Por lo tanto, sin desconocer los demás efectos económicos y sociales que estos sectores generan, cada locomotora cumplirá un propósito especial en el desarrollo económico y social del país durante los próximos años.

c) IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL

El objetivo final del Gobierno y del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 como mapa de ruta, es la prosperidad de todos los colombianos. Esto significa lograr una sociedad con más empleo, menos pobreza y más seguridad. La visión de sociedad que queremos es la de una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en que nacer en condiciones desventajosas no signifique perpetuar dichas condiciones a lo largo de la vida, sino en que el Estado acude eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen.

Así como el crecimiento económico conduce a mayor desarrollo social, las políticas y avances en el desarrollo social y la igualdad de oportunidades, además de generar impactos positivos sobre el bienestar de la población, también retroalimentan el crecimiento económico y se traducen en mayor productividad.

Actualmente el 46 por ciento de la población colombiana se encuentra en condición de pobreza y el 16 por ciento en condición de pobreza extrema. Sumado a lo anterior, el coeficiente de Gini³, que mide la desigualdad de los ingresos de los países, es de alrededor de 0,57, y es hoy en día uno de los más altos del mundo. Así mismo, Colombia cuenta con una de las tasas de desempleo más altas de la región latinoamericana.

Una de las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza y de desigualdad es garantizar el funcionamiento del Sistema de Protección Social que comprende, en términos globales, tres grandes componentes: (i) la seguridad social integral -salud, riesgos profesionales y protección al cesante-, (ii) la promoción social, y (iii) las políticas y programas de formación del capital humano. Estos componentes se complementan con mecanismos coyunturales para atender a grupos vulnerables en situaciones de crisis, así como con instrumentos que posibiliten el acceso de la población a activos físicos y financieros.

Uno de los grandes componentes del sistema de protección social, es la promoción social focalizada en la población más pobre y vulnerable. Por medio de ésta, se busca promover la inserción de los más pobres y vulnerables a los servicios sociales, dar una atención integral a este segmento de la población, y brindar acompañamiento y herramientas que permitan a estas familias más pobres generar ingresos de manera sostenible y salir definitivamente de su situación de pobreza.

Una estrategia destacable dirigida a la población más pobre y vulnerable de Colombia es la Red para la superación de la Pobreza Extrema –Juntos-4, en la cual se apoya a un millón y medio de familias colombianas en situación de pobreza extrema. Si bien la Red ha logrado resultados destacables en los últimos años, ésta enfrenta algunos desafíos hacia el futuro como son: (i) la necesidad de fijar condiciones



claras de salida y mecanismos de transición, (ii) la falta de focalización geográfica, (iii) la debilidad de los mecanismos de asignación, (iv) la falta de un marco normativo en competencias y responsabilidades de las entidades vinculadas a la Red para la superación de la pobreza extrema, y (v) las debilidades de gestión en esta materia por parte de las entidades territoriales.

La promoción social, en el caso colombiano, también se enfoca en un grupo vulnerable de especial importancia para el país: los desplazados. Se estima que cerca de 3,4 millones de personas han sido víctimas del desplazamiento forzado y, como consecuencia de ello, se encuentran relegadas del disfrute de sus derechos. Conforme lo anterior, los grandes desafíos en esta materia son: primero, garantizar el goce efectivo de derechos a la población desplazada, y segundo, establecer los mecanismos y criterios necesarios para cesar el desplazamiento forzado en el territorio. En relación con el primer reto, es oportuno aclarar que a la fecha se han dado avances significativos en derechos como la salud, la educación, la identificación, la alimentación y la reunificación familiar, pero aún existen algunas falencias respecto a la vivienda, la generación de ingresos y la restitución de tierras.

De otro lado, uno de los grandes objetivos del Sistema de Protección Social es garantizar la igualdad de oportunidades a toda la población. Esto implica, entre otros, consolidar sistemas de salud y educación con cobertura universal, sostenibles y de calidad.

En los últimos años el país ha logrado avances significativos en salud: la cobertura se expandió y hoy se acerca a la universalización, el país ha cumplido de manera anticipada los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la vacunación de la triple viral y la atención institucional al parto, y se han disminuido la mortalidad infantil -que pasó de 25,1 por mil nacidos vivos en 2002 a 20,6 en 2008-, y la mortalidad materna -que actualmente es inferior al promedio latinoamericano con una cifra cercana a 75 por cada 100 mil nacidos vivos-.

La educación, por su parte, es quizás la herramienta más efectiva para reducir la inequidad y garantizar la igualdad de condiciones para la generación de ingresos. El primer paso para alcanzar una educación completa y de calidad, es asegurar una atención total e integral a la primera infancia. Sin este primer paso, la igualdad de oportunidades nunca será una realidad. En Colombia existe una cobertura insuficiente de atención integral a la primera infancia que, para la población pobre y vulnerable, ronda el 23%. Así mismo, encuestas señalan que cerca del 50% de los padres considera que los niños menores de cinco años no están en edad de asistir a centros de atención integral de primera infancia.

Una vez culmina la formación durante las primeras etapas de vida, el reto es continuar el proceso de aprendizaje con una educación básica y media de calidad. Aunque en los últimos años se lograron avances sustanciales en aumentar coberturas en el país, todavía existen grandes retos por llegar a algunas regiones apartadas, así como por mejorar la calidad y pertinencia de la educación durante todas sus etapas. Existe además una baja cobertura de educación superior, baja participación en la educación técnica y tecnológica, e insuficiente número de graduados de maestrías y doctorados, especialmente en áreas científicas.

Uno de los objetivos de establecer un esquema educativo equitativo y de calidad es facilitar a la población la posibilidad de generar ingresos de manera sostenible, a través del empleo o la generación de emprendimientos exitosos. En relación con este último punto, sobresale la importancia de generar un ámbito



de negocios que favorezca la generación y el desarrollo de nuevos emprendimientos para la población de menores ingresos. Un entorno que permita que las ideas se conviertan en negocios y que estos negocios crezcan y generen empleo y dinamismo económico. Colombia ha avanzado sustancialmente en los últimos años en generar un clima propicio para los negocios y el emprendimiento. No obstante, aún se identifican algunos obstáculos como: (i) falta de coordinación de las políticas de empleo, emprendimiento y generación de ingresos, (ii) baja articulación de los actores que adelantan las políticas, y (iii) ausencia de procesos de acompañamiento para promover la empleabilidad, el emprendimiento y la generación de ingresos, especialmente para la población más pobre y vulnerable.

Por otra parte, en el cumplimiento de las estrategias de igualdad de oportunidades para la población, salta a la vista la importancia de la igualdad de género. La igualdad de género se propone como un gran reto en el cual, si bien se ha avanzado en el país en los últimos años, por ejemplo con la vinculación cada vez mayor de la mujer en todas las esferas laborales, todavía queda en este frente un importante camino por recorrer. Por ejemplo, en temas como: (i) la violencia intrafamiliar, (ii) las condiciones equitativas de remuneración salarial, (iii) el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte a la economía del cuidado, (iv) el apoyo a las madres cabeza de hogar, (v) la baja participación de los hombres en la educación superior, o (vi) la garantía de las libertades de la población LGBTI5.

Así mismo, en los lineamientos para alcanzar la igualdad de oportunidades para toda la población merece hacer especial énfasis en el desarrollo de políticas dirigidas a segmentos específicos de la población como son los grupos étnicos (población afrocolombiana, palenquera y raizal, pueblos indígenas y pueblo Romgitano), que representan cerca del 13% de la población nacional y que, por lo general, sufren especialmente por la falta de oportunidades y los altos índices de pobreza.

La aplicación de políticas diferenciadas debe llegar también a segmentos específicos de la población, como la población en situación de discapacidad, los jóvenes y los adultos mayores. En este punto, revisten particular importancia: el mejoramiento de la empleabilidad de los jóvenes –que actualmente registran tasas de desempleo superiores al 20%–, el aseguramiento de esquemas que conduzcan a un sistema pensional más incluyente que asegure una vida digna a los adultos mayores, y la inclusión social para la población en situación de discapacidad, así como sus familias.

Como se anotó anteriormente, el desarrollo social integral y la igualdad de oportunidades buscan, en definitiva, mejorar la calidad de vida de la población. Ahora bien, la calidad de vida de un individuo no solo depende de los ingresos que genera, o del estado de salud o la educación a la que tiene acceso. Depende también de otros elementos críticos como la cultura, el deporte, o la oferta de actividades de recreación. En este frente se han dado algunos avances importantes en el país en los últimos años. Falta, sin embargo, elevar su importancia y potenciar aún más su desarrollo.

En cultura, por ejemplo, a través del Plan Nacional de Lectura y Bibliotecas se alcanzó la cobertura total de municipios que cuentan con al menos una biblioteca vinculada a la Red Nacional de Bibliotecas Públicas. No obstante, tan solo el 58% de éstas cuenta con acceso a internet. De forma similar, en el ámbito deportivo existen en el país 54.780 escenarios deportivos, pero 27% de ellos están inconclusos, 15% se encuentran en regular estado y 40% en mal estado. (LGBTI: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales.)



d) CONSOLIDACIÓN DE LA PAZ

La prosperidad para todos, principio fundamental del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, solo se alcanza garantizando la prevalencia del Estado de Derecho en todo el territorio. Lo anterior implica consolidar la seguridad, garantizar la observancia plena de los derechos humanos, y proveer un sistema de justicia pronto y eficaz.

Es indudable que en los últimos años el país ha dado pasos significativos hacia la consolidación de la paz: entre 2003 y 2009 se redujo el número de secuestros extorsivos en casi 90%, los actos terroristas en más de 80% y las acciones subversivas en un 64%. No obstante estos avances, la superación de la violencia todavía es una tarea pendiente y compleja. Una parte de la violencia ha migrado a las ciudades y hacia las regiones de frontera, al tiempo que los grupos al margen de la ley han diseñado nuevas formas de organizarse –a través de bandas criminales e incidencia en las zonas urbanas -, operar –con mayor repliegue en las fronteras-, y financiarse –a través de diversas fuentes de crimen organizado como la extracción ilegal de minerales, el tráfico de armas, especies y personas, el lavado de activos, el robo de combustible y, desde luego, el cultivo, la producción y el tráfico de drogas-.

Ahora bien, los esfuerzos en la lucha contra la violencia no se limitan al enfrentamiento contra los agentes al margen de la Ley y su posterior sometimiento a la justicia. Estos esfuerzos se enmarcan en un concepto más amplio que abarca también la búsqueda de pilares básicos de la justicia transicional como la verdad, la justicia, la reparación y la garantía de no repetición. En esta materia, el Estado colombiano ha dado pasos significativos.

A modo de ejemplo, desde el inicio de los procesos de la Ley de Justicia y Paz, se ha apoyado la búsqueda de la verdad en más de 38.000 delitos que relacionan a 50.000 víctimas; proceso que ha llevado a la exhumación de 3.407 cadáveres en 2.815 fosas. No obstante, los retos del país en esta materia son todavía considerables.

Los logros alcanzados en materia de seguridad dejan como lección aprendida que el problema de inseguridad no solamente pasa por el concurso de la Fuerza Pública. Su superación definitiva y duradera implica la necesidad de establecer sinergias y fortalecer la coordinación entre las instituciones del Estado y la sociedad civil. Dos requisitos que al respecto sobresalen son la eficiencia de la justicia y la reducción de la impunidad. Ambos temas son fundamentales para el cumplimiento de los derechos ciudadanos, así como para aumentar la inversión en el país e impulsar su crecimiento económico.

Por ello, un importante reto es atender las dificultades que, en términos de acceso, eficiencia y eficacia, presenta el sistema judicial colombiano. A manera ilustrativa, el sistema cuenta con un inventario de expedientes represados cercano a 2,35 millones, así como: (i) barreras de acceso para los más vulnerables, (ii) congestión en los despachos judiciales, (iii) inhabilidad del sistema para adaptarse a las nuevas modalidades criminales, y (iv) una tasa de hacinamiento en las cárceles que viene en aumento.

Ahora bien, las mejoras en seguridad y la reducción de la impunidad a través de mejoras en el acceso, la eficiencia y la eficacia de la justicia no son suficientes para garantizar la observancia de los derechos humanos y el cumplimiento del derecho internacional humanitario. Se requieren pasos complementarios en



aspectos como: la cultura ciudadana en derechos humanos, los derechos a la vida, la libertad e integridad personal, la lucha contra la discriminación y el respeto a las identidades.

La promoción del respeto a los Derechos Humanos por parte, no sólo de todas las entidades del Estado, sino de la misma ciudadanía, así como el apoyo a las políticas de reparación, resultan fundamentales para evitar recaer en conflictos y disputas del pasado, y así propiciar unas condiciones de seguridad consolidadas que permitan mayores avances en el fortalecimiento institucional, el desarrollo económico y el bienestar social.

(1) SEGURIDAD -ORDEN PÚBLICO Y SEGURIDAD CIUDADANA

- Generar las condiciones, y consolidar la coordinación interinstitucional, para que sea posible proteger de interferencias y perturbaciones a las locomotoras.
- Consolidar la seguridad e intensificar la lucha contra los grupos armados al margen de la ley (GAML): (i) impulsar programas de inversión para mejorar los medios de protección de la Fuerza Pública, en particular los medios destinados a generar inteligencia sobre las estructuras de milicias y colaboradores clandestinos, (ii) continuar atendiendo las demandas de seguridad en las áreas de consolidación y en las regiones de frontera terrestre y marítima, y (iii) avanzar en la modernización gerencial y administrativa del sector.
- Contrarrestar las actividades delictivas de los eslabones de la cadena de la droga y demás fuentes ilegales de ingresos: entre otras, formular una política integral contra la droga -prevención del consumo, coordinación institucional-; y diseñar e implementar estrategias para combatir nuevas modalidades delictivas como el tráfico de armas y especies.
- Mantener y actualizar las capacidades estratégicas: fortalecer la capacidad de inteligencia, y mejorar el alistamiento y la capacidad de reacción para garantizar la integridad del territorio y la defensa de la soberanía.
- Garantizar la protección del ciudadano frente a los riesgos y amenazas a su seguridad: (i) reducir, neutralizar y controlar los riesgos de la ocurrencia de delitos en las ciudades a través de una política coordinada de prevención, (ii) recuperar, mantener y mejorar la seguridad fortaleciendo la capacidad de la Policía, (iii) fortalecer los sistemas judiciales vinculados a la seguridad ciudadana, (iv) fortalecer los sistemas de denuncia y respuesta institucional, y (v) desarrollar programas para incrementar el apego y la adhesión de los ciudadanos a una cultura ciudadana y unas normas de convivencia.

(2) JUSTICIA

- Definir políticas ambiciosas que permitan avanzar hacia una justicia más eficiente y al día: (i) implementar gradualmente la oralidad en las distintas jurisdicciones y especialidades, (ii) flexibilizar y armonizar procedimientos judiciales, e (iii) incorporar nuevas tecnologías de información y modelos de gestión al Sistema Judicial.
- Fortalecer la defensa judicial del Estado.



- Consolidar la justicia no formal: apoyar a las instituciones y los funcionarios habilitados para ejercer dichas funciones y consolidar espacios y figuras para promover la solución pacífica de controversias.
- Desarrollar una política criminal coherente: (i) fortalecer la articulación entre entidades del Estado, (ii) desarrollar estrategias en áreas en que se han identificado altos índices de criminalidad, (iii) fortalecer la capacidad investigativa y técnico-científica de las entidades, y (iv) dar prioridad al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes mediante, entre otros, la construcción de Centros de Atención Especializada y de internamiento preventivo
- Establecer una política penitenciaria comprensiva a través de: (i) un plan maestro de reposición, rehabilitación y mantenimiento de la infraestructura penitenciaria, (ii) la tecnificación del INPEC por ejemplo a través del Plan Estratégico de TIC, y (3) el fortalecimiento de los programas de tratamiento y desarrollo de los internos.

(3) DERECHOS HUMANOS (DDHH), DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO (DIH) Y JUSTICIA TRANSICIONAL

- Crear el Sistema Nacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario: formular y coordinar la Política Nacional Integral de DDHH y DIH, y consolidar las políticas públicas sectoriales con enfoque de derechos y enfoque diferencial.
- Elaborar la Política Nacional Integral de DDHH y DIH cuyos componentes son: (i) plan nacional de acción de DDHH y DIH, (ii) prevención de violaciones a los DDHH e infracciones al DIH, (iii) educación y cultura en DDHH, (iv) protección, (v) política integral de DDHH y DIH del Ministerio de Defensa Nacional, (vi) acceso a la justicia y lucha contra la impunidad, (vii) escenario internacional, y (viii) igualdad y no discriminación.
- Elaborar una política de atención y reparación integral a víctimas de graves violaciones de los DDHH e infracciones al DIH.
- Crear el Sistema Nacional de Atención y reparación a víctimas de graves violaciones a los DDHH e infracciones al DIH que articule y encause las acciones del Gobierno Nacional en esta materia.

e) PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CAPITAL SOCIAL

- Fomentar el Sistema Nacional de Planeación e impulsar la presupuestación participativa: (i) impulsar la compatibilidad de los planes de desarrollo de distinto nivel territorial, (ii) incentivar la priorización de proyectos con arreglo a los presupuestos de la nación, los departamentos y los municipios por parte de las comunidades, (iii) otorgar un rol de mayor relevancia al Consejo Nacional de Planeación y a los Consejos Territoriales de Planeación en el diseño, seguimiento y evaluación de los planes de desarrollo, y las tareas vinculadas con la gestión del desarrollo.
- Diseñar e implementar las Políticas de: (i) Mecanismos, Canales e Instancias de Participación Ciudadana, (ii) Fortalecimiento a Expresiones Asociativas de la Sociedad Civil, y (iii) Cultura Ciudadana.



C. CONTEXTO DEPARTAMENTAL

1. PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

El Plan de Desarrollo de Antioquia 2008-2011, tiene cinco líneas estratégicas:

- **Línea 1** de desarrollo político, con temas de paz, convivencia y seguridad.
- **Línea 2** de desarrollo social, con los aspectos de educación, salud, niñez, discapacidad, adulto mayor, cultura, vivienda, grupos poblacionales, equidad de género, entre otros, esta línea participa con más del 50% de los programas que tiene el plan.
- **Línea 3** de desarrollo económico, con temas como internacionalización, desarrollo sectorial y competitivo, ciencia y tecnología, desarrollo agropecuario y minería.
- **Línea 4** de desarrollo territorial, que tendrá a su cargo aspectos como el medio ambiente, servicios públicos domiciliarios, agua potable y saneamiento básico, electrificación, ordenamiento regional, infraestructura y comunicaciones.
- **Línea 5** de desarrollo institucional, por sus contenidos es transversal al plan y relaciona temáticas de descentralización, alianzas estratégicas, comunicación pública, participación ciudadana y buen gobierno, rendición de cuentas, seguimiento y evaluación del impacto de las acciones gubernamentales, talento humano y capacitación.

a) ANTIOQUIA ES INCLUYENTE Y SOCIAL

Generar en las personas y los territorios unas condiciones básicas, una dotación o equipaje social inicial, que permita superar obstáculos, de forma que la condición social inicial de las personas no sea un obstáculo para la construcción de una vida digna. Esta visión se expresa en nuestro capítulo Antioquia, apuesta por la inclusión. Por eso la salud es requisito obvio, hacemos énfasis en la salud pública que se concentra en programas de prevención y promoción, e incluimos en esta mirada, entre otros programas, los de nutrición y prevención de embarazo adolescente. Es una mirada desde los Derechos de las personas y no desde el asistencialismo del estado.

Son muchas las poblaciones que en nuestra sociedad son vulnerables, las hemos atendido y seguiremos atendiendo en nuestro proyecto de inclusión social. En particular merece destacarse la población de víctimas de la violencia, apoyaremos y seremos socios del Gobierno Nacional en la implementación de la ley de víctimas y restitución de tierras.



Mención especial merece un tema central para el desarrollo de nuestra sociedad y de Antioquia en particular: La apuesta por las mujeres. La evidencia es contundente, desde puntos de vista como la convivencia, la educación, la salud, el desarrollo económico, entre otros, la “inversión” en el desarrollo de las mujeres genera la mayor “ganancia” social. Jóvenes ha sido y es un capítulo que hemos escrito de forma única. Le apostamos al talento, en sus múltiples formas, y generamos las condiciones para que se pueda expresar. Toda nuestra propuesta es joven, en todos los sentidos. Antioquia es una sociedad multirracial y multicultural y tenemos una deuda con nuestras poblaciones indígenas y afros y al extender nuestra acción política a todo el Departamento, el reto es aún mayor.

Igualmente nuestro trabajo irá enfocado a garantizar la accesibilidad y promover el desarrollo social, humano y económico de las personas con discapacidad o con movilidad reducida.

(1) CONDICIONES BÁSICAS

No se pretende enfocar los problemas sociales sólo desde el ámbito de la pobreza, esto sería reducir la visión sobre la realidad, es por esto importante ampliar las oportunidades de toda la población mejorando las condiciones de salud, nutrición, educación, vivienda, acceso a servicios entre otros aspectos que mejoran las condiciones de vida. Contribuyendo así, a generar un contexto favorable para que los individuos construyan un futuro digno. Tal como lo expresa Amartya Sen. *“Con suficientes oportunidades sociales, los individuos pueden configurar en realidad su propio destino y ayudarse mutuamente”*⁴⁹

Es por esto importante identificar para los habitantes de Antioquia el estado de salud y bienestar de la comunidad dado su impacto sobre el desarrollo. La presencia de barreras de toda índole, en especial sociales, culturales, económicas y geográficas han propiciado la marginación de grupos poblacionales del goce efectivo de los derechos fundamentales protegidos por nuestra Constitución, conllevando a una situación de inequidad en salud.

Si bien se reconocen los avances que ha tenido el País en materia de aseguramiento en salud, se tiene así mismo que evidenciar nuestra preocupación en el tema de la salud pública y en el acceso a los servicios de salud con calidad y oportunidad. La falta de rectoría, de articulación, el alto nivel de corrupción, y asunción de las competencias de todos los actores del sistema, no han permitido su consolidación y han propiciado la persistencia de condiciones de vida desfavorables que deterioran la salud y limitan el desarrollo humano integral.

La seguridad alimentaria y nutricional impacta la salud de los individuos y sus posibilidades de desarrollo, condición que está determinada por múltiples factores, ligados a aspectos económicos, políticos, sociales, ambientales y culturales, y se encuentra estrechamente correlacionada con la pobreza en general.

De manera particular la inseguridad alimentaria está determinada por problemas de ingresos de las familias, a la disponibilidad y estabilidad en el suministro de alimentos a lo largo del año, pero también puede haber inseguridad alimentaria debido a catástrofes y desastres, cambios extremos en el clima. En promedio, los hogares urbanos invierten más dinero en alimentación que los rurales, no obstante, este valor corresponde al 43,2% de sus ingresos mensuales y en la zona rural el 65,7%, pero en estos los ingresos son inferiores.



Para que una familia antioqueña pueda acceder a la canasta básica de alimentos requiere que sus ingresos sean equivalentes a dos SMLV50.

Como consecuencia de lo anterior, la calidad de la alimentación de los antioqueños es deficiente ya que el 46,6% registra déficit de calorías y el 25,7% déficit de proteínas, y esta última es básicamente de origen vegetal.⁵¹

La utilización biológica de los alimentos, es otro factor determinante de la seguridad alimentaria, la inadecuada utilización biológica puede tener como consecuencia la desnutrición y/o la malnutrición. Igualmente, el estado nutricional de la población es un indicador objetivo de desarrollo de una región, el cual refleja la disponibilidad, el acceso a los alimentos y el aprovechamiento biológico de los mismos, así como también, la accesibilidad y oportunidad en la atención en los servicios de salud. En Antioquia, se registra una disminución de la desnutrición global, crónica y aguda en los últimos 20 años, sin embargo se mantiene en niveles aun inaceptables, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional realizada en 2010, el 13% de los niños y niñas menores de 7 años de Antioquia presentan baja estatura para la edad y el 2.1% desnutrición crónica. El 5% de los menores de 7 años registra desnutrición global, pero en el nivel 1 del SISBEN⁵² es del 10,3%. Además el 1.3% de los niños en esta edad presenta desnutrición aguda.

El acceso a agua potable en el Departamento es de 75,94%, con una brecha importante entre lo urbano y lo rural, que se identifica en el indicador de 18,03% en acceso a agua potable en la zona rural y del 95,04% en lo urbano con diferencia de 77,01 puntos porcentuales, facilitando identificar la condición de riesgo en salud que presentan los habitantes ubicados en esta zona del Departamento. Muestran una situación crítica en la zona rural las subregiones de Bajo Cauca, seguida de Nordeste, Occidente y Suroeste con indicadores de 0%, 0,49%, 1,04% y 4,14% respectivamente⁵³.

El comportamiento con relación a la cobertura del servicio de Acueducto es de 88,08% para el Departamento, con un indicador de cobertura urbana de 97,88% y rural de 58,39%, estando en situación crítica la zona rural de las subregiones: Nordeste, Bajo Cauca y Urabá, con coberturas de 33,43%, 34,41% y 35,24% respectivamente. Persiste una diferencia importante entre cobertura urbana y rural que presenta una diferencia de 39,49 puntos porcentuales.

Con relación a la cobertura de servicio de alcantarillado, encontramos que su indicador es inferior al servicio de acueducto, para el Departamento de Antioquia la cobertura en alcantarillado es de 79,9% con un indicador para la zona rural del 34% y para la urbana del 95,05%, siendo igualmente complejo el comportamiento y cobertura de este servicio para la zona rural, donde identificamos situaciones críticas para las subregiones: Norte, Urabá, Nordeste y Oriente con cifras tales como: 15,32%, 15,36%, 15,55% y 16,47% respectivamente.

Para el servicio de electrificación, la cobertura Departamental es del 96,12%, con un indicador en la zona urbana de 99,56% y Rural de 85,67%⁵⁵. La cobertura en las zonas atendidas por el operador de la red, EPM es de 89.8%.



(2) PROGRAMA: ANTIOQUIA SANA

Este es un momento de verdad, en el cual las decisiones son cruciales para una adecuada implementación del Plan de Desarrollo “*Antioquia, la Más Educada*”, el cual mejorar en los próximos cuatro años, las condiciones de desigualdad y de vulnerabilidad de los más desprotegidos. ANTIOQUIA SANA se fundamenta en la estrategia de la Atención Primaria en Salud Renovada–APSR, que garantiza el derecho a la salud, la cobertura universal, la organización de los servicios de salud con equipos básicos y redes integrales de servicios, promueve la participación social, comunitaria y ciudadana y desarrolla la intersectorialidad como estrategia para abordar los determinantes sociales.

Conscientes del gran compromiso que se tiene como ente rector de la salud en Antioquia, se contemplan pactos por la transparencia en el sector y por la salud y la vida. Es de especial interés: El liderazgo, inspección, vigilancia y control a la aplicación de los recursos de salud, el fortalecimiento de la salud pública como bien común, promoviendo estilos de vida saludables e indudablemente a garantizar el acceso a los servicios de salud con eficiencia, eficacia y calidad.

(a) PROYECTO: ASEGURAMIENTO

Desde la Ley 100 de 1993, se planteo la cobertura universal por la necesidad existente para toda la población, especialmente las familias más pobres y vulnerables, generando inequidad en salud. Por lo anterior, la norma establece los lineamientos que apuntan a lograr la cobertura universal a algunos sectores de la población no cubiertos con subsidios a la demanda, de ahí la importancia de la aplicación y puesta en práctica de los principios de la universalidad, eficiencia, solidaridad.

