

**DISEÑO DE UN PLAN ESTRATEGICO GERENCIAL PARA EL HOSPITAL
CLARITA SANTOS EN EL MUNICIPIO DE SANDONA, DEPARTAMENTO DE
NARIÑO**

**ROSA EMILIA CABRERA GUERREA
HECTOR ALFREDO RUIZ CAÑIZARES**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES LATINOAMERICANAS-CEILAT
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SOCIAL
SAN JUAN DE PASTO
2009**

**DISEÑO DE UN PLAN ESTRATEGICO GERENCIAL PARA EL HOSPITAL
CLARITA SANTOS EN EL MUNICIPIO DE SANDONA, DEPARTAMENTO DE
NARIÑO**

**ROSA EMILIA CABRERA GUERREA
HECTOR RUIZ CAÑIZARES**

Trabajo para optar por el titulo de Especialistas en Gerencia Social

Asesor:

Esp. Guillermo Javier Hidalgo Martínez

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES LATINOAMERICANAS-CEILAT
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SOCIAL
SAN JUAN DE PASTO
2009**

“Las ideas y conclusiones aportadas en la
Tesis de grado son de responsabilidad
exclusiva de sus autores”

Artículo 1º del acuerdo No. 324 de Octubre
11 de 1966 emanado del Honorable
Consejo Directivo de la Universidad de Nariño

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, Junio 2009

Dedico este trabajo a Dios por brindarme bendiciones, a mi familia por su confianza, apoyo y dedicación y a mis amigos por la compañía que brindan cada instante de mi vida...

Agradecimientos

A todas las personas que nos brindaron su asesoría, capacidad y experiencia académica, y a las personas que hicieron valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

La planificación estratégica se ha convertido en uno de los instrumentos de gerencia social más usados, y probablemente el más eficaz dada la pertinencia y los resultados que se obtienen al aplicar esta importante herramienta.

El HOSPITAL CALRITA DE SANTOS en Sandoná (Nariño), para desarrollar el proceso planificador requiere de una moderna herramienta gerencial como lo es la Planeación Estratégica.

El trabajo fundamentado en un diagnóstico general de la entidad propone un modelo de planificación estratégica para la entidad hospitalaria que de implementarse redundara en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

El Hospital Clarita de Santos cuenta ahora con una importante herramienta que compromete a sus directivos y en general a todos los actores involucrados al cumplimiento de los fines de la entidad y de paso, genera las necesarias actitudes de pertenencia y de compromiso, tan necesarias para el éxito de cualquier organización, más en un sector tan importante como lo es la salud.

- Servicio de Salud
- Hospitales – Administración Estratégica

T
614
C117

ABSTRACT

The strategic planning has become in one of the most used instruments in the social management and probably the more effective given the relevance and the results obtained when this important tool is applied.

The Clarita Santos Hospital in Sandona (Nariño), to develop his process require of a modern tool such as is the Strategic Planning

The work based in general diagnoses of the institution proposes a model of Strategic Planning management for the hospital institution that implemented will redound in the accomplishment of the proposed objectives.

The Clarita Santos Hospital counts now with an important tool that compromise his managers and in general every actor involved in the accomplishment of the goals of the institution and in the way it generates the necessary attitudes of membership and commitment, so necessary for the success of any organization plus in a sector of so importance as is the health.

TABLA CONTENIDO

	<i>Pág.</i>
INTRODUCCION	12
1. ELEMENTOS GENERALES	13
1.1 TEMA	13
1.2 TITULO	13
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.4. OBJETIVOS	14
1.4.1 Objetivo general:	14
1.4.2 Objetivos Específicos:	14
1.5 JUSTIFICACION	14
2. MARCO REFERENCIAL	16
2.1 MARCO CONTEXTUAL	16
2.1.1. El Departamento de Nariño.	16
2.1.2 El Municipio de Sandoná.	19
2.2 MARCO TEORICO	22
2.2.1 La Situación de Salud Departamento de Nariño	22
2.2.2 Análisis DOFA Sector Salud En Nariño.	30
2.2.3 La Gerencia Social - Marco Histórico	33
2.2.4 La Gestión Social	52
2.2.4.1 el papel del gestor social.	53
2.2.5 La Planificación Estratégica	54
2.2.5.1 Proceso de planeación estratégica.	55
2.2.5.2 prácticas de los procesos estratégicos	57
2.2.5.3 importancias de la planeación estratégica en la empresa.	58
2.2.6 el hospital una organización..	58
2.3 MARCO CONCEPTUAL	63
2.4 MARCO INSTITUCIONAL	64
2.4.1 Unidades funcionales	65
3. METODOLOGIA	68
3.1 ENFOQUE:	68
3.2 TIPO DE ESTUDIO	68
3.3 POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO	68
3.4 MUESTRA	70
3.4.1 Unidades Funcionales	70
3.5 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	70
3.5.1 Las fuentes primarias.	70
3.5.2 Las fuentes secundarias.	70

4. TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	72
5. DISEÑO PLAN ESTRATEGICO	80
5.1 METODOLOGÍA DE TRABAJO	80
5.1.1. Participantes.	80
5.1.2 Metodología.	80
5.2 PLATAFORMA ESTRATEGICA	82
5.2.1 Principios Corporativos Actuales	83
5.2.2 Objetivos Corporativos Actuales	84
5.2.3 Diagnostico Estratégico Interno Y externo	84
5.2.3.1 Priorizacion:	86
5.2.4 Análisis DOFA.	86
5.2.5 Unidades Funcionales	89
5.2.6 Misión Actual.	90
5.2.7 Visión actual	90
6. REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	91
6.1 MISION PROPUESTA	91
6.2 VISIÓN PROPUESTA	91
6.3 VALORES DEFINIDOS	91
6.4 PRINCIPIOS DEFINIDOS	91
6.5 OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEFINIDOS	92
6.6 POLITICAS DEFINIDAS	92
7. PLAN ESTRETEGICO DE ACCION	94
7.1 COMITES REGLAMENTARIOS	94
8. DEFINICION Y OBJETIVOS	103
9. OBJETIVOS ESTRATEGICOS PROPUESTOS	114
9.1 MATRICES DE PROGRAMACIÓN	114
9.2 PERSPECTIVAS	115
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS

	<i>Pág.</i>
Cuadro 1. Población este afiliada al sistema general de seguridad social	23
Cuadro 2. Recursos Sistema General De Participaciones 2003 (12 Doceavas)	24
Cuadro 3. 10 Primeras causas de Morbilidad por Consulta Externa Departamento de Nariño 2003	26
Cuadro 4. Subsistema Hospital.	60
Cuadro 5. Antigüedad de funcionarios en años	72
Cuadro 6. Tipo de Vinculación	73
Cuadro 7. Nivel de estudios	73
Cuadro 8. Conocimiento de Imagen corporativa	74
Cuadro 9. Número de Funcionarios	75
Cuadro 10. Fortalezas	76
Cuadro 11. Debilidades	77
Cuadro 12. Respuestas positivas y negativas	78
Cuadro 13. Modelo DOFA	87
Cuadro 14. Matriz DOFA	88
Cuadro 16. Conformación de Comités Reglamentarios	95
Cuadro 15. Plan Estratégico de Acción	104
Cuadro 17. Perspectiva Financiera	117
Cuadro 18. Perspectiva Usuario	119
Cuadro 19. Perspectiva de Procesos Internos	121
Cuadro 20. Perspectiva de Innovación de aprendizaje	131

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 1. Departamento de Nariño	17
Figura 2. Modificación lenta de la composición demográfica	25
Figura 3. Proceso Circular de la Administración	61
Figura 4. Hospital Clarita Santos	64
Figura 5. Estructura Orgánica De Hospital “Clarita Santos” Sandoná - Empresa Social Del Estado (Ese)	69
Figura 6. Reestructuración de la Planificación Estratégica del Hospital Clarita Santos en Sandoná (Nariño). Formulación – implantación	81
Figura 7. Reestructuración de la Planificación Estratégica del Hospital Clarita Santos en Sandoná (Nariño)	82
Figura 8. Organigrama	113
Figura 9. Control de perspectivas	115

LISTA DE GRAFICOS

	<i>Pág.</i>
Grafica 1. Casos y Tasas de Mortalidad Materna por 100.000 n.v. Nariño 1999 - 2003	27
Grafico 2. Antigüedad de funcionarios en años	72
Grafico 3. Tipo de Vinculación	73
Grafico 4. Nivel de estudios	74
Grafico 5. Conocimiento de Imagen corporativa	75
Grafico 6. Número de Funcionarios	76
Grafico 7. Fortalezas	77
Grafico 8. Debilidades	78
Grafico 9. Respuestas positivas y negativas	79

INTRODUCCION

Los cambios políticos, económicos, sociales y culturales, llevan a que las instituciones modernicen y transformen sus estructuras organizativas y las vuelvan acordes a sus necesidades. Desde este punto de vista el HOSPITAL CLARITA SANTOS de la Ciudad de Sandoná (Nariño), ha visto necesario implementar la planeación estratégica como una herramienta clave para buscar la eficiencia, la eficacia y la economía, factores claves de su gestión

Según lo anterior, se presenta como trabajo de grado para optar por el título de Especialistas en Gerencia Social el diseño de un Plan Estratégico Gerencial que contribuya de implementarse a alcanzar los objetivos acordes con su misión y visión institucional

Metodológicamente el trabajo se desarrolla basado en la Planeación Estratégica, una de las metodologías más completas y complejas del proceso de planificación, ya que permite desarrollar una serie de fases previas al plan, además es importante porque permite conocer la visión que se tiene de la entidad desde el punto de vista interno y externo.

La importancia que reviste la realización de este trabajo, se da porque permitirá aplicar los conocimientos adquiridos en el transcurso de la Especialización, logrando desarrollar un trabajo práctico y útil sobre temas administrativos y gerenciales propios de una empresa social como lo es el HOSPITAL CLARITA SANTOS.

1. ELEMENTOS GENERALES

1.1 TEMA

La elección del tema se fundamenta en los conocimientos apropiados dentro del desarrollo de la especialización y en el conocimiento previo, la experiencia, habilidades y aptitudes que poseen los autores del trabajo en el campo administrativo y gerencial

Por lo anterior el tema de investigación se enmarca dentro del campo de la PLANEACION ESTRATEGICA

1.2 TITULO

“Diseño de un Plan Estratégico Gerencial para el Hospital Clarita Santos en el Municipio de Sandoná, Departamento de Nariño”

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Descripción Del Problema. La Planeación Estratégica es una herramienta de Gerencia Social que responde a la necesidad que toda organización tiene de modernizarse, entendiendo por ésta, la actualización permanente en recursos humanos, científicos y tecnológicos que inciden en la calidad de los servicios que está destinada a prestar.

La planificación estratégica, como herramienta del gerente social puede definirse como un proceso colectivo orientado a la construcción de una imagen de futuro capaz de comprometer a la acción que le permita proveerle de viabilidad, manteniendo un continuo proceso de aprendizaje.

El Hospital Clarita Santos de Sandoná (Nariño), hasta ahora, se ha mantenido casi exactamente igual como en los últimos años, y los pocos cambios que en el ocurren, constituyen soluciones puntuales a problemas coyunturales. Se nota claramente que ha predominado la improvisación y la administración de la rutina. Se nota claramente la carencia de un plan estratégico corporativo que diseñe el camino a seguir y que redirija a la organización.

Por lo anterior el proceso de elaboración del Plan Estratégico debe constituirse en una oportunidad institucional para iniciar el cambio de la cultura organizacional del hospital, mediante un proceso colectivo de reflexión y estudio que permita la apropiación de los nuevos valores que deben regir el quehacer de la institución; y

que arroje como resultado la visión de futuro de la organización, así como los medios idóneos para alcanzarla.

1.3.2 Formulación del Problema.

¿El diseño de un plan estratégico para el HOSPITAL CLARITA SANTOS de Sandoná (Nariño), es la herramienta de Gerencia Social que se requiere para redireccionar a la entidad hacia el futuro?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general:

Diseñar un PLAN ESTRATEGICO GERENCIAL para el HOSPITAL CLARITA SANTOS en Sandoná (Nariño)

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Estructurar el redireccionamiento estratégico necesario para el hospital , que permita proyectar a dicha organización con bases sólidas y planificadas hacia el futuro
- Formular las estrategias Corporativas que permitan el cumplimiento de los objetivos organizacionales, con adecuados indicadores de gestión
- Diseñar el plan de acción acorde con los requerimientos y que permita optimizar funcionalmente al hospital

1.5 JUSTIFICACION

La planificación estratégica se ha convertido en uno de los instrumentos de gerencia social mas usados, y probablemente el mas eficaz dada la pertinencia y los resultados que se obtienen al aplicar esta importante herramienta

La exigencia, legal y democrática de convertir el plan de desarrollo institucional en un plan concertado hace ver a la “Planeación Estratégica” como un medio idóneo que requiere el HOSPITAL CLARITA DE SANTOS en Sandoná (Nariño), para implicar en el proceso planificador a todos los actores involucrados en el cumplimiento de los fines de la entidad; y, de paso, generar las necesarias actitudes de pertenencia y de compromiso, tan necesarias para el éxito de cualquier organización mas en un sector tan importante como lo es la salud.

La planeación estratégica parte de la premisa de que “no existe mejor ley que la que nace de uno mismo”. Sólo aquello en lo que se ha participado, se siente como “obra” propia; y por tal razón se tiene el interés en sacarlo adelante.

Los planes de desarrollo elaborados mediante la metodología clásica, operacional, sólo son conocidos por los niveles directivos de la institución. En general, son desconocidos por las bases, que en últimas, son las encargadas de ejecutarlos. Un PLAN ESTRATEGICO como el que se propone será un plan para concertarlo y producto de un diagnostico serio, un plan que genere compromiso y deseos de ser cumplido

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL

2.1.1. El Departamento de Nariño.¹ Nariño se encuentra localizado al sur occidente Colombiano: Latitud Norte de 00° 31'08'' y 02° 41'08'' y Longitud Oeste de 76° 51' 19'' y 79° 01' 34''

- Superficie: 33.265 Km², correspondiente al 2,9% de la extensión territorial del país.
- Superficie ocupada por resguardos indígenas: 258,6 Kilómetros cuadrados
- Límites: Al norte con el departamento del Cauca, hacia el sur con la república del Ecuador, al oriente con el departamento del Putumayo y al occidente con el Océano Pacífico.
- División Administrativa:

Capital:	San Juan de Pasto
Municipios:	64
Resguardos Indígenas:	67
Consejos Comunitarios:	56

Figura 1. Departamento de Nariño

¹ plan de desarrollo Nariño 2008-2011



Fuente: www.colombiassh.org

SUBREGIONES DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Centro: Pasto, Chachagui, Yacuanquer, Sandoná, Consaca, Tangua, Nariño, La Florida, El Tambo, El Peñol

Norte: Alban, La Cruz, San Pablo, Arboleda, Belén, Buesaco, Colon – Genova, El Tablón De Gómez, La Unión, San Bernardo, San Lorenzo, San Pedro De Cartago, Taminango, Leiva, Policarpa, Cumbitara, El Rosario

Centro Occidental: Ancuya, Guaitarilla, La Llanada, Santacruz, Providencia, Linares, Ospina, Samaniego, Sapuyes, Túquerres, Los Andes, Mallama, Ricaurte.