Los beneficiarios de la universalización en salud son las personas más pobres y vulnerables sin capacidad de pago niveles 1 y 2 SISBEN publicada en el DNP57 y población especial del Departamento de Antioquia, quien participa de la cofinanciación para garantizar el aseguramiento en salud en el Régimen Subsidiado.

Las personas que sean afiliadas a la seguridad social en salud tendrán derecho a un Plan Obligatorio de Salud (POS) y a través de una red prestadora de servicios de salud que brindan las EPS58 de los regímenes Contributivo y Subsidiado, se benefician de los servicios reglamentados por norma, quienes a su vez deben tener conocimiento no solo de los derechos sino también de los deberes y deben participar a través de las asociaciones de usuarios o veedurías ciudadanas para hacer seguimiento y vigilancia al proceso de aseguramiento en salud.

De ahí la importancia en el proceso de inspección y vigilancia por parte de los entes territoriales y de los diferentes actores del SGSSS con el fin de hacer seguimiento al cumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS con la población afiliada

(b) PROYECTO: PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Megaproyecto “prestación y desarrollo de servicios de salud” dirigido a alcanzar en el cuatrienio 2012 - 2015 la prestación efectiva de los servicios de salud, mejorando las condiciones de vida para alcanzar una situación de salud que permita el goce efectivo de este derecho, incrementando el desarrollo humano integral de la población antioqueña a través de la articulación de recursos, grupos de trabajo, medios logísticos, el estado y funcionamiento de la red de servicios de salud, la capacidad física instalada y la producción de los



servicios de salud, así como la cualificación del talento humano, tendientes a garantizar la calidad de atención y la eficiencia y eficacia de la administración de los recursos públicos.

(c) PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA

Desde el enfoque de ciclo de vida, que rescata la importancia de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano, visualiza vulnerabilidades y oportunidades y reconoce que las intervenciones en una generación repercuten en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones realizadas en períodos vitales previos.

Los proyectos de Salud Pública abordan el continuo vital y sus momentos en términos de potencialidades y capacidades permanentes, adecuadas a sus necesidades y al logro de acumulados que les permiten a individuos y colectivos tener una vida plena, con las mejores condiciones de salud posibles.

Los componentes de la Salud Pública: Promoción de la salud y calidad de vida, Prevención de los riesgos, Recuperación y superación de los daños en salud, Vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan, están presentes de manera transversal en los proyectos. Con ello se aporta al desarrollo mediante la construcción de condiciones de equidad y se generan opciones que amplían las oportunidades, las capacidades y las competencias de la población Antioqueña.

(d) PROYECTO: REGULACIÓN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES

En el desarrollo del sistema general de seguridad social en salud del Departamento y del sistema nacional para la prevención y atención de desastres, se evidencia la existencia de desarticulación de los actores de ambos sistemas y deficiente integración intersectorial, además de diferentes barreras de acceso que generan inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud, deficiente oferta de servicios, enfoque asistencial de la atención con poco énfasis en la promoción y en la prevención y el incumplimiento de las competencias, normas y obligaciones de los actores de ambos sistemas, que limitan el acceso de la población a los servicios de salud y el control oportuno de los riesgos de emergencias y desastres, contribuyendo al aumento de los índices de morbimortalidad en los distintos ciclos de vida, demanda no atendida e insatisfacción de los usuarios.

La necesidad de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan departamental de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos), tener el 100% de las instituciones del sector con análisis de vulnerabilidad frente a las amenazas detectadas y el 100% de las instituciones del sector calificadas con riesgo alto y medio fortalecidas en su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia natural o antrópica; de tener una red de urgencias fortalecida, una adecuada articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y de superación de las emergencias y desastres, además de una adecuada oferta de servicios, la superación de barreras de acceso a los servicios de salud, el enfoque de prevención y control de los riesgos y la adecuada asunción de las competencias de los diferentes actores tanto municipales como departamentales, justifican por parte del Departamento-Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia el desarrollo e impulso del proyecto departamental de regulación de urgencias, emergencias y desastres para el cuatrienio 2011-2015 con el recurso humano, técnico, físico y de información suficientes



(e) PROYECTO: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA SSSA Y DE LOS ACTORES DEL SGSSS

Con el fin de cumplir las competencias asignadas a las entidades territoriales departamentales en el sector, de acuerdo con la Ley 715 de 2001 en lo que corresponde al Sistema de Información en Salud, específicamente en el artículo 43.1.6 sobre “Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema”, se hace necesario la formulación de un proyecto en el que se garantice el desarrollo, implementación y mantenimiento del sistema de información y la tecnología que lo soporta.

D. CONTEXTO MUNICIPAL

1. HISTORIA DEL MUNICIPIO DE CONCORDIA

A mediados de la década de 1840, los habitantes de la Fracción Comiá representados por los antiguos miembros de la junta repartidora de baldíos nacionales, comenzaron a gestionar ante la Cámara Provincial de Antioquia, el establecimiento y la creación de un Distrito Parroquial independiente de Titiribí, apoyados en el artículo primero de la ley 7 de mayo 6 de 1834, que les había otorgado 12.000 fanegadas de tierras baldías para el establecimiento de una nueva población. La denominación “parroquia” se refiere a dos jurisdicciones: en lo político administrativo regido por un alcalde y un cabildo y en lo espiritual por un cura párroco como guía espiritual. Su erección, tanto en lo político como en lo eclesiástico, correspondía a las autoridades civiles de la provincia de Antioquia.

Ante esta petición, el gobernador de la Provincia de Antioquia, Mariano Ospina Rodríguez, había prestado mucha atención e importancia, destinando una subvención provincial para levantar una capilla y por ello aconsejó a su sucesor Pedro Antonio Restrepo, sobre la necesidad de crear el nuevo distrito parroquial independiente de Titiribí, para valorizar más la tierra e incentivar la explotación agrícola durante su administración.

“En el cantón de Medellín y distrito parroquial de Titiribí se encuentra la nueva población de la Comiá, situada en la banda occidental del Cauca, a seis leguas de la cabecera del distrito, y en medio de un vasto desierto. Los pobladores que pasan de 500 almas, recibieron del gobierno 12 mil fanegadas de tierras baldías que están en posesión hace algunos años. Las ricas minas que han empezado a descubrirse en los ríos que corren al sur de dicha población están llamando muchos mineros a aquella parte, y dentro de poco habrá crecido vecindario en aquel territorio por lo que es de notoria conveniencia la creación del distrito... y con la creación de una parroquia darán pronto incremento al valor de aquella tierra, me propongo solicitar a la Honorable Cámara Provincial, que en sus próximas sesiones, auxiliase con una cantidad de sus rentas a los



pobladores de La Comiá, para los gastos de paramentar la iglesia parroquial con el fin de acelerar la creación de la parroquia”.

A partir de 1847 se adelantaron todas las gestiones necesarias y se verificaron las condiciones económicas del territorio y el número de sus habitantes para determinar la conveniencia de crear el nuevo distrito, dando como resultado la Ordenanza 3 de julio de 1848, por la cual se mandó crear en lo político el nuevo distrito, erigido como tal por ordenanza de 25 de septiembre de 1848 denominado “La Concordia” en el paraje de La Comiá. Esta ordenanza fue sancionada el 28 de septiembre del mismo año por el Gobernador de la Provincia de Antioquia, don José María Martínez.

Una vez elevada la “Fracción Comiá” a la categoría de Distrito en lo político, sus pobladores procedieron a la creación de la Alcaldía el día 26 de octubre de 1848 y a la convocatoria de su primer Cabildo abierto el día 27 del mismo mes. La Corporación fue establecida para los distritos de la provincia de Antioquia por decreto 18 de septiembre de 1842. Su convocatoria se hacía públicamente, se elaboraban en listas de los pobladores con derechos políticos como ciudadanos de la Nueva Granada que podría participar en él. El cabildo estuvo conformado por 11 habitantes del naciente Distrito, y parece que había vínculos familiares entre varios de sus integrantes ya se habían consolidado como élite local, recayendo en sus manos una amplia participación en la vida política y económica; éstos a su vez tomaron las directrices para el adelanto del nuevo caserío, la apertura de vías de comunicación y el establecimiento en lo eclesiástico, de la parroquia de La Concordia.

Este Cabildo Abierto estuvo conformado por: José Ignacio Vélez de Itagüí, quien había sido designado como el primer alcalde del Distrito de La Concordia, nombrado por decreto gubernamental de octubre 25 de 1848; Remigio Bolívar, Juan José Restrepo Uribe, Eugenio González, José Ignacio Fernández, Braulio Gallo, José Bermúdez, José Ignacio González, Antonio María González, José Antonio González y José María Ortiz; todos ellos de Titiribí. La Corporación designó a Juan José Restrepo Uribe como presidente del Cabildo, a Remigio Bolívar, como Juez del Distrito, a José Ignacio Fernández como Tesorero y como Comisario de Policía a Juan de la Rosa Cano.

2. GENERALIDADES

Fundador: Juan José Restrepo Uribe

Primer Alcalde: José Ignacio Vélez (Juan Vélez)

Fecha de Fundación: 1830

Nombres Antiguos: Selva Virgen y La Comiá

Municipio desde: 1877

Altura: entre 515 y 2450 S.N.M

Extensión: 246 K2

Temperatura Promedio: 19 C°

Población: 20998

Distancia a Medellín: 97 kilómetros



Gentilicio: Concordiano

Veredas: 24

Limites: Betulia, Armenia, Titiribí, Venecia y Salgar.

Apelativos: "Balcón Cívico del Suroeste".

a) UBICACIÓN

Dentro del contexto nacional, el Municipio de Concordia se localiza en el Departamento de Antioquia, región del suroeste, correspondiente al flanco oriental de la cordillera occidental, ocupando un territorio de 246 Km², sus límites están dados al norte con los municipios de Betulia; al oriente con Armenia Mantequilla, titiribí y Venecia; al sur con Salgar y Venecia; y al occidente con Salgar, Urrao y Betulia.

b) VÍAS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE

(1) TERRESTRES

La cabecera municipal se encuentra a 105 kilómetros de distancia de la ciudad de Medellín por carretera pavimentada, con una duración promedio de recorrido de 2,5 horas por esta misma vía y aprovechando La Troncal del café la cual pasa por el corregimiento Bolombolo ubicado a 25 Km. de la cabecera se puede comunicar con los municipios del occidente Anzá, Santa Fe de Antioquia, Caicedo, San Jerónimo entre otros y con los municipios del Suroeste lejano como Támesis, Caramanta, Valparaíso, Jericó, La pintada entre otros y con los municipios del Suroeste cercano como Ciudad Bolívar, Betania, Andes, Jardín Hispania, Fredonia, Venecia. También se comunica con el municipio de Salgar, por esta vía y una vía terciaria que pasa por las veredas de Las Animas, Llanaditas y el sector La Aurora. También se puede llegar por la vía a Betulia con desvío en el Sector Partidas de Morelia. Con los municipios de Betulia y Urrao por carretera pavimentada, que presenta tramos en deficiente estado principalmente por los trabajos de ampliación para la pavimentación que se viene desarrollando. La accesibilidad a cada una de las veredas y sectores se logra por medio de vías en su gran mayoría terciarias, (destapadas) con algunas dificultades por sectores las cuales se deterioran principalmente en tiempo de invierno. Y algunas por las altas pendientes. El acceso a Las veredas La selva, La Herradura y el Golpe se da por vía pavimentada utilizando la vía que comunica a concordia con Bolombolo y la troncal del café. El acceso a las veredas El Higuérón y Burgos Arriba son los que más se dificultan debido a que no cuentan con vías hasta las mismas, sólo cuentan con carretera hasta El Socorro y El Chocho respectivamente y se debe llegar utilizando caminos de herradura.

(2) FLUVIALES

Río Cauca en la vereda "El Golpe"



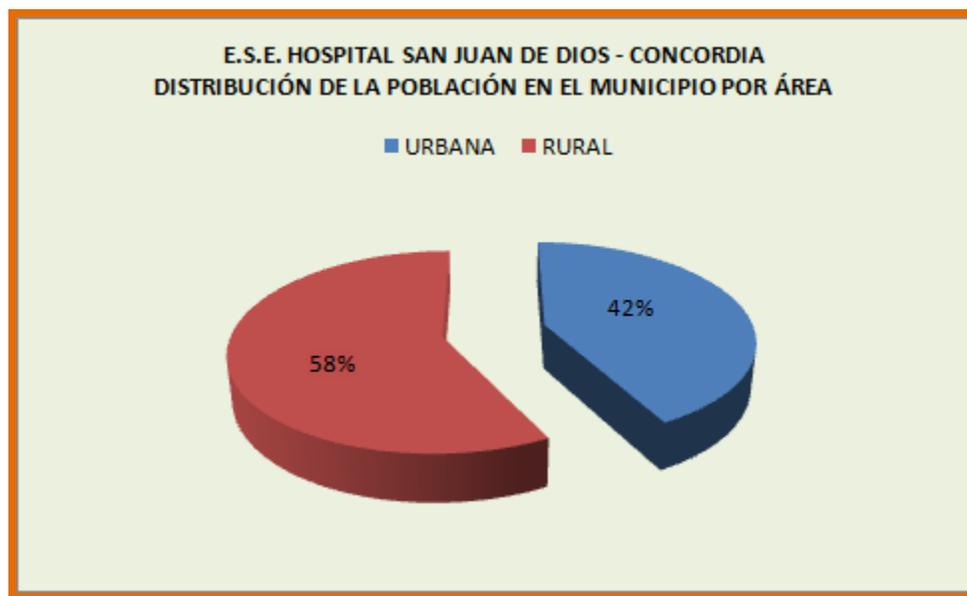
3. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

a) HABITANTES

(1) DISTRIBUCIÓN POR SEXO

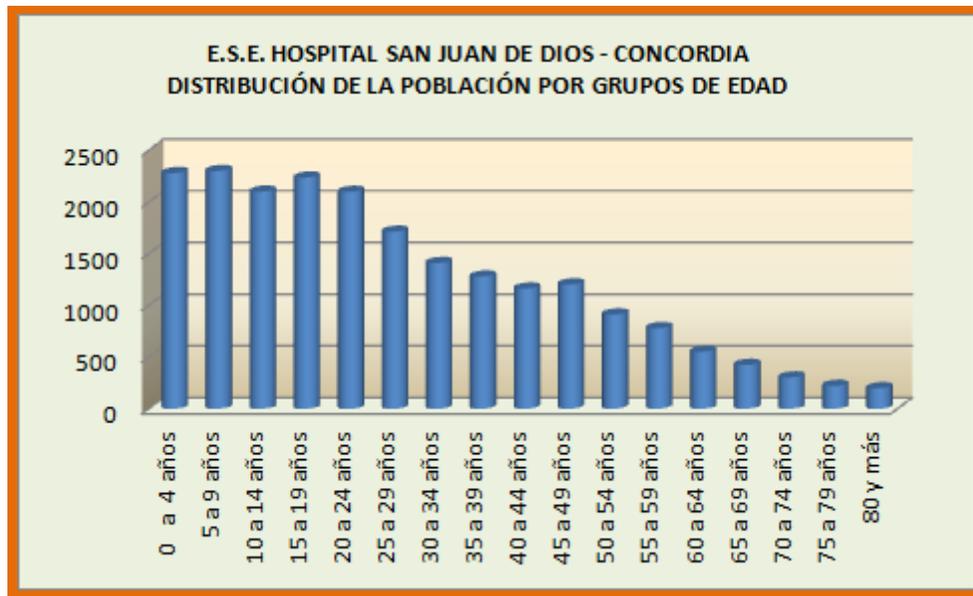


(2) DISTRIBUCIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA



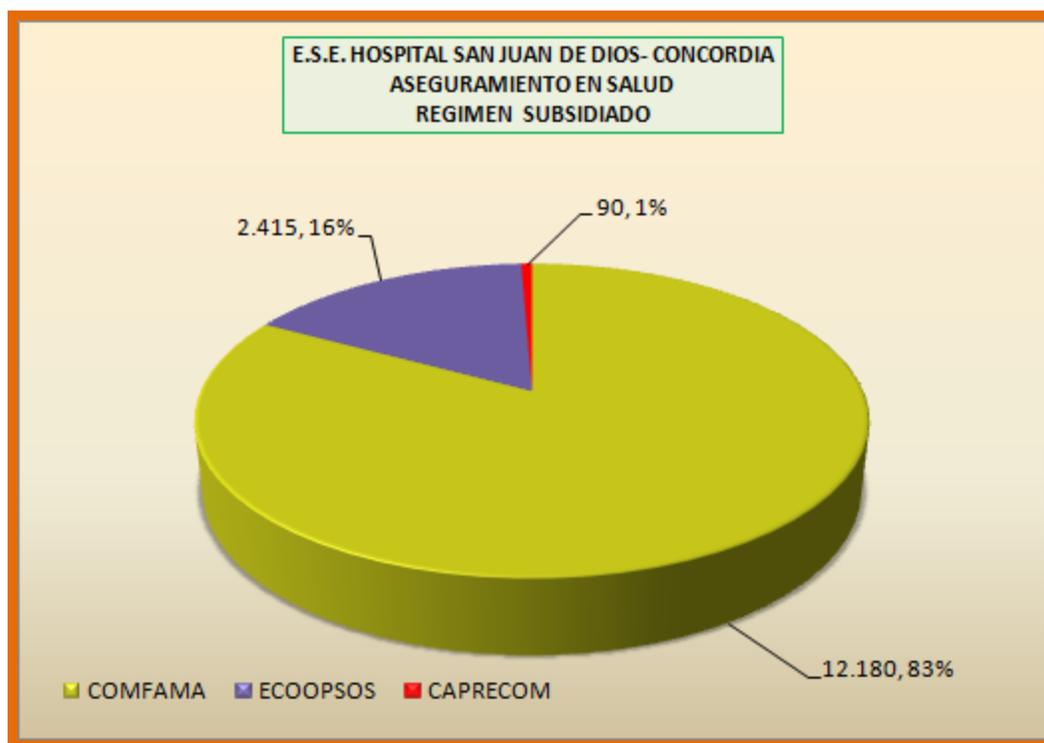


b) DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



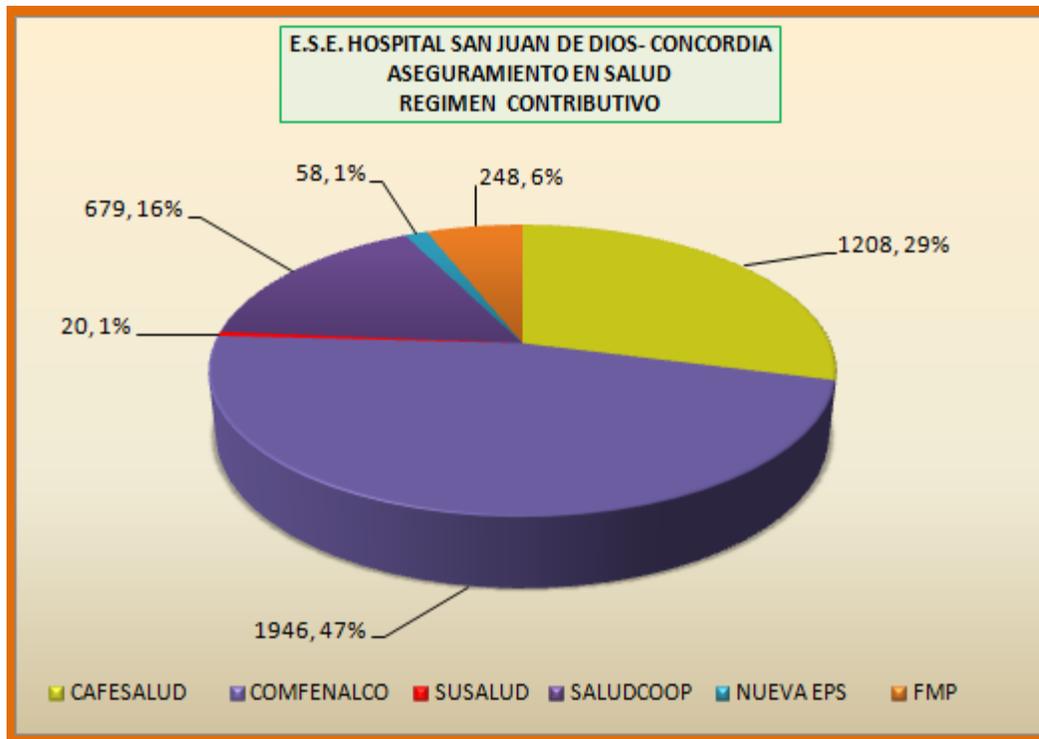
4. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

a) RÉGIMEN SUBSIDIADO





b) RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



5. EDUCACIÓN

En la actualidad el municipio cuenta con 40 Centros Educativos Rurales que atienden 1.468 estudiantes y 3 Instituciones Educativas que atienden 2.273 estudiantes.

En el año 2011 la matrícula oficial fue de 3.809 estudiantes, para el año 2012 la matrícula oficial es de 3.868 estudiantes. En el año 2011 se presentaron las siguientes estadísticas en educación:

INDICADOR	VALOR
TASA DE DESERCIÓN	7% anual
TASA DE PROMOCIÓN	80%
TASA DE REPROBACIÓN	20%
PROMEDIO AUSENTISMO ESCOLAR	9% anual



En el municipio tenemos una población en edad escolar (entre 5 y 18 años) de 7.862, de los cuales se encuentran escolarizados 4.157 niños y adolescentes; la población escolarizada por fuera del rango de edad es de 108 estudiantes para un total de 4.265 estudiantes. El total de población en edad escolar que están por fuera del sistema educativo es de 3.705 siendo los niveles más afectados el preescolar (5 años) que tiene 516 niños y niñas por fuera del sistema educativo y entre 12 y 18 años que hay 2839 adolescentes y jóvenes por fuera del sistema educativo, que en un alto porcentaje pertenecen al área rural; en el nivel de básica primaria o sea entre 6 y 11 años hay 350 niños por fuera del sistema educativo.

6. INDUSTRIA Y COMERCIO

De acuerdo a los datos de la oficina de cafeteros del Municipio de Concordia, se cuenta con 24 veredas dedicadas a la caficultura, con 2.393 unidades de producción y 1.798 caficultores, para un total de 6.500 hectáreas en café.

El 51% del área en el Municipio es dedicada al cultivo del café (6500 ha) se localiza por encima de los 1700 m.s.n.m, llegando hasta los 2050 m.s.n.m.

El Municipio de Concordia, según el Comité Departamental de Cafeteros, cuenta con 74 beneficios ecológicos de café, donde se procesa la producción de 6500 hectáreas correspondientes a 283.960 arrobas, con el beneficio ecológico más grande de Sudamérica localizado en la finca Santa Mónica.

En lo referente a la actividad ganadera, ésta tiene lugar en las zonas bajas del Municipio, realizándose de forma extensiva por las condiciones predominantes de vertiente. Sin embargo, la extensión dedicada a pastos y el número de cabezas existentes, hacen que este sea el segundo en importancia en la economía del Municipio, con un inventario de 15.000 cabezas de bovinos, de los cuales un 50% es cría y levante, y un 50% es de ceba y de porcinos de 1600

7. EMPLEO

La estructura de empleo en el sector rural la determina la actividad agrícola fundamentada en el café y el plátano. En la actividad cafetera se presentan condiciones de empleo temporal ya que solo hay trabajo durante la época de la cosecha, y el resto del año la ocupación es solo para el mantenimiento y deshierba de los cafetales, lo cual demanda muy poca mano de obra durante el mes.

La mano de obra generada por la actividad ganadera es mínima, ya que se considera en los costos de producción un total de dos jornales por hectáreas ceba/ año. La mayoría de las fincas en la parte baja tienen un mayordomo y un vaquero quienes, se encargan de todas las labores de la finca. Ocasionalmente se utiliza mano de obra para hacer las limpiezas de los potreros.



En todas las veredas que componen el area rural del Muicipio, la cabecera Municipal se constituye en el eje predominante, ya que es allí donde se vende la producción de café (principal producto) y la producción de plátano, al igual cuando hay excedentes de otros productos agrícolas, siendo el comercio y los servicios, otro generador de empleo a nivel urbano.

8. ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

· **Planta de tratamiento de agua potable.**

La planta de tratamiento es de tipo convencional y se localiza sobre la ladera norte de la cabecera Municipal. Diseñada para tratar 40 litros x segundo, con los siguientes procesos: mezcla rápida, floculación, sedimentación, filtración y desinfección.

· **Tanques de almacenamiento.**

Tanque principal: se encuentra ubicado cerca de la Planta de Tratamiento de agua potable. Su capacidad es aproximadamente de 100 m³ y abastece los siguientes sectores: Hoyo Frío, Salida a Betulia, Morro del Salvador, Las Pesebreras, Peñitas, Barrio La Cordialidad y almacena el tanque del Hospital, con una capacidad aproximada de 47 m³.

Tanque los tatos: se encuentra aproximadamente a 200 mts más abajo del tanque principal - Barrio Hoyo Frío. Su capacidad aproximada es de 100 m³ y abastece la parte baja del casco urbano, es decir, del parque principal hacia el sur (calles 19, 20, 21 y 22 entre carreras 20 y 22) sector de la Amelí.

Tanque de 200 m³: Se encuentra ubicado en la ladera norte de la cabecera Municipal, cerca de la Planta de Tratamiento de agua potable. Su capacidad de 200 m³ y abastece los siguientes sectores: Hoyo Caliente, sector del Hospital, El puente, Barrio Obrero. Además abastece el tanque del sector del Porvenir.

Tanque del Porvenir: Ubicado cerca al Hospital, su capacidad es de 50 m³, solo abastece el sector del porvenir.

Tanque del Barrio Restrepo: Ubicado en la parte norte del casco urbano, su capacidad es de 5 m³ y abastece a un 30% del sector de Hoyo Frío (Sector Restrepo).

Tanque del Alto de Yarumal: Ubicado en la parte noroeste de la zona urbana. Su capacidad es aproximadamente de 25 m³ y abastece el sector Alto de Yarumal.

Tanque proyectado según el Plan Maestro de Acueducto y Alcantarillado: La ubicación aún está por definir, surtirá un sector de la Amelí, tendrá una capacidad de 100 m³ aproximadamente.



9. COMPONENTE DE SALUD EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

a) PROGRAMA: SALUD PARA TODOS

(1) OBJETIVO

Promover programas orientados al mejoramiento de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

(2) META

Incrementar en un 10 % las acciones orientadas al mejoramiento de acceso al sistema general de seguridad social en salud del Municipio en los próximos cuatro años.

(3) ESTRATEGIAS

- Difusión de derechos y deberes en salud para la población.
- Capacitación sobre funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud a diferentes sectores poblacionales del área urbana y el área rural.
- Fortalecimiento en el seguimiento a las enfermedades y factores de riesgo asociadas a las mismas
- Trabajo de manera articulada con las IPS del municipio la adecuada focalización de la población pobre no asegurada
- Ampliación y mejoramiento de la cobertura en los procesos de afiliación al sistema de seguridad social en salud
- Elaboración de contratos con administradoras de régimen subsidiado e instituciones prestadoras de servicios
- Ampliación del plan de beneficios en salud para población pobre y vulnerable sin subsidio
- Promoción para la participación de la población en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Optimización de recursos físicos, humanos y financieros
- Fortalecimiento de la asociación de usuarios de la ESE Hospital San Juan de Dios
- Fortalecimiento de los programas para mejorar las condiciones de nutrición de la población más vulnerable
- Implementación de programas para la prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Suscripción de convenios interadministrativos con la ESE Hospital San Juan de Dios.

(4) PROYECTOS

Ampliación y promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el Municipio de Concordia.

Garantía de la atención en salud como derecho fundamental de todas las personas en el municipio de Concordia.



Mejorar las condiciones de salud de la población Infantil del municipio.

Promoción de Derechos y redes en Salud Sexual y Salud Reproductiva para la Población joven y adolescente del Municipio.

Mejorar las condiciones de Salud Mental en la población del municipio.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de estilos de vida saludable.

Promoción y Protección de la Salud en el Municipio.

Formación en hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables.

Escuelas Saludables, una estrategia para contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas del Municipio.

Participación Social en Salud.

10. LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN EL ÁMBITO MUNICIPAL

Con la promulgación de la ley 10 de 1.990 se empezó a adelantar en el país un proceso de descentralización en el sector salud que tan solo se ha venido consolidando en los principios de este nuevo siglo cuando se reestructura el Sistema Nacional de Salud, y que en 1991 se fortalece a la luz de la Carta Política Colombiana cuando se consagra a la Salud como un Servicio Público y establece la obligación del Estado de organizar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de Equidad, Universalidad, Oportunidad y Eficiencia, para en 1993 dar forma al actual Sistema General de Seguridad social en Salud.

Dicho proceso de descentralización ha requerido de un gran esfuerzo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales han tenido que adelantar una serie de transformaciones radicales de ser hospitales públicos cobijados bajo una visión paternalista del Estado que les proveía de todos sus recursos sin exigirles una rentabilidad financiera, a convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE) las que con autonomía administrativa y financiera deben permanecer en el mercado a través de la venta de servicios de salud a una serie de clientes definidos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Uno de los grandes retos presentados a las distintas IPS, principalmente a las del sector público, ha sido su rápida transformación organizacional con el fin de estructurar una serie de procesos gerenciales que les permita hacer una óptima planeación e inversión de los recursos financieros, técnicos y humanos con que cuenta para alcanzar una alta rentabilidad financiera y social.

Dentro de este contexto, la planificación en salud cobra una importancia tal, que se hace obligatorio al Gobierno Nacional, Departamental y Municipal la elaboración de un Plan de Desarrollo, en el cual se



formulan las políticas a seguir por la institución durante un periodo de tiempo determinado enfocando la inversión financiera hacia los problemas priorizados por la comunidad y la institución.

El desafío de los actuales administradores municipales consiste en mejorar los indicadores de salud de la población. Esto requiere la puesta en marcha de un proceso adecuado de planeación en salud que permita, partiendo de un diagnóstico de salud, formular propuestas que pretendan mejorar las coberturas del P.O.S. del régimen contributivo, el mejoramiento de la oferta pública y privada de los servicios, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los hospitales públicos, la calificación del recurso humano, el mejoramiento de las condiciones laborales, la puesta en marcha de mecanismos que garanticen la calidad de los servicios de salud, la consolidación de los procesos de descentralización administrativa, el mejoramiento de la eficiencia del sistema y el cambio del perfil de morbimortalidad.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia no es ajena a la anterior situación, es por lo tanto que define las herramientas gerenciales para programar e invertir los recursos financieros, técnicos y humanos que posee y que utilizará durante los próximos cuatro años.

a) MARCO JURÍDICO

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, en calidad de Entidad descentralizada del orden municipal, se encuentra dotada de personería jurídica, con patrimonio propio y autonomía administrativa, e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993.

Teniendo en cuenta que en los actuales momentos donde los hospitales públicos se tienen que enfrentar con un mercado de competencias, es prioritario que para poder estar listos se empiece por la elaboración del plan de desarrollo, tal como lo vemos en la constitución política de 1991, en el capítulo II de los planes de desarrollo, en su artículo 339, el cual dice: “Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellos y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les haya sido asignadas por la constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo”.

Para la elaboración del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia, consideramos necesario remontarnos a la constitución política de 1991, donde se deja ver el papel que tiene el estado con la red hospitalaria pública, también es importante hacer un recuento con respecto a las diferentes leyes que han tenido importante eco en el sector salud:



La ley 152 de 1994: Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.

Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006: Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios para habilitar los servicios de salud e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Resolución 1446 de 2006: Por la cual se adopta el sistema de información y los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud.

Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005. "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiana, MECI 1000:2005

Resolución 142 de 2006 mecanismo para la implementación del MECI 1000-2005

Acuerdo 225 de 2002: Por medio del cual se fijan las condiciones para la operación del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 229 de 2002: Por el cual se define la UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el régimen subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado.

Artículo 342 de la constitución política de Colombia: "La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación, y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales".

Artículo 344 de la constitución política de Colombia: Los organismos departamentales de planeación harán la evaluación de gestión y resultados sobre los planes y programas de desarrollo e inversión de los departamentos y municipios.



Ley 715 del 21 de diciembre de 2001: define “Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones.”

Ley 80 de 1993: Por medio del cual se expide el estatuto general de contratación de la administración pública.

La ley 10 de 1990: Donde se definen algunos lineamientos para la descentralización administrativa.

Decreto 4445 de 1996: El cual determina los requisitos esenciales vigentes de los hospitales. Las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, privada o mixta, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

Decreto 1876 de 1994: hace referencia a la plataforma jurídica de las ESE.

b) RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL

Desde el año de 1.812 empieza la colonización de lo que hoy es la región del Suroeste y muy particularmente de Concordia, un grupo de colonos enviados por Juan José Restrepo Uribe al mando de Manuel Herrera emigran de Titiribí en busca de algunas guacas, estos atravesaron el río Cauca y se establecieron en la desembocadura de la Comía, donde levantan un caserío que mas tarde fue reconocido por la Municipalidad de Titiribí como fracción Comía.

Pasados algunos meses Juan José Restrepo Uribe se instala con algunos miembros de su familia en los terrenos que empezaron a abrir sus trabajadores, desfajando selvas y haciendo los primeros cultivos de maíz, plátano y yuca y predominantemente cultivo de arroz.

Al pasar algunos años fue creciendo la población y se conformó una Junta integrada por Juan José Restrepo Uribe, José Antonio González, José María Restrepo Jaramillo, Javier Velásquez y Francisco Toro, quienes gestionaron ante la Cámara Provincial de Antioquia la posesión de estas tierras.

De las tierras entregadas por la Cámara Provincial de Antioquia se destinaron 10 cuadras para la plaza de la población y el resto de tierras fueron repartidas por el fundador con un gran sentido social, dando a cada núcleo familiar 60 fanegadas por cada uno de sus integrantes. Al nuevo caserío le colocaron el nombre de la Concordia en homenaje a la plaza de la Concordia en Francia.



Para el año de 1.860 por iniciativa de doña Romualda González de Restrepo, de doña Paula Toro de González y de don Rudesindo Quijano Restrepo, se gestó la idea de fundar un Hospital y de hecho hoy en día estos personajes son considerados fundadores de la entidad. Durante los años 1.874 a 1.876 se compraron con el producto de limosnas algunos solares para la construcción de un hospital.

La institución recién fundada funcionó sin ninguna organización, dando asilo a algunos enfermos que eran asistidos por personas caritativas pero sin ninguna formación.

El documento histórico mas antiguo que existe es la Escritura Pública número Treinta y Seis de 1.906 por medio de la cual Manuel Antonio Villegas y Maria Rosa Mesa dan en venta a las señoras Maria del Rosario Y Paula Emilia Villegas una casa de habitación “inmueble ubicado en la cabecera de este Municipio que linda: Por el frente con la Calle de Caldas, por un costado con un solar del hospital...” lo que corrobora la versión de que efectivamente para esa época ya existía el hospital en el lugar donde funcionó hasta mediados de este siglo, local que hoy corresponde a la Escuela Cecilia Restrepo .

El 20 de Diciembre de 1.938 las señoritas Elisa y Teresa González Toro vendieron mediante escritura pública número 404 al departamento de Antioquia y este adquiere para la nación en la construcción del hospital de Caridad un lote de terreno denominado Manga del Hoyo donde hoy se encuentra construido el actual Hospital.

Acogiéndose a los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1.993 el Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia, se transformó en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No 011 de Agosto 13 de 1.994 emanado del Honorable Consejo Municipal. Como tal la Empresa Social de Estado Hospital San Juan de Dios es hoy una entidad pública descentralizada, con personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa cuyo objeto es la prestación de Servicios de Salud. Su máxima instancia administrativa la constituye la Honorable Junta Directiva.

El 15 de Julio de 2.000 se inauguró el moderno pabellón de Urgencias, obra cofinanciada entre el Fondo de Inversión Social (FIS), el comité Departamental de Cafeteros de Antioquia, el Departamento de Antioquia, el Municipio de Concordia y la E.S.E Hospital San Juan de Dios; en el año 2.001 se presentó un Proyecto al Plan Colombia y con base en su aprobación se remodeló el área de Hospitalización quedando pendiente el área de consulta externa.



c) COMPLEJIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

(1) PORTAFOLIO DE SERVICIOS

(a) CONSULTA EXTERNA

- Consulta Médica General (Institucional).
- Consulta de Odontología General y urgencias odontológicas.
- Consulta de Enfermería: en los programas de Control Prenatal, Hipertensión Arterial, Enfermedades de Transmisión Sexual, Planificación Familiar y Vacunación.

(b) HOSPITALIZACIÓN

- **Servicio de Hospitalización con camas individuales.**

Se cuentan con 9 camas físicas habilitadas distribuidas para los diferentes servicios así:

SERVICIO	NO DE CAMAS
Medicina interna	2
Obstetricia	4
Pediatría	3
TOTAL	9

(c) PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Programa integral para el infante (SIPI)	Tamizaje nutricional
Control prenatal	Tamizaje visual
Control de planificación familiar	Citologías
Control de enfermedades de transmisión sexual	Examen de mama y próstata



Vacunación	Talleres educativos a jóvenes, padres y grupos organizados.
Grupo de hipertensos	Grupo de diabéticos
Riesgo cardiovascular	Grupo de gestantes
Alteración del joven	

(d) AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- **Imaginología Rayos X:** Radiología simple convencional.
- **Ecografías:** las correspondientes al área ginecobstétrica
- **Electrocardiogramas con o sin lectura**
- **Monitoreo fetal (NST- CST)**
- **Laboratorio Clínico DE I y II:** Hematología, Química Sanguínea, Uroanálisis, Microbiología, Bacteriología, Citología.

(e) TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO

- Servicio de ambulancia las 24 horas



(2) PRODUCCIÓN

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INDICADORES DE PRODUCCIÓN 2010- 2011

ÁREA	SERVICIO	2010	2011
AMBULATORIOS	Consulta externa general	21964	25996
	Odontología	1789	2918
	Toma de Citologías	1915	2435
URGENCIAS	Consulta de Urgencias	5965	6489
HOSPITALIZACIÓN	Número de camas	10	10
	Numero de egresos	577	535
	Número de días estancia	3	3
QUIRÓFANOS	Número de partos	171	165
AYUDA DIAGNÓSTICAS	Exámenes laboratorio	18509	21722
	Imágenes diagnosticas	1453	1719



d) MORBILIDAD ATENDIDA POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

(1) CONSULTA EXTERNA

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
MORBILIDAD ATENDIDA POR CONSULTA EXTERNA 2011**

ORDEN	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	N° CASOS
1	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	6114
2	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (RINOFARINGITIS)	1359
3	OTRAS DORSOPATIAS (LUMBAGO NO ESPECIFICADO)	1078
4	OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE (CEFALEA)	993
5	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS)	767
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	709
7	GASTRITIS Y DUODENITIS (GASTRITIS NO ESPECIFICA)	616
8	OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (DERMATITIS ATÓPICA)	611
9	OTROS TRASTORNOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS (HIPERCOLESTEROLEMIA)	520
10	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (ABSCESSO CUTÁNEO)	513

FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES 2011



(2) URGENCIAS

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
MORBILIDAD ATENDIDA POR URGENCIAS 2011

ORDEN	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	N° CASOS
1	OTROS TRAUMATISMOS DE REGIONES ESPECIFICADAS, DE REGIONES NO ESPECIFICADAS Y DE MUTILES REGIONES DEL CUERPO (HERIDA DE LOS DEDOS DE LAS MANOS SIN DAÑO DE LAS UÑAS)	1473
2	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO (OTROS DOLORES ABDOMINALES)	810
3	OTROS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE (CEFALEA)	766
4	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FIEBRE NO ESPECIFICADA)	351
5	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	229
6	MIGRAÑA Y OTROS SÍNDROMES DE CEFALÉAS	228
7	GASTRITIS Y DUODENITIS	202
8	PARTO ÚNICO ESPONTANEO	159
9	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	146
10	OTRAS DORSOPATIAS (LUMBAGO, NO ESPECIFICADO)	143

FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES 2011



(3) HOSPITALIZACIÓN

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
MORBILIDAD ATENDIDA POR HOSPITALIZACIÓN 2011

ORDEN	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	Nº CASOS
1	PARTO ÚNICO ESPONTANEO	150
2	NEUMONÍA	57
3	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO)	44
4	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO)	43
5	BRONQUITIS, ENFISEMA Y OTRAS ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	32
6	ASMA	19
7	OTRA ATENCIÓN MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CON LA CAVIDAD AMNIÓTICA, Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO (FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN)	16
8	BRONQUITIS AGUDA Y BRONQUIOLITIS AGUDA	9
9	OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO (INFECCIONES NO ESPECIFICADAS DE LAS VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO)	9
10	ENFERMEDADES RENALES TUBULOINTERSTICIALES (NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA)	8

FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES 2011

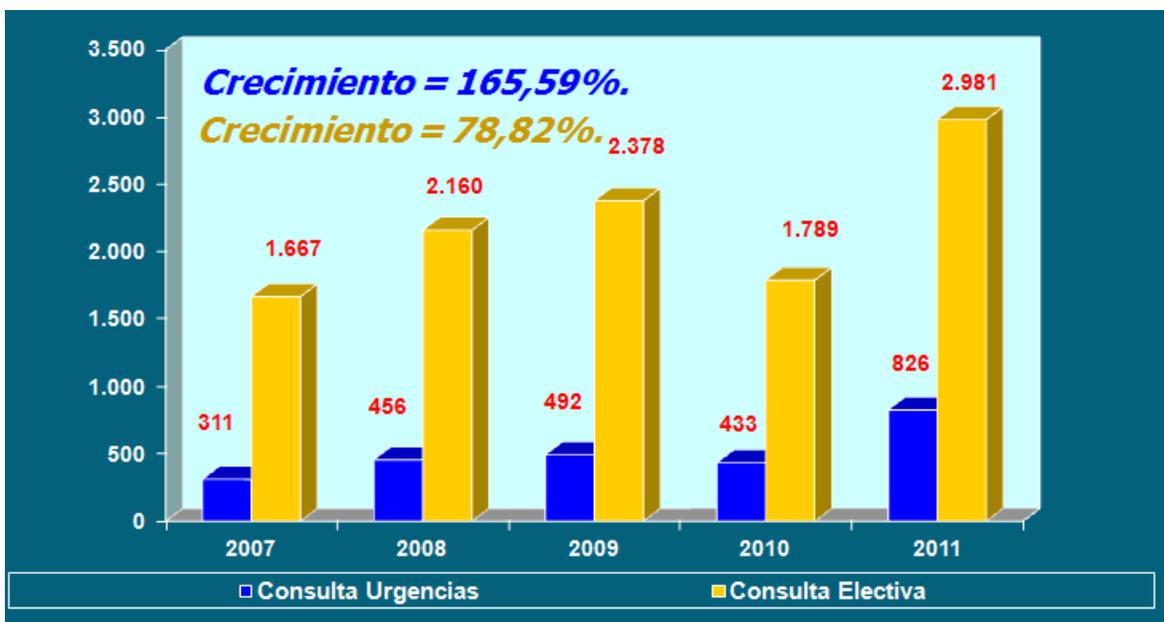


e) **DIAGNÓSTICO Y PRODUCCIÓN POR SERVICIOS**

(1) CONSULTA EXTERNA

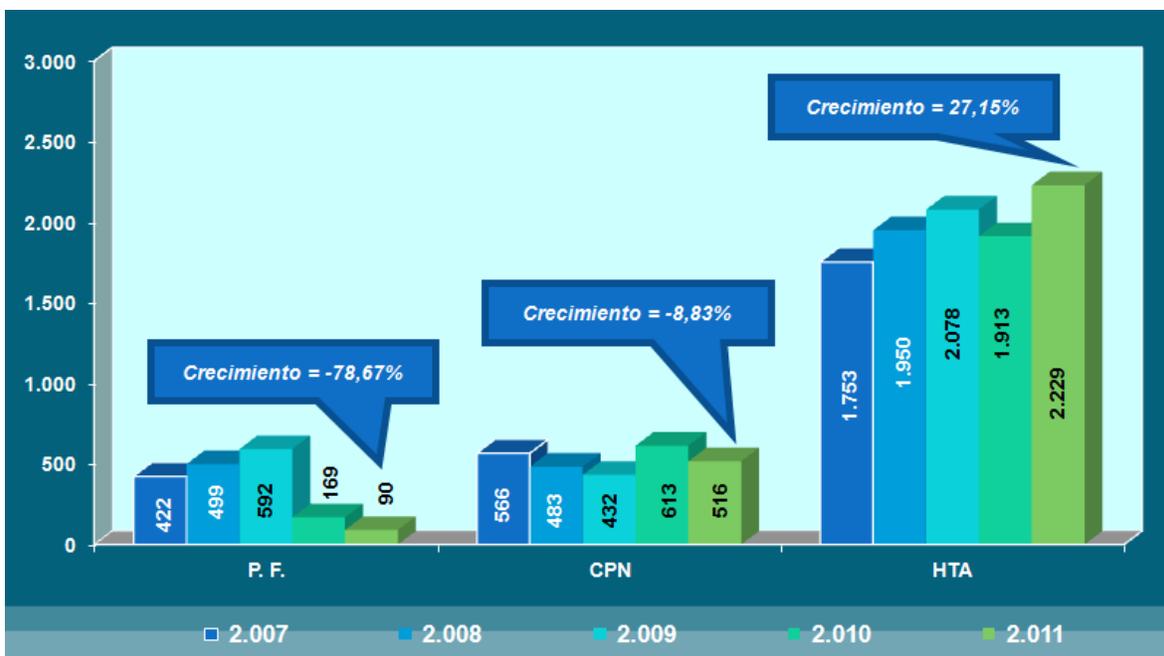
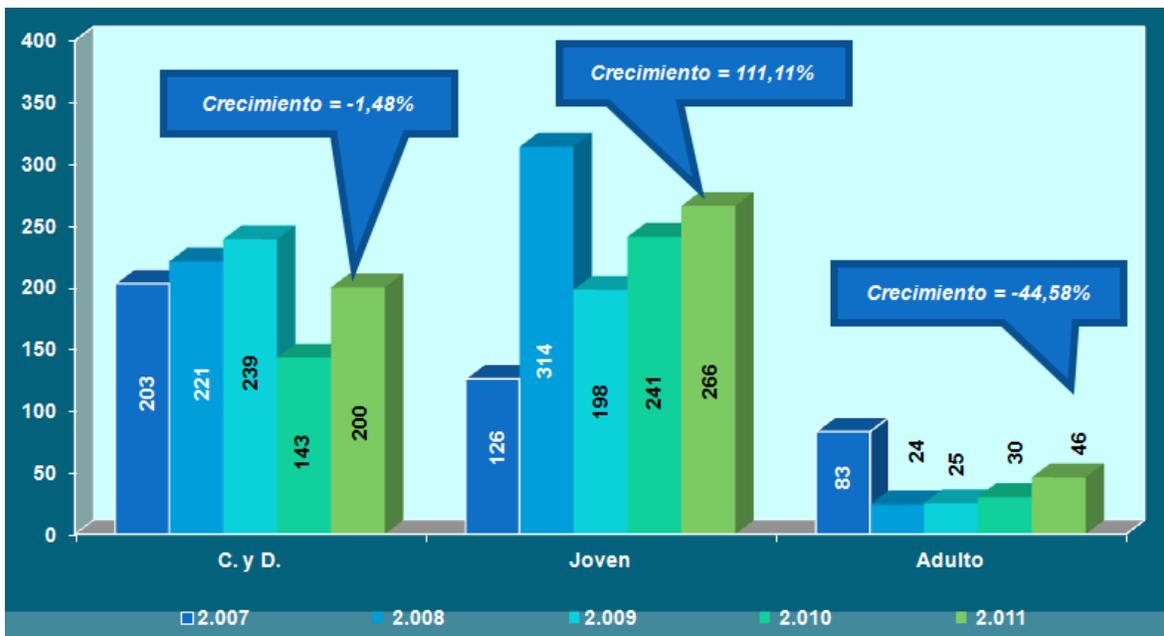


(2) ODONTOLOGÍA



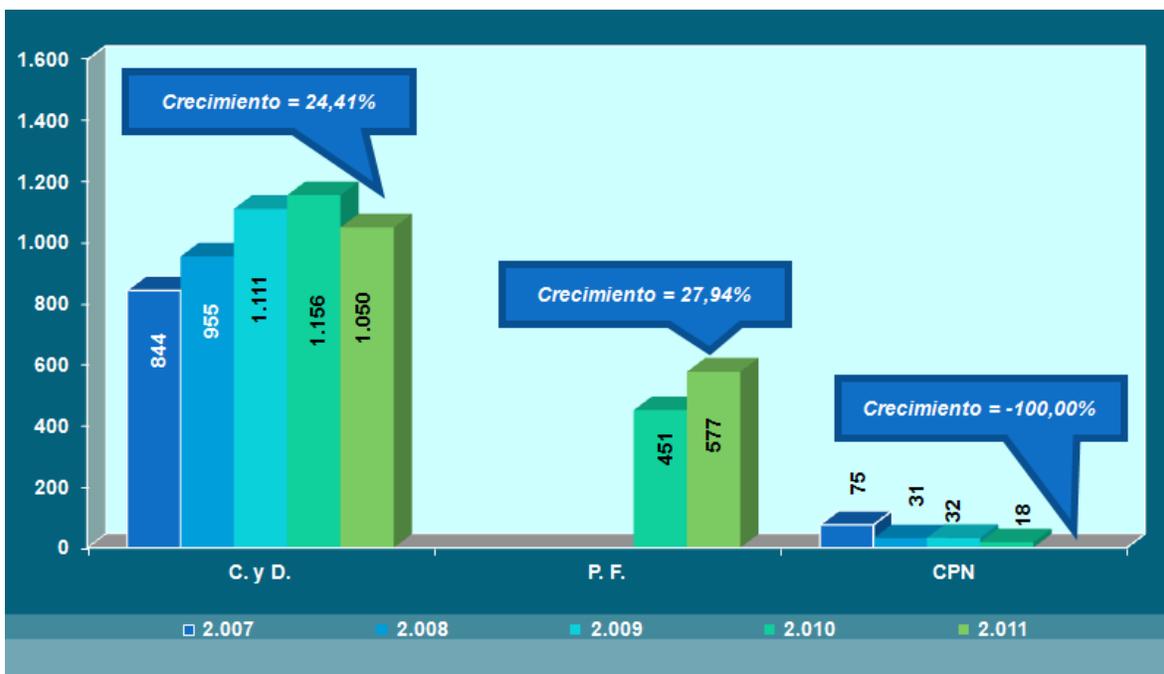


(3) CONTROLES MÉDICOS DE P Y P

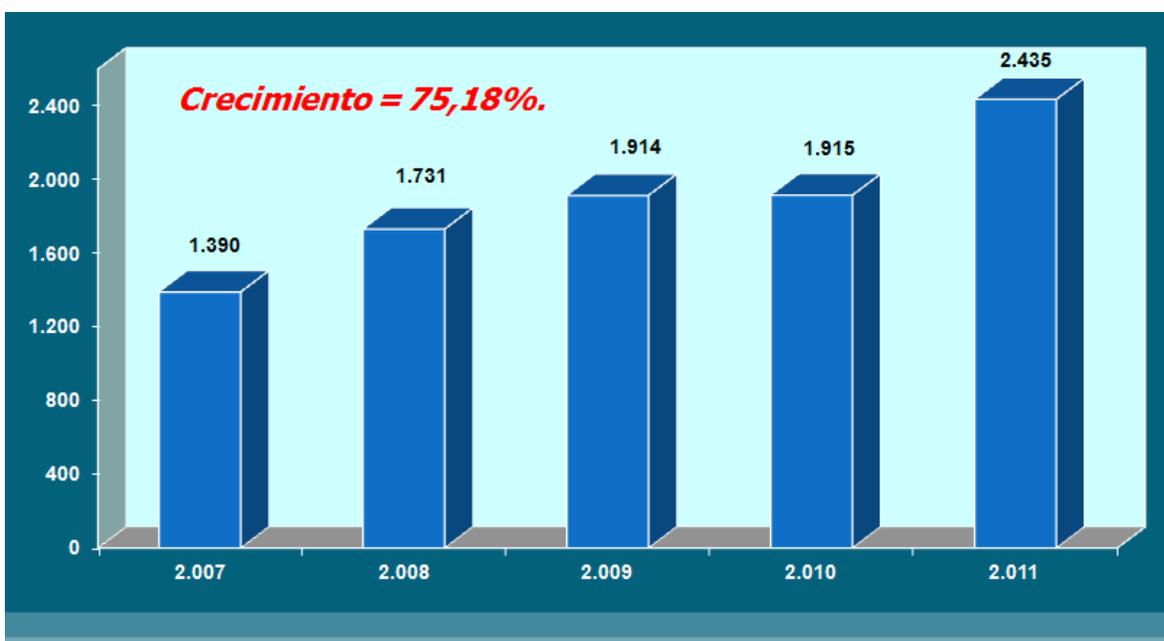




(4) CONTROLES DE ENFERMERÍA P Y P

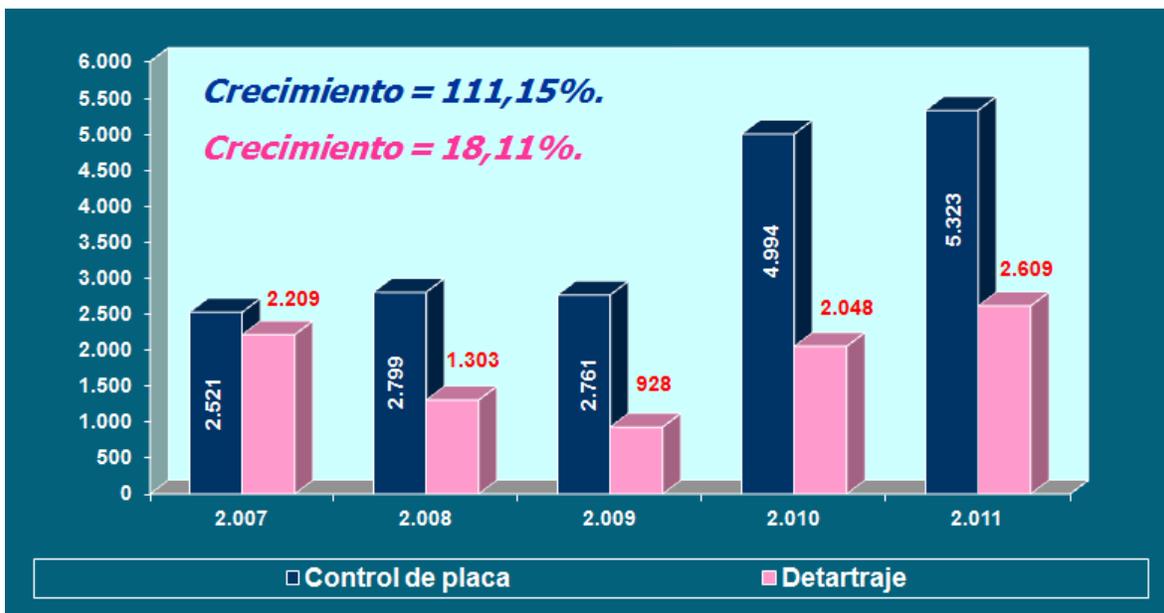
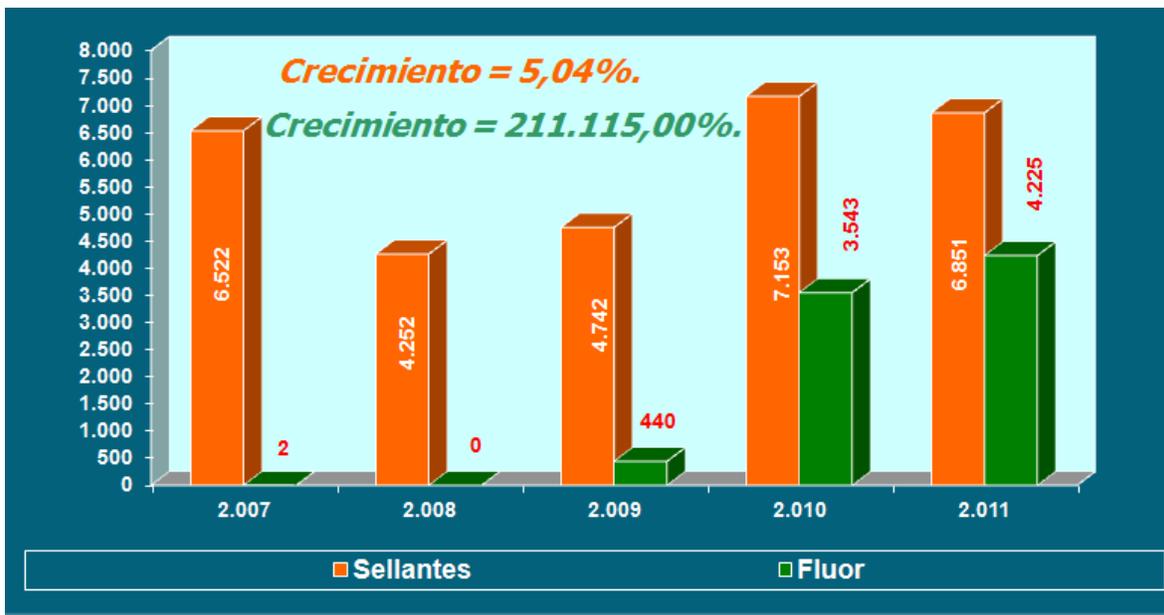