Sur: Ipiales, Aldana, Contadero, Cuaspud – Carlosama, Cumbal, Gualmatan, Iles, Pupiales, Potosí, Cordoba, Puerres, Funes, Guachucal, Imues

Costa: Tumaco, Barbacoas, Francisco Pizarro, Magüi, Roberto Payan, La Tola, El Charco, Olaya Herrera, Mosquera, Santa Bárbara.

Nariño se encuentra ubicado a 86 Km. de la frontera con el Ecuador; el municipio de Pasto se levanta aproximadamente a 2.650 m. sobre el nivel del mar, de clima frío con temperaturas que oscilan entre 8 y 12°C. Pasto, es la capital de un departamento de enorme potencial en biodiversidad, de ubicación geopolítica privilegiada, gran riqueza natural, multiétnica y pluricultural.

El Departamento de Nariño fue creado por ministerio de la ley primera el 6 de agosto de 1904, siendo la capital Pasto como principal centro administrativo, ²político, cultural y comercial de la región, sin dejar a un lado el turismo³.

² www.ciudadsorpresa.com

³ ASI ES COLOMBIA. Los municipios. Presidencia de la República.1995. Pág. 445- 446

“El 18 de octubre de 1904 el General Rafael Reyes quien era el presidente de la república, nombró como primer Gobernador del departamento de Nariño a Don Julian Bucheli.

La creación de Nariño, no fue una concesión gratuita; Fue el resultado de una gestión colectiva, de los habitantes de Nariño y su nombre es un homenaje al precursor de la independencia, Don Antonio Nariño”⁴ .

A pesar de poseer condiciones geográficas favorables, en 1997, un 72% de la población de Nariño vivía en condiciones de pobreza, un 18% más que el promedio nacional; el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el departamento era del 48.4% frente al 26.7% de la nación y el de personas en miseria 12.94%, superior en un 4.63% al porcentaje del país (8.31%)⁵.

El crecimiento per cápita en el departamento en el periodo de 1985 - 1994, fue del 10,8%, mientras que el país acumuló 23,5%.

Para 1995 la composición del PIB por sectores económicos era la siguiente: Primario 37.31%, secundario 8.04% y terciario 54.65%⁶.

La producción agraria (agrícola, forestal, pecuaria, pesquera e hidrobiológica), del departamento de Nariño, a la cual se encuentran vinculados 870.000 campesinos, el 57% de la población total de Departamento (1.522.000 habitantes), presenta las siguientes características: Producción primaria extractiva (siembra, cosecha y venta en las plazas de mercado de productos perecederos); cero valor agregado (a excepción de caña panelera, café, palma aceitera y el 10% de la producción de leche); cero desarrollo agroindustrial, no se manejan cadenas de producción agroindustrial; 95% de predios de minifundio; topografía de ladera, que dificulta la mecanización; baja capacitación tecnológica de los agricultores; altos costos de producción”⁷ .

Institucionalmente el departamento se debate en la mayor crisis de su historia. Pero en medio de esa crisis se abre paso con su liderazgo la construcción de la región del occidente del macizo colombiano y la formulación de un plan alternativo al plan Colombia, que haga énfasis en el componente social de la inversión en las zonas involucradas.

⁴ www.ciudadSORPRESA.com

⁵ MARTINEZ BETANCOURT, Jesús y SABOGAL TAMAYO, Julián. Nariño Realidad y Futuros Posibles. Universidad de Nariño. Pasto, 2.000, p 60

⁶ PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE PASTO (P.O.T.).

⁷ CÁLAD CORAL, César. Apuntes para este Documento, Nariño.

En esta estrategia y en la alianza con los municipios de la circunvalar al Galeras y otros municipios y ex provincias de Nariño, el municipio de Pasto tiene la oportunidad de potenciar su propio liderazgo y afianzar su gestión ante la nación y los organismos de cooperación internacional, desde una perspectiva desarrollo regional.

2.1.2 El Municipio de Sandoná.⁸ ASPECTOS HISTORICOS: Sandoná es uno de los municipios más jóvenes de Nariño a pesar de que su territorio fue conocido y conquistado por los españoles desde comienzos del siglo XVII. Según textos de José Francisco González, parece ser que entre los años de 1612 y 1618 los conquistadores "merodearon por estos lugares en busca de riquezas minerales, construyendo pequeños campamentos y realizando obras menores para hacer una escasa explotación de la región".

La zona estaba entonces habitada por Quillacingas, pueblo de agricultores y artesanos laboriosos, con marcada influencia Inca en sus modos de vida y sus técnicas que lo hacían "la nación mejor organizada que encontraron los españoles al sur del país".

Desde finales del siglo XVIII los terrenos formaban parte de una gran hacienda propiedad de las monjas Conceptas, quienes disponían de vastas extensiones a lo largo y ancho de la margen derecha del río Guáitara. El pequeño valle sobre el cual hoy se asienta la población, se llamaba "Paltabamba", que en lengua quechua significa "Llano de los Aguacates" y que, al igual que toda la hacienda, las religiosas tenían dedicada a la ganadería, de la que obtuvieron buen provecho hasta el año de 1860, cuando pasó a manos del gobierno y fue cedida en buena parte a los indígenas de Sandoná y el resto rematado a particulares, entre quienes se recuerdan los hermanos Juan y Pedro Monctezuma y José Caicedo, vecino de la comarca. Este dominio fue definitivamente confirmado por medio del artículo 28 del Concordato del 31 de Diciembre de 1887, celebrado entre la Santa Sede y la República de Colombia. En 1864, Sandoná estaba concentrado en el sitio del "Hatillo", y contaba con unos 380 habitantes. En este año se trasladaron a una colina llamada "La Cruz del Arado", motivados por las mejores condiciones de ubicación y más que todo porque Don Julián Cabrera, dueño de esos fundos, les cedió tierras para que trabajaran en ellas. En este sitio se construyó un caserío con unas 42 viviendas de bahareque y una rústica capilla pajiza. Allí se efectuó la primera fundación de Sandoná, que fue inaugurada el 30 de Junio de 1868. Anteriormente, durante el año de 1866, el Ministro de Hacienda y Fomento de La Unión, había dictado la resolución No. 24, por la cual cedía a los moradores de la localidad el terreno de Paltabamba, al pie de la cascada de Belén, donde actualmente se localiza la cabecera municipal. Ese mismo año se procedió al trazado de calles y plazas, y según afirman, se fijó el día 24 de Septiembre a las

⁸ SANDONA- PLAN DE DESARROLLO 2008 – 2011

6:00 de la mañana, para iniciar los trabajos con un equipo de obreros que dirigían los agrimensores, señor Serafín Guerrero y Alejandro Gálvez.

La creación del municipio fue autorizada por ordenanza No. 33 de 1868 de la Legislatura del Estado Soberano del Cauca y se erigió en 1869 con el nombre de Distrito de Mosquera, desmembrándolo del de Consacá y fijándole como límite oriental el río de El Ingenio. Por el año de 1876 se conocía con el nombre de Distrito del Rosario, el cual fue cambiado en Noviembre de 1878 por el de los Llanos de Sandoná, nombre este último que conserva hasta el presente. El Jefe Municipal de Pasto, sólo hasta el año de 1880, reglamentó el Mandato de Estado para la distribución de los solares, y fue entonces cuando empezaron a trasladarse individuos y familias de otros lugares de Nariño y del Ecuador para iniciar su poblamiento y desarrollo.

El municipio de Sandoná está ubicado en la cordillera occidental de la región Andina del departamento de Nariño, al sur occidente del país. Limita al norte con el municipio de El Tambo, por el sur con el municipio de Consacá, por el oriente con el municipio de la Florida y por el occidente con los municipios de Ancuya y Linares.

El municipio de Sandoná tiene una extensión de 102 Km. cuadrados, distribuidos en 32 veredas y 5 corregimientos. Presenta variedad de matices climatéricos y morfológicos en su conformación, con presencia de suelos agrícolas, ganaderos y también existen suelos destinados a conservar la armonía y belleza del paisaje Sandoneño, rico en agua, flora y vida silvestre.

Este municipio ha tenido otros nombres como: Mosquera, El Rosario y Llanos de Sandoná.

Sandoná dista a 48kms. de la capital del departamento de Nariño.

Identificación del municipio

Nombre del municipio: Sandoná

NIT: 800.099.138-5

Código Dane: 52683

Gentilicio: Sandoneños

Otros nombres que ha recibido el municipio: Los Llanos de Sandoná

Historia.

Fecha de fundación: 24 de noviembre de 1866

Geografía.

Descripción Física: El municipio de Sandoná es uno de los 64 municipios que conforman al territorio del departamento de Nariño, tiene una superficie de 101 Km², una temperatura promedio de 18 grados centígrados, su distancia hasta la ciudad de San Juan de Pasto es de 48 Km. Sus coordenadas son 1 ° 17 ´ 22 " de latitud Norte y 77 h 28min 59 seg de longitud oeste de Grenwich, los límites generales vigentes del municipio son:

Extensión total: Tiene una superficie de 101 Km² Km²

Extensión área urbana: 5.4 Km²

Extensión área rural: 95.6 Km²

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar):

Temperatura media: 19.8 ° C ° C

Distancia de referencia: Su distancia hasta el municipio de La Florida es de 24.6 Km

Economía.

Tenencia de la Tierra: Esta variable es importante en el análisis del espacio, por que permite interpretar la racionalidad en la organización del mismo. Bajo esta perspectiva encontramos en el municipio de Sandoná, que el 87 % de los campesinos son propietarios. Las demás formas de tenencia de tierra: arrendatarios, aparceros alcanzan el 12 % y existen algunos campesinos que no han definido o legalizado sus títulos, esta forma de tenencia alcanza el 1 %.

Sector Agrícola: En su orden sobresalen la producción de caña panelera, café, plátano, maíz, frijol, tomate de mesa y los frutales: mandarinas, naranjas, aguacates en la parte baja. Mora, Lulo, Manzana, y Curuba en la parte alta del municipio. La explotación de los frutales es tradicional, sin tecnología y lo hacen como tenencia de "pan coger".

Sector pecuario: En Sandoná se explota ganado lechero en las partes altas de los corregimientos de Santa Rosa, Santa Bárbara; en las zonas bajas se explota pero a menor escala. También se explota especies menores como: cerdos, cuyes, conejos y ganado equino.

Manufacturas en paja toquilla: A la hoja de iraca (*Carluduvica palmate*), materia prima de artesanos, la llaman "macuma" cuando se encuentra en estado de beneficiar y las mejores tierras para su cultivo son las arcillo-arenosas y las de superficies planas y con sombra.

En la zona urbana de Sandoná, en el año de 2001 existían 282 tejedoras de sombreros con volumen de producción anual de 70.500 unidades, un año después se registraron 2.780 tejedoras de sombreros, cuya producción alcanzó una

producción anual de 695.000 unidades. No obstante el sector artesanal vive los siguientes problemas:

- La falta de promoción y de comercialización de sus productos a nivel nacional e internacional.
- La comercialización de los productos no genera mayores dividendos.
- Las condiciones socioeconómicas de las personas que se dedican a estas labores son muy precarias, además del analfabetismo.
- La población artesanal carece de seguridad social
- La técnica manejada actualmente ocasiona enfermedades de columna vertebral, ojos, huesos y pulmones por la contaminación del peróxido de hidrogeno, químico utilizado para la producción de las artesanías.
- Hace falta capacitación de los artesanos para diversificar la producción

Sector comercio: Sandoná es una plaza comercial de primer orden en Occidente del Departamento.

Los renglones de mayor intercambio comercial fueron entre otros: la caña de azúcar, el café, los productos de paja toquilla y el plátano; entre los cuales no se han desarrollado procesos de encadenamiento productivo.

Vías de comunicación.

Aéreas: Ninguna.

Terrestres: Se encuentra ubicado a 48 Km, al noroccidente de la ciudad de San Juan de Pasto, las vías de acceso de la cabecera municipal lo comunican con los municipios de Ancuya, La Florida y Consanca; a través de estos dos últimos es que se conecta con la capital del departamento.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 La Situación de Salud Departamento de Nariño.⁹ El Departamento de Nariño a 31 de Diciembre de 2003 cuenta con 1.719.162 habitantes, de los cuales 966.638 presentan Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) lo que equivale al 56% del total de la Población. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presenta la siguiente situación lo que indica un bajo

⁹ Plan De Desarrollo Institucional – Idsn – 2008)

número de habitantes en el Régimen Contributivo 13.6 % y un 41.4 % afiliado al Régimen Subsidiado lo que genera un desequilibrio económico en el Sistema, por cuanto con recursos de solidaridad del Régimen Contributivo se cofinancia el Régimen Subsidiado, de igual manera se observa que el 42.1 % de la población no está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la población afiliada al Régimen Subsidiado no se le garantiza un Plan Obligatorio integral, esto nos permite concluir que estamos distantes del cumplimiento de política enmarcada en la Ley 100 del 1993, que preveía que el 100% de la población este afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (1)

Cuadro 1. Población este afiliada al sistema general de seguridad social

ASEGURAMIENTO	AFILIADOS	%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	233.386	13.6
REGIMEN SUBSIDIADO	712.483	41.4
REGIMENES DE EXCEPCION	49.440	2.9
POBLACION POBRE Y VULNERABLE	254.155	14.8
NO AFILIADOS AL SISTEMA	469.698	27.3

Fuente: este estudio

La población pobre y vulnerable es aquella población que no se encuentra afiliada al SGSSS y en ella se encuentra la población del Nivel I, II y III del SISBEN, a la cual el estado le garantiza la atención en salud con recursos del Sistema General de Participaciones. La población no afiliada al Sistema, comprende las personas de niveles superiores al III del SISBEN y que se “Supone” tienen capacidad de pago. De igual manera se considera población pobre y vulnerable a los afiliados al régimen subsidiado para aquellos eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

- **Financiación del Sistema general de Seguridad Social.** Para el año 2003 los recursos distribuidos para el Departamento de Nariño, fueron los siguientes:

Cuadro 2. Recursos Sistema General De Participaciones 2003 (12 Doceavas)

CONCEPTO	VALOR	%
----------	-------	---

SGP-REGIMEN SUBSIDIADO	90.614.188.548	58
SGP SALUD PUBLICA	6.390.221.945	7.44
MUNICIPIOS	5.228.363.413	
DEPARTAMENTO	-----	
	11.618.585.358	
TOTAL SALUD PUBLICA		
SGP-PRESTACIÓN SERVICIOS	20.550.112.624	34.56
MUNICIPIOS	33.429.818.478	---
DEPARTAMENTO	-----	
	53.979.931.102	
TOTAL PRESTACION SERVICIOS		
TOTAL RECURSOS SGP	156.212.705.008	100

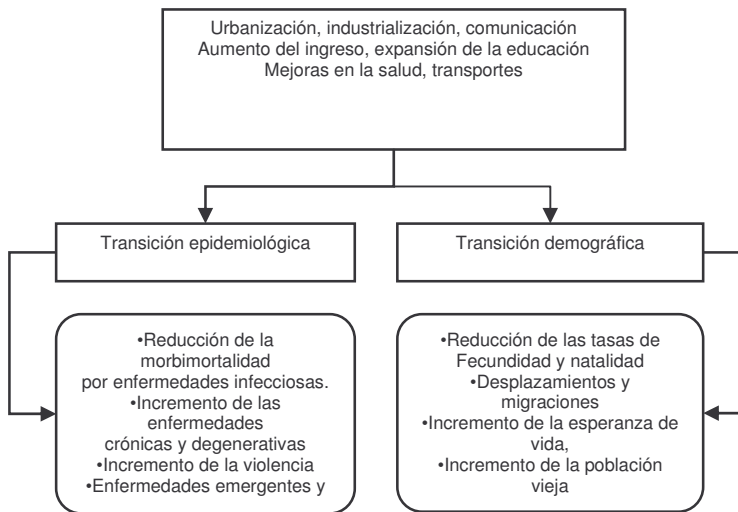
Fuente: este estudio

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se financia en un alto porcentaje con recursos del Sistema General de Participaciones creado mediante Ley 715 de 2001, correspondiéndole a este sector el 24.5 % de los recursos del SGP. Con estos recursos se financia lo correspondiente a Salud Pública, Aseguramiento al régimen subsidiado y la atención a la población pobre y vulnerable. De igual manera el Fosyga cofinancia el régimen subsidiado.