(5) CITOLOGÍAS





(6) HIGIENE ORAL



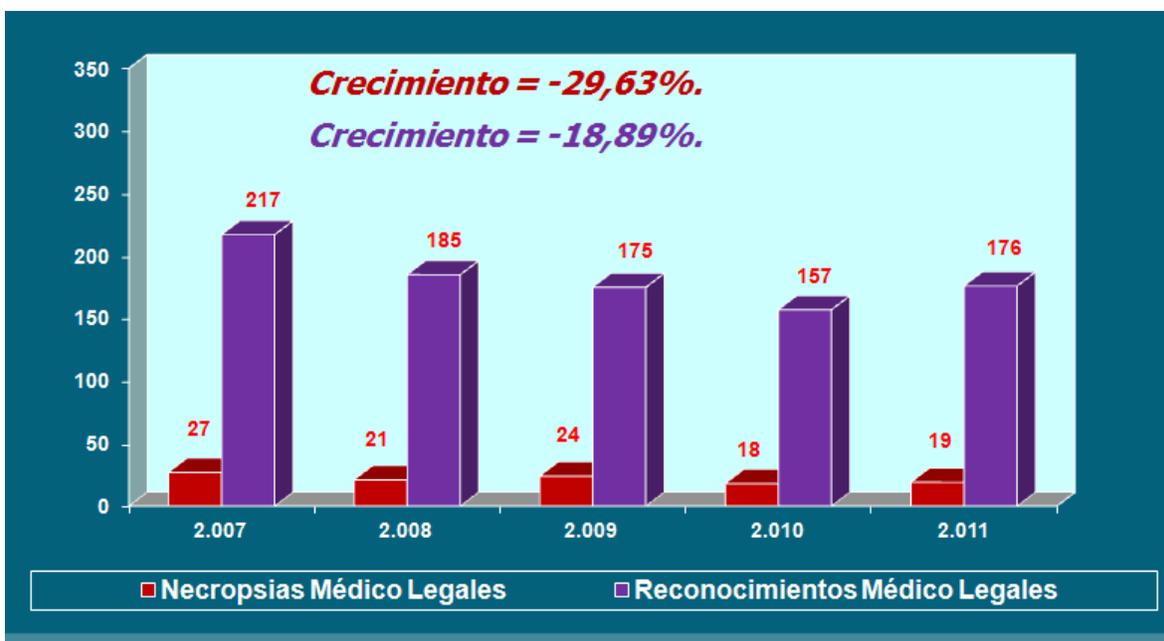


(7) COBERTURAS EN VACUNACIÓN



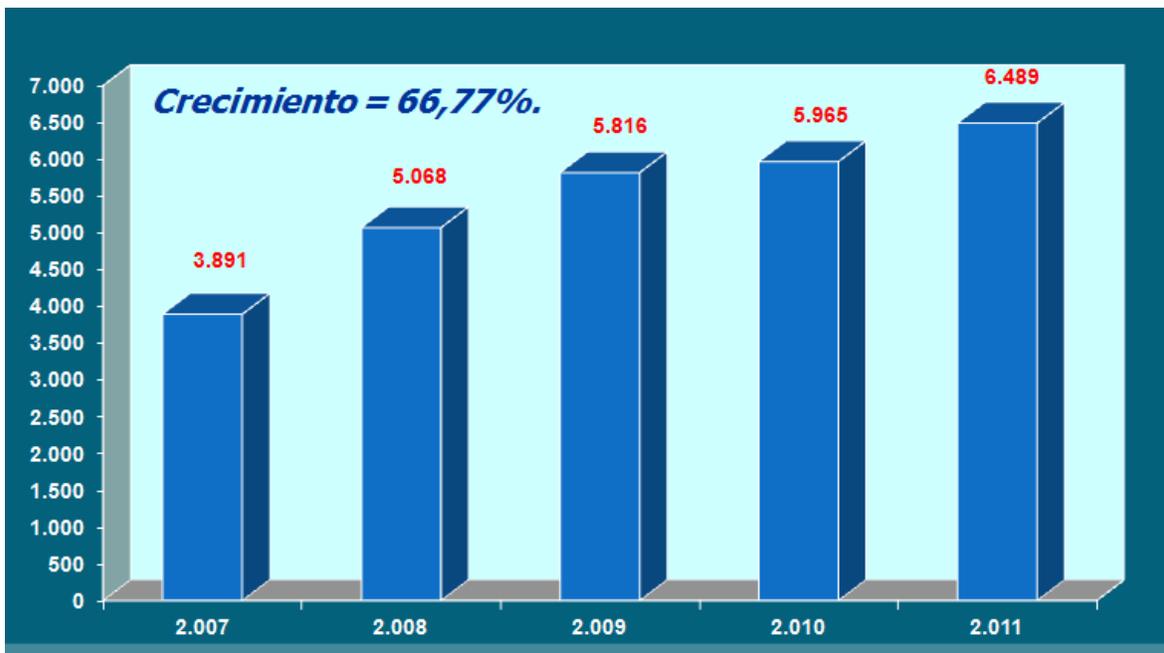


(8) ACTIVIDADES DE MEDICINA LEGAL

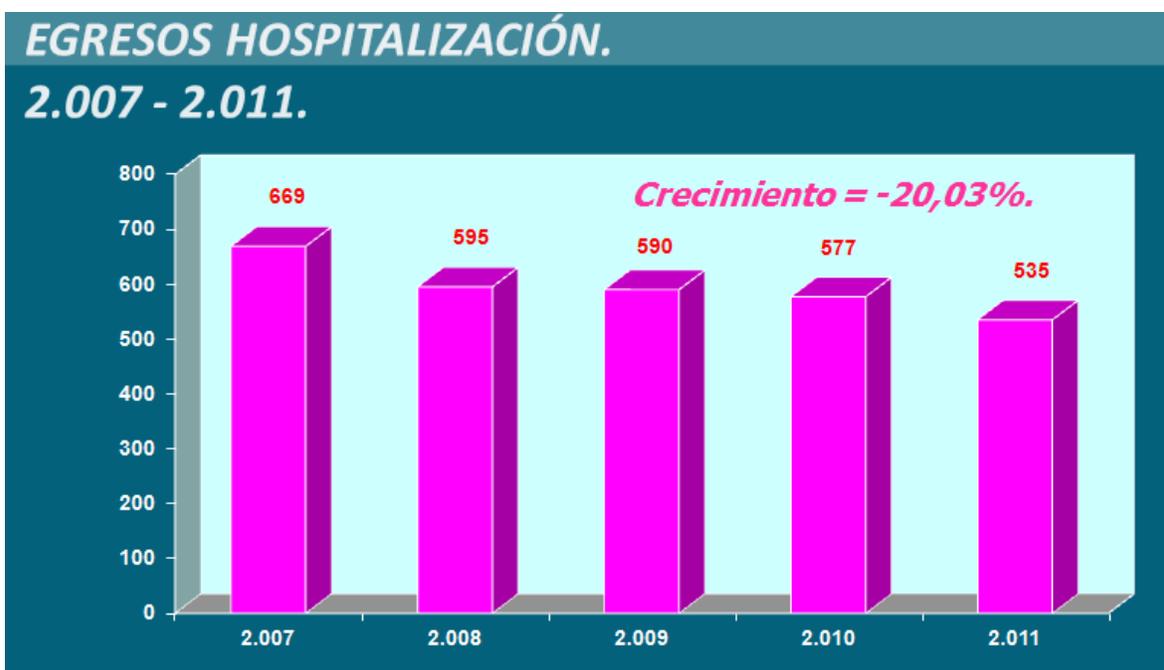




(9) URGENCIAS (número de atenciones)

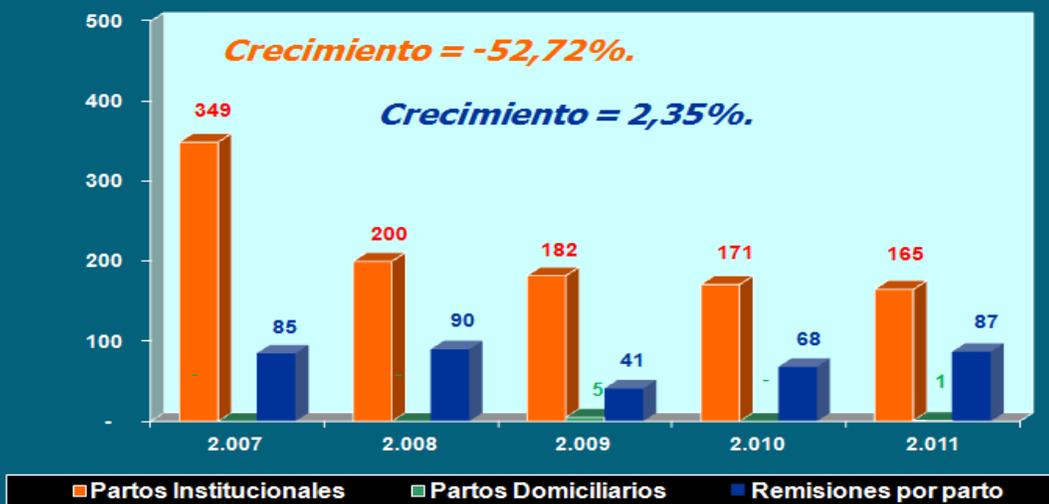


(10) HOSPITALIZACIÓN





PARTOS. 2.007 - 2.011.



(11) LABORATORIO

LABORATORIO. 2.007 - 2.011.

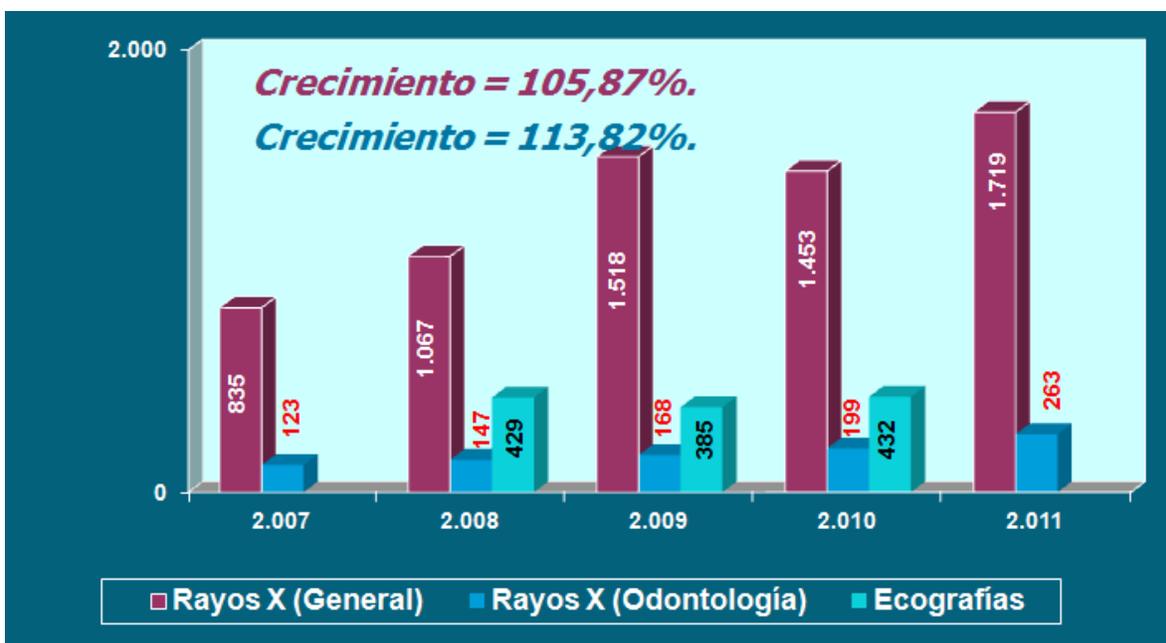




(12) MONITOREOS NO INVASIVOS

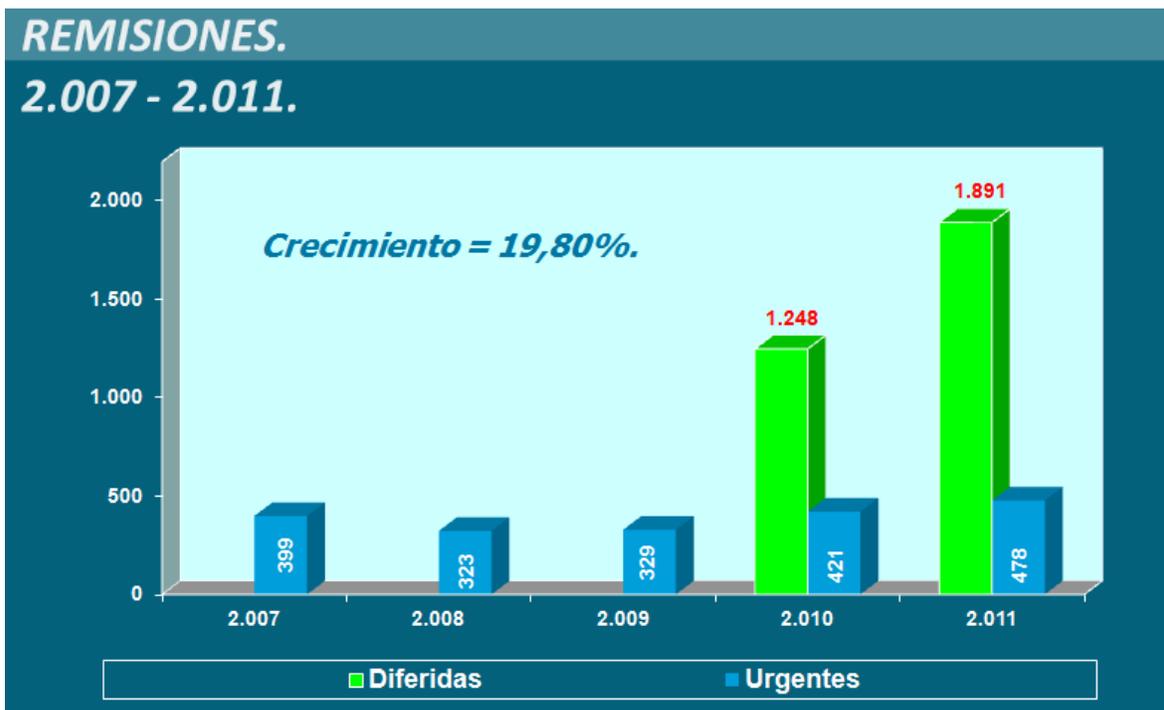


(13) RAYOS X Y ECOGRAFÍAS





(14) REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA





f) EVALUACIÓN TÉCNICO FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

(1) PRESUPUESTO PARA EL 2012

(a) INGRESOS

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CONCORDIA PRESUPUESTO DE INGRESOS 2012		
CODIGO	CONCEPTO	PRESUPUESTO
1	INGRESOS	4.274.909.052
10	DISPONIBILIDAD INICIAL	11.000.000
11	INGRESOS CORRIENTES	4.263.909.052
113	VENTA DE SERVICIOS	4.263.909.052
1130101	EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO	239.909.964
1130102	EPS - REGIMEN SUBSIDIADO	3.055.882.432
1130103	SUBSIDIO A LA OFERTA- ATENCION PERSONAS POBRES NO CUBIERTOS CON SUBSIDIO A LA DEMANDA	214.496.792
1130112	IPS PUBLICAS	6.745.685
1130113	COMPAÑIAS DE SEGUROS - ACCIDENTES DE TRANSITO	44.653.051
1130115	ENTIDADES DE REGIMEN ESPECIAL (Magisterio, Fuerza Pca.)	73.551.320
1130116	ADMINISTRADORAS DE RIESGOS PROFESIONALES	14.169.808
1130118	PARTICULARES (Venta de Contado)	76.000.000
11302	Venta de Otros Bienes y Servicios	538.500.000
1130203	CONVENIOS CON LA NACION LIGADOS A LA VENTA DE SERVICIOS	94.000.000
1130204	CONVENIOS CON EL DEPARTAMENTO A LA VENTA DE SERVICIOS	314.500.000
1130206	OTROS CONVENIOS	130.000.000
TOTAL INGRESOS DIFERENTES A CUENTAS POR COBRAR		3.740.009.052
TOTAL INGRESOS DE VIGENCIAS ANTERIORES		534.900.000
TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS		4.274.909.052



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

(b) GASTOS

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CONCORDIA PRESUPUESTO DE GASTOS 2012		
CODIGO	APROPIACIONES O CONCEPTOS	PRESUPUESTO
	GASTOS	4.274.909.052
A	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	3.644.701.854
1000000	GASTOS DE PERSONAL	2.327.055.474
2000000	GASTOS GENERALES	499.340.467
3000000	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	364.818.282
3300200-1	COHAN	1.000.000
3300200-2	AESA	2.500.000
4000000	GASTOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	454.000.000
B	GASTOS DE OPERACION COMERCIAL	0
5000000	GASTOS DE COMERCIALIZACION	0
C	SERVICIO DE LA DEUDA	0
7001000	SERVICIO DE LA DEUDA INTERNA	0
7002001	SERVICIO DE LA DEUDA EXTERNA	0
D	INVERSION	630.207.200
8000000	PROGRAMAS DE INVERSION	630.207.200
E	DISPONIBILIDAD FINAL	0
TOTAL GASTOS DIFERENTES A CUENTAS POR PAGAR		4.085.521.415
TOTAL GASTOS DE VIGENCIAS ANTERIORES		194.169.762
TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS		4.274.909.052



(2) ESTADO DE RESULTADOS

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CONCORDIA ESTADO DE RESULTADOS 2007-2011 (En miles de pesos)					
CONCEPTO	AÑO				
	2007	2008	2009	2010	2011
Ingreso Operacional	\$ 2.689.462	\$ 2.852.543	\$ 2.986.176	\$ 2.935.570	\$ 3.090.026
Gastos Operacionales	\$ 1.081.807	\$ 917.524	\$ 1.251.341	\$ 1.078.264	\$ 1.251.859
Ingresos Extraordinarios	\$ 104.223	\$ 170.116	\$ 164.327	\$ 214.998	\$ 398.777
Gastos Extraordinarios	\$ 2.779	\$ 669.651	\$ 642.841	\$ 136.605	\$ 105.564
Excedente o deficit operacional	\$ 91.427	\$ 206.604	(\$ 199.021)	(\$ 49.841)	(\$ 248.200)
Excedente o deficit del ejercicio	\$ 192.871	(\$ 292.931)	(\$ 677.535)	\$ 28.552	\$ 45.013

(a) COMENTARIOS

Los Ingresos operacionales se han incrementado proporcionalmente cada año, manteniendo una tendencia estable.

Los Costos También son proporcionales y tiene un comportamiento estable de acuerdo a los ingresos.

Los Gastos operacionales tuvieron variaciones en los años 2008 y 2010 debido a que hubo modificaciones en la planta de cargos y con los gastos generales se implementó una estrategia para el ahorro es por eso que los gastos rebajaron notablemente.

Pero a su vez también se corrigieron algunos errores de contabilización ya que se estaban llevando algunas partidas a gasto cuando en la realidad correspondían a costos.

Con relación a las provisiones se empezó a implementar el reglamento de cartera donde las deudas de difícil cobro se provisionaban, ejercicio contable que no se hacía en los años 2007 y 2008; Al hacer un inventario nuevo y actualizado con todas las valorizaciones y cálculos de depreciación ajustados a la realidad.

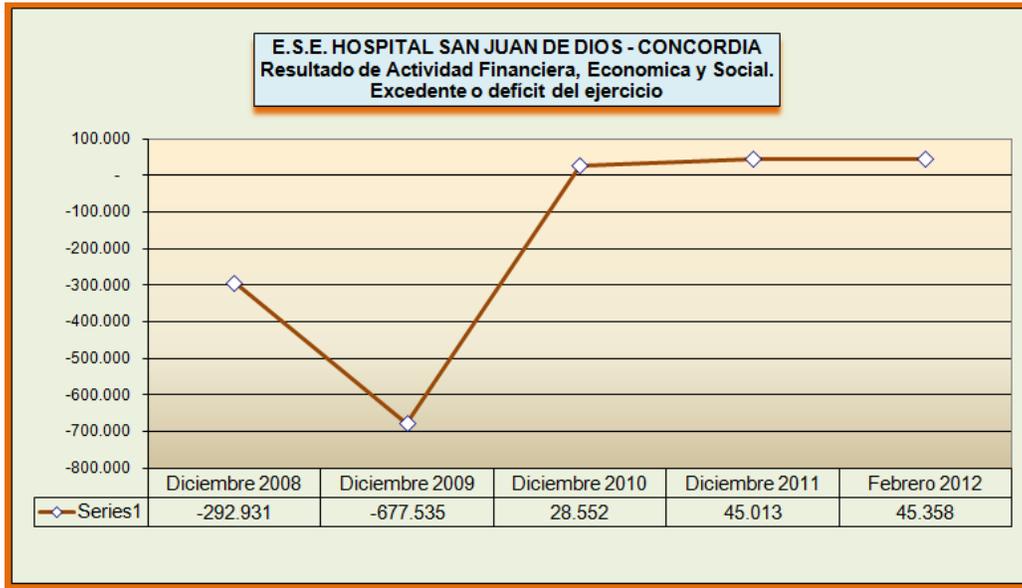
Con relación a las cuentas “otros ingresos ordinarios” y “otros gastos ordinarios” se notan diferencias elevadas ya que en estas cuentas se maneja el margen de contratación, y como podemos observar en los años 2008-2009 en los gastos se tuvo una pérdida significativa.

Este comportamiento obedece que no se tuvo una buena contratación o faltó un control adecuado a su ejecución, razón por la cual en estos años la ESE genero pérdidas significativas, las que se vienen corrigiendo a partir del año 2010.

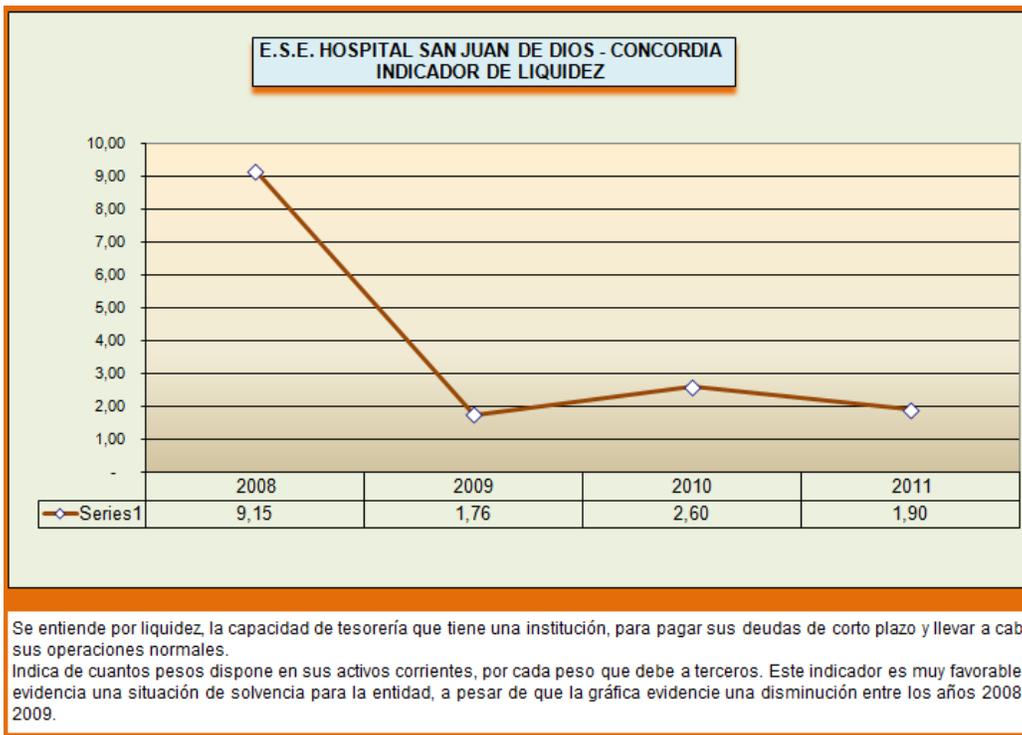


(3) INDICADORES FINANCIEROS

(a) ESTADO DE RESULTADOS

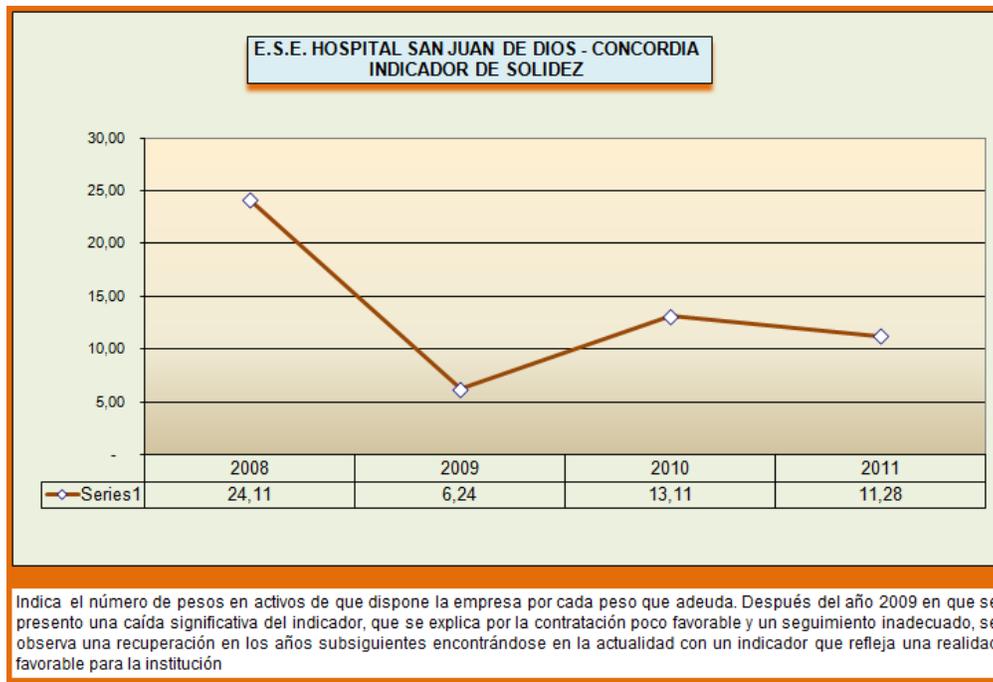


(b) LIQUIDEZ

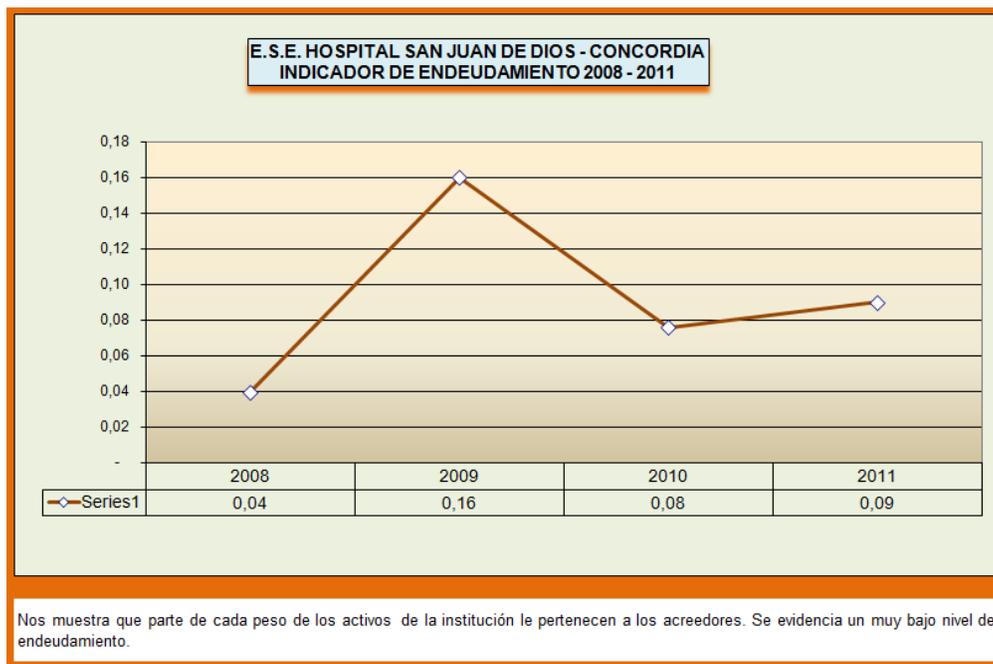




(c) SOLIDEZ

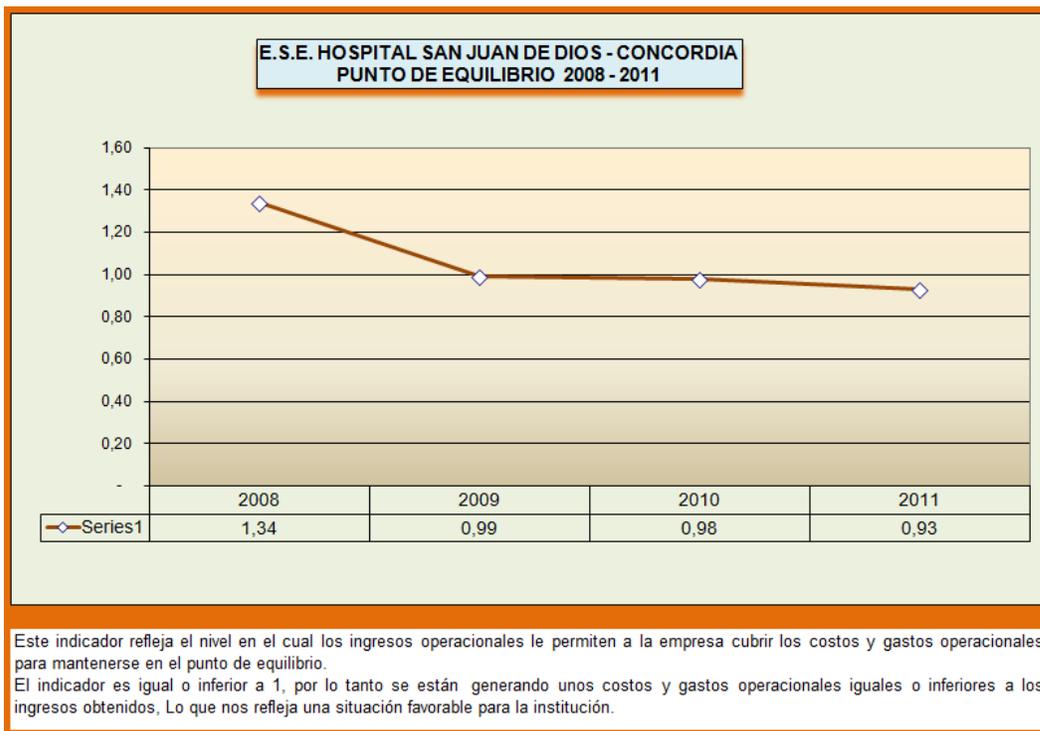


(d) ENDEUDAMIENTO





(e) PUNTO DE EQUILIBRIO

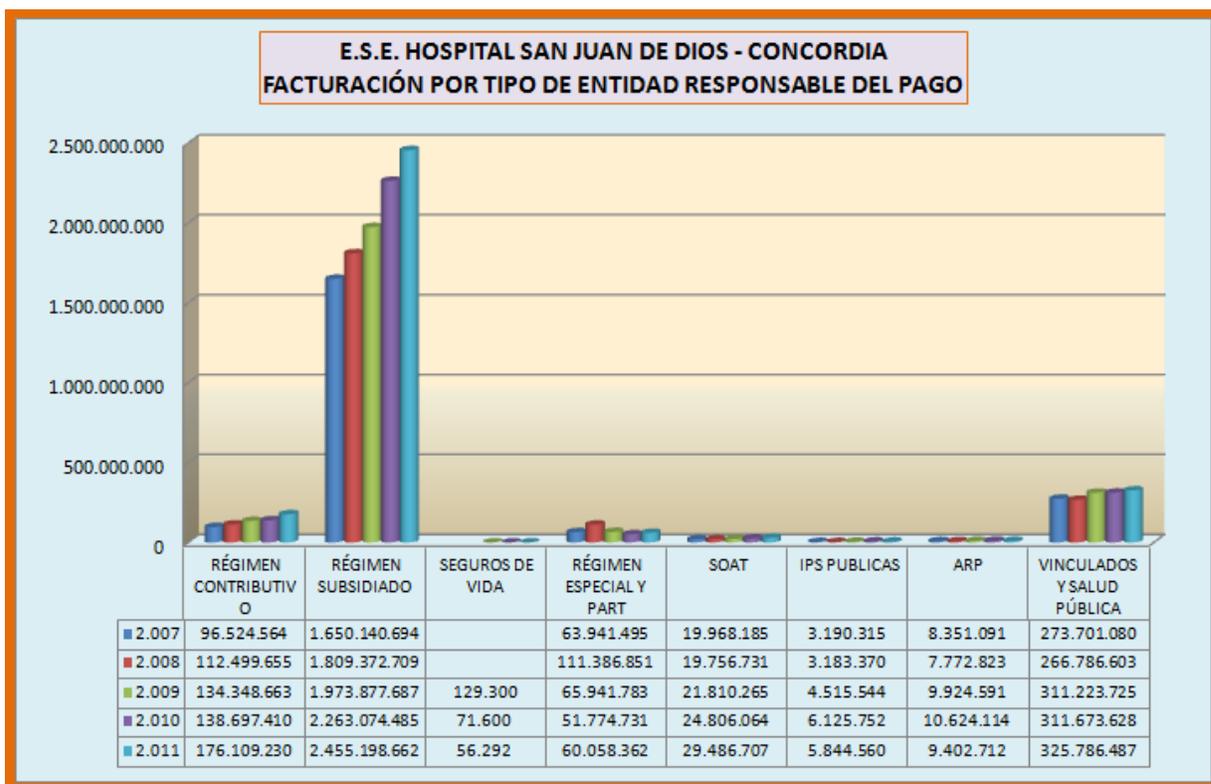




(4) FACTURACIÓN 2007 - 2011

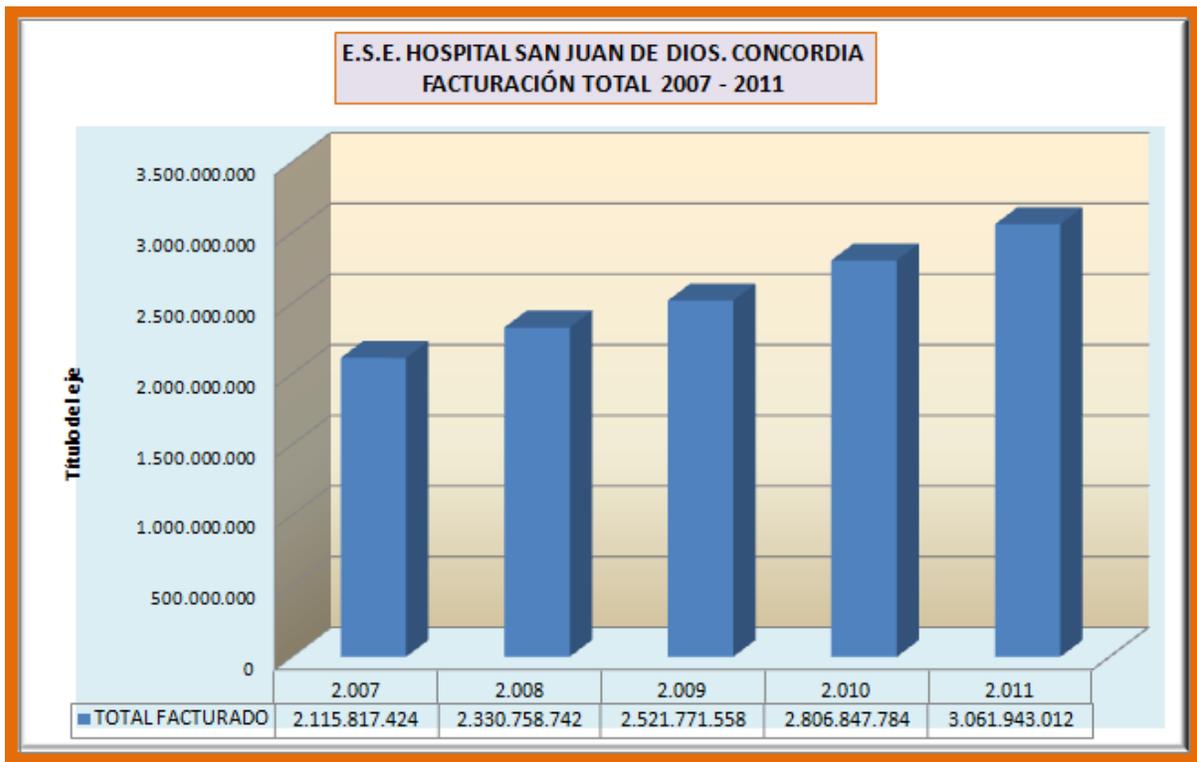
RÉGIMEN/ENTIDAD	2007	2008	2009	2010	2011
CONTRIBUTIVO	96.524.564	112.499.655	134.348.663	138.697.410	176.109.230
SUBSIDIADO	1.650.140.694	1.809.372.709	1.973.877.687	2.263.074.485	2.455.198.662
REGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES	63.941.495	111.386.851	65.941.783	51.774.731	60.058.362
SOAT	19.968.185	19.756.731	21.810.265	24.806.064	29.486.707
IPS PUBLICAS	3.190.315	3.183.370	4.515.544	6.125.752	5.844.560
ACCIDENTES LABORALES	8.351.091	7.772.823	9.924.591	10.624.114	9.402.712
VINCULADOS	273.701.080	247.473.453	204.341.121	207.130.748	214.496.792
SALUD PUBLICA		19.313.150	106.882.604	104.542.880	111.289.695
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD				20.906.516	42.000.000
TOTAL	2.115.817.424	2.330.758.742	2.521.642.258	2.827.682.700	3.103.886.720

(a) POR ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO





(b) TOTAL POR AÑO





(5) PLANTA DE CARGOS

(a) ADMINISTRATIVOS

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CONCORDIA PLANTA DE CARGOS 2012 Administrativos			
CÓDIGO	DENOMINACIÓN	Nº	COSTO AÑO
085	Gerente Empresa Social del Estado	1	60.192.936
090	Subgerente Administrativo	1	33.364.236
090	Subgerente Financiero	1	33.364.236
367	Tecnico Área Salud (Sistemas)	1	17.456.100
407	Auxiliar Administrativo (Facturación)	4	46.736.208
407	Auxiliar Administrativo (Caja)	1	11.684.052
407	Auxiliar Administrativo (Admisiones)	1	11.684.052
407	Auxiliar Administrativo (Atención Usu)	1	11.684.052
440	Secretario	1	11.684.052
470	Auxiliar de Servicios Generales	2	18.868.032
487	Operario (Mantenimiento)	1	9.434.016
407	Auxiliar Administrativo (Archivo)	1	11.684.052



(b) ASISTENCIALES

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CONCORDIA PLANTA DE CARGOS 2012 Asistenciales			
CÓDIGO	DENOMINACIÓN	N°	COSTO AÑO
090	Subgerente Atención al Usuario	1	42.700.248
211	Medico General	8	318.331.776
243	Enfermero	2	55.764.684
214	Odontólogo	1	33.218.748
237	Profes.Univ Area Salud (Bacteriólogo)	1	27.882.336
323	Técnico Area Salud (Farmacia)	1	17.456.100
323	Técnico Area Salud (Rayos X)	1	17.456.100
323	Técnico Area Salud (Vacunador)	1	17.456.100
412	Auxiliar Area Salud (Cons.Odontologico)	1	16.479.192
412	Auxiliar Area Salud (Información Salud)	1	17.276.556
412	Auxiliar Area Salud (Farmacia)	1	11.684.052
412	Auxiliar Area Salud (Laborat Clinico)	1	11.684.052
412	Auxiliar Area Salud (Higiene Oral)	2	23.368.104
412	Auxiliar Area Salud (Enfermería)	13	195.852.540
412	Auxiliar Area Salud (Enfermería)	2	69.106.200
480	Conductor	1	9.993.396



II. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

A. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

1. MISIÓN

Prestar integralmente los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las demás intervenciones contemplados en los planes de beneficios tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad Concordiana, con base en nuestra capacidad resolutive garantizando la calidad, eficiencia y efectividad en su cliente interno.

2. VISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia como tal propenderá por la atención integral en salud a la comunidad de su área de influencia haciendo énfasis en la población de bajos recursos económicos y más vulnerables a través de políticas articuladas a la normatividad vigente.

Procurará aumentar progresivamente la cobertura de sus servicios, garantizando la rentabilidad financiera y social de la empresa.

3. FILOSOFÍA DE LA INSTITUCIÓN

Acorde a los objetivos de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios, la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia:

- Respetar los derechos de los pacientes.
- Ampliar y complementa sus servicios con el fin de brindar atención integral al paciente.
- Propicia la vinculación de sus empleados en igualdad de condiciones y oportunidades.
- Concibe las relaciones de sus funcionarios basadas en el respeto de la persona humana.
- Promueve el desarrollo personal y laboral de sus empleados.
- Cree en la necesidad de la participación comunitaria para el diagnóstico y solución de sus problemas.
- Considera el trabajo institucional como fundamental para lograr el bienestar de la comunidad.
- Ve la reforma a la seguridad social como un mecanismo que permite aumentar las coberturas y mejorar las posibilidades de financiar su funcionamiento.
- Busca mejorar el acceso a los servicios de salud, para los usuarios del área rural, mediante estrategias extramurales.



4. PRINCIPIOS

- **Respeto a la dignidad humana.** Propende por la consideración en la atención al usuario manifestando acatamiento y cortesía por los valores y derechos de cada una de las personas.
- **Eficiencia.** Utilización racional de los recursos humanos, tecnológicos, científicos y financieros acorde a las necesidades de la población a atender.
- **Eficacia.** Desarrollar las metas propuestas a través de la adecuada administración de los recursos.
- **Calidad:** Calidad en la gestión y prestación de los servicios de salud, que garanticen atención oportuna, humanizada e integral. Entendiendo la calidad como una constante corporativa y como prioridad institucional.
- **Solidaridad:** Cobertura con prestación de servicios de salud a las personas con limitaciones en el acceso a ellos.
- **Participación:** Intervención de la población, afiliados y beneficiarios de la seguridad social, en la organización, control y fiscalización de la institución.
- **Unidad:** Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestación de servicios para alcanzar los fines de la seguridad social en salud.
- **Valores Éticos:** El comportamiento de los miembros de la institución debe basarse y ajustarse a los valores y principios éticos que inspiran la vida de la organización: honestidad, integridad y justicia.
- **Productividad:** Permanencia y crecimiento de la unidad de salud, logrando estándares de eficiencia y eficacia para alcanzar el éxito. Productividad que asegure su desarrollo y el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades con el personal, clientes, proveedores y estado.
- **Competitividad:** Conocimiento del mercado, altos estándares de calidad, detección y satisfacción oportuna de las necesidades y expectativas del cliente y un compromiso integral con la excelencia en el servicio.

5. OBJETIVOS

- Garantizar la prestación de servicios de salud integrales y de calidad a los usuarios.
- Promover el fortalecimiento y desarrollo de la institución como prestador de servicios de salud en el municipio.
- Propender por el desarrollo del talento humano para alcanzar una prestación de servicios óptimos.
- Garantizar la rentabilidad social y financiera de la entidad, mediante un adecuado manejo gerencial.
- Armonizar el desarrollo y crecimiento de la empresa de acuerdo a las condiciones y necesidades del entorno.
- Promover la participación social en el Municipio para el fortalecimiento y desarrollo de los objetivos institucionales.



6. POLÍTICAS

- Mejoramiento permanente de la eficiencia en la empresa.
- Fomentar la cultura de la salud, incidiendo en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas y la comunidad en materia de salud.
- Promover la humanización en la prestación de los servicios, eficiencia en la gestión administrativa, mejoría de la calidad y la utilización de los servicios de salud.
- Promover y apoyar el desarrollo de las investigaciones que contribuyan a la solución de los problemas de salud.
- Desarrollar el recurso humano mediante capacitación continua y actualizaciones.
- Contribuir, dentro de las competencias propias, al bienestar y desarrollo de la comunidad del municipio.
- Fortalecer el proceso planificador, de tal forma que preveamos el futuro, con el propósito de adecuar nuestro desarrollo acorde a lo estipulado por la ley y según las necesidades de nuestro entorno.

B. MARCO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

El estado colombiano ha venido ejecutando su política de descentralización según el mandato de la Constitución de 1991 hacia el nivel municipal. El término descentralización se entiende como un mecanismo de cesión de autoridad y responsabilidad compartida por la gestión pública en pro de garantizar mejores niveles de calidad de vida de los ciudadanos.

Los Hospitales públicos, hoy transformados en Empresas Sociales del Estado son el producto de una reforma a todo el Estado Colombiano, donde se entra a competir en un mercado regulado, bajo el sistema de aseguramiento y con la participación de nuevos actores, que llegan a intervenir en el campo de la prestación de servicios y con funciones de administración de recursos lo que crea la figura de la intermediación.

Estas empresas constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es prestar servicios de salud como servicio público a cargo del estado y como parte integrante del sistema general de seguridad social en salud.

En la prestación de servicios de salud, la Ley 100 de 1993 estableció el mecanismo de descentralización a través de la transformación de las instituciones prestadoras de servicios (I.P.S.) públicas en empresas sociales del estado (E.S.E.), al igual que para el municipio, el mecanismo descentralizador proporciona la autonomía técnica, administrativa y patrimonial en el marco de la cesión de la autoridad y responsabilidad



compartida en la prestación de los servicios de salud. Un primer postulado para las E.S.E. establece que su autonomía no significa “independencia” de otras instituciones o del nivel central territorial, en contraposición se debe generar una “interdependencia” en torno a la solución de problemas de salud de la comunidad a la cual prestan sus servicios.

Las E.S.E. serán entonces la organización de un conjunto de recursos en salud cuyo propósito fundamental será responder a las necesidades o problemas de salud. Estos recursos comprenden las instituciones de cuidado primario como puestos o centros de salud, las instituciones de mayor complejidad como hospitales o clínicas con las cuales se establezcan mecanismos de continuidad en el cuidado en salud y además, la articulación con otras entidades que participen en la financiación, administración, apoyo y participación de grupos organizados.

1. PAPEL DE LAS IPS EN LA SALUD PÚBLICA

El papel de las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) en la salud pública se concreta en cuatro áreas específicas:

1. Los servicios de salud deberán contribuir al cumplimiento de las metas en salud pública fijadas por el ente territorial.
2. Mejorar las condiciones de calidad en la prestación del servicio de salud.
3. Promover la equidad en salud.
4. Evaluar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios.

A través de estas áreas se concretan los planes, programas y proyectos en salud, donde las E.S.E. tendrán el liderazgo intersectorial y serán el instrumento de operacionalización de la política social en salud.

2. PRINCIPIOS QUE ORIENTAN LA GESTIÓN

1. Centrada en objetivos de interés colectivo.
2. Centrada en la satisfacción de necesidades de salud de la población de su área de referencia.
3. Centrada en la búsqueda continua de la calidad.
4. Promoción de la articulación en red interinstitucional.
5. Enfoque de gestión desconcentrado y participativo, basado en información confiable y oportuna.
6. Flexibilidad en su estructura funcional.
7. Equilibrio financiero en su gestión.
8. Innovación en los modelos de atención y en el diseño de intervenciones para el control de problemas prevalentes.
9. Promoción del desarrollo humano y la formación de capital social.
10. Cumplir los principios de empresa limpia (cuidado del ambiente).
11. Fomento de la investigación y aplicación de la evidencia actual al logro de sus propósitos.



3. GESTIÓN EMPRESARIAL

De acuerdo con Moreau, se deben considerar varios puntos al momento de justificar el manejo empresarial de la gestión en salud.

1. El sector público deberá hacer lo posible por moverse en un entorno de mercado planificado que estimule la competencia y la competitividad sin erosionar la equidad.
2. El sector público, dentro de sus estrategias deberá prestar más atención a los verdaderos resultados de su gestión (efectividad, satisfacción, reducción de sobre costos), más que al cumplimiento de presupuestos.
3. El sector público debe centrarse más en su Misión y Objetivos y no perderse en el simple cumplimiento de normas.
4. Para el sector público el ciudadano no es un simple usuario, es un “ciudadano- usuario”, cuyas necesidades debe satisfacer, no las de la burocracia.
5. El sector público no puede seguir funcionando asimétricamente con el sector privado; No son dos mundos separados, son dos entornos complementarios.
6. El sector público ha de ser un punto de referencia para la sociedad civil, animándola a apoyar iniciativas tendientes a resolver sus problemas.

4. LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL MERCADO DE LA SALUD

Los Hospitales Públicos deben cumplir con unas características especiales

1. La Empresa Social del Estado debe constituirse en un instrumento de regulación (económico y tecnológico) del sistema.
2. La Empresa Social del Estado debe buscar la mayor racionalidad económica posible en su operación, sin abandonar su responsabilidad frente a la calidad y equidad en la prestación de los servicios.
3. La Empresa Social del Estado debe tener un soporte científico que le permita intervenir y atender inicialmente los problemas de salud de mayor importancia para la población; con criterios como: frecuencia, magnitud, vulnerabilidad del problema que da cuenta de la viabilidad ética y política, la factibilidad técnica, financiera, la eficiencia de la intervención y los análisis de costo/eficiencia, riesgo/beneficio y costo/efectividad.
4. Asimilable al modelo de unidad empresarial, debe funcionar con criterios de racionalidad técnica y financiera como corresponde a cualquier empresa pero en situaciones especiales, pudiera ser necesaria la cofinanciación o subsidio para garantizar su operación.
5. En su condición de empresa de servicio, su actuación debe concentrarse en la satisfacción de expectativas y necesidades de la población a la que se sirve bajo principios de calidad y eficiencia.
6. En concordancia con la función del estado y de su misión, los beneficios económicos de la operación solo deben ser aplicados en el cumplimiento de lo mismos.



7. El deber ser de las Empresas Sociales del Estado no es prestar servicios de salud desarticulados o fragmentados sino servicios integrados e integrales.
8. La Empresa Social del Estado es un sistema empresarial situación que le exige tener un modelo de desarrollo organizacional determinado.

Otro deber ser, está orientado hacia la población desprotegida, marginada y de bajos recursos; se puede atender otros segmentos con los principios de la solidaridad y la equidad (asegurar que todos los subsidios del estado se asignen a quienes por sus condiciones de pobreza y vulnerabilidad requieran más de ellos, y que además puedan usarlos efectivamente), para aumentar la función social básica.

En este sentido, Las Empresas Sociales del Estado se pueden definir como un sistema empresarial de prestación de servicios de salud que responde a una necesidad social a cargo del estado y que se encuentra contemplada dentro de la constitución política, por lo tanto, la Empresa Social del Estado forma parte de la estrategia del Estado para cumplir con la responsabilidad social de garantizar la Salud y permitir el acceso (geográfico, económico cultural) a servicios de Salud en poblaciones especiales”.