El Fosyga para la cofinanciación del régimen subsidiado para el año 2003, asigno la suma de \$ 34.737.418.666 para el Departamento de Nariño. Como se puede observar los valores asignados para la atención de la población pobre y vulnerable y los eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado no son los suficientes para garantizar la atención integral de esta población, teniendo en cuenta que el POSs cubre menos del 40% de las patologías de los 710 mil afiliados del Régimen Subsidiado, Los recursos destinados para salud pública que representan el 7.44% del Total de Recursos del Sistema General de Participaciones, nos demuestra que deben incrementarse para lograr impacto bajo un modelo preventivo. (1)

• **Análisis de la Morbimortalidad.** El perfil de la morbilidad y mortalidad en el departamento de Nariño, cada vez más se identifica con el de Colombia en general, en la medida que los procesos de Urbanización, industrialización, comunicaciones, globalización y desarrollo socio-económico han involucrado nuestro territorio. Un proceso de transición lenta tanto epidemiológica como demográfica define por un lado el cambio de la morbilidad por enfermedades infecciosas al de la enfermedades crónicas y degenerativas, el incremento de las enfermedades de la violencia social y la aparición de enfermedades nuevas (emergentes) y otras que luego de haber sido controladas nuevamente son problemas de la salud pública (reemergentes); y por otro la reducción de las tasas de fecundidad y natalidad, los desplazamientos y migraciones, el incremento de la esperanza de vida y la modificación lenta de la composición demográfica. (2)

Figura 2. Modificación lenta de la composición demográfica



Fuente: este estudio

Las primeras causas de morbilidad sin embargo lo anterior continúa siendo entre los grupos etéreos menores la Infección Respiratoria Aguda y las enfermedades diarreicas y parasitarias, al igual que los problemas odontológicos principalmente la caries dental. Entre los adultos figuran como principales causas de consulta, la hipertensión arterial, las enfermedades del sistema genito-urinario infecciones de transmisión sexual, vaginitis, y las infecciones de las vías urinarias, también en este grupo etéreo los problemas del sistema digestivo como las gastritis y los relacionados con lumbalgias son de importancia por su magnitud. Dadas las dos zonas geográficas plenamente identificables en Nariño como son la Andina y la Pacífica, es necesario considerar las enfermedades transmitidas por vectores altamente influyentes en al salud de esta ultima zona, la malaria y la leishmaniasis principalmente se constituyen por su magnitud en serios problemas de salud pública para esta región. Sin bien es cierto no figura entre las primeras causas de morbilidad, la salud mental es un aspecto de gran importancia dentro del perfil epidemiológico del departamento, aquí este componente es afectado en gran parte por el conflicto socia donde los desplazamientos: 33.905 personas desplazadas en 2003 (3), son su principal consecuencia; otros factores culturales y sociales también inciden en los altos índices de alcoholismo, violencia familiar, suicidios 6.9 por 100.000 hab. (4) y homicidios 37.7 por 100.000 habitantes (4)

Cuadro 3. 10 Primeras causas de Morbilidad por Consulta Externa Departamento de Nariño 2003

CAUSA	No CASOS	Tasa por 10,000 hb
-------	----------	--------------------

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	124,220	734.9
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	63,576	376.1
CARIES DENTALES	50,220	297.1
HIPERTENSION ARTERIAL	46,743	276.5
PARASITISMO INTESTINAL	28,171	166.7
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	29,906	176.9
PALUDISMO	17,724	104.9
VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	16,256	191.9
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS	15,565	92.1
LUMBALGIA	13,504	79.9

Nota: La Tasa de morbilidad de vaginitis y vulvovaginitis se calcula con denominador mujeres

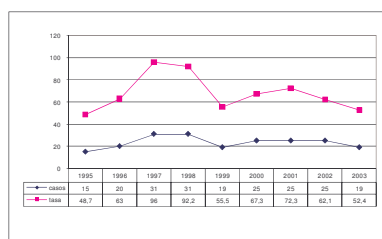
Fuente: este estudio

La mortalidad por su parte considerada como el evento de más alto costo social es un indicador fundamental del desarrollo social, La tasa bruta de mortalidad para Nariño fue de 6.4 por 1000 habitantes para 2003 muy alta si tenemos en cuenta que para Colombia es de 4.4 por 1000 habitantes para el mismo año. Por su parte la tasa de mortalidad infantil 53.1 por 1000 niños menores de un año, casi duplica la nacional que es de 25.6, aquí el análisis de años perdidos deja en amplia deuda al departamento de Nariño. Otra de las mortalidades de alto impacto social, y cuya importancia supera su magnitud dada su característica de evitabilidad es la mortalidad materna, para el año 2003 la tasa fue de 52.4 por 100.000 nacidos vivos, (2) (los datos nacionales reportan en su informe de salud 2002 una tasa de mortalidad materna para Colombia de 67.7 por 100.000 n.v. en 1999) (5) situación donde confluyen una variedad de circunstancias y que comprometen a todos los sectores sociales. El grupo de edad más afectado entre las madres esta entre 15 a 30 años siendo la eclampsia, las hemorragias de tercer trimestre y la sepsis las principales causas de muerte todas ellas evitables, el análisis de estas muertes demuestra que la falta de aseguramiento, la baja cobertura del control prenatal la escasa escolaridad de las mujeres y la baja capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de salud son entre otros los principales factores de riesgo.

La mortalidad analizada por grupos de edad específicos identifican en el grupo menor de un año a las afecciones del recién nacido y las relacionadas con el posparto (Binomio madre-hijo) como primeras causas. La Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda complicadas afectan al grupo entre 1 y 4 años. Los accidentes de transito predominan entre las causas de muerte en el

grupo etéreo de 5 a 14 años. En el grupo entre 15 a 44 la violencia social es significativa siendo las agresiones por arma de fuego la causa determinante, en adelante los grupos entre 45 y 60 y más años las enfermedades cardiovasculares (infarto Agudo del Miocardio, Accidente Cerebro Vascular) y crónicas como las neoplasias marcan este grupo. (2)

Grafica 1. Casos y Tasas de Mortalidad Materna por 100.000 n.v. Nariño 1999 - 2003



Fuente: este estudio

Entre los indicadores que la Salud Pública considera relevantes dada la importancia que tiene para la salud infantil están las coberturas de vacunación, aquí el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI ha venido sorteando una serie de dificultades relacionadas especialmente con la identificación de la población a vacunar, aspecto que debido a las irregularidades del censo nacional ha dificultado conocer la situación real de la población infantil inmunizada; durante el último año se ha venido aplicando la estrategia de Monitoreos Rápidos que mediante la eliminación del factor denominador, ha logrado tener una información mas cercana al estado vacunal de los niños. Las coberturas con casi todos los biológicos han mejorado durante 2003, sin embargo todavía no se logran coberturas útiles, aspectos como la amplia población rural dispersa, (en todo Nariño, pero especialmente en la costa pacífica), parte de la población indígena sin acceso a los servicios de salud y el escaso compromiso de las alcaldías municipales son aspectos determinantes de la problemática. (6)

- **Red de Servicios**

Organización. En cumplimiento a la ley 715 del 21 de diciembre del 2001, en especial el artículo 54, que establece: los servicios de Salud a nivel territorial deben prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, la utilización adecuada de oferta y racionalización de costos de la atención, el I.D.S.N. a partir del 2002 inicia la organización de la red, fundamentada en los principios de oportunidad, accesibilidad, eficiencia y efectividad de la atención en salud que debe brindarse a la población Nariñense.

Siendo congruentes con estos principios. Se establecen 9 Nodos de atención que por su capacidad resolutive pueden hacer la complementariedad del I –II- III nivel de atención, a otras IPS que no han desarrollado estos niveles de manera integral. Estos nodos están ubicados estratégicamente en el área andina del Departamento: Zona Norte, Zona Centro, Zona Sur y Zona Oriente y en el área costera.

• **Red Centro**

Nodo de alta complejidad: Con sede en el Hospital Departamental de Nariño ESE, en la ciudad de San Juan de Pasto, con radio de acción a todo el Departamento.

Con el objeto de descongestionar la atención en salud, que debe soportar el Hospital Departamental, se conformaron 5 Subnodos así:

Subnodo Chane, complementariedad de Servicios especializados en todo el Departamento.

Subnodo Clínica Antonio Nariño, complementariedad del Nivel I, para los municipios de: Pasto, Nariño, La Florida, Funes, Tangua, Buesaco, Yacuanquer, tablón de Gómez, Albán, Chachaguí, Leiva, El Rosario, Policarpa, Cumbitara, Taminango, Sandoná, Consacá, Ancuya, el Tambo y el Peñol.

Subnodo Hospital Civil de Pasto, complementariedad del Nivel I, para los 20 municipios anteriormente mencionados.

Subnodo de baja complejidad Hospital Clarita Santos: Con sede en el Municipio de Sandoná y radio de acción a los Municipios de Ancuya y Consacá

Subnodo de baja complejidad Hospital San Luis: Con sede en el municipio de El Tambo y radio de acción sobre el Municipio de El Peñol

• **Red Centro Occidente**

Con los Nodos de atención de: Túquerres con el Hospital San José y Samaniego con el hospital Lorencita Villegas.

El Hospital San José de Túquerres en la actualidad presta servicios de primer nivel con algunos servicios de segundo nivel, según el portafolio de servicios clasificado como 1C

El hospital Lorencita Villegas de Santos ubicado en el Municipio de Samaniego en la actualidad presta servicios de primer nivel, según el portafolio de servicios clasificado como 1C

Nodo de baja complejidad Hospital San José ESE: Con sede en el Municipio de Túquerres y radio de acción sobre Guaitarilla, Imues, Sapuyes, Mallama, Ospina y Ricaurte.

Nodo de baja complejidad Hospital Lorencita Villegas de Santos: Con sede en el Municipio de Samaniego y acción sobre los Municipios de Santacruz, La Ilanada, Providencia Los Andes, Linares.

- **Red Norte**

Nodo de atención Hospital Eduardo Santos de La Unión.

El hospital Eduardo Santos ubicado en el Municipio de la Unión en la actualidad presta servicios de Primero y segundo nivel de atención

Nodo de baja complejidad Hospital Eduardo Santos: Con sede en el Municipio de La Unión y radio de acción a los Municipios de Arboleda, San Lorenzo, San Pedro de Cartago

Subnodo de baja complejidad Hospital San Carlos: Con sede en el Municipio de San Pablo y radio de acción al municipio de Colón Génova.

Subnodo de baja complejidad Hospital el Buen Samaritano: Con sede en el Municipio de La Cruz y radio de acción sobre los Municipios de Belén y San Bernardo.

- **Red Sur**

Nodo de mediana complejidad zona sur: Con sede en el Hospital Civil de Ipiales ESE, con un radio de acción a los municipios de Aldana, Cuaspud, contadero, Córdoba, Cumbal, Guachucal, Ipiales, Gualmatán, Iles, Puerres, Potosí y Pupiales. Nodo de baja complejidad: Con sede en la ESE Municipal del municipio de Ipiales, quién complementa el portafolio de servicios de los Municipios anteriormente mencionados.

- **Red Occidente**

Nodo de mediana complejidad zona occidente: Con sede en el Hospital San Andrés ESE de Tumaco con radio de acción a los Municipios de Francisco Pizarro,

El Charco, Barbacoas, La Tola, Santa Bárbara, Mosquera, Olaya Herrera, Magui y Roberto Payán.

Nodo ESE municipal municipio de Tumaco: complementará el portafolio de servicios de la red interna del municipio.

Subnodo de baja complejidad Hospital Sagrado Corazón de Jesús: con sede en el Municipio de El Charco y radio de acción a los Municipios de La Tola, Mosquera, Olaya Herrera y Santa Bárbara

Subnodo de baja complejidad Hospital San Antonio: Con sede en el Municipio de Barbacoas y radio de acción sobre los Municipios de Magui y Roberto Payán.

Esta estructura implica, el Fortalecimiento del sistema de referencia y Contrarreferencia, y el establecimiento de convenios de prestación de servicios entre las IPS de los diferentes municipios que harán la complementariedad del primero, segundo y tercer niveles de complejidad, procurando de esta manera que la población sea atendida en su propia región, disminuyendo costos que se generan cuando los pacientes deben ser remitidos a lugares distantes.