Ajeno a la norma, el contexto en el cual se debe inscribir el concepto de Empresa Social del Estado, es aquel en la cual se permita legitimar la acción pública con elementos claramente empresariales, demostrando estándares de desarrollo corporativo, que permitan obtener la rentabilidad social y por que no, financiera del conjunto de su operación.

5. MODELO DE DESARROLLO EMPRESARIAL

a) DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Sostiene y desarrolla la capacidad de generar valor, la formulación de grandes propósitos como la misión, visión, valores y áreas de direccionamiento, el análisis estratégico, que da cuenta de la necesidad de oír la voz del cliente, la referenciación competitiva, el análisis del entorno y de la institución misma del proceso de planeación y su despliegue (tiene que ver con las políticas corporativas, objetivos y estrategias y formulación de metas anuales y planes operativos)

b) LIDERAZGO

Examina la importancia que da la institución al desarrollo de esta capacidad en todos los niveles y la participación de la alta dirección como líder y responsable principal de la creación y mantenimiento de un claro direccionamiento estratégico que guíe el trabajo diario del equipo humano y que a la vez actúe como promotor de un proceso permanente de mejoramiento del servicio.



c) SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES

Analiza la importancia que da la institución a sus usuarios finales y a sus familiares, estudia la efectividad de los mecanismos empleados para hacer más fácil al usuario y a otros clientes el acceso y el uso de los servicios. Estudia también otras respuestas de la institución para conocer mejor al usuario para identificar sus necesidades y expectativas, interpretarlas y satisfacerlas y así recibir y dar respuesta a sus quejas cuando hay algún inconveniente.

d) GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Examina la prioridad y trascendencia que le da la institución al manejo de la información sobre el usuario como base para la atención que se quiere dar, de tal forma que esta sea disponible, confiable, completa, fácil y oportunamente accesible y se garantice el carácter confidencial, la continuidad y la seguridad. Examina de qué manera la información es la base y el soporte al mejoramiento de los procesos, productos y servicios. Revisa los niveles y tendencias de los indicadores numéricos para medir el mejoramiento de la calidad de la atención, los productos y servicios que recibe el usuario en función de la misión de la institución y si esto se logra por una gestión por calidad.

e) PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Prevención, promoción, asistencia y rehabilitación: Examina los mecanismos a través de los cuales la institución de salud garantiza la mejor aplicación de la ciencia y tecnología disponibles, y la seguridad sobre los recursos destinados a la atención del usuario, para asegurar que alcance el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios.

f) GERENCIA DE LOS PROCESOS FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS

Examina la forma como la institución gerencia (planea, hace, verifica y actúa), sus servicios administrativos y procesos de apoyo administrativos para garantizar que cumpla con los requisitos establecidos con el fin de apoyar el trabajo asistencial, responder al usuario con eficiencia y garantizar la supervivencia de la institución.

Analiza las acciones planificadas y sistemáticas encaminadas a definir los procesos administrativos, hacerle seguimiento, medir el desempeño, identificar oportunidades de mejoramiento y problemas evitables, identificar sus causas, bloquearlas y darles solución y además estandarizar procesos.

g) GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Hace énfasis en la importancia que da la institución a la conformación de un grupo humano idóneo y al desarrollo de las personas que lo constituyen para generar un adecuado ambiente de trabajo. Se analiza su autonomía, su creatividad, su capacidad de compromiso y colaboración con el mejoramiento de los procesos y de los servicios que presta la institución.

h) DESARROLLO SOSTENIBLE

Verifica como ha logrado incorporar la institución a su visión de largo plazo su *responsabilidad social* y *compromiso ambiental* de tal forma que participe en el desarrollo de su entorno expresado en las



comunidades, el sistema de salud y en el medio ambiente. Analiza si las decisiones de la organización consideran siempre su impacto social asumiendo las responsabilidades correspondientes y si se realizan esfuerzos más allá de su función misma para contribuir a mejorar su comunidad, otras instituciones de salud, universidades, organizaciones profesionales, gremiales o entidades gubernamentales y además como se involucran los distintos niveles y áreas a este compromiso.

i) GARANTÍA DE LA CALIDAD

Verifica los niveles y tendencias de los indicadores numéricos del mejoramiento de la calidad de los procesos, productos y servicios, evaluados en función de la misión y logrados por medio de la gestión integral por calidad.

Así mismo hace seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los componentes de Habilitación, Información para la Calidad, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y Acreditación.

j) PARTICIPACIÓN SOCIAL

Vela por dar cumplimiento a las normas que regulan la participación social y ciudadana, con el enfoque centrado en el usuario.

k) INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA

Adecuación de las instalaciones físicas y la dotación a las condiciones requeridas para brindar los servicios de óptima calidad en el marco de los servicios ofrecidos y el nivel de complejidad de la institución.



C. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

El análisis estratégico se realizó mediante talleres participativos con el Comité Técnico Científico y la aplicación de encuestas a los empleados.

1. INTERNO

FORTALEZAS	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	26
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	39
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	33
GARANTÍA DE LA CALIDAD	22
GESTIÓN ASISTENCIAL	30
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA	12
PARTICIPACIÓN SOCIAL	8
GESTIÓN AMBIENTAL	12
PLANTA FÍSICA Y DOTACIÓN	12
TOTAL IDENTIFICADAS	194

DEBILIDADES	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	25
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	31
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	33
GARANTÍA DE LA CALIDAD	24
GESTIÓN ASISTENCIAL	14
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA E INFORMÁTICA	19
PARTICIPACIÓN SOCIAL	7
GESTIÓN AMBIENTAL	11
PLANTA FÍSICA Y DOTACIÓN	34
NÚMERO DE DEBILIDADES IDENTIFICADAS	198



a) FORTALEZAS

FORTALEZAS	
1	OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS Y PROGRAMAS DE LA ENTIDAD
2	LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
3	CALIDAD HUMANA EN LA ATENCIÓN
4	PERSONAL IDÓNEO Y CON SENTIDO DE PERTENENCIA
5	SER LA ÚNICA ENTIDAD HOSPITALARIA EN EL MUNICIPIO
6	INTEGRALIDAD EN LOS SERVICIOS
7	INSTALACIONES FÍSICAS ADECUADAS Y CON POSIBILIDADES DE AMPLIACIÓN Y ADECUACIÓN
8	PROCESO DE FACTURACIÓN ADECUADO Y OPORTUNO
9	LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN
10	LA REALIZACIÓN DE BRIGADAS
11	PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN CON FORTALEZAS EN LA EDUCACIÓN Y PERSONAL IDÓNEO ASIGNADO
12	BUENAS RELACIONES DE LA GERENCIA CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
13	BUENA INTERACCIÓN CON LOS DIFERENTES GRUPOS INSTITUCIONALES
14	ÚNICA IPS EN EL MUNICIPIO CON URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN
15	DOS AMBULANCIAS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES
16	PRESENCIA PERMANENTE DE UNA HIGIENISTA ORAL Y UNA VACUNADORA EN EL ÁREA RURAL
17	PROCESO DE PLANIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DE LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES
18	PARTICIPACIÓN DE LOS EMPLEADOS EN LA JUNTA DIRECTIVA
19	ADECUADO MANEJO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL DE LA ESE



FORTALEZAS (Continuación....)	
20	INDICADORES FINANCIEROS POSITIVOS
21	CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INFORMAS A LOS ENTES DE CONTROL
22	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS
23	VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA Y TÍTULOS DEL PERSONAL
24	PROCESOS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DOCUMENTADOS
25	PLAN DE SEGUIMIENTO A RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS
26	APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA ARP
27	PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS CON CRONOGRAMA
28	COMITÉ OPERATIVO DE COMPRAS
29	SE CUENTA CON HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS
30	DIFUSIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
31	OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO
32	GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
33	EXISTENCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA
34	PARTICIPACIÓN DE LOS DIFERENTES ENTES MUNICIPALES EN LA JUNTA DIRECTIVA
35	BUENAS RELACIONES INTERINSTITUCIONALES E INTERSECTORIALES
36	SE CUENTA CON HABITACIONES BIPERSONALES CON BAÑO
37	PLAN DE EMERGENCIAS Y MANUAL DE BIOSEGURIDAD ACTUALIZADOS
38	JUNTA DIRECTIVA COMPROMETIDA Y REUNIÉNDOSE CON LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA
39	ADECUADA DIFUSIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



FORTALEZAS (Continuación....)	
40	OPERATIVIDAD DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO
41	OPORTUNIDAD EN LOS INFORMES FINANCIEROS
42	ADECUADO MONITOREO DEL COMPORTAMIENTO FINANCIERO DE LA ESE. INGRESOS Y EGRESOS
43	CONDICIÓN FINANCIERA POSITIVA EN LA INSTITUCIÓN
44	CAPACITACIONES AL PERSONAL
45	MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DEL PERSONAL (VINCULACIÓN)
46	ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
47	DEFINICIÓN DE PLANES DE MEJORA Y CORRECTIVOS FRENTE A LOS PROBLEMAS EN FORMA OPORTUNA
48	AUTOMATIZACIÓN (COMPUTADORES) EN LA MAYORÍA DE LOS SERVICIOS
49	SE CUENTA CON EL SOFTWARE DE APOYO PARA MUCHOS DE LOS PROCEDIMIENTOS.
50	TECNOLOGÍA ADECUADA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS: ECOTONE. EKG. MONITOR FETAL. RAYOS X-
51	BRIGADAS CON PERSONAS COMPROMETIDAS
52	PLANTA DE CARGOS ADECUADA PARA LOS REQUERIMIENTOS DE SERVICIOS
53	GESTIÓN FINANCIERA DE LA INSTITUCIÓN
54	CAPACITACIÓN E IDONEIDAD DEL PERSONAL DEL ÁREA FINANCIERA
55	PLANTA DE CARGOS ADECUADA PARA LOS REQUERIMIENTOS DE SERVICIOS
56	EXISTENCIA DE GUÍAS Y MANUALES DE PARA LA ATENCIÓN
57	SOCIALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN
58	DIFUSIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS DERECHOS Y LOS DEBERES
59	OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO



FORTALEZAS (Continuación....)	
60	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO A LOS EQUIPOS
61	EXISTENCIA DE LA HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS
62	PLAN DE EMERGENCIAS Y SEÑALIZACIÓN
63	TENER CONTADORA DE TIEMPO COMPLETO
64	PAGO OPORTUNO A LOS EMPLEADOS
65	TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS
66	OPORTUNIDAD EN LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS
67	SE CUENTA CON ASOCIACIÓN DE USUARIOS
68	ADECUADA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS
69	CONTRATO CON EMPRESA PARA LA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE RIESGO BIOLÓGICO
70	ÁREA ADMINISTRATIVA ADECUADA
71	SOFTWARE INTEGRADO QUE FACILITA LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
72	ADECUADOS CONTROLES DE CALIDAD EN LABORATORIO
73	ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS
74	OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS
75	EQUIPOS AUTOMATIZADOS PARA LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS
76	EQUIPOS DE COMPUTO EN CADA ÁREA
77	EXISTENCIA DEL SIAU
78	PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL COMITÉ DE ÉTICA
79	SE CUENTA CON UN PLAN MAESTRO DE REMODELACIÓN HOSPITALARIA

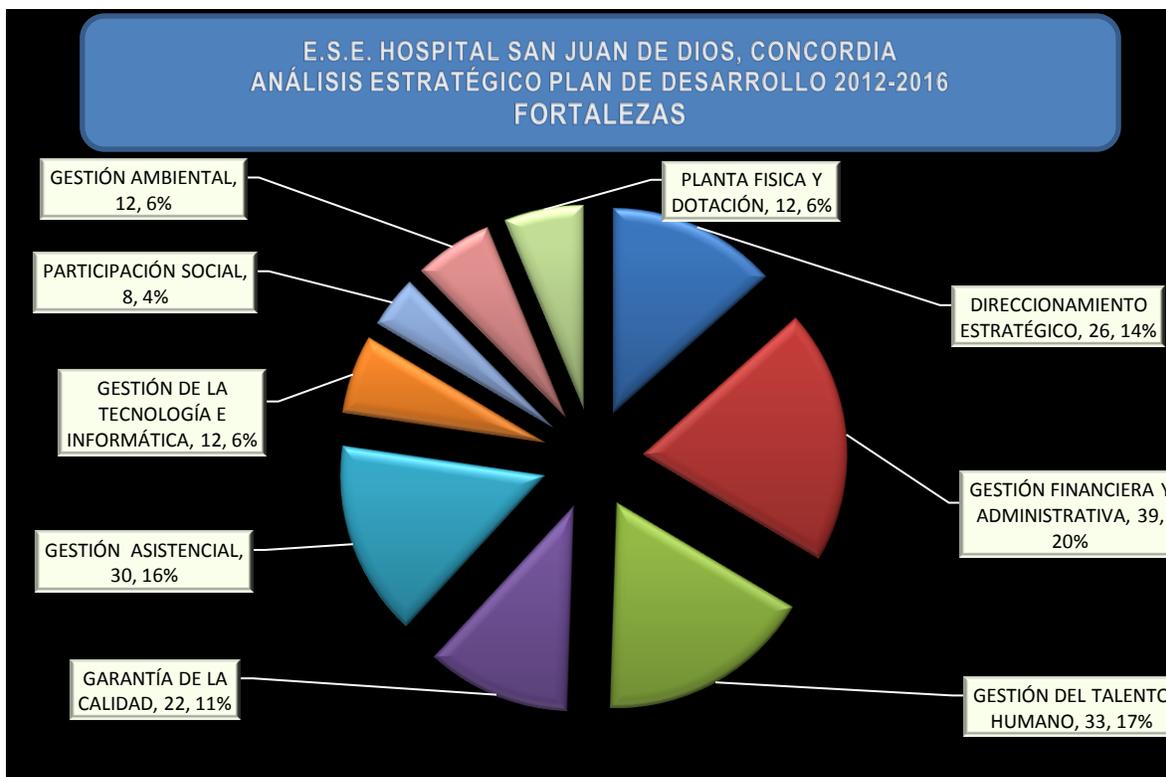


FORTALEZAS (Continuación....)	
80	ADECUADA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS
81	CAPACITACIÓN AL PERSONAL SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
82	DOTACIÓN SUFICIENTE PARA LA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS
83	ADECUADA GESTIÓN DE LAS GLOSAS
84	PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL
85	PASANTÍAS A LOS MÉDICOS CUANDO INGRESAN (EN FARMACIA)
86	CAPACITACIONES EN CALIDAD
87	FUNCIONAMIENTO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA
88	SOFTWARE HOSPITALARIO Y ACCESO A INTERNET
89	PERSONA ENCARGADA DEL SIAU
90	TRATO ADECUADO EN LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS
91	GESTIONES DEL SIAU EN REFERENCIA DE LOS PACIENTES
92	DOTACIÓN ADECUADA PARA LA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS
93	ADECUADA SUSTENTACIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS
94	INFORMES OPORTUNOS A LOS ENTES DE CONTROL
95	CUMPLIMIENTO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LO RELACIONADO CON LA GESTIÓN FINANCIERA
96	PERSONAL CAPACITADO E IDÓNEO
97	SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE CALIDAD
98	CONTRATOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE MAYOR COMPLEJIDAD



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

FORTALEZAS (Continuación...)	
100	SE CUENTA CON ASESORES EXTERNOS QUE APOYAN EL TRABAJO GERENCIAL Y ESTRATÉGICO DE LA EMPRESA
101	SE CUENTA CON GERENTE SELECCIONADO DE ACUERDO A LA LEY CON EXPERIENCIA
102	TODOS LOS BIENES DE LA EMPRESA SE TIENEN LEGALIZADOS Y ASEGURADOS
103	EXISTE UNA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA QUE APOYA LOS PROCESOS DE APOYO LOGÍSTICO
104	SE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE AFILIACIÓN DE LOS EMPLEADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL
105	SE REALIZAN ACTIVIDADES APOYADAS POR LA ARP PARA MEJORAR EL CLIMA ORGANIZACIONAL
106	SE REALIZA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y SE DEFINEN ACCIONES DE MEJORAMIENTO
107	BUENA DISPOSICIÓN POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS PARA CUMPLIR CON LAS NORMAS DE CALIDAD
108	ENFERMERA JEFE QUE LIDERA TODO EL PROCESO DE P Y P
109	LOS PROGRAMAS ESPECIALES SON EXITOSOS Y DAN BUENOS RESULTADOS
110	TÉCNICO EN SISTEMAS
111	RED DE COMPUTO
112	ESPACIO PARA LA DISPOSICIÓN DE LOS RESIDUOS ADECUADO Y SEÑALIZADO
113	INFRAESTRUCTURA CÓMODA
114	PROYECTO DE REMODELACIÓN DE CONSULTA EXTERNA RADICADO





b) DEBILIDADES

DEBILIDADES	
1	SERVICIOS POCO ACCESIBLES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN COMO LA FARMACIA
2	MALA ATENCIÓN POR PARTE DE ALGUNOS FUNCIONARIOS, ESPECIALMENTE EN URGENCIAS
3	FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS DEPENDENCIAS DE LA ESE, NO SE ADVIERTEN CAMBIOS
4	INCUMPLIMIENTO EN EL CRONOGRAMA DE LOS COMITÉS
5	TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO EN LA CONSULTA EXTERNA
6	INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA DETERIORADA Y POCO FUNCIONAL
7	FALTA DE UN PLAN DE MERCADEO INSTITUCIONAL
8	DESCONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS EN SALUD
9	FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL
10	ANTIGÜEDAD DE ALGUNOS FUNCIONARIOS QUE LOS HACE IMPERMEABLES A A LOS CAMBIOS
11	FALTA DE OPORTUNIDAD EN ALGUNOS SERVICIOS
12	FALTA DE ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL
14	NO SE CUENTA CON OFICINA DEL SIAU NI PROCESO CLARAMENTE DEFINIDO
15	NO HAY LÍDER PARA EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
16	FALTA DIVULGACIÓN DE LAS DECISIONES QUE SE TOMAN EN LA JUNTA DIRECTIVA
17	LIMITACIONES PARA LA COMPRA DE INSUMOS
18	PROGRAMA HOSPITALARIO XENCO CON SERIAS DEFICIENCIAS
19	POCOS INCENTIVOS LABORALES
20	NO EXISTE UN PROCESO DE EVALUACIÓN DEL TALENTO HUMANO



DEBILIDADES (Continuación...)	
24	FALTA DE UN ASESOR CAPACITADO PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD
25	NO SE CUENTA CON ESPACIO FÍSICO PARA EL PERSONAL ENCARGADO DE LAS ACTIVIDADES DE CALIDAD
26	OBSOLESCENCIA DE ALGUNOS EQUIPOS
27	AUSENCIA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL MANEJO DE EQUIPOS
28	LIMITANTES ECONÓMICAS PARA LA REPOSICIÓN DE EQUIPOS
29	SE SUMINISTRA Poca INFORMACIÓN A LOS USUARIOS
30	NO ASIGNACIÓN DE HORARIO AL USUARIO PARA LA ATENCIÓN
31	NO ASIGNACIÓN DE CITAS TELEFÓNICAS
32	ESPACIO PARA LA ATENCIÓN MUY REDUCIDO
33	FALTA DE MANTENIMIENTO A LA PLANTA FÍSICA (PINTURA)
34	SUBUTILIZACIÓN DEL ESPACIO DISPONIBLE EN LA INSTITUCIÓN
35	NO HAY INTERACCIÓN ADECUADA ENTRE LA JUNTA DIRECTIVA Y LOS EMPLEADOS
38	ILIQUIDEZ QUE AFECTA LOS PAGOS
39	AUMENTO DE LAS CUENTAS POR COBRAR
41	FALTA DE UN PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
42	POCO INTERÉS EN EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS
44	FALTA DE ADHERENCIA A GUÍAS Y PROTOCOLOS
45	DEFICIENCIAS EN LA HISTORIA CLÍNICA
46	FALTA DE TRANSPORTE PARA LAS BRIGADAS
49	FALTA PROPICIAR Y APOYAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
50	FALTA DE ADHERENCIA A LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, NO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



DEBILIDADES (Continuación...)	
54	FALTA DE MEDIOS DE TRANSPORTE INSTITUCIONALES PARA LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES
56	PERSONAL ANTIGUO EN LA INSTITUCIÓN, RESISTENTE AL CAMBIO
57	OFICINA DEL SIAU INADECUADA Y SIN PRIVACIDAD
65	FALTA CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN TEMAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN
66	SE DA POCA INFORMACIÓN A LOS USUARIOS
70	FALTA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS
75	FALTA DE GESTIÓN DE LOS COMITÉS Y DE COMUNICACIÓN ENTRE ELLOS-
76	NO SE REALIZAN AUDITORIAS DE CALIDAD
81	NO SE TIENE TRANSPORTE ADMINISTRATIVO NI PARA BRIGADAS
82	FALTA DE EQUIPOS DE COMPUTO Y SOFTWARE (HC) QUE APOYEN EL PROCESO ASISTENCIAL
85	AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN NO SE CUENTA CON INFORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA LIGA DE USUARIOS
86	FALTA DE CULTURA DEL RECICLAJE Y MANEJO ADECUADO DE LOS RESIDUOS
87	MAL USO DEL PAPEL, IMPRESIONES INNECESARIAS
88	ÁREA DE CONSULTA EXTERNA INADECUADA Y EXPUESTA A LA LLUVIA
90	PLATAFORMA ESTRATÉGICA DESACTUALIZADA
91	DESCONOCIMIENTO Y FALTA DE ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS
95	FALTA DE UN SISTEMA DE COSTOS HOSPITALARIOS
96	FALTA DE UN PROCESO DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN
97	FALTA DE INTEGRACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO, ENTRE LAS PERSONAS Y LAS ÁREAS DE LA ESE
98	EXISTENCIA DE PERSONAS DISOCIADORAS Y MAL INTENCIONADAS



DEBILIDADES (Continuación...)	
101	DEMORAS EN LA ATENCIÓN Y NO ASIGNACIÓN DE HORA DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA
102	DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE ALGUNOS MÉDICOS A CIERTOS USUARIOS
103	DESCONOCIMIENTO DE CÓMO FUNCIONA LA ALIANZA DE USUARIOS
104	MALA PERCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE LOS USUARIOS
105	NO SE CUENTA CON INCINERADOR DE RESIDUOS
106	FALTA DE IMPLEMENTOS DE BIOSEGURIDAD
107	BOLSAS MUY PEQUEÑAS PARA LA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS
112	NO SE RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PLANTEAN A LOS JEFES INMEDIATOS
113	NO HAY PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS JEFES DE ÁREA EN EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO
114	FALTA DE PRIORIZACIÓN EN LAS COMPRAS EN LO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN AL USUARIO
116	FALTA DE SENTIDO DE PERTENENCIA Y DISPOSICIÓN POR PARTE DE ALGUNOS EMPLEADOS
117	AUSENCIA DE UN PLAN DE ESTÍMULOS
118	MALAS ESTRATEGIAS EN LAS CAPACITACIONES
119	FALTA DE MOTIVACIÓN PARA LAS CAPACITACIONES
120	FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES
121	FALTA DE ADHERENCIA D E LOS EMPLEADOS A LAS GUÍAS DE FÁRMACO Y TECNOVIGILANCIA, NO SE HACEN LOS REPORTES
123	NO SE CUMPLE CON LA RECEPCIÓN TÉCNICA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, REGISTRO INVIMA Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO
126	LA EMPRESA CONTRATADA PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS RESIDUOS A VECES OBSTACULIZA LA RECOLECCIÓN
127	UBICACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO
128	HUMEDADES EN LOS LUGARES EN QUE SE MANEJAN INSUMOS



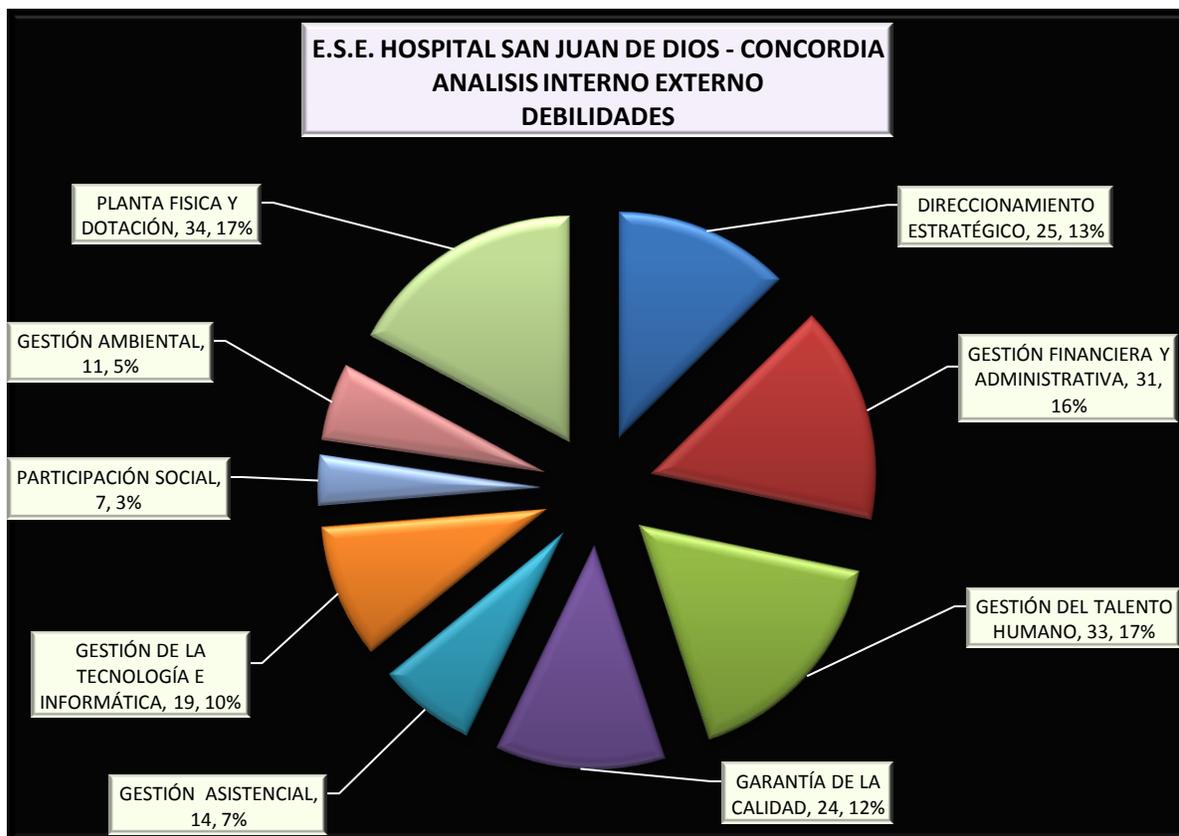
DEBILIDADES (Continuación...)	
132	NO EXISTE UN BUEN CLIMA LABORAL
134	FALTA DE MEDIO DE TRANSPORTE PROPIO PARA LAS BRIGADAS
136	UNIDADES ODONTOLÓGICAS OBSOLETAS
137	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INADECUADO
138	HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS
143	FALTA DE COMPROMISO PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
144	ESTATUTOS DE LA EMPRESA ESTÁN DESACTUALIZADOS
145	LA JUNTA DIRECTIVA NO SE REÚNE CON LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA
146	EL COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE NO OPERA ADECUADAMENTE
148	INADECUADO MANEJO DE LAS GLOSAS
149	FALTA DE UN CALCULO ACTUARIAL DEL PASIVO PRESTACIONAL
151	SOBRECARGA DE FUNCIONES A ALGUNOS EMPLEADOS QUE IMPIDE QUE SEAN EFICIENTES
152	DEMANDAS PENDIENTES DE FALLO QUE AFECTARÍAN LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ENTIDAD
154	FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Y ÁREAS
159	METODOLOGÍAS MUY TEÓRICAS EN LAS REUNIONES DE CONTROL INTERNO
161	NO HAY TRANSPORTE INSTITUCIONAL PROPIO PARA LAS BRIGADAS
162	LA MORGUE NO CUENTA CON LAS INSTALACIONES Y DOTACIÓN ADECUADA
164	HISTORIAS CLÍNICAS MAL ARCHIVADAS SIN SOFTWARE
165	FALTA DE CONCIENCIA DEL PERSONAL EN EL CUIDADO DE LOS ELEMENTOS DE TRABAJO
167	FARMACIA MAL UBICADA
168	ÁREA DE ARCHIVO CLÍNICO INADECUADA



DEBILIDADES (Continuación...)	
169	CUARTO DE SAN ALEJO AL LADO DE LA SALA DE PARTOS
170	MORGUE INADECUADA
171	TECHO DEL PARQUEADERO MALO
172	ZONA DE LAVANDERÍA INADECUADA
173	NO SE TRABAJA EN EQUIPO ENTRE AL ALTA GERENCIA
174	NO EXISTEN PLANES DE TRABAJO INDIVIDUALES
177	LA PLANTA DE CARGOS NO SE AJUSTA A LAS NECESIDADES DE LA EMPRESA
180	NO EXISTE UN COMITÉ QUE LIDERE EL PROCESO DE CALIDAD
181	NO SE TIENE IMPLEMENTADO UN SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, LO QUE GENERA DESCONFIANZA Y DESCOORDINACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
182	NO SE TIENE UN PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS PRIORITARIOS
184	RECURSO MÉDICO FLOTANTE Y DIFÍCIL DE CONSEGUIR
185	ACUMULACIÓN DE HORAS EXTRAS Y COMPENSATORIOS
186	HISTORIA CLÍNICA MANUAL
187	FALTA DE SOFTWARE PARA EL MEJOR MANEJO DE LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
188	INADECUADO MANEJO DE LA INFORMACIÓN ELECTRÓNICA
189	ACCESO SIN RESTRICCIONES A INTERNET
190	NO SE CUENTA CON MECANISMO PARA LA BUENA PROYECCIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL
191	NO SE GARANTIZA LA CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA
192	AUSENCIA DE UN PROCESO DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS
194	NO SE TIENE LA CULTURA DEL AHORRO NI CUIDADO DEL AMBIENTE



DEBILIDADES (Continuación...)	
195	EL COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL ES POCO OPERANTE
196	LA DISTANCIA A MEDELLÍN AFECTA EL CUMPLIMIENTO EN LA RECOLECCIÓN POR LA EMPRESA CONTRATADA
198	SERVICIO DE FARMACIA INADECUADO Y MAL UBICADO
199	FALTA DE UN SOFTWARE DE LABORATORIO PARA EL REPORTE DE RESULTADOS





2. EXTERNO

OPORTUNIDADES	
NORMATIVIDAD	10
RELACIONES CON ADMINISTRACIÓN Y SECTOR POLÍTICO LOCAL	4
ASPECTOS SOCIOCULTURALES	8
PARTICIPACIÓN SOCIAL	10
MACROECONOMÍA Y FINANZAS	3
COMPETENCIA EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS	3
ASEGURAMIENTO EN SALUD	5
RELACIONES CON OTRAS INSTITUCIONES	2
NÚMERO DE OPORTUNIDADES IDENTIFICADAS	45

AMENAZAS	
NORMATIVIDAD Y POLÍTICAS EN SALUD	18
ASPECTOS SOCIOCULTURALES	27
PARTICIPACIÓN SOCIAL	10
MACROECONOMÍA Y FINANZAS	2
COMPETENCIA EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS	9
ASEGURAMIENTO EN SALUD	2
RELACIONES CON OTRAS INSTITUCIONES	10
RELACIONES CON LAS EPS	14
NÚMERO DE AMENAZAS IDENTIFICADAS	92



a) OPORTUNIDADES

OPORTUNIDADES	
1	DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE Y CERCANÍA DE LAS DIFERENTES VEREDAS
2	BUENAS RELACIONES DE LA ESE CON EL SECTOR POLÍTICO ADMINISTRATIVO DEL MUNICIPIO
3	POSIBILIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS Y COFINANCIACIÓN A NIVEL DEL MINISTERIO DE SALUD
4	APOYO DE LOS MUNICIPIOS VECINOS
5	ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, ASOCIACIÓN DE USUARIOS, COMITÉ DE ÉTICA, JUNTA DIRECTIVA.
6	ÚNICO PRESTADOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN EN EL MUNICIPIO
7	GRAN PARTE DE LA POBLACIÓN ACCEDE A LOS SERVICIOS DE LA ESE
8	GRAN PARTE DE LA COMUNIDAD SE ENCUENTRA ENCUESTADA Y CARNETIZADA
9	LA COMPETENCIA NOS OBLIGA AL MEJORAMIENTO
10	ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES EN EL MUNICIPIO QUE COMPLEMENTAN LAS ACTIVIDADES DE LA ESE
11	AUMENTO EN LAS COBERTURAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, POSIBILITAN LA CONTRATACIÓN
12	NORMATIVIDAD QUE ENFATIZA EL TRABAJO EN ALGUNOS GRUPOS POBLACIONALES
13	NORMATIVIDAD QUE FAVORECE EL TRABAJO INTERSECTORIAL
14	CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES ESTATALES QUE FAVORECE LA EFICIENCIA Y LA TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN
15	APOYO INTERSECTORIAL
16	TRABAJO INTERSECTORIAL
17	FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA



OPORTUNIDADES (Continuación....)	
18	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA JUNTA DIRECTIVA
19	OFICINA DE ATENCIÓN LA USUARIO
20	APOYO AL USUARIO PARA LA PRESTACIÓN D E SERVICIOS DE MAYOR COMPLEJIDAD
21	NORMATIVIDAD QUE FORTALECE EL TRABAJO POR CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN
22	POLÍTICAS NACIONALES QUE ORIENTAN AL TRABAJO EN LAS PRIORIDADES EN SALUD
23	ASIGNACIÓN DE LOS RECURSO DE ACUERDO A LO PRESUPUESTADO

b) AMENAZAS

AMENAZAS	
1	COMPETENCIA QUE HACE PRESENCIA EN EL MUNICIPIO
2	DEMORA EN EL PAGO POR PARTE DE LAS EPS
3	MÚLTIPLES GLOSAS POR PARTE DE LAS EPS
4	INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ESTABILIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
5	PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN RURAL POR LO ECONÓMICO O POR LAS VÍAS DE ACCESO
7	MALA PERCEPCIÓN DE LA ESE POR PARTE DE LA COMUNIDAD
8	CONDICIONES ADVERSAS DE CONTRATACIÓN IMPUESTAS POR LAS EPS
9	INADECUADO FLUJO DE RECURSOS POR LOS RETRASOS EN LOS PAGOS POR PARTE DE LAS EPS
10	SALIDA DEL MERCADO DE LAS EPS BUENAS Y PERSISTENCIA DE LAS MALAS
11	LAS FORMAS DE CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD AFECTAN LA CALIDAD DEL SERVICIO



AMENAZAS (Continuación...)	
12	DELINCUENCIA COMÚN QUE HACE PRESENCIA EN EL MUNICIPIO
14	PERSONAL SIN EXPERIENCIA PARA EL MANEJO DE LAS INSTITUCIONES A NIVEL LOCAL
15	CONTRATACIÓN DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO CON ENTIDADES DIFERENTES A LA ESE
16	LA AMPLIACIÓN DEL POS Y EL ACCESO A SERVICIOS POR TUTELAS QUE PONE EN PELIGRO LA VIABILIDAD ECONÓMICA DEL SISTEMA
17	DEFICIENCIAS EN LA RED DE SERVICIOS QUE AFECTA EL ACCESO (REMISIONES)
18	BAJO NIVEL EDUCATIVO DE LA COMUNIDAD Y MALA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
19	EXCESO Y CAMBIOS EN LA NORMATIVIDAD
20	EXCESO DE REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN POR PARTE DE LOS ENTES DE CONTROL
21	ECONOMÍA DEL MUNICIPIO QUE DEPENDE DE UN SOLO CULTIVO
22	POBLACIÓN FLOTANTE, NO ASEGURADA O CON EPS QUE NO PAGAN
23	EXIGENCIA POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL RESPETO A SUS DERECHOS, SIN ASUMIR NI CONOCER SUS DEBERES
24	POBLACIÓN AUN SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD
25	COMPETENCIA DE MÉDICOS PARTICULARES
26	LIMITACIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LAS ESE
27	FALTA DE DEFINICIÓN EN LAS NORMAS SOBRE LOS RESPONSABLES DE ALGUNAS ACTIVIDADES
28	POLÍTICAS GUBERNAMENTALES QUE FAVORECEN INTERESES PARTICULARES
29	ENFOQUE POLÍTICO Y NO TÉCNICO EN LAS DECISIONES GUBERNAMENTALES
30	INTERMEDIACIÓN EN LA ASIGNACIÓN Y MANEJO DE LOS RECURSOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL
31	MANEJO BUROCRÁTICO DE LOS CARGOS



AMENAZAS (Continuación...)	
32	FALTA DE CONTINUIDAD DE LOS REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD EN EL COMITÉ DE ÉTICA
33	FALTA DE SENTIDO DE PERTENENCIA DE LA COMUNIDAD CON EL HOSPITAL
34	LIMITACIONES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
36	POCO CUIDADO DE LA COMUNIDAD CON LA PLANTA FÍSICA
37	BLOQUEO A DESPACHOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS POR FALTA DE PAGO

D. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Una vez consolidada la información suministrada por los integrantes del Comité Técnico Científico de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia, se listan los factores internos y externos del análisis DOFA.

Se solicitó a cada uno de los participantes en ese taller que evaluaran la importancia de cada factor de 1 a 5 en cada uno de los siguientes ítems:

1. **Magnitud e importancia):** Que tan grande o en que medida afecta el factor el desarrollo de la Empresa. Que tan crucial es el factor para el desarrollo de la Empresa.
2. **Costo:** Que valor económico representa el contar o no contar con el factor evaluado.
3. **Riesgo:** Qué posibilidad de efectos negativos sobre la institución se podrán tener de no contar con el factor si es positivo o de contar con el si es negativo.

La matriz interno externa se constituye como una herramienta que nos permite establecer que tan favorable o desfavorable es el escenario, tanto interno como externo, en el que se desenvuelve la Empresa social del Estado, lo que nos permitirá definir qué tipo de estrategias deben desarrollarse.



1. FACTORES PRIORIZADOS

a) INTERNOS

VARIABLES INTERNAS	CALIF	TIPO
ADECUADO MANEJO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL DE LA ESE	120,9	FORTALEZA
TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS	113,6	FORTALEZA
PROCESO DE FACTURACIÓN ADECUADO Y OPORTUNO	106,7	FORTALEZA
TODOS LOS BIENES DE LA EMPRESA SE TIENEN LEGALIZADOS Y ASEGURADOS	106,7	FORTALEZA
CONDICIÓN FINANCIERA POSITIVA EN LA INSTITUCIÓN	105,0	FORTALEZA
SE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE AFILIACIÓN DE LOS EMPLEADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL	102,1	FORTALEZA
PERSONAL IDÓNEO Y CON SENTIDO DE PERTENENCIA	100,8	FORTALEZA
CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INFORMES A LOS ENTES DE CONTROL	99,9	FORTALEZA
SE CUENTA CON GERENTE SELECCIONADO DE ACUERDO A LA LEY CON EXPERIENCIA	96,5	FORTALEZA
INSTALACIONES FÍSICAS ADECUADAS Y CON POSIBILIDADES DE AMPLIACIÓN Y ADECUACIÓN	95,4	FORTALEZA

b) EXTERNOS

VARIABLES EXTERNAS	CALIF	TIPO
INADECUADO FLUJO DE RECURSOS POR LOS RETRASOS EN LOS PAGOS POR PARTE DE LAS EPS	89,6	AMENAZA
SALIDA DEL MERCADO DE LAS EPS BUENAS Y PERSISTENCIA DE LAS MALAS	78,0	AMENAZA
INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ESTABILIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	77,4	AMENAZA
ASIGNACIÓN DE LOS RECURSO DE ACUERDO A LO PRESUPUESTADO	73,5	OPORTUNIDAD
POSIBILIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS Y COFINANCIACIÓN A NIVEL DEL MINISTERIO DE SALUD	70,7	OPORTUNIDAD
GRAN PARTE DE LA COMUNIDAD SE ENCUENTRA ENCUESTADA Y CARNETIZADA	67,6	OPORTUNIDAD
CONDICIONES ADVERSAS DE CONTRATACIÓN IMPUESTAS POR LAS EPS	63,1	AMENAZA
POLÍTICAS NACIONALES QUE ORIENTAN AL TRABAJO EN LAS PRIORIDADES EN SALUD	55,7	OPORTUNIDAD
LIMITACIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LAS ESE	54,7	AMENAZA
MÚLTIPLES GLOSAS POR PARTE DE LAS EPS	54,2	AMENAZA



2. VALORACIÓN INTERNA

VARIABLES INTERNAS	CALIF	TIPO	VR PONDERADO	VALORACIÓN
ADECUADO MANEJO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL DE LA ESE	120,9	FORTALEZA	0,115	0,46
TODOS LOS SERVICIOS HABILITADOS	113,6	FORTALEZA	0,108	0,41
PROCESO DE FACTURACIÓN ADECUADO Y OPORTUNO	106,7	FORTALEZA	0,102	0,38
TODOS LOS BIENES DE LA EMPRESA SE TIENEN LEGALIZADOS Y ASEGURADOS	106,7	FORTALEZA	0,102	0,37
CONDICIÓN FINANCIERA POSITIVA EN LA INSTITUCIÓN	105,0	FORTALEZA	0,100	0,39
SE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE AFILIACIÓN DE LOS EMPLEADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL	102,1	FORTALEZA	0,097	0,37
PERSONAL IDÓNEO Y CON SENTIDO DE PERTENENCIA	100,8	FORTALEZA	0,096	0,33
CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INFORMES A LOS ENTES DE CONTROL	99,9	FORTALEZA	0,095	0,32
SE CUENTA CON GERENTE SELECCIONADO DE ACUERDO A LA LEY CON EXPERIENCIA	96,5	FORTALEZA	0,092	0,33
INSTALACIONES FÍSICAS ADECUADAS Y CON POSIBILIDADES DE AMPLIACIÓN Y ADECUACIÓN	95,4	FORTALEZA	0,091	0,24
	1047,7		1	3,6

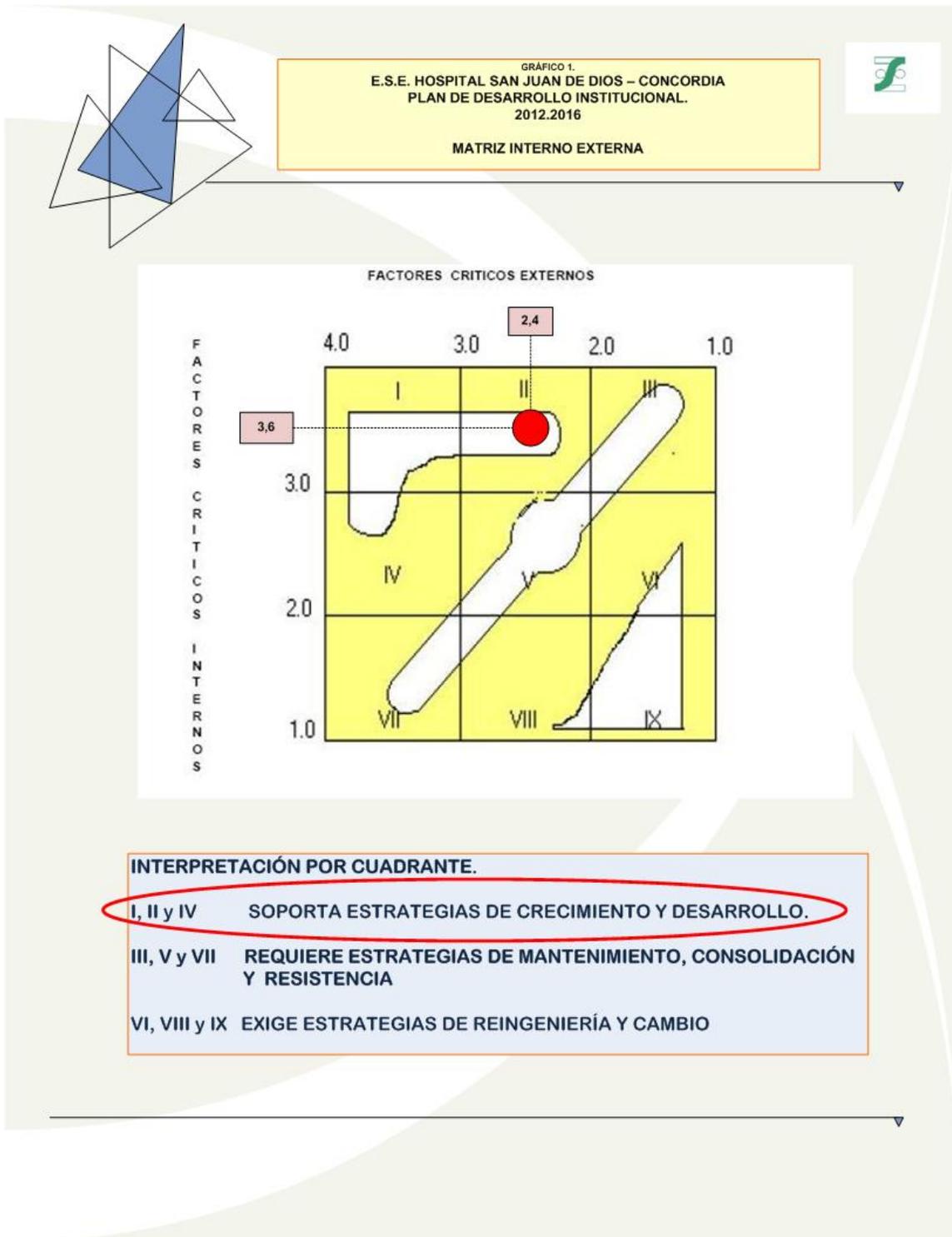


3. VALORACIÓN EXTERNA

VARIABLES EXTERNAS	CALIF	TIPO	VR PONDERADO	VALORACIÓN
INADECUADO FLUJO DE RECURSOS POR LOS RETRASOS EN LOS PAGOS POR PARTE DE LAS EPS	89,6	AMENAZA	0,131	0,301
SALIDA DEL MERCADO DE LAS EPS BUENAS Y PERSISTENCIA DE LAS MALAS	78,0	AMENAZA	0,114	0,205
INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ESTABILIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	77,4	AMENAZA	0,113	0,158
ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DE ACUERDO A LO PRESUPUESTADO	73,5	OPORTUNIDAD	0,107	0,354
POSIBILIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS Y COFINANCIACIÓN A NIVEL DEL MINISTERIO DE SALUD	70,7	OPORTUNIDAD	0,103	0,341
GRAN PARTE DE LA COMUNIDAD SE ENCUENTRA ENCUESTADA Y CARNETIZADA	67,6	OPORTUNIDAD	0,099	0,366
CONDICIONES ADVERSAS DE CONTRATACIÓN IMPUESTAS POR LAS EPS	63,1	AMENAZA	0,092	0,203
POLÍTICAS NACIONALES QUE ORIENTAN AL TRABAJO EN LAS PRIORIDADES EN SALUD	55,7	OPORTUNIDAD	0,081	0,236
LIMITACIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LAS ESE	54,7	AMENAZA	0,080	0,120
MÚLTIPLES GLOSAS POR PARTE DE LAS EPS	54,2	AMENAZA	0,079	0,127
	685		1	2,4



4. MATRIZ INTERNO EXTERNA





III. PROGRAMAS Y PROYECTOS

A partir de las líneas estratégicas que fueron definidas por el equipo de trabajo se han formulado las políticas, los programas y los proyectos, los que se constituyen en la base para la formulación del plan de acción del Plan de Desarrollo y Los planes operativos de cada una de las áreas funcionales y/o procesos institucionales.

A. GESTIÓN GERENCIAL

1. POLÍTICA

“LIDERAR UN ESTILO GERENCIAL PARTICIPATIVO, BASADO EN COMPROMISOS ÉTICOS, BUEN GOBIERNO Y GARANTÍA DE LA CALIDAD QUE SE CORRELACIONEN CON EL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL Y LA REALIDAD DEL CONTEXTO EN EL QUE SE DESENVUELVE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO”

“VELAR POR UNA CONTRATACIÓN CON LAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EQUITATIVA Y JUSTA, QUE SATISFAGA A LAS PARTES INTERESADAS Y PERMITA LA PRESTACIÓN ADECUADA DE LOS SERVICIOS A LA COMUNIDAD USUARIA”

2. PROYECTOS

LE 01	1. GESTIÓN GERENCIAL
PR 0101	REALIZAR LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
PR 0102	REALIZAR LA CONTRATACIÓN CON LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO, EN LAS CONDICIONES MAS FAVORABLES PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PR 0103	GERENCIA DEL DÍA A DÍA
PR 0104	CONTROL DE GESTIÓN
PR 0105	GESTIÓN POR COMITES



B. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

1. POLÍTICA

GARANTIZAR LA RENTABILIDAD FINANCIERA DE LA INSTITUCIÓN MEDIANTE UNA EXCELENTE PLANEACIÓN PRESUPUESTAL, FACTURACIÓN OPORTUNA Y CONFIABLE Y UNA POLÍTICA EFICIENTE PARA LA RECUPERACIÓN DE LA CARTERA”.

“CUMPLIR CON LA NORMAS QUE REGULAN EL MANEJO FINANCIERO DE LA ESE Y LA CONTABILIDAD PÚBLICA Y CON LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LOS ENTES DE CONTROL “

“TOMAR DECISIONES GERENCIALES APOYADAS EN LA INFORMACIÓN CONTABLE, GERENCIANDO LA INVERSIÓN DE LOS EXCEDENTES FINANCIEROS, PARA QUÉ ESTOS CONTRIBUYAN A LA VIABILIDAD Y SOSTENIMIENTO DE LA EMPRESA”.

2. PROYECTOS

LE 02	2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
PR 0201	ESTANDARIZAR EL PROCESO FINANCIERO Y CONTABLE
PR 0202	GESTIÓN DEL PRESUPUESTO
PR 0203	PLAN DE COMPRAS (DOTACIÓN)
PR 0204	RENDIR INFORMES A ENTES DE CONTROL
PR 0205	GESTIÓN GLOSAS
PR 0206	ACTUALIZAR PASIVOCOL AÑO POR AÑO Y CONCILIAR APORTES PATRONALES
PR 0207	REALIZAR LA FACTURACION
PR 0208	GESTIÓN DE CARTERA
PR 0209	REALIZAR EL COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD
PR 0210	EJECUTAR LA CONTABILIDAD
PR 0211	GESTIÓN DE TESORERIA
PR 0212	MANEJO DE INVENTARIOS Y ACTIVOS FIJOS
PR 0213	GESTIÓN DE COSTOS HOSPITALARIOS



C. GARANTÍA DE LA CALIDAD

1. POLÍTICA

"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EQUITATIVOS, ACCESIBLES, OPORTUNOS, SEGUROS, PERTINENTES, CONTINUOS Y CÁLIDOS; BUSCANDO MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN, EL DESARROLLO INSTITUCIONAL Y LA ACREDITACIÓN EN SALUD, EN CONCORDANCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, ES UN COMPROMISO PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CONCORDIA".

"NUESTRO SERVICIO SE FUNDAMENTA EN PRINCIPIOS ÉTICOS, EN LA APERTURA Y DESARROLLO DE CANALES DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE TODAS LAS PERSONAS Y EN UN EQUIPO HUMANO CAPACITADO Y COMPROMETIDO CON EL MEJORAMIENTO CONTINUO".

2. PROYECTOS

LE 3	3. GARANTÍA DE LA CALIDAD
PR 0301	SEGUIMIENTO A LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN
PR 0302	IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC
PR 0303	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD
PR 0304	DESARROLLO DE UN PLAN DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN
PR 0305	IMPLEMENTACIÓN DE MECI



D. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

1. POLÍTICA

“EL TALENTO HUMANO COMO ES EL CAPITAL MAS PRECIADO DE LA EMPRESA Y PROPENDEMOS POR SU BIENESTAR LABORAL Y MEJORAMIENTO A TRAVÉS DEL PROCESO DE SELECCIÓN, INDUCCIÓN, RE INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN ENFOCADA AL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS LABORALES”.

“PROCURAMOS LA INTEGRIDAD FÍSICA Y MENTAL DE LOS FUNCIONARIOS MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD OCUPACIONAL”.

2. PROYECTOS

LE 4	4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
PR 0401	ESTABLECER EL PLAN DE INCENTIVOS
PR 0402	DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE CARRERA ADMINISTRATIVA
PR 0403	ESTANDARIZAR EL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
PR 0404	AJUSTAR LA PLANTA DE CARGOS PARA LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN
PR 0405	FORMULAR Y DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
PR 0406	ESTUDIO E INTERVENCION DEL CLIMA ORGANIZACIONAL



E. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. POLÍTICA

“GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TODOS LOS USUARIOS QUE LO DEMANDEN, DE ACUERDO A SU CONDICIÓN CLÍNICA Y PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, CON LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN NUESTRO PORTAFOLIO DE SERVICIOS, ATENDIENDO A LOS PRINCIPIOS DE ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD Y CALIDEZ EN LA ATENCIÓN”

2. PROYECTOS

LE 5	5. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
PR 0501	EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA
PR 0502	ATENCIONES POR ODONTOLOGÍA
PR 0503	EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES POR VACUNACIÓN
PR 0504	EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE URGENCIAS
PR 0505	ATENCIONES POR HOSPITALIZACIÓN
PR 0506	AYUDAS DIAGNÓSTICAS
PR 0507	SERVICIO FARMACEUTICO



F. SISTEMAS E INFORMÁTICA

1. POLÍTICA

“PROCURAR EL USO DE LA TECNOLOGÍA APROPIADA DISPONIBLE PARA SOPORTAR EL DESARROLLO INSTITUCIONAL, APOYADOS EN UN SÓLIDO SISTEMA DE INFORMACIÓN.”

2. PROYECTOS

L6	6. SISTEMAS E INFORMATICA
PR 0601	DEFINIR LAS NECESIDADES DE EQUIPOS DE COMPUTO Y SOFTWARE
PR 0602	ESTANDARIZAR E IMPLEMENTAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE ARCHIVOS
PR 0603	PÁGINA WEB

G. GESTIÓN AMBIENTAL

1. POLÍTICA

“ATENUAR EL IMPACTO NEGATIVO DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA EN EL AMBIENTE, PRESERVÁNDOLO Y PROTEGIÉNDOLO MEDIANTE LA SEGREGACIÓN EN LA FUENTE, DISPOSICIÓN TEMPORAL Y FINAL DE TODOS LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA INSTITUCIÓN”.