Subnodo de baja complejidad Pasto: Con sede en el Hospital Departamental de Nariño y radio de acción sobre los municipios de Nariño, La Florida, Consacá, Funes, Tangua, Buesaco, Yacuanquer, Tablón de Gómez, San José de Albán, Chachagúí, Taminango, Leiva, El Rosario, Policarpa y Cumbitara

2.2.2 Análisis DOFA Sector Salud En Nariño.¹⁰

• Debilidades

1. Débil capacidad de vigilancia y control de los entes territoriales de acuerdo a competencias de Ley 715
2. Crecimiento desordenado de la oferta de servicios y de capacidad resolutive
3. Débil capacidad de gestión de la red de prestadores de servicios
4. Falta de operatividad de la Red de Prestadores de Servicios de Salud de Nariño
5. Cobertura insuficiente del régimen subsidiado de salud que satisfaga las reales necesidades de la población
6. Falta de políticas departamentales que orienten el desarrollo del sector salud
7. Coberturas insuficientes en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública

¹⁰ FUENTE: IDSN- Análisis Sectorial 2005

8. Desequilibrio financiero del sector
9. Insipiente sistema de información del sector salud
10. Débil participación comunitaria y control en el sistema
11. Modelo de atención enfocado a la habilitación y recuperación de la salud y no a la promoción y prevención

- **Fortalezas**

1. Posicionamiento del IDSN en el Sector Salud del Departamento
2. Voluntad política del ejecutivo departamental
3. Continuidad de las políticas departamentales de Gobierno
4. Recurso Humano altamente capacitado, calificado y con experiencia
5. Compromiso y pertenencia institucional
6. Recurso humano enfocado hacia el establecimiento y seguimiento de procesos

- **Amenazas:**

1. Incumplimiento, contradicciones y diferencia de interpretaciones en la aplicación de la normatividad vigente.
2. Débil apoyo de la red de controladores
3. Poco compromiso con la administración del riesgo de afiliados por parte de ARSs y EPSs y entidades adaptadas
4. Incumplimiento de las obligaciones legales de ARSs y alcaldías en el manejo de los recursos del sector salud.
5. Falta de coordinación intersectorial a nivel departamental
6. Falta de coordinación interinstitucional a nivel nacional
7. Desconocimiento de la población real del Departamento y sus municipios
8. Presencia del Conflicto armado
9. Falta de voluntad política de apoyo al sistema en el nivel municipal

- **Oportunidades**

1. Apoyo técnico y financiero de agencias internacionales
2. Marco legal y sustento normativo del sector
3. Aumento en la gestión y resultados en las rentas departamentales
4. Ampliación de plazos en el proceso de saneamiento contable, lo que permite una revisión más exhaustiva de la información económica.

• **Problemas Presentados**

1. Bajo desarrollo de la Gestión Municipal para el cumplimiento de las competencias en Salud definidas en la normatividad vigente, en especial las contempladas en la Ley 715 del 2001.
2. Baja cobertura de la prestación de servicios a la Población Pobre y Vulnerable del Departamento de Nariño por falta de afiliación al Sistema General de Seguridad Social
3. Ausencia de Políticas de Salud Pública en el Departamento de Nariño que orienten la construcción de comunidades saludables a través de Promoción de la Salud, prevención de la Enfermedad, vigilancia de factores de riesgo y determinantes de la Salud
4. Débil capacidad de la Red de servicios, en gestión, capacidad resolutoria de servicios de salud y operativización de la misma.
5. Limitación de recursos para la atención de la población pobre y vulnerable y eventos no Pos en los tres niveles de atención que contribuyen a la baja cobertura en prestación del servicio a esta población.
6. Baja cobertura de información, presentación desagregada de la misma, deficiente infraestructura tecnológica en los municipios y desconocimiento del sistema existente.
7. Bajo cumplimiento del Instituto Departamental de Salud en la competencia de Inspección, Vigilancia y Control a los Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Deficiencia y falta de claridad en los procesos al interior del I.D.S.N. y débil políticas de capacitación e incentivos para el personal del Instituto.

2.2.3 La Gerencia Social - Marco Histórico.¹¹. Para comprender el surgimiento de la gerencia social y encontrar los argumentos que explican su irrupción teórica

¹¹ (WWW.GESTIOPOLIS.COM./Gerencia Social para el siglo XXI

en la esfera del conocimiento, es necesario examinar los acontecimientos sociales en el marco universal. Por supuesto, no se trata de remontarse hasta los orígenes históricos de la humanidad, sino de ubicarse cronológicamente en los sucesos que dieron origen e importancia al tema. Para eso, basta con practicar un examen a los hechos históricos de la segunda mitad del siglo XX donde se encuentra la explicación del por qué surge la nueva propuesta conceptual que hoy conocemos con el nombre de “Gerencia Social”.

Remontándonos a la mitad del siglo XX, cuando recién se terminaba la segunda guerra mundial, (acontecimiento trascendental que marcó el inicio de nueva etapa histórica), vemos hechos universales que han incidido en la relevancia de paradigmas, modelos y propuestas teóricas en las ciencias sociales. A cada etapa histórica y a partir de sus características, le corresponde un determinado paquete ideológico y una determinada construcción teórica en el seno de la ciencia.

En aquel tiempo, Europa y Asia habían quedado seriamente afectadas. Sus economías casi destruidas y en igual forma sus condiciones físicas. No tenían capacidad de imponer voluntades ni de determinar hechos en la geopolítica mundial. Sus economías deterioradas estaban a merced de quienes habían vencido en la guerra y eran estos quienes imponían las reglas de juego. Así que la tercera de las cuatro partes del siglo, se caracterizó por los hechos que surgieron como consecuencia del conflicto.

La economía mundial era monopolar. Un centro de poder era predominante como reflejo también de la hegemonía que un sólo país ejercía en el panorama económico mundial. El poderío de Estados Unidos era indiscutible y su capacidad para imponer decisiones incuestionable y consecuente con sus intereses. El mundo todavía giraba en torno del meridiano cultural de Océano Atlántico y como lógica consecuencia las teorías predominantes eran las concordantes con esa realidad económica.

Las relaciones económicas internacionales se caracterizaban por el predominio del esquema que algunos economistas le han llamado “Neocolonialismo”. Las empresas multinacionales en su mayoría con la casa matriz en Estados Unidos eran muy importantes; la tecnología de punta giraba en torno al petróleo y de ahí su importancia estratégica en la geopolítica; el sistema monetario internacional se basaba en el tipo de cambio fijo según los acuerdos de Breton Woods; eran relevantes el sector secundario de la economía y en el comercio internacional, la exportación de capital de riesgo como sustituto de la exportación de mercancías físicas; y por supuesto, la imposición de modelos económicos acordes con este ordenamiento mundial estaba en el orden del día para los países subdesarrollados.

Las empresas norteamericanas y obviamente, casi no tenían competencia. Parecía que eran únicas en el mercado mundial y durante el decenio de los

cincuenta reinaban en los mercados de la mayoría de países capitalistas. Su interés entonces se concentraba en la protección de los mercados donde instalaban sus filiales y en lograr en estos territorios las dotaciones complementarias que facilitarían sus operaciones y garantizarían su éxito financiero.

De otra parte y siguiendo la misma línea, se imponía en los países que ya para esa época se les denominaba del “Tercer Mundo”, el tan mentado modelo de desarrollo de “Industrialización por sustitución de importaciones”. En lugar de importar productos era mejor importar capital, pero siempre y cuando se le asegurara al inversionista exportador del capital las condiciones para el éxito. Para eso, era necesario dotar al país receptor de la infraestructura básica y complementaria requerida por el sector industrial, lo que se hacía a través de la inversión pública; y también era necesaria la participación de algunos socios locales menores que compartieran con las multinacionales el riesgo de la inversión. Para el efecto, el más idóneo acompañante o complemento local del inversionista extranjero era el Estado.

El Estado en ese entonces era importante, pero ante todo necesario; pues sin ese poder no era posible garantizar el éxito de las multinacionales. El Estado debía construir la infraestructura física y de servicios, preparar la mano de obra y garantizar su calidad física e intelectual, convertirse en socio que también arriesgara inversión para que fuera buen aliado del capital extranjero, ser partícipe de la demanda para tener un cliente con buena capacidad de compra pero ante todo, que le protegiera el mercado para evitar molestas y desagradables competencias de empresas de otros países, de modo que el mercado nacional quedaba debidamente reservado a la filial de la empresa multinacional que se instalaba en el respectivo país.

Los países latinoamericanos adoptaban modelos de desarrollo nacional consecuentes con este ordenamiento mundial. Las fuerzas económicas universales propiciaban las condiciones y los organismos internacionales de apoyo se encargaban de promover las acciones pertinentes. La CEPAL difundía las propuestas y los gobiernos muy obedientes las adoptaban bajo el esquema ya citado de desarrollo nacional a través de la industrialización por sustitución de importaciones, acompañado de una organización estatal de cobertura nacional fuerte, centralizada, de carácter sectorialista a través de ministerios e institutos descentralizados, con importante intervención complementaria a la acción de las multinacionales.

Pero llegados los años ochenta la situación económica mundial cambió y con ello también las condiciones determinantes del ordenamiento interno de los países principalmente los dependientes como los latinoamericanos.

Europa (principalmente Alemania) y el extremo oriente (principalmente Japón), para esta época habían superado las consecuencias de la guerra y sus economías ya eran protagonistas de los eventos económicos mundiales; y consecuentemente, la geopolítica reflejaba estos cambios. Ahora el meridiano cultural del mundo se comienza a trasladar al Océano Pacífico, la concentración del poder económico mundial pasaba a ser multipolar con ejes en USA, Japón y la CEE, los países dejan de ser unidades económicas aisladas y se inician los esfuerzos por la conformación de bloques supranacionales y por supuesto las relaciones económicas internacionales comienzan a regirse por nuevas reglas de juego.

La vieja hegemonía de la economía norteamericana se deteriora y sus empresas que antes se daban el lujo de crecer con base en la producción masiva estandarizada y en serie casi sin competencia y de imponer sus diseños frente al consumidor sumiso que casi no disponía de alternativas de escogencia, se ven ahora frente a situación de competencia no sólo en el mercado mundial sino dentro de sus propias fronteras. Por ejemplo las otrora majestuosas industrias norteamericanas de automotores se ven afectadas por la competencia principalmente japonesa y con ello los viejos criterios sobre gerencia y administración son revisados y cuestionados porque el entorno empresarial ya no es el mismo y los factores de éxito de la inversión son diferentes.

La competencia que le aparece a las empresas norteamericanas por el surgimiento de productos europeos y asiáticos revoluciona el campo del conocimiento y nuevos paradigmas deben entrar a engrosar la literatura técnica en las disciplinas social, política, económica y empresarial; más cuando la tecnología también a recibido grandes y trascendentales innovaciones sobretodo en los campos de la microelectrónica, la robótica y la biotecnología, las cuales facilitan el desarrollo de nuevos campos de inversión por las posibilidades generadas en los sectores económicos principalmente en el terciario, donde las comunicaciones pasan a ser actividad de punta en los procesos económicos.

El desarrollo de las comunicaciones permite con facilidad crear redes mundiales de operación instantánea en el sector financiero. Las operaciones financieras entre localidades que antes estaban condicionadas a la temporalidad del correo como ocurría con los giros y remesas, ahora se convierten en operaciones de segundos.

La modernización tecnológica permite la diversificación de productos y servicios al cliente y el sector financiero se convierte en atractivo campo para la inversión. Grandes capitales que antes estaban en el sector secundario, cuyo manejo no deja de ser empresarialmente arriesgado y engorroso, se trasladan al sector financiero acelerándose en este sector la internacionalización y la globalización. Ahora los movimientos de capital entre países disponen de tecnología de operación inmediata de modo que los capitales pueden estar rápidamente en el

país donde haya mayor rentabilidad y menor riesgo con el simple proceso de digitar un teclado de computador.

Comienza el predominio del capital financiero ahora con más modalidades en cuanto a productos y servicios y con ello el financiamiento del aparato productivo mundial comienza a depender con mayor fuerza de los mercados de capitales y el anonimato de los financistas. Los fondos mutuales de USA, las bolsas y sus agentes y corredores se vuelven protagonistas de primera línea en la economía y las reglas de juego en el funcionamiento del sistema económico mundial entran en una nueva etapa. Los capitalistas dejan de ser empresarios para convertirse en rentistas.

Con las nuevas reglas de juego lógicamente el ordenamiento de la economía mundial se altera y los factores determinantes de las economías nacionales también. Se inicia el proceso de construir la aldea universal con un solo mercado, una sola demanda y una sola oferta, con la obligatoriedad para las naciones de abrir sus economías e insertarse en el mercado mundial globalizado. Los modelos cerrados se vuelven obsoletos y deben desaparecer y la apertura económica se hace tema de moda en todos los medios donde se discute la situación económica nacional.

Ya no existe la hegemonía norteamericana porque esta tiene competencia hasta en su propio suelo donde varias de sus empresas tambalearon; competencia esta que también necesita otras reglas de juego no sólo para funcionar en el interior de su propio país sino también para introducir sus productos en los demás países del mundo.

Para esta época, cuando ya transcurre el último cuarto del siglo, las reglas del juego son diferentes. Varios centros de poder se consolidan mediante la formación de bloques de países y los siete grandes industrializados prefieren enfrentarse de igual a igual en sana competencia en cualquier lugar del mundo. La protección de algún mercado nacional a favor de una sola multinacional lesiona los intereses de los restantes como si fuera competencia desleal. Se necesita que todos los mercados nacionales, por pequeños que sean, estén suficientemente abiertos para que libremente se juegue a la competencia entre ellos (Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Francia, Italia y Japón, principalmente)

El capital internacional impone sus condiciones y la economía mundial predomina sobre las economías nacionales. Los organismos multilaterales, al servicio de este capital supranacional, inventan el cuento de que por culpa del cierre y protección de mercados, los aparatos productivos se habían “aperezado” cayéndose la productividad de los factores (capital y trabajo). Claro que esta manifestación de baja en la productividad era cierto pero ha sido discutible que su causa haya sido la economía cerrada; por lo que algunos analistas afirman que no tanto como para obligar la apertura de las economías; pues existen otros mecanismos que

permiten elevar la productividad y modernizar la tecnología sin recurrir a este modelo. Por eso, para resignarse, es mejor recordar la teoría de Rosa Luxemburgo acerca del Imperialismo y decir que gracias a la globalización y la apertura de las economías nacionales, no habrá otra guerra mundial como las dos ocurridas en este siglo.

El terreno en los países subdesarrollados estaba abonado para que los organismos multilaterales como el BIRF, el BID y el FMI impusieran sus directrices a favor del capital internacional. En muchos países antes tercermundistas, como Colombia, el esquema de Estado construido para el modelo anterior, había caído en un nivel de descomposición que casi lo había deslegitimado. Un Estado centralista y burocratizado, se había vuelto lento, politiquero, corrupto e ineficiente, no tanto porque sea ley general que la administración pública ser ineficaz, sino porque el régimen político, en el caso colombiano derivado del Frente Nacional, el clientelismo había conducido la administración a niveles de ineffectividad que habían hecho perder su credibilidad ante la sociedad civil.

Era por lo tanto momento oportuno para proponer cambios de fondo, como salida a una situación que la opinión pública ya no toleraba. Se propuso el cambio de Constitución Política y con ello la gran oportunidad para adecuar la estructura del Estado a los nuevos requerimientos del ordenamiento económico mundial. Una Constitución con normas orientadas a la libre empresa, a la reducción del tamaño del Estado, a la introducción de todas las actividades incluidas las sociales al del juego del mercado y a la posibilidad de convertir en negocio y empresa hasta los más restringidos campos de los servicios sociales.

Con la nueva constitución surgen también nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Se borra la frontera de “lo público” y “lo privado” y la responsabilidad de la carga del desarrollo se comparte entre ambas partes.

Antes, cuando existía la Constitución de 1886, el concepto de Estado era aquel que en 1948 Samuelson llamó el “Estado social” y que en otras esferas se le ha llamado “Estado Social Benefactor”. Samuelson hace referencia al papel del Estado en la economía y separa sus actividades en cuatro clases diciendo que “La cuarta clase de actividades del Estado, enormemente ampliada desde 1930 y que continuará aumentando en el futuro; a saber: los gastos sociales, con los que el Estado proporciona poder adquisitivo a los necesitados o a los que lo merecen, sin esperar que le presten ningún servicio a cambio de ello. (...) ya que nuestro moderno sistema de gobierno se califica a veces de Estado social”. y más adelante remata la nota diciendo que “En pocas palabras, diremos que, entre las actividades del moderno Estado social, hay que incluir, junto con los programas de

transferencia, la redistribución de renta ocasionada por el diferente trato fiscal que otorga a los distintos grupos sociales”¹².

En la carta del 86 se notan artículos que claramente expresan el marco conceptual que señala este autor: La vieja constitución del 86 en su artículo 2º dice que “La soberanía reside esencial y exclusivamente en la nación...”, en el artículo 19º que “La asistencia pública es función del Estado...”, en el artículo 41º dice que “...La enseñanza primaria será gratuita en las escuelas del estado, y obligatoria en el grado que señale la ley...”. En el artículo 32º dice que “...la dirección general de la economía estará a cargo del Estado” y que este “intervendrá” en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes y en los servicios públicos y privados. También el mismo artículo establece que el Estado “intervendrá” para dar pleno empleo a los recursos humanos y naturales, todo con el propósito de conseguir la justicia social y en particular el mejoramiento armónico e integrado de las clases proletarias.

Con ello vemos el tipo de Estado que existía antes de 1991. Expresamente definido como un Estado “interventor” (art. 32), la obligación de la asistencia social y la carga gratuita de uno de los principales servicios sociales, nos muestra un ente benefactor que tenía bajo su responsabilidad la tarea de responder por las “clases proletarias” (art. 32) para que dentro del desarrollo económico el objetivo principal fuera la “justicia social”.

Dice Víctor Manuel Moncayo¹³ que durante buena parte del siglo XX en el mundo se vivió una fase en la historia económica, a la que “...corresponde por consiguiente, una particularidad funcional del Estado, que se ha asociado a las expresiones Estado-Bienestar o Estado interventor o Estado keynesiano, para expresar de una u otra manera como su rasgo principal es una particular participación en las condiciones materiales de la producción, ya sea en el terreno de la fuerza del trabajo, a través de la fijación del marco jurídico de la relación laboral, la contribución a la reproducción mediante el suministro de bienes o servicios o la colaboración de su producción (salario indirecto), y la institucionalización de la contractualización del valor salarial (convenciones colectivas y salario mínimo) en función de las condiciones de productividad...”

Después de 1991, la Constitución Política se refiere a temas diferentes. En el artículo 1º dice que Colombia es un Estado social, sí, pero “de derecho”. En el artículo 3º dice que “La soberanía reside exclusivamente en el pueblo...”, en el artículo 2º establece los fines esenciales del Estado señalando que este ente debe “promover” la prosperidad general y “garantizar” la efectividad de los derechos,

¹² /SAMUELSON, Paul. “Curso de Economía Moderna”. Aguilar Ediciones. Madrid, 1969. P. 177,179.

¹³ Conferencia dictada en el seminario “Estado, empresas y organizaciones civiles para el desarrollo y la competitividad”. ESAP. Cali, 1996.

“facilitar” la participación de todos en las decisiones que afectan la vida económica, “asegurar” la vigencia de un orden justo; pero no dice que el Estado debe intervenir con el propósito de conseguir la justicia social como lo anotaba la anterior carta.

En el artículo 48º la norma dice que la seguridad social es un servicio público y que el Estado ampliará progresivamente la cobertura, pero con la participación de los particulares; en el artículo 67º dice que el Estado es responsable de la educación, pero con la sociedad y la familia y que este servicio será gratuito en las instituciones del Estado, pero “... sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos” y en el artículo 68º anota que “Los particulares podrán fundar establecimientos educativos”.

En el artículo 333 la norma define que “La libre competencia es un derecho” y que el Estado “impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica”. En el artículo 334º anota que el Estado “intervendrá” en la producción, distribución, utilización y consumo de bienes y en los servicios públicos y privados para racionalizar (pero no para planificar) la economía ni para lograr el desarrollo integral, sino con el fin de conseguir la distribución equitativa de las “oportunidades” entre los habitantes. Es decir, para que cada uno, por su cuenta, se rebusque aprovechando las ocasiones que se le presenten con el apoyo del Estado. En el mismo artículo se establece que este ente “intervendrá” para dar pleno empleo a los recursos humanos pero no a los recursos naturales y, ya no como antes con el fin de que el desarrollo económico tenga como objetivo la justicia social, sino para asegurar que todas las personas tengan “acceso efectivo” a los bienes y servicios básicos, de conformidad con la igualdad de derechos que tiene cada uno.

Al respecto dice el mismo conferencista citado (hoy rector de la primera universidad del país): “En los últimos tiempos, la reorganización del funcionamiento de los Estados, señala como tendencias principales la intervención del Estado exclusivamente a solicitud o por demanda de los particulares; el sometimiento de la acción pública a la aprobación y evaluación permanentes de la ciudadanía; la realización de las tareas de decisión, ejecución, control y evaluación conjuntamente con el sector privado; el interés estatal por las decisiones privadas de inversión que tienen relación con su gestión y, sobre todo, la sujeción de las decisiones públicas de asignación de recursos a la validación directa o indirecta por la comunidad”

Con lo anterior vemos que las relaciones Estado-sociedad civil son diferentes a partir de 1991 y que como esas diferencias son de carácter constitucional, se convierten en factores determinantes de la operación del Estado y la organización y papel de la sociedad civil.

Ahora la responsabilidad del desarrollo social es compartida entre los dos estamentos y la gestión no se refiere a políticas gubernamentales o políticas oficiales sino que se refiere a “Políticas Públicas” donde la co-gestión entre estado y sociedad civil es requisito obligatorio si se quiere avanzar con éxito en los procesos de mejoramiento de la calidad de vida de la población. La oferta de servicios para el desarrollo puede ser indistintamente ofrecida por el Estado o la sociedad civil y en consecuencia el Estado y el sector de inversión privado quedan de igual a igual para competir también en el terreno de las oportunidades a las que se refiere la constitución.

La competitividad es argumento esencial en todo el engranaje socioeconómico la cual invade las distintas esferas de la vida social incluidos los servicios antes monopolio del Estado. Se requiere entonces un aparato competitivo que demuestre su capacidad de eficiencia y eficacia para poder desempeñar con decoro su papel de conductor de la organización social. Su credibilidad y aún su legitimidad, se basan en la capacidad de ofrecer una gestión pública orientada a resultados medibles en los impactos ocasionados en la población civil.

Al borrarse la frontera entre lo público y lo privado, las políticas gubernamentales o políticas oficiales pierden su mérito. Ahora el predominio lo tienen las “políticas públicas” donde conjuntamente intervienen población civil y Estado tanto en su ejecución, como en la definición y la contribución de recursos para su financiamiento. El manejo de la cosa pública bajo los cánones del viejo Estado burocratizado se vuelve anacrónico y con ello surge la necesidad de introducir nuevos paradigmas que soporten las técnicas de gestión de políticas y administración del Estado y los servicios sociales.

Como se trata de trasladar los esquemas administrativos de la concepción weberiana del Estado a los dictámenes del sistema de mercado, los principios que rigen la administración de la empresa privada que ya es experta en estas lides, son los más recomendables. El concepto de gerencia que si bien con el tiempo ha venido evolucionando, es por lo menos, adecuado para tener en cuenta dentro del proceso que se le ha llamado de “modernización del Estado” que no es otra cosa que su adecuación a los paradigmas derivados de la corriente neoliberal del pensamiento económico. Con ello queda abierta la puerta para la introducción de los conceptos sobre gerencia social.

No es tema central de este escrito establecer la fecha exacta desde cuando se comenzó a hablar de gerencia social en Colombia, pero sí es importante tener en cuenta lo ocurrido después de 1991 cuando se proclamó la constitución política vigente, la que ha aportado los principales argumentos para introducir el concepto en nuestro medio y justificar el trato que se le ha venido dando en distintos espacios de la vida nacional, lo que podemos observar examinando los planes de desarrollo nacional expedidos dentro del marco normativo de la nueva carta, o sea los que corresponden a los períodos presidenciales a partir de 1994.

Con fecha 2 de junio de 1995, el congreso de la república aprueba la Ley 188 por medio de la cual se expide el plan de desarrollo nacional con denominación “El Salto Social”, la cual según el artículo primero, tiene como objeto “... orientar la acción del Estado y de la sociedad civil hacia el crecimiento integral de la persona humana y el desarrollo solidario de la comunidad colombiana.” En el artículo 14 se incluyen las estrategias denominadas “del buen gobierno” y entre las seis que presenta, el numeral tres señala la de “Mejoramiento de la Gestión Pública”.

El capítulo nueve (9) del documento anexo a la ley y que hace parte integral de la misma, se dedica al tema del buen gobierno con el argumento de que “Colombia atraviesa una de las etapas más dinámicas de su historia en la modernización de sus instituciones y de su vida política” porque con la Constitución de 1991 se ampliaron e innovaron las formas tradicionales de gobernar y hacer política. “La descentralización, la participación ciudadana y el mejoramiento continuo de la gestión pública son los elementos más importantes de esta dinámica, que constituyen una contribución fundamental para la construcción del nuevo ciudadano.” (P. 281)

El plan relaciona el buen gobierno y las condiciones derivadas de la carta, con una mayor eficacia y eficiencia en la acción del Estado, con una relación más directa y transparente entre el Estado y la sociedad civil de modo que los problemas y necesidades de la gente puedan fluir hacia las instancias gubernamentales y con ello mejorar la capacidad de respuesta del Estado en términos de soluciones a las necesidades de la población y considera que con la implantación de principios gerenciales en los diferentes sectores de la administración pública, “... tanto la sociedad civil como el gobierno pueden aprender a mejorar de manera sistemática sus papeles en el desarrollo del país.”

La tercera estrategia o sea la de gestión pública, anota que el gobierno introducirá modificaciones conceptuales, procedimentales e institucionales en las actividades del Estado para crear una nueva visión de la gestión pública especialmente dirigida al cumplimiento de sus objetivos sociales. Seis acciones son contempladas bajo este propósito a saber: a) Creación de conceptos y categorías estratégicas, b) Asignación clara de responsabilidades, c) Coordinación inter e intrainstitucional, d) Evaluar para aprender, e) Capacidad técnica e innovación en el Estado y f) Gerencia Social.

Dice el texto que la política social depende de la capacidad de gestión de las entidades públicas y privadas responsables de su ejecución y define la gerencia social como “... el conjunto de conocimientos que permite conducir una institución a la obtención de metas determinadas de desarrollo social mediante el uso eficiente y racional de sus recursos.” Agregando que para el éxito de “El Salto Social”, es relevante fortalecer dichos conocimientos por parte de quienes se encargan de la implantación de los programas o proyectos sociales.

El programa formulado para la implantación de la gerencia social se concentra en siete acciones a saber: a) incentivos a la implantación del sistema nacional de evaluación de resultados de la gestión pública en las entidades del sector social a nivel nacional y territorial; b) organización de formas no jerárquicas de coordinación inter e intrainstitucionales y sectoriales, como son las redes institucionales y de servicio; c) difusión de técnicas que permitan la formación de consensos para incorporar y encauzar la participación de la sociedad civil en el diseño, ejecución y evaluación de los programas y proyectos; d) adopción de formas de implantación adaptativa y no programada; e) promoción a la excelencia en la gestión del desarrollo social, que involucre la difusión permanente de alternativas de gestión, de experiencias especiales en diferentes sectores y de indicadores sobre la evolución del desarrollo social a nivel nacional y territorial; f) evaluaciones periódicas y sistemáticas de gestión social basadas en encuestas de satisfacción de usuarios; y g) apoyo a proyectos específicos de mejoramiento de gerencia social a través del Fondo de Inversión Social.

En ejecución del plan de desarrollo, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), aprobó el Documento No. 2790 del 21 de junio de 1995 denominado “Gestión Pública Orientada a Resultados” que pretendía incorporar un cambio conceptual y operacional en la administración del Estado basándose en dos aspectos fundamentales: la gestión integral con participación ciudadana y la capacidad institucional de los organismos y entidades gubernamentales. En el segundo aspecto sobre la capacidad institucional, incluyó el apoyo al mejoramiento de las prácticas administrativas y procesos donde contemplaba la promoción y capacitación para la Gerencia Social.

Decía que para el sector social, esta estrategia articula los esfuerzos públicos y privados para mejorar la gestión de la política social y consideraba procesos permanentes de producción de materiales de divulgación para la promoción del tema. Anotaba que con el apoyo del Instituto para el Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y las ONG nacionales o internacionales y con la participación de la Escuela superior de Administración Pública (ESAP), se ejecutaría un programa de capacitación para la gerencia social con los siguientes componentes: a) Formación de gerentes sociales públicos y privados en todos los niveles de la gestión de la política social; b) Interlocución con diferentes instancias del Estado y organizaciones de la sociedad civil para sensibilizarlas respecto a los desafíos de los sectores sociales y a las prioridades sociales nacionales, departamentales y municipales; y c) Diseño y difusión de herramientas para la gerencia social en todos los niveles de la administración pública y privada. Agregaba que el programa promovería el mejoramiento de la calidad de los servicios sociales y que a través del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología se promovería la investigación sobre diseño y aplicación de alternativas e instrumentos para la gerencia social.

El 17 de enero de 1996, se aprobó el Documento CONPES No 2831 denominado "Profundización del Plan de Desarrollo para el año social" cuyo capítulo VII estableció los instrumentos para la ejecución de los programas sociales refiriéndose a dos temas: la unificación de mecanismos y procedimientos para el acceso al Sistema Nacional de Cofinanciación y la gerencia social. Sobre este último anotaba que se requiere contar con cuadros técnicos capacitados en diseño de política y gerencia social, que se requiere contar con conocimientos del instrumental moderno, que se requiere contar con visión integradora del desarrollo social y económico y propuso crear un programa de capacitación en diseño de políticas y gestión social. Adicionalmente propuso crear un programa de capacitación en el diseño de políticas sociales y gestión social y estableció que el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la Consejería Presidencial para la Política Social (CPPS) diseñarían un programa integral de gerencia social que defina los contenidos estratégicos, los instrumentos y los mecanismos operativos necesarios para la puesta en marcha de programas de capacitación dirigidos a los mandos medios en los departamentos y municipios, como directos responsables de los programas sociales.