2. PROYECTOS

LE 07	7. GESTIÓN AMBIENTAL
PR 0701	GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS



H. PARTICIPACIÓN SOCIAL

1. POLÍTICA

“FORTALECER LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y HACER PRESENCIA EN LAS INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CIUDADANA ESTABLECIDAS PARA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”.

2. PROYECTOS

LE 8	8. PARTICIPACIÓN SOCIAL
PR 0801	CONVOCAR Y PROPICIAR LAS REUNIONES DE LA ALIANZA DE USUARIOS
PR 0802	FUNCIONAMIENTO EL COMITÉ DE ETICA
PR 0803	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

I. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

1. POLÍTICA

“GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE INSTALACIONES FÍSICAS HABILITADAS Y ADECUADAS EN FORMA ÓPTIMA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES ACTUALES Y A LAS PROYECTADAS DE ACUERDO CON LA VISIÓN INSTITUCIONAL”.

2. PROYECTOS

LE 09	9. PLANTA FISICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
PR 0901	FORMULAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
PR 0902	EJECUTAR PLAN MAESTRO DE CONSTRUCCIÓN Y REMODELACIÓN



IV. PLAN DE ACCIÓN

A. GESTIÓN GERENCIAL

1. GESTIÓN GERENCIAL	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
REALIZAR LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA																				
FORMULAR EL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012-2016		1																		
SOMETER EL PLAN DE DESARROLLO AL ANÁLISIS Y APROBACIÓN POR LA JUNTA DIRECTIVA			1																	
GARANTIZAR QUE SE FORMULEN LOS PLANES DE ACCIÓN POR ÁREAS Y/O PROCESOS			1					1					1				1			
REALIZAR SEGUIMIENTO TRIMESTRAL A LOS PLANES DE ACCIÓN POR ÁREAS Y AL PLAN DE DESARROLLO EN GENERAL			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
RETROALIMENTACIÓN A LOS DIFERENTES COMITÉS ASESORES PARA CORREGIR LAS DESVIACIONES OBSERVADAS EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
ESTABLECER LOS CORRECTIVOS NECESARIOS Y REALIZAR LOS AJUSTES AL PLAN DE DESARROLLO PARA SER APROBADOS POR LA JUNTA DIRECTIVA					1				1				1				1			
REALIZAR LA CONTRATACIÓN CON LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO, EN LAS CONDICIONES MAS FAVORABLES PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO																				
IDENTIFICAR LOS SEGMENTOS DE MERCADO A LOS CUALES LA EMPRESA PUEDA VENDER SERVICIOS (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, RÉGIMEN SUBSIDIADO, ENTIDADES QUE ASEGURAN A LA POBLACIÓN EXCEPCIONADA DE LA LEY 100 DE 1.993, ENTES TERRITORIALES, ETC.).	1				1				1				1				1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
REALIZAR PROCESOS DE PRE NEGOCIACIÓN PREVIOS AL PERFECCIONAMIENTO DE LOS CONTRATOS. (ERP: 3 EPS-S. 3 EPS-C. ENTE TERRITORIAL 2. RÉGIMEN ESPECIAL 2.)		1			10				10				10				10			
EVALUAR LAS PROPUESTAS DE CONTRATOS Y TARIFAS O PORCENTAJES DE UPC					10				10				10				10			
PERFECCIONAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO					10				10				10				10			
ASISTIR A LAS CONCILIACIONES DE CUENTAS CON LAS EAPB				10				10				10				10				
REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN, VALORANDO COSTOS VS INGRESOS POR CONTRATO			1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
IDENTIFICAR POTENCIALES CONTRATISTAS CON LOS CUALES LA EMPRESA PUEDA SATISFACER NECESIDADES CONTRACTUALES EN UN PERIODO DE TIEMPO DETERMINADO.					1				1				1				1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PERFECCIONAR CONTRATOS EN QUE LA EMPRESA ACTÚA COMO CONTRATANTE, PARA SATISFACER SUS NECESIDADES	40				40				40				40				40			
DAR PUBLICIDAD OPORTUNA A TODOS LOS CONTRATOS QUE SE PERFECCIONEN.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
VIGILAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO MEDIANTE MECANISMOS DE INTERVENTORÍA INTERNA O EXTERNA SEGÚN LAS NECESIDADES Y LO ESTABLECIDO EN EL ESTATUTO DE CONTRATACIÓN.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
TOMAR LOS CORRECTIVOS QUE SE REQUIERAN PARA LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, CUANDO SEA DEL CASO.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
LIQUIDAR CONTRATOS					40				40				40				40			
GERENCIA DEL DÍA A DÍA																				
PROGRAMAR LAS ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA VIGENCIA	1				1				1				1				1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PREPARAR LOS INFORMES Y PROYECTOS A PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1		3		3		3		3		3		3		3		3			
CONVOCAR LAS REUNIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1		3		3		3		3		3		3		3		3			
PROPICIAR LAS REUNIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1		3		3		3		3		3		3		3		3			
PARTICIPAR EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LA COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA (COHAN) EN REPRESENTACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, COMO MIEMBRO ASOCIADO		1				1				1				1				1		
PARTICIPAR EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE ANTIOQUIA.		1				1				1				1				1		
PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DEL CAPITULO REGIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE ANTIOQUIA.		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont....)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PROPICIAR Y PARTICIPAR EN REUNIONES CON EL ASESOR DE CONTROL INTERNO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
PROPICIAR Y PARTICIPAR EN REUNIONES CON EL ASESOR JURÍDICO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
PROPICIAR Y PARTICIPAR EN REUNIONES CON EL ASESOR DE CALIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12		
PROPICIAR Y PARTICIPAR EN REUNIONES CON LA SUBGERENTE FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
EXPEDIR LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS REQUERIDOS PARA LA BUENA MARCHA DE LA INSTITUCIÓN			75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75		
DAR PUBLICIDAD A LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CARÁCTER GENERAL			10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PARTICIPAR EN LA INDUCCIÓN GENERAL A TODOS LOS FUNCIONARIOS QUE SE VINCULEN A LA INSTITUCIÓN.	6				6				6				6				6			
REALIZAR GESTIONES RELACIONADAS CON LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POR FUERA DEL MUNICIPIO DE CONCORDIA		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12		
RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS ANTE LA COMUNIDAD	1				1				1				1				1			
PRESENTAR INFORME DE GESTIÓN ANTE EL CONCEJO MUNICIPAL	1				1				1				1				1			
CONTROL DE GESTIÓN																				
REALIZAR SEGUIMIENTO A CADA UNA DE LAS AUDITORÍAS QUE SEAN REALIZADAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PAMEC Y DE CONTROL INTERNO			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
REALIZAR SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LAS AUDITORÍAS DE CALIDAD Y OTROS QUE SE FORMULEN EN LA INSTITUCIÓN			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

1. GESTIÓN GERENCIAL (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
GESTIÓN POR COMITÉS																				
REALIZAR LAS REUNIONES PROGRAMADAS PARA LOS DIFERENTES COMITÉS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BIENESTAR SOCIAL 6 . COMPRAS 12. EMERGENCIAS 6. ÉTICA 6. FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA 12. P Y P 12. TÉCNICO 12. COVE 6. ARCHIVOS 2. DIRECTIVO MECI 6. GAGAS 4. PRIMARIO DE CALIDAD 12.					96				96				96				96			
SUPERVISAR LA REALIZACIÓN DE LOS COMITÉS EN LOS QUE NO PARTICIPA LA GERENCIA (HISTORIAS CLÍNICAS 6. SOSTENIBILIDAD CONTABLE 4. 'PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL 4. COMISION DE PERSONAL 6. CONVIVENCIA LABORAL 6. OPERATIVO MECI 12. GRUPO FORMAL DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO 4.)					42				42				42				42			



B. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
ESTANDARIZAR EL PROCESO FINANCIERO Y CONTABLE																				
CAPACITAR AL PERSONAL EN LA METODOLOGÍA DE ESTANDARIZACIÓN			1	1	1	1														
REVISAR LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO, LA ESTANDARIZACIÓN Y LA METODOLOGÍA UTILIZADA			3	3											3	3				
ACTUALIZAR LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS CON LA METODOLOGÍA QUE SEA DEFINIDA EN EL MANUAL DE CALIDAD					3	3	3	3	3	3	3	3								
GESTIÓN DEL PRESUPUESTO																				
PREPARACIÓN DEL PRESUPUESTO				3				3				3				3				3
ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO				1				1				1				1				1
PRESENTACIÓN AL COMFIS				1				1				1				1				1



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. ADMINISTRATIVA FINANCIERA GESTIÓN Y	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PRESENTACIÓN A LA JUNTA DIRECTIVA				1				1				1				1				1
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, COMPROMISOS, OBLIGACIONES, PAGOS, RECONOCIMIENTOS, RECAUDOS)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR AJUSTES PRESUPUESTALES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONCILIACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
LIQUIDACIÓN DEFINITIVA DEL PRESUPUESTO					1				1				1				1			
PLAN DE COMPRAS (DOTACIÓN)																				
ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES	1				1				1				1				1			
EJECUTAR LAS REUNIONES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE MATERIAL Y DISPOSITIVOS DE LABORATORIO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE MATERIAL Y DISPOSITIVOS DE ODONTOLOGÍA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE MATERIAL Y DISPOSITIVOS DE RAYOS X	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE IMPLEMENTOS DE OFICINA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE IMPLEMENTOS DE ASEO Y LAVANDERÍA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y REPUESTOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROGRAMAR Y HACER EFECTIVA LA COMPRA DE OTROS INSUMOS (CAFETERÍA,	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDIR INFORMES A ENTES DE CONTROL																				
ELABORAR CRONOGRAMA DE INFORMES Y SOCIALIZARLO	1				1				1				1				1			
PREPARAR Y RENDIR INFORMES A LA D.S.S.A. DECRETO 2193	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
PREPARAR Y RENDIR INFORMES A CONTADURÍA GENERAL DE LA REPUBLICA (CGN)	1	1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	4
CONTADURÍA GENERAL DE LA REPUBLICA (BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS)		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1
PREPARAR Y RENDIR INFORMES A CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA (CGR)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA (SICE)	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
PREPARAR Y RENDIR INFORMES A CONTRALORÍA GENERAL DE ANTIOQUIA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SUPERSALUD		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1
PREPARAR Y RENDIR INFORMES A DIAN (RETENCIÓN EN LA FUENTE E IVA)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIAN (IVA GENERADO)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
PREPARAR Y RENDIR INFORMES A DIAN (DECLARACIÓN DE RENTA E INFORMACIÓN EXÓGENA)	1				1				1				1				1			
GESTIÓN GLOSAS																				
RECEPCIÓN DE LA GLOSA EN SECRETARIA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ENTREGA DE GLOSA A FACTURACIÓN PARA RADICACIÓN EN MODULO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
ANÁLISIS DE GLOSA Y TRASLADO A RESPONSABLE DE RESPUESTA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RESPUESTA GLOSA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ENVÍO A DE RESPUESTA A EAPB	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ENTREGA DE GLOSA CON RESPONSABILIDAD A COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ACTUALIZAR PASIVOCOL AÑO POR AÑO Y CONCILIAR APORTES PATRONALES																				
ACTUALIZAR PASIVOCOL	1				1				1				1				1			
ACTUALIZAR APORTES PATRONALES		1				1				1				1				1		
REALIZAR SEGUIMIENTO PERMANENTE A LAS CONCILIACIONES DE PASIVOCOL Y APORTES PATRONALES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
REALIZAR LA FACTURACIÓN																				
FACTURAR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR CADA SERVICIO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONSOLIDACIÓN DE FACTURACIÓN MENSUAL	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ENVÍO DE FACTURA DE COBRO A EAPB	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
GESTIÓN DE CARTERA																				
VERIFICAR Y CONSOLIDAR LA FACTURACIÓN RADICADA EN CADA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONCILIAR PAGOS CON SERVICIOS FACTURADOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONCILIAR GLOSAS CON FACTURAS (GLOSAS NO ACEPTADAS Y ACEPTADAS)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
GESTIÓN DE COBRO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR RECAUDOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR EL COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD																				
ELABORACIÓN CRONOGRAMA DE REUNIONES	1				1				1				1				1			
EJECUTAR EL CRONOGRAMA DE REUNIONES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
EJECUTAR LA CONTABILIDAD																				
VERIFICAR LA REALIZACIÓN DE LAS INTERFACES CONTABLES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONCILIAR TODAS LAS CUENTAS CONTABLES CON LOS DIFERENTES INFORMES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
REALIZAR LOS AJUSTES NECESARIOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
GESTIÓN DE TESORERÍA																				
CREAR PROVEEDORES Y PARAMETRIZAR EL SISTEMA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RECEPCIÓN Y REGISTRO DE FACTURAS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR LOS PAGOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR CONCILIACIONES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES (CONCILIACIÓN BANCARIA, BOLETINES DE CAJA Y CUENTAS POR PAGAR)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
MANEJO DE INVENTARIOS Y ACTIVOS FIJOS																				
RECEPCIÓN Y REGISTRO DE LAS COMPRAS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

2. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
ASEGURAMIENTO DE LOS ACTIVOS FIJOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR INVENTARIOS		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
GESTIÓN DE COSTOS HOSPITALARIOS																				
REALIZAR LA INTERFACE PARA CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
COMPLEMENTAR INFORMACIÓN DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS DEL PROGRAMA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y GENERAR LA INTERFACE A CONTABILIDAD	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENDICIÓN DE INFORMES Y GENERACIÓN DE INDICADORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



C. GARANTÍA DE LA CALIDAD

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD																				
SEGUIMIENTO A LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN																				
REALIZACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE HABILITACIÓN POR ÁREAS			1				1				1				1				1	
FORMULACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO			1				1				1				1				1	
EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA POR GRUPO DE CALIDAD					1		1		1		1		1		1		1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC																				
ACTIVAR GRUPO DE CALIDAD Y HACER LA PLANIFICACIÓN																				
REACTIVACIÓN Y REUNIONES DEL GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD			1				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE CONFORMACIÓN DEL GPC			1				1													
FORMULAR EL PAMEC Y DEFINIR CRONOGRAMA DE TRABAJO DE ACUERDO A LA RUTA CRITICA			1				1													
AUTOEVALUACIÓN																				
REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN				1				1												
REALIZAR EL DIAGNOSTICO DE RIESGOS POR PROCESOS				1				1	1											



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
ELABORAR EL LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS PROBABLES POR CADA PROCESO ASISTENCIAL				1				1	1											
REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE CALIDAD Y LOS PROPIOS POR CADA PROCESO				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
SELECCIÓN DE PROCESOS OBJETO DE MEJORAMIENTO, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS (PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA).																				
ACTUALIZAR Y ADOPTAR EL MAPA DE PROCESOS, DEFINIR LA RELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS				1				1												
REALIZAR LA PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.				1				1												
DEFINIR LOS RIESGOS PRIORITARIOS PARA INTERVENIR					1			1	1											



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
ESTABLECER LOS PROCESOS QUE EVIDENCIE BRECHAS ENTRE LA CALIDAD ESPERADA Y LA OBSERVADA AL MEDIR LOS POR INDICADORES			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA																1				
FRENTE A ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN				1				1				1				1				
DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS / INDICADORES DE CALIDAD				3	3			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS																				
EVALUAR DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS MEDIANTE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD			6		6			6				6				6				
EVALUAR DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS SEGÚN COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
EVALUAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN, SEGUIMIENTO A RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
PLAN DE ACCIÓN PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS																				
DEFINIR LAS ACTIVIDADES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS				1				1				1				1				
EJECUTAR PLAN DE ACCIÓN																				
GARANTIZAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
EVALUACIÓN DE MEJORAMIENTO																				
DOCUMENTAR LAS MEJORAS EN LOS PROCESOS COMO FRUTO DE LA ACCIONES DE MEJORAMIENTO								1				1				1				



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL																				
CIERRE DE LOS CICLOS DE CALIDAD VERIFICANDO EL IMPACTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL			1		1		1		1		1		1		1		1			
IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD																				
MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES CIRCULAR SUPERSALUD			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES CENTINELA 056			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES ESPECIALES POR EAPB			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE CADA PROCESO			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
DESARROLLO DE UN PLAN DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN				1				1				1				1				1
ACTUALIZAR EL MAPA DE RIESGOS DE LA INSTITUCIÓN				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
GESTIONAR LOS EVENTOS ADVERSOS				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
GARANTIZAR TECNOLOGÍA E INSUMOS ADECUADOS				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
FORMULAR LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
IMPLEMENTACIÓN DE MECI																				
PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS DE PROCESOS				1																
EVALUACIÓN Y ASESORÍA EN EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI			3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
AUDITORIAS COYUNTURALES: ARQUEO DE CAJA, CAJA MENOR.				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
ASESORÍAS EN LA ELABORACIÓN DE LOS PROCESOS MISIONALES, DE DIRECCIÓN Y DE APOYO.				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
ASESORÍA A LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, PLANES Y PROYECTOS INSTITUCIONALES.				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
EVALUACIONES ANUALES DEL GRADO E IMPLEMENTACIÓN DEL MECI					1				1				1				1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
REVISAR EL MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES DE LA EMPRESA VIGENTE PARA EL 2.012					1															
REVISAR LA NORMATIVIDAD EXISTENTE EN MATERIA DEL MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES Y LOS INSTRUMENTOS DESARROLLADOS POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA PARA LA FORMULACIÓN DE DICHO PLAN.					1															
REALIZAR REUNIONES DE CAPACITACIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ OPERATIVO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO, RELACIONADAS CON LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES.					3															



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
3. GARANTÍA DE LA CALIDAD (Cont....)																				
REALIZAR REUNIONES DE CAPACITACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ OPERATIVO DEL MECI, PARA CAPACITAR EN LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES.					3															
ELABORAR UN PROYECTO DE MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES CONCERTADAMENTE CON TODOS LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCIÓN						1	1													
PRESENTAR EL PROYECTO DE MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES A LA GERENCIA DE LA INSTITUCIÓN PARA SU REVISIÓN						1														
PRESENTAR EL PROYECTO DE MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES REVISADO A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA INSTITUCIÓN PARA SU APROBACIÓN								1												



D. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO																				
ESTABLECER EL PLAN DE INCENTIVOS																				
DEFINIR PLAN DE CAPACITACIONES					1				1				1				1			
EJECUTAR EL PLAN DE CAPACITACIONES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
FORMULAR EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS					1				1				1				1			
EJECUTAR EL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE CARRERA ADMINISTRATIVA																				
ACTUALIZAR EL MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS					1				1				1				1			
REALIZAR LAS EVALUACIONES DE DESEMPEÑO A LOS FUNCIONARIOS DE CARRERA			1		1			1	1		1		1		1		1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (Cont...)	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
ESTANDARIZAR EL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO																				
REVISAR Y ACTUALIZAR LA ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO					3	3	3													
REALIZAR SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA ESTANDARIZACIÓN							1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
AJUSTAR LA PLANTA DE CARGOS PARA LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN																				
REALIZAR LA PROYECCIÓN DE LA PLANTA DE CARGOS PARA CADA VIGENCIA				1				1				1				1				
DEFINIR LAS NECESIDADES DE TALENTO HUMANO A CONTRATAR POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASESORÍAS EXTERNAS				1				1				1				1				
REALIZAR SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
LIQUIDAR Y PAGAR NÓMINA	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
LIQUIDAR Y PAGAR SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
LIQUIDAR PRESTACIONES SOCIALES AL RETIRO DE LOS FUNCIONARIOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
FORMULAR Y DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL																				
ACTUALIZAR EL ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE DESIGNAN LOS REPRESENTANTES PRINCIPAL Y SUPLENTE DEL EMPLEADOR ANTE EL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.			1																	
FACILITAR LAS REUNIONES DEL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA CONFORME LA NORMA INTERNA AL RESPECTO			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
REALIZAR LAS INVESTIGACIONES DE LOS INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
APLICAR LOS CORRECTIVOS FORMULADOS EN LA INVESTIGACIÓN DE LOS INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ACTUALIZAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE TODOS LOS EMPLEADOS DE LA EMPRESA, DE ACUERDO AL RIESGO Y GUÍAS DEFINIDAS.				1			1		1		1		1		1		1			
GENERAR UN INFORME ANUAL ACERCA DEL AUSENTISMO LABORAL					1				1				1				1			
ACTUALIZACIÓN DEL PANORAMA DE RIESGOS				1				1				1				1				
REALIZAR VISITAS DE AUDITORIA A LOS DIFERENTES PUESTOS DE TRABAJO CON EL FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL GENERALES Y ESPECIFICAS				6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
PRESENTAR AL COMITÉ COORDINADOR DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EL INFORME DE AUSENTISMO LABORAL					1				1				1				1			



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
REPORTAR A LA A.R.P LA OCURRENCIA DE TODOS LOS ACCIDENTES DE TRABAJO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
ESTANDARIZAR EL USO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA E.S.E				1			1			1			1			1		1		
ACTUALIZAR EL MANUAL DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD POR ÁREAS				1				1				1				1				
ESTUDIO E INTERVENCIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL																				
REALIZAR EL DIAGNÓSTICO PARA LA INTERVENCIÓN DEL CLIMA LABORAL, CON EL APOYO DE LA ARP		1																		
FORMULAR UN PLAN DE INTERVENCIÓN			1																	
EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIÓN DEL CLIMA LABORAL			1	1	1	1														
EVALUACIÓN SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		



E. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
5. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS																				
EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA																				
CONSULTA EXTERNA MÉDICA	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000		
CONTROLES DE ENFERMERÍA (atención prenatal/crecimiento y desarrollo)	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750		
OTROS CONTROLES DE ENFERMERÍA	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384	384		
ATENCIÓNES POR ODONTOLOGÍA																				
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750		
TRATAMIENTOS TERMINADOS	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275		
APLICACIÓN DE SELLANTES	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000		
NUMERO DE EXODONCIAS (cualquier tipo)	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

5. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
DETARTRAJES	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475		
CONTROL DE PLACA	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750	1750		
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES POR VACUNACIÓN																				
BIOLOGICOS APLICADOS	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762	1762		
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE URGENCIAS																				
CONSULTAS DE URGENCIAS	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		
ATENCIONES POR HOSPITALIZACIÓN																				
EGRESOS HOSPITALARIOS	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140		
NUMERO DE PARTOS	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40		
AYUDAS DIAGNÓSTICAS																				
PRUEBAS DE LABORATORIO	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500	4500		
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

5. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
SERVICIO FARMACÉUTICO																				
GARANTIZAR LA COMPRA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
PROVEER MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS A LOS USUARIOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		



F. SISTEMAS E INFORMÁTICA

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
6. SISTEMAS INFORMÁTICA E																				
DEFINIR LAS NECESIDADES DE EQUIPOS DE COMPUTO Y SOFTWARE																				
ELABORAR INVENTARIO DE EQUIPOS DE COMPUTO Y SOFTWARE				1				1				1				1				1
DETERMINAR LAS NECESIDADES DE HARDWARE Y SOFTWARE PARA SUSTENTAR EN LA ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO				1				1				1				1				1
ESTANDARIZAR E IMPLEMENTAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE ARCHIVOS																				
REVISAR Y ACTUALIZAR LA ESTANDARIZACIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO				1																
CAPACITAR AL PERSONAL DE ARCHIVO CLÍNICO Y ASISTENCIAL EN GESTIÓN DE ARCHIVO					3															



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

8. SISTEMAS INFORMÁTICA (Cont...)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
AUTOMATIZAR EL PROCESO DE ARCHIVO CLÍNICO							1													
ESTANDARIZAR E IMPLEMENTAR EL PROCESO DE GESTIÓN DEL ARCHIVO ADMINISTRATIVO (TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL)					3	3	3													
ESTANDARIZAR E IMPLEMENTAR EL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE CALIDAD							3	3	3	3										
CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA ESTANDARIZACIÓN									3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PÁGINA WEB																				
CONTRATAR LA ELABORACIÓN DE LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL					1															
ADMINISTRAR LA PAGINA WEB					3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



G. GESTIÓN AMBIENTAL

7. GESTIÓN AMBIENTAL	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																				
REVISAR LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS, ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL PGRHS			1																	
DOCUMENTAR LOS AJUSTES REALIZADOS AL PGRHS RECOMENDADOS EN UN CONCEPTO TÉCNICO ENVIADO POR LA DSSA			1																	
DEFINIR CRONOGRAMA DE REUNIONES DEL COMITÉ ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA			1		1				1				1				1			
REALIZAR AUDITORIAS INTERNAS AL PROCESO DE GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DEFINIDOS			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

	2012				2013				2014				2015				2016			
7. GESTIÓN AMBIENTAL	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
GARANTIZAR LA DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS, CON UNA EMPRESA IDÓNEA			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
REALIZAR LA PRESENTACIÓN DE INFORMES (RH1) E INDICADORES EN LOS PERIODOS ESTABLECIDOS			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



H. PARTICIPACIÓN SOCIAL

	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
8. PARTICIPACIÓN SOCIAL																				
CONVOCAR Y PROPICIAR LAS REUNIONES DE LA ALIANZA DE USUARIOS																				
ASISTIR A LAS REUNIONES Y REALIZAR EL ACTA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SOCIALIZAR EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS					1				1				1				1			
ATENDER Y CANALIZAR TODAS LAS INQUIETUDES Y SUGERENCIAS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA																				
ASISTIR A LA REUNIÓN	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
INFORME DE APERTURA DE BUZONES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ANÁLISIS DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



8. PARTICIPACIÓN SOCIAL (Cont....)	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS																				
APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
TABULAR LAS ENCUESTAS Y REALIZAR INFORME	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PRESENTAR EL INFORME Y PROPONER PLANES DE MEJORAMIENTO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
VERIFICAR QUE SI SE CUMPLA CON EL PLAN DE MEJORA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3



I. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

9. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
FORMULAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO																				
DEFINIR EL CRONOGRAMA Y PLAN DE MANTENIMIENTO	1				1				1				1				1			
EJECUTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA PLANTA FÍSICA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
EJECUTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE MOBILIARIO Y OTROS ENSERES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
EJECUTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
EJECUTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE AUTOMOTORES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – CONCORDIA
 PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2012 - 2016

9. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	2012				2013				2014				2015				2016			
	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4	TRIM 1	TRIM 2	TRIM 3	TRIM 4
EJECUTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO Y TELECOMUNICACIONES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
EJECUTAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELÉCTRICA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
EJECUTAR PLAN MAESTRO DE CONSTRUCCIÓN Y REMODELACIÓN																				
GESTIÓN PARA LA COFINANCIACIÓN DE LA REMODELACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL ÁREA DE ATENCIÓN AMBULATORIA (CONSULTA EXTERNA, LABORATORIO, ODONTOLOGÍA Y FARMACIA)			1																	
EJECUCIÓN DE LAS OBRAS					1															



V. PONDERACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

VALOR PONDERADO POR LÍNEA ESTRATÉGICA		
LÍNEA	NOMBRE	VR. PONDERADO
LE 01	1. GESTIÓN GERENCIAL	10
LE 02	2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	10
LE 03	3. GARANTÍA DE LA CALIDAD	12
LE 04	4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	12
LE 05	5. GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	35
LE 06	6. SISTEMAS E INFORMÁTICA	6
LE 07	7. GESTIÓN AMBIENTAL	3
LE 08	8. PARTICIPACIÓN SOCIAL	3
LE 09	9. PLANTA FÍSICA Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	9