Indagando en la Consejería acerca del programa señalado por el CONPES, encontramos que este no se elaboró. Habiéndose iniciado los trámites correspondientes y apenas establecidos los procedimientos de enlace entre las dos entidades, se presentó un cambio en la persona que ocupaba el cargo de Consejero Presidencial para la Política Social y el nuevo funcionario adoptó otras acciones y orientó las operaciones de la Consejería por otras rutas.

Un acuerdo inicial entre la CPPS y el DNP para la aplicación de la medida impartida por el consejo en relación con la gerencia social fue el de tramitar otro documento Conpes que se refiriera específicamente a la Gerencia Social. Tanto la Consejería como el DNP estuvieron de acuerdo en primera instancia que era conveniente establecer directrices especiales sobre la materia a nivel de CONPES, por cuanto la gerencia social había sido tratada en dos documentos anteriores pero como parte de otros temas. Se inició entonces un proceso entre las dos entidades para elaborar la propuesta de documento que se llevaría al consejo, lo que finalmente no ocurrió hasta el final de dicho período de gobierno.

No se conoce a ciencia cierta cuáles fueron los verdaderos motivos que impidieron prosperar el trámite del Documento CONPES sobre gerencia social. Lo cierto es que funcionarios de las dos dependencias realizaron algunas reuniones para ponerse de acuerdo en el contenido del documento y se cruzaron escritos en borrador sobre los puntos de vista de cada uno de cuya lectura se extraen deducciones sin duda interesantes, que muestran las diferencias de criterio entre las partes y el debate que se asomó fugazmente en las esferas del alto gobierno.

En los documentos del DNP se observa claramente el contenido neoliberal y la asimilación de la línea recomendada por los organismos internacionales (BID,

BIRF, FMI), mientras que en los documentos de la CPPS la posición es diferente. Sin embargo, ambos coinciden en que el desarrollo de la gerencia social es una necesidad que responde al estado caótico de la administración pública y la obligatoriedad de aplicar las normas constitucionales principalmente en lo que se refiere a las relaciones Estado-sociedad civil, a la efectividad del Estado y la descentralización administrativa.

No es posible hacer afirmaciones veraces acerca del motivo de las posiciones del DNP al respecto; pero podríamos entender o comprender no sólo esta sino muchas determinaciones del organismo de planificación nacional, si tenemos en cuenta las palabras de Consuelo Ahumada acerca del perfil y las actividades de los funcionarios del DNP cuando dice que “ El papel de los tecnócratas del Departamento Nacional de Planeación también ha sido notorio en lo que respecta a enfrentar la crisis social, o más bien, a encubirla”.

No conocemos los argumentos de Ahumada en sus apreciaciones sobre el papel de los tecnócratas respecto a la situación social y los lectores podrán compartirla o no, pero no podemos desconocer la lógica de sus comentarios cuando dice que “Los tecnócratas han sido descritos como individuos con un alto nivel de formación académica especializada, que desempeñan cargos de poder importantes en organizaciones grandes y complejas tanto del sector privado como del público. Su papel en su proceso de toma de decisiones políticas y económicas en Latinoamérica no es nuevo.

La novedad introducida por la era de la globalización ha sido la irrupción de un número creciente de individuos con formación académica de alto nivel en las posiciones de poder de los países de la región. Estos tecnócratas constituyen la médula de la élite neoliberal. Si bien los políticos tradicionales continúan ejerciendo alguna influencia, se han visto cada vez más desplazados por ese sector, por lo que la implantación del nuevo modelo de desarrollo ha recaído en lo fundamental, en este tipo de expertos.” Más adelante agrega que “los tecnócratas aparecen como portadores de un conocimiento absoluto de la moderna ciencia económica, desechando cualquier posible alternativa de análisis.

Toda crítica al modelo es rechazada de antemano, con el argumento de que esta proviene de la ignorancia o del interés oculto en promover intereses particulares”¹⁴ o también la posición en contra del neoliberalismo es catalogada como retardataria y obsoleta porque esta doctrina se asocia con el postmodernismo, según se deduce de las palabras de Daniel Castellanos cuando refiriéndose a la situación colombiana de comienzos de 1999 y a las críticas al modelo vigente que hacen sus opositores, anota que “...lo lamentable de esta crisis es que los dinosaurios, que deben estar enterrados, ahora se sienten con el

¹⁴ AHUMADA, Consuelo. “Los tecnócratas y la crisis social en América Latina”. Publicado en Política Social, desafíos y utopías. Universidad Javeriana. Bogotá, 1997. P. 334.

derecho de condenar a quienes no han sido capaces de resolver el desastre que las piezas de museo causaron.”¹⁵

Como es bien conocido, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han ejercido decisiva influencia en las políticas nacionales de los países latinoamericanos y para ello “... se valieron de economistas y tecnócratas nativos, capaces, no sólo de poner en práctica las reformas, sino también de reunir el apoyo popular para la agenda del consenso.”¹⁶ nombre que se le dio al producto de la conferencia realizada en Washington en noviembre de 1989 organizada por el Instituto para la Economía Internacional (IIE) y que identificó los aspectos que sirvieron de base para definir las reformas de política económica que se debían aplicar en Latinoamérica, las que incluyen disciplina fiscal recortes al gasto público, reforma tributaria, liberalización financiera, tipo de cambio más competitivo, liberación del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y protección a los derechos de propiedad, todo bajo la premisa ciega que el libre mercado es la clave del desarrollo económico.

Para la doctrina neoliberal la concepción sobre la política social es la misma tradicional en el sentido de que ella se dedica a aliviar las condiciones de vida de los más pobres; pero difiere en que afirma, que la manera de hacerlo no es cargándole la responsabilidad al Estado sino porque bajo el concepto de Estado social de derecho todos por igual deben tener las mismas oportunidades de modo que el papel del Estado es facilitar el empoderamiento para que los pobres sean más competitivos porque la razón de su pobreza radica en que no tienen capacidad para aprovechar las oportunidades y salir de la pobreza. Para el efecto, es necesario fortalecer su capital humano y de esa manera preparar a los pobres para tener éxito y salir de la pobreza mediante la inyección de educación y salud, insumos básicos para la fabricación de capital humano.

Con estas apreciaciones, verdaderas o falsas, es fácil comprender el texto de un escrito borrador elaborado por un asesor de la Unidad del Desarrollo Social (UDS) del DNP, como propuesta para el documento CONPES, cuando dice sobre la gerencia social que “El objetivo general, es el de desarrollar e implantar mecanismos gerenciales a corto y largo plazo, con el fin de modernizar y fortalecer las instituciones de los sectores sociales de educación y salud tanto a nivel central como territorial, para alcanzar una mayor agilidad, eficacia y eficiencia en la gestión de los planes y programas de cada uno de los sectores.”. Más adelante en el mismo documento y refiriéndose a los objetivos específicos, en uno de ellos se anota que “Impulsar el diseño y operación de sistemas de información en los sectores de educación y salud, dentro de un marco institucional descentralizado,

¹⁵ El Espectador. “El viraje económico”. Abril 11 de 1999. P. 2B.

¹⁶ AHUMADA. Op. Cit. P.

como condición necesaria para aplicar instrumentos de gestión y hacer una gerencia moderna y de calidad.”¹⁷.

Por su parte los documentos de la Consejería Presidencial para la Política Social muestran un enfoque diferente. En uno de ellos titulado “Desarrollo de la Gerencia Social. Propuesta sobre el documento CONPES”, dice que “El desarrollo social se refiere a la calidad de vida promedio de la población y esta al grado de correspondencia entre necesidades humanas y satisfactores de las mismas, de modo que los propósitos políticos deben orientarse a mejorar dicha correspondencia.”¹⁸ Considera lo social como “...todo aquello inherente a las condiciones naturales de la vida de la especie” y propone que son actividades del sector social y en consecuencia objetivos de la gerencia social, las que pertenecen a los sectores o se relacionan en sus campos de acción, con los fenómenos sociales de abastecimiento alimentario, y consumo básico, vivienda, saneamiento básico, salud, educación, recreación y deporte, derechos ciudadanos, seguridad pública, seguridad social, participación comunitaria, tradición o identidad cultural, unidad familiar, solidaridad y apoyo comunitario.

Como podemos ver a partir de los dos documentos, ambos borradores de trabajo, una de las diferencias entre las dos entidades del gobierno fue en la definición de lo social y probablemente este fue uno de los motivos que obstaculizó el trámite del Documento Conpes.

Conocimos también por consulta a asesores de la Consejería, que esta dependencia de la Presidencia de la República reconocía la jerarquía del DNP y su papel como secretaría técnica del consejo, razón por la cual siempre estuvo en disposición de acogerse a las decisiones del departamento administrativo. Por tal motivo, la consejería nuevamente envió al DNP otra propuesta modificando su posición y buscando una salida intermedia. Esta entidad se obstinaba a no aceptar que el Documento CONPES se limitara exclusivamente a educación y salud. Aceptó que no se adoptara un paradigma de desarrollo humano para definir los sectores sociales, pero propuso de todas maneras incluir dentro del objeto de la norma, además de los dos propuestos por DNP, otros que retomó de los mismos documentos y publicaciones realizadas por Planeación Nacional.

En el punto 3 de ese segundo documento que se identifica con el mismo nombre, dice que en materia de lo social, si se toma Capital Humano lo social es educación, salud y bienestar familiar tomando un texto de la página 6 del libro “El Salto Social”. Citando la página 7 de este libro, dice que si se toma Capital Social, se deben tener en cuenta el Capital Conocimiento que incluye el capital humano y el conocimiento científico y tecnológico, además de la infraestructura, el medio

¹⁷ DNP. UDS. “Desarrollo de la Gerencia Social” Documento de trabajo. Policopiado. Bogotá, 1997.

¹⁸ Consejería Presidencial para la Política Social. “Desarrollo de la Gerencia social. Propuesta sobre documento Conpes”. Documento borrador. Policopiado. Bogotá, 1997.

ambiente y el capital cívico e institucional. Más adelante cita de la página 6 del Documento CONPES sin número del 16 de abril de 1997, que “las cifras del gasto social incluyen educación, salud, seguridad social, vivienda, agua potable y las estrategias de empleo y capacitación para el trabajo”, para finalmente concluir como propuesta, “...que la Gerencia Social se refiera a los sectores de; educación, salud, bienestar familiar, seguridad social, vivienda y agua potable”.¹⁹

La otra diferencia entre las propuestas de las dos entidades gubernamentales que también se deduce de los dos documentos borrador analizados, se refiere a la unidad operacional objeto de la gerencia social o lo que también le podríamos llamar el campo de acción del esquema gerencial. Observando el manejo del tema que se ha hecho en Colombia, escuchando conferencistas y expositores o teniendo en cuenta los programas académicos sobre la materia, vemos que el nombre “gerencia social” se utiliza con dos connotaciones: una desde el punto de vista microeconómico, es decir cuando la unidad operacional es una empresa, y otra desde el punto de vista macroeconómico, es decir cuando la unidad operacional es un conjunto o número plural de empresas agrupadas sectorializadamente o con criterios territoriales.

De las mismas citas textuales anotadas en los párrafos anteriores, podemos deducir que el DNP enfocaba la gerencia social con sentido microeconómico mientras que la CPPS lo hacía con sentido macroeconómico.

Otros hechos acaecidos en el país durante el lapso de tiempo analizado fue el proyecto de capacitación en gerencia social. Sobre este dice un documento de informe de avance de la Consejería Presidencial para la Política Social, que “Las discusiones entre el DNP, la CPPS y el INDES-BID han logrado acuerdos sobre los objetivos del proyecto y las actividades preliminares de lo que busca ser un proceso de capacitación de largo plazo.” (Informe de Avance del Proyecto de Capacitación en Gerencia Social para Colombia, diciembre de 1995, P. 3)

.El proyecto fue formulado con doble objetivo: “... a) Contribuir a la formación de una masa crítica de recursos humanos en diferentes niveles del gobierno y b) propiciar un conocimiento más profundo de la demanda de capacitación en los sectores sociales y la identificación de estrategias efectivas y áreas de entrenamiento ajustadas a la situación del país, como insumo para un programa nacional continuo en materia de gerencia social.”²⁰

En ejecución de dicho proyecto, entre el 11 y el 13 de diciembre de 1995 se realizó en la ciudad de Bogotá el seminario “Hacia nuevos modelos de Gerencia Social para Colombia” organizado conjuntamente por la Consejería Presidencial para la Política Social, el DNP y el INANDES-BID. Con los siguientes objetivos: “-

¹⁹ Documento CONPES.s.n. Abril 16 de 1997.

²⁰ CPPS. Proyecto de capacitación en Gerencia Social. Informe de avance. Diciembre 1995.P. 3

Generar conciencia entre los participantes sobre las limitaciones de los modelos tradicionales de gerencia de las políticas sociales. -Discutir elementos de un nuevo modelo de gestión social en el contexto del desarrollo colombiano. –Identificar las necesidades prioritarias de capacitación y asistencia técnica de nivel nacional y territorial en materia de gestión de políticas sociales con el fin de aportar al diseño del Programa de Capacitación en Gerencia Social para 1996.”²¹

La funcionaria del INDES-BID responsable del proyecto para Colombia, hizo algunas apreciaciones evaluativas sobre el evento de la siguiente forma:

“La reacción general de los participantes fue muy positiva. Hubo muchas solicitudes de dar continuidad a los esfuerzos de capacitación, particularmente para extenderlos a diversas poblaciones objetivo y para dar entrenamiento sobre herramientas útiles para el mejoramiento de la gestión de la política social.”

“Los grupos indicaron reiteradamente la necesidad de articular y coordinar la gestión entre los diversos niveles del gobierno. También señalaron la importancia de una mejor coordinación con los diferentes actores de la sociedad civil.”

“Los grupos indicaron grandes necesidades de capacitación, particularmente para que los gestores de la política social aplicaran mejores criterios en el uso de instrumentos y herramientas de gestión para adecuar el lenguaje y el raciocinio aplicado en el diseño de la política social. Recomendaron que futuras iniciativas de capacitación deben enfatizar el tema de diseño de política social. Plantean que hace falta capacitación en herramientas y destrezas para el diseño y gestión de la política: investigación aplicada, comunicación, negociación y técnicas de promoción y gerencia de procesos participativos.”

De los informes citados se desprende que dicho proyecto fue bien recibido, acorde a los requerimientos del país y con orientación adecuada, que arrancó como todo en el país, con buena potencia, pero luego se diluyó y no se sabe a ciencia cierta por qué ocurrió esto. Lo cierto es que con el cambio de orientación de la Consejería Presidencial para la Política Social los efectos son los que acabamos de anotar.

El proyecto en mención en una de las recomendaciones del informe de avance de diciembre de 1995 decía que “Una conclusión insistente de los grupos de trabajo del seminario nacional (Diciembre 1995) fue la necesidad y conveniencia de involucrar a centros universitarios y ONGs de carácter regional en el desarrollo del Proyecto.”²²

²¹ CPPS. Op. Cit. P. 5

²² CPPS. Op. Cit. P. 14

Fue la época en que el tema se puso de moda y en el concierto universitario nacional a principios de 1997 se ofrecían 47 programas de postgrado relacionados con el tema (44 especializaciones y 3 maestrías) de los cuales cuatro (4) tenían nombre genérico sobre gerencia social y el resto se referían a temas específicos de los sectores sociales pero todos con el nombre “gerencia”. Treinta y seis instituciones de educación superior estaban metidas en la empresa cuyos programas se localizaban en Bogotá, Neiva, Tunja, Ibagué, Montería, Sincelejo, San Gil, Medellín, Pasto, Cartagena, Pamplona, Cali, Bucaramanga, Santa Marta, Barranquilla, Barrancabermeja, El Socorro Santander, Fusagasugá Cundinamarca y Armenia. Los primeros se refieren a los programas de: Gerencia Pública del Instituto de Ciencias de la Salud de Medellín, Gerencia de Desarrollo Social de EAFIT en Medellín, Gestión Gerencial de las Universidades de Cartagena y Central de Bogotá y Gerencia Social de ESAP, Universidad Javeriana, Corporación Simón Bolívar y Universidad Antonio Nariño.

A finales de 1997, la Consejería Presidencial para la Política Social nuevamente removió el tema de gerencia social. Convocó a los cinco Corpes y les propuso adelantar conjuntamente una estrategia de promoción del tema en las entidades territoriales. En principio, los entes de planificación regional atendieron la convocatoria dando respuesta positiva, pero luego únicamente el Corpes de Occidente mantuvo su interés por el tema hasta el final del período de gobierno.

En ejecución de la propuesta de promoción, la primera reunión de carácter técnico determinó que ante los diferentes enfoques conceptuales sobre el tema, para fines de promoción en las entidades territoriales lo primero que se debía hacer era definir un esquema conceptual unificado el cual se promocionaría en todos los departamentos con el mismo lenguaje; luego diseñar una estrategia para el efecto. En este sentido, en noviembre de 1997 se realizó en la ciudad de Bogotá y con el auspicio de la CPPS, un taller para diseñar el esquema a promocionar y la respectiva estrategia. Al evento asistieron además de la Consejería y los cinco (5) Corpes, representantes de DNP, ESAP, Departamento de la Función Pública, Red de Solidaridad, Dirección para la Equidad de la Mujer, de los departamentos de Bolívar, Boyacá, Cauca, Risaralda y Valle y el municipio de Medellín.

Al respecto dice la introducción del documento “Lineamientos para la Gerencia Social” difundido por la CPPS, que como fruto de dicho evento se produjo este documento “... logrado a través de un intenso y rápido proceso de concertación entre las diferentes entidades de gobierno que tienen a su cargo un papel activo en algún componente de la Gerencia Social. Dicho documento, pretende plantear un primer acuerdo conceptual e interinstitucional sobre el concepto y la práctica de la Gerencia Social en Colombia”. Se destacan en dicho escrito, la inclusión de una definición de gerencia social y los conceptos de “Desarrollo Social” y “Desarrollo Humano” sobre los que hablaremos más adelante.²³

²³ CPPS. “Lineamientos para la Gerencia Social”. Policopiado. Bogotá, 1997.

La estrategia para el trabajo territorial adoptada en el evento, consistía en conformar equipos departamentales multisectoriales y multidisciplinarios para que estos se encargaran de difundir el tema en su territorio y promover la implantación de los instrumentos adoptados para el efecto, así como brindar la correspondiente asesoría a los municipios con el mismo fin.

Según un documento que reposa en los archivos de la CPPS con el título “Promoción de la Gerencia Social en Colombia. Informe de Actividades”, dice que “Con el fin de preparar un grupo humano que se encargue de promocionar la Gerencia Social en cada departamento, se realizaron los eventos de inducción y capacitación de la siguiente manera”²⁴ y a continuación presenta los detalles donde se encuentran que se realizaron cinco (5) seminarios-talleres con intensidad de 24 horas cada uno en las localidades de Armenia, Barranquilla, Bogotá, Medellín y Popayán, donde participaron funcionarios de las entidades de planeación departamental, educación, salud, saneamiento básico y el ICBF, en número de ciento cincuenta (150) de los departamentos de Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Córdoba, Sucre, Cesar, Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Meta, Casanare, Tolima, Huila, Nariño, Cauca, Valle, Quindio, Risaralda, Caldas y Antioquia.

Consultando con algunos de los funcionarios departamentales de Huila, Cauca, Boyacá, Meta y Cundinamarca asistentes a la capacitación, vemos que se suponía y se esperaba que estos grupos territoriales realizarían alguna actividad en el sentido programado aprovechando la coyuntura de la elaboración de los planes de desarrollo territorial, pero siempre con el acompañamiento de la Consejería y/o el Corpes; no obstante este proceso no se dio, de modo que al verse los equipos solos e insuficientemente preparados, los procedimientos departamentales no se efectuaron, la expectativa creada se frustró y la estrategia de promoción prevista no llegó a su finalidad.

No se desconoce la buena intención de los CPPS en materia de gerencia social; pero como sucede muchas veces en este país, los procesos se inician pero no se terminan.

Otro evento que vale la pena resaltar de las realizaciones sobre el tema en Colombia, es el que se llevó a cabo en Medellín en el mes de marzo de 1997.

Organizado por las Gerencias Sociales de Medellín, organismo adscrito a la alcaldía de la municipalidad, se realizó el “Simposio Internacional sobre Gerencia Social” en el que participaron expositores de Argentina, Chile, Ecuador, España, México y por supuesto de Colombia. Uno de los puntos de la programación fue la

²⁴ CPPS. “Promoción de la Gerencia Social en Colombia. Informe de actividades”. Policopiado. Bogotá, 1998.

presentación de la experiencia de Medellín ejecutada por los organizadores del evento.

El modelo de esta ciudad se basa en cinco áreas de intervención: estructura administrativa y funcional apropiada, procesos sociales zonales, caracterización de las formas de pobreza y focalización de usuarios para proyectos de inversión social, proyectos sociales integrales y metodologías de evaluación cualitativa y concertación intersectorial, interinstitucional y comunitaria. Se sustenta en los principios de transparencia, equidad, legalidad, pertinencia, coherencia, consistencia, sostenibilidad, calidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

Sin duda los avances logrados en esta ciudad dejan enseñanzas importantes que cualquier estudioso del tema está obligado a consultar, tanto porque constituyen una experiencia práctica como porque obedece a pautas e iniciativas extraídas de la propia realidad colombiana. La Alcaldía de Medellín ha editado algunas publicaciones donde se consigna la experiencia, libros que bien merecen tomarse como fuentes de consulta para el conocimiento del caso y el estudio del tema.

A comienzos de 1999 el gobierno del período 1998-2002 no se había pronunciado en concreto sobre el asunto; pero de la lectura del Plan Nacional de Desarrollo “Cambio para construir la paz” se deduce que si bien este gobierno no utilizará las mismas denominaciones, sí contemplará argumentos similares para la gestión de políticas públicas porque las condiciones aún son las mismas en el país y los propósitos del plan obedecen a respuestas de igual contenido.

En el capítulo II que se denomina “Hacia un Estado viable y participativo” incluye estrategias que buscan también la efectividad del Estado, la participación y el compromiso social y por lógica consecuencia, el fortalecimiento de la descentralización que significa empoderar al alcalde. Dice que mediante la reglamentación de la ley 489 del 29 de diciembre de 1998, se harán reformas en áreas tales como el diseño, y puesta en marcha de programas de eficiencia, supresión y reducción de trámites, implantación de sistemas de desarrollo administrativo, consolidación de instrumentos de evaluación de resultados, entre otros, es decir, conceptos que van asociados a los principios que durante el gobierno anterior se incluyeron bajo el tema de la gerencia social. Hay que esperar la expedición de estos decretos para ver el enfoque utilizado.

2.2.4 La Gestión Social²⁵. Un mundo globalizado como el actual, cambiante en tendencias y paradigmas, sumido en retos permanentes, especialmente en lo social, y donde cada vez mas cobra importancia el ser humano no solo como consumidor sino también como razón y motivo de las principales políticas del Estado y de ahí el papel que juegan éstos en las organizaciones para la orientación y liderazgo que emanan de su naturaleza y operación, propendiendo por el desarrollo equitativo, sostenible, democrático y una vida digna entendida dentro del marco de los derechos humanos.

• **Algunas consideraciones sobre la gestión social.**

“Los hombres y mujeres sólo pueden enfrentar la construcción y reformas de la sociedad, cuando cuentan con las herramientas apropiadas en la práctica de la vida cotidiana. “

Desde este punto de vista, entonces la gestión es una acción social por lo tanto es entendida como el canal por medio del cual se desarrolla en las personas y en la comunidad un espíritu emprendedor para generar un cambio social, para responder a la búsqueda de la superación de la pobreza, e igualmente para que se adquieran destrezas para abordar un entorno de turbulencia cuyos componentes políticos, económicos, socio-culturales, ambientales y tecnológicos no favorecen los procesos de desarrollo sociales; de ahí, que se requiere afianzar los lazos comunitarios, recuperar los valores colectivos y recuperar la identidad cultural, así mismo, implica la convergencia de intereses y necesidades comunes, finalidades humanas concertadas.

El reto es desarrollar la capacidad de gestión para responder a la complejidad que atraviesan los niveles de interrelación e interacción de los actores, sectores, poderes y voluntades que realcen la importancia de las dinámicas que viven las comunidades quienes son las que generan el desarrollo.

Por desarrollo se entiende un proceso coherente, integrador y armónico donde todos los actores sociales públicos y privados se construyen como sujetos capaces de articular esfuerzos, voluntades, poderes, con miras a gestionar sus propias transformaciones particulares en colectivas, un contexto de civilidad moderna y desde un Estado Social de Derecho en donde las personas se sienten partícipes, y protagonistas de las relaciones sociales, no solo receptores de derechos, sino también garantes de obligaciones y nuevas responsabilidades sociales

El marco de referencia de la gestión social corresponde a las ciencias administrativas y a las teorías organizacionales modernas de gerencia social, el enfoque sistémico, las teorías empresariales de direccionamiento estratégico,

²⁵ Conferencia dictada en el seminario “estado, empresas y organizaciones civiles para el desarrollo y la competitividad”. esap. Cali, 1996

gerencia del servicio y planeación de proyectos que se convierten en el sustento teórico de este modulo

2.2.4.1 el papel del gestor social.²⁶ Es papel de gestor social desarrollar un pensamiento estratégico en él y en su colectividad:

- Una Gestor social con capacidad de coordinación y de negociación dentro de su propia organización y fuera de ella con otras organizaciones e instituciones.
- Un gestor social con capacidad de administrar la contingencia, la complejidad y la incertidumbre
- Un gestor social con capacidad de dirigir estrategias de conducción participativas, con respecto al propio personal y a las personas de los programas y proyectos sociales.

Se requiere entonces de gestores sociales especialistas en conocimientos técnicos de las problemáticas del sector que les toca atender, y con la suficiente formación, en cuanto a conocimientos y habilidades de gestión organizacionales y donde la planeación participativa se convierte en elemento clave para generar encuentros, alianzas, redes que redimensionen los nuevos vínculos sociales y las nuevas formas de acción colectiva.

La Planeación Participativa, concebida como un proceso que debe atravesar los diferentes niveles de participación, aborda el encuentro de poderes, la diversidad de escenarios, lo local y lo global, la pluralidad de actores, lo técnico y lo político, lo estructural y lo coyuntural y la articulación de recursos, así mismo:

- Fortalecimiento de la Cultura Organizacional de los actores públicos y privados
- Generación de la Responsabilidad Social y el Compromiso Ético
- Fortalecimiento de la Gestión Institucional
- Impulso de los niveles de Autogestión y/o sostenibilidad.
- Promoción de la Cooperación y Coordinación Interinstitucional
- Generación de Programas y Proyectos a corto, mediano y largo plazo.

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL: Si se parte de una definición simple de lo que es una organización social puede decirse que ésta es una instancia de representación de intereses y un instrumento de acción colectiva.

²⁶ *Ibíd.*

Si se amplía la definición anterior se puede afirmar que la organización social es un grupo de individuos que se identifican con determinados intereses y que deciden actuar en común con el propósito de defenderlos y resolver de manera colectiva problemas compartidos. Las organizaciones constituyen escenarios donde se elaboran y ponen en ejercicio iniciativas y propuestas y a partir de las cuales se establecen relaciones con distintos sectores de la sociedad y con el Estado.

Hoy, asistimos a una época en la cual muchas organizaciones sociales todavía quieren sobrevivir con las prácticas del asistencialismo, donde muchos de sus dirigentes no han entrado en la ruta del cambio y no se atreven a dar el salto hacia una nueva cultura organizacional.

Muchas organizaciones sociales existen en el presente pero pertenecen al pasado debido a que están centralizadas y mantienen una jerarquía que, en la mayoría de las veces pregona la supervivencia y la auto preservación.

La necesidad del cambio ha llevado a otras organizaciones sociales a considerarse a sí mismas como creadoras de conocimiento, a centrar sus energías en la búsqueda de alternativas para satisfacer las necesidades de sus clientes, sus dirigentes están convencidos que si su organización sirve a los clientes, a los empleados y la comunidad, entonces los clientes, los empleados y la comunidad le servirán a ella.

Es la visión de futuro la que sirve de faro a las organizaciones sociales y por ello, el pensamiento estratégico de sus dirigentes es necesario para anticiparse a las necesidades futuras de sus organizaciones y éstas, en consecuencia, son consideradas como vehículos a través de los cuales la gente puede crecer y servir a los demás.

Es en ese espacio concreto donde las organizaciones sociales y sus dirigentes requieren construir visiones del futuro creativas, inspiradoras y estimulantes para que la gente modifique su actual mentalidad centrada en las crisis inmediatas y en la quietud y la orienten hacia una que con vehemencia se anticipe al futuro en el que el bienestar de los seres humanos sea una tarea inaplazable.

2.2.5 La Planificación Estratégica.²⁷ Para muchas organizaciones se presenta el desafío de conocer ¿cómo van a afrontar la competencia derivada de la globalización de la economía?. Una técnica fundamental para poder responder exitosamente a esa pregunta es la planeación estratégica.

El administrador moderno debe, básicamente administrar las oportunidades coyunturales para que las variaciones en el mercado, la falta de conocimientos y

²⁷ (FRED, David. Conceptos Administrativos Estratégicos. Editorial Prentice. 5ª Ed. México. 2001)

los adelantos tecnológicos no se conviertan en amenazas para su organización y por ende la puedan desaparecer. La supervivencia de una organización dependerá de la capacidad que tenga para convertir sus recursos y procesos en fortalezas y no en debilidades y vulnerabilidades. "¡No le tema a la competencia, témale a su incompetencia!" (Sallenave, 1994).

El desarrollo del presente ensayo no se limita, exclusivamente, al documento facilitado por el profesor, sino que pretende recopilar algunos conceptos y desarrollar unos propios acerca de la planeación estratégica y su proceso de implementación en la empresa.

Para facilitar el desarrollo del presente ejercicio académico, el documento se ha dividido en seis partes: 1) Introducción, 2) Antecedentes, 3) Algunos conceptos, 4) Proceso de planeación estratégica, 5) Práctica de los procesos estratégicos y 6) bibliografía.

2.2.5.1 Proceso de planeación estratégica. El proceso de planeación estratégica tiene, básicamente cuatro componentes: la misión, los objetivos, las estrategias y el plan de cartera. El desarrollo del proceso da como resultado un plan estratégico.

Definir la Misión de la Organización.

Toda organización tiene una misión que la define, en esencia ésta debe contestar a la pregunta: ¿en qué negocio estamos?, el tener bien claro la misión hace que se tenga muy claro el espacio del producto (manufactura, servicio o idea). Debe establecerse, también, la visión que responde a la pregunta: ¿cuál debería ser el negocio? proyectando la supervivencia de la organización de cara a los cambios esperados del entorno a largo plazo.

Por causa de la apertura económica la mayoría de las empresas colombianas están abocadas a etapas de inestabilidad, crisis o reestructuración dentro de su ciclo vital. Este concepto plantea que al igual que los seres vivos las organizaciones pasan por diferentes estadios en su desarrollo, desde la gestación, la constitución o nacimiento, crecimiento/ desarrollo, madurez, crisis y eventualmente su desaparición. Por lo que el proceso de conformación de la misión debe resultar de un replanteo crítico de su funcionamiento y propósitos, en cada uno de los estadios y sobretodo en las crisis.

1. En la formulación de la misión, es pertinente considerar:
Clientes. ¿Quiénes son los clientes de la empresa?

Productos o servicios. ¿Cuáles son los productos o servicios más importantes de la empresa?

Mercados. ¿En que mercados compite?

Tecnología. ¿Cuál es la tecnología básica de la empresa?

Preocupación por supervivencia, crecimiento y rentabilidad. ¿Cuál es la actitud de la empresa con relación a metas económicas?

Filosofía. ¿Cuáles son los valores, creencias, y aspiraciones fundamentales de la firma y sus prioridades filosóficas?

Concepto de sí misma. ¿Cuáles son las fortalezas y ventajas competitivas claves de la empresa?

Preocupación por imagen pública. ¿Cuál es la imagen a que aspira la firma?

Calidad Inspiradora. ¿Motiva y estimula a la acción, la lectura de la misión?

2. Establecer los objetivos de la organización

Los objetivos son el fundamento de cualquier programa de planeación. La misión aclara el propósito de la organización a la administración. Los objetivos trasladan la misión a términos concretos para cada nivel de la organización.

Los objetivos son los estados o resultados deseados del comportamiento. Una persona o una empresa pueden desear, ya sea obtener algo o mejorar lo que ya se tiene. Los objetivos representan las condiciones futuras que los individuos, grupos u organizaciones luchan por alcanzar y deben ser concretados en enunciados escritos y si es posible cuantificando los resultados esperados. Los objetivos eficaces tienen las siguientes características: Especificidad, alcanzabilidad, mensurabilidad, orientados a resultados y limitados en el tiempo.

3. Formular las estrategias de la organización

El propósito de las estrategias es determinar y comunicar, a través de un sistema de objetivos y políticas mayores, una descripción del tipo de empresa que se desea o requiere.

Las estrategias no pretenden delinear con exactitud la forma en que la empresa habrá de alcanzar sus objetivos, dado que es la función de una serie de programas de soporte primarios y secundarios; pero, sí definen la estructura de trabajo que ha de servir de guía a pensamientos y actividades. Su utilidad práctica y su importancia como guía del direccionamiento, justifican de todas maneras, la separación de las estrategias como un tipo de plan con propósitos de análisis.

De acuerdo con las circunstancias, se pretende escoger una de cuatro estrategias. Las estrategias son los medios por los cuales una organización busca alcanzar sus objetivos. Como ninguna empresa posee recursos ilimitados, se deben tomar decisiones estratégicas para eliminar algunos cursos de acción y, entre otras cosas, para asignar los recursos. Para establecer las estrategias de la organización, se debe reflexionar acerca de los cambios a corto o largo plazo y la maximización de las utilidades.

Básicamente, hay cuatro tipos de alternativas estratégicas: 1) estrategias de penetración en el mercado, 2) estrategias de desarrollo del mercado, 3) estrategias para el desarrollo de productos y 4) diversificación.

Las estrategias de penetración en el mercado son orientadas a que los productos que ofrecen las organizaciones tengan mejor acogida entre sus clientes actuales.

Las estrategias de desarrollo del mercado consisten en la búsqueda de nuevos clientes para los productos que tiene la empresa.

Las estrategias para el desarrollo de productos para ofrecerlos entre sus clientes actuales.

La diversificación consiste en investigar sobre nuevos productos que se dirijan a clientes que no se tienen en este momento.

Para seleccionar las estrategias, toda organización debe centrarse en la consecución de las metas básicas planteadas en la misión corporativa.

2.2.5.2 prácticas de los procesos estratégicos La práctica de la planeación estratégica es una herramienta útil a la gerencia, no para adivinar el futuro o abolir sus riesgos, sino para que una empresa pueda enfrentarse en mejores condiciones que la competencia a las condiciones cambiantes propias de su entorno.

Para obtener lo mejor de las tecnologías de la Planeación Estratégica, es necesario:

- Presencia y compromiso de todo el equipo directivo con el proceso.
- Convocar a todo el personal para que suministre la información.
- Obtener la participación y el compromiso de toda la gente, informando suficientemente.
- Emplear las herramientas necesarias que posibiliten disponer del máximo posible de alternativas (cursos de acción).
- Los miembros del equipo de dirección deben poseer habilidades para cooperar en trabajo grupal.
- En caso necesario, disponer de un experto en el proceso para orientar eficientemente el trabajo de los implicados.

2.2.5.3 importancias de la planeación estratégica en la empresa. En los momentos actuales, la mayor parte de las organizaciones reconocen la importancia de la planeación estratégica para su crecimiento y bienestar a largo plazo. Se ha demostrado que si los gerentes definen eficientemente la misión de su organización estarán en mejores condiciones de dar dirección y orientación a sus actividades. Las organizaciones funcionan mejor gracias a ello y se tornan más sensibles ante un ambiente de constante cambio.

Ofrece un marco de referencia para una planeación más detallada y para decisiones ordinarias. El gerente por ejemplo al afrontar tales decisiones se preguntará: ¿Cuáles opciones serán las más adecuadas con nuestras estrategias?

Supone un marco temporal de tiempo más largo que otros tipos de planeación. Ayuda a orientar las energías y recursos hacia las características de alta prioridad.

Es una actividad de alto nivel en el sentido que la gerencia debe participar activamente ya que ella desde su punto de vista más amplio, tiene la visión necesaria para considerar todos los aspectos de la organización. Además se requiere adhesión de la alta dirección para obtener y apoyar la aceptación en niveles más bajos.

La planeación estratégica presenta las siguientes características dentro de una organización:

- Propicia el desarrollo de la empresa al establecer métodos de utilización racional de los recursos.
- Reduce los niveles de incertidumbre que se pueden presentar en el futuro, más no los elimina.
- Prepara a la empresa para hacer frente a las contingencias que se presenten, con las mayores garantías de éxito.
- Mantiene una mentalidad futurista teniendo más visión del porvenir y un afán de lograr y mejorar las cosas.

2.2.6 el hospital una organización.²⁸ En la conformación de un hospital se pueden identificar tres aspectos fundamentales:

- La estructura
- Los procesos
- El ambiente

²⁸ Universidad del Cauca – Facultad de Medicina 2005)

Podría decirse que cada sesión, cada área, de un hospital es una empresa.

Se puede visualizar la empresa hospital desde su conformación estructural. Se puede mirar cuales son sus niveles de responsabilidad, su jerarquía y la disposición de los elementos que requiere para realizar su tarea y alcanzar sus fines.

La estructura, los procesos deben obedecer a un análisis de:

- Necesidades del usuario que va a satisfacer.
- Características de la institución.
- Respuesta que debe dar al medio donde se desarrollará.

La creación de un hospital, obedece al conocimiento del perfil epidemiológico de la población beneficiaria y conocimiento del entorno.

• **Un Hospital - Un Sistema**

El hospital es un sistema compuesto por tres subsistemas:

1- La autoridad normativa, ejercida por los comités, las comisiones o los entes creados para fijar normas.

2- La autoridad médica, que es la del experto. Su juicio es acatado como tal y tiene autonomía en su área, con poder de decisión en ella.

3- La autoridad administrativa, que es la establecida por estatutos y ejercida por jerarquía.

Desde el punto de vista organizativo, un hospital está compuesto por varios subsistemas:

- El médico o científico
- El administrativo y financiero
- El recurso o talento humano

Es necesario conformar grupos interdisciplinarios que respondan a las necesidades de la comunidad y de la organización.

Otras funciones importantes que debe atender son las de:

- Docencia.
- Investigación en salud.
- Educación a la comunidad.

Organización Mundial De La Salud (OMS)

La OMS propone que el hospital “Debe proporcionar a la población atención médica completa tanto preventiva como curativa” y “Es también centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud, y además, un campo de investigación biosocial”.

- **Salud – Sistema**

- La salud como un sistema. Los hospitales pasan a ser, subsistemas de éste, constituyéndose como centro de la atención médica.

- Este subsistema hospital se puede considerar cuál es el significado que tienen diferentes aspectos como la autoridad, la organización y la función.

- **Hospital - Empresa**

Cuadro 4. Subsistema Hospital.

SUBSISTEMA HOSPITAL			
Autoridad	Normativa	Médica	Administrativa
Organización	Científica	Administrativa financiera	Talento o capital humano
Función	Asistencial	Docencia, investigación	Proyección comunitaria

Fuente: este estudio

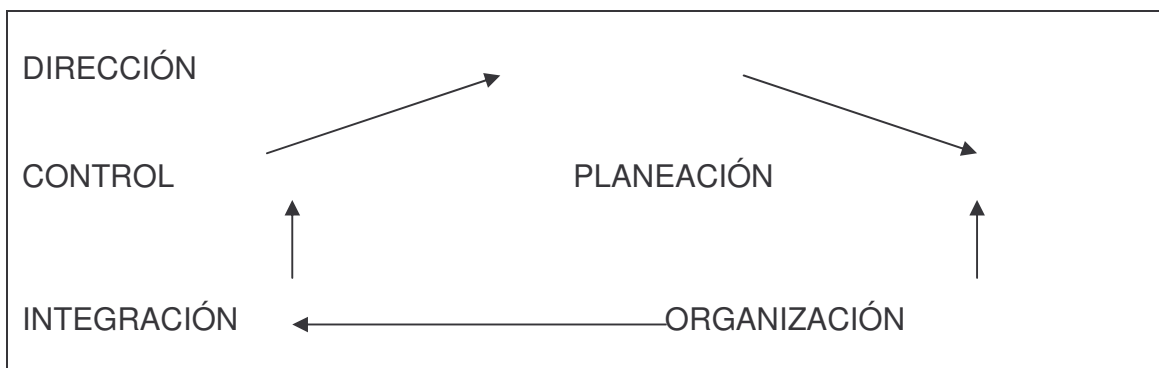
- **Del Liderazgo Individual Al Liderazgo De Grupo**

En toda empresa hospitalaria se requiere conformar un equipo gerencial que atienda los diferentes aspectos de una entidad de gran complejidad, generada esta no por sus dimensiones físicas o por el número de camas, sino por lo delicado de su labor, realizada sobre personas.

Las funciones del equipo gerencial son:

- Dirección
- Planeación
- Organización
- Integración
- Control

Figura 2. Proceso Circular de la Administración



Fuente: este estudio

Un hospital es una empresa que maneja todos los requerimientos mencionados, más personas enfermas.

Una empresa que no debe equivocarse, en ninguno de sus procesos.

Garantizar con calidad la atención del usuario con responsabilidad y compromiso, para evitar una mala práctica.

• **El Hospital: Empresa que Planea**

Planeación Hospitalaria: La planeación estratégica permite tomar decisiones para garantizar el futuro del hospital. No obstante sus beneficios, ésta por si misma no garantiza el éxito.

Planeación Hospitalaria: Partiendo de la visión y la misión, el hospital debe evaluar a través de una matriz DOFA, los objetivos, las metas que ayuden a definir políticas, para la asignación de recursos y evaluar los resultados de la gestión.

El Hospital Hoy: En cualquier empresa, principalmente en los hospitales, las obligaciones sociales trascienden sus propias funciones económicas. Es decir, que la empresa debe existir para el ser humano y no éste para ella.

Hospital: ¿solo empresa?: Una de las principales preocupaciones de las empresas hoy, está en controlar costos y ampliar mercados para aumentar el volumen de ventas y por tanto obtener buenas utilidades.

Hospital – Empresa: Las teorías económicas y su aplicación en el sector salud, hace que se de un enfoque técnico a problemas sociales.

Facilita la confusión entre la cobertura y el servicio.

Resultado, cantidad en la atención y no calidad.

Procesos Empresariales: Los procesos tienen tal importancia que pueden verse como la esencia, el corazón del negocio, es decir, que sin ellos no es viable ninguna empresa.

Estandarizados, sistematizados, ojalá robotizados, para que el desgaste sea mínimo y todo encaje en un sistema de producción cerrado que finalmente se convierta en un gran proceso.

Procesos Hospitalarios: No se puede reducir la salud a un proceso de compraventa, esto conduciría a que el personal de salud establezca entre sí relaciones en cadena, iguales a la industria desconociendo el valor terapéutico y humano que hay en la relación médico – paciente.

El Ser, El Deber Ser y El Querer de los Hospitales: Algunas corrientes económicas han visto en la salud una industria próspera, tanto en la prestación de servicios como en la infraestructura.

- Insumos
- Medicamentos
- Elementos desechables

Riesgo Que Amenaza A Los Hospitales: La ideología neoliberal llega también al sector de la salud. En esta tendencia hay dos elementos constantes:

- 1- El mercado como elemento de desarrollo económico y social.
- 2- La primacía del sector privado sobre el público.

En este planteamiento aparece la economía, no el ser humano, como verdadero centro y motivo de la empresa, como eje de todo propósito.

Los hospitales deben aprovechar la técnica y la ciencia en su propio beneficio y por consiguiente en el de sus pacientes, como empresa deben procurar algo más:

- Satisfacer necesidades sociales
- Usar un lenguaje expresivo
- Ser símbolo
- Representar valores
- Mantener la promesa
- Identificar su cultura

La labor de una institución hospitalaria refleja una tarea de inmensa complejidad:

- El compromiso de un hospital con el paciente
- La responsabilidad con la comunidad
- Las obligaciones sociales
- Los deberes con sus miembros y el manejo de recursos de toda índole
- El desarrollo de la ciencia

¿Para qué un hospital?: La dimensión trasciende la rutina de cada día y las fatigas y preocupaciones que le trae su labor y las que le imponen el medio.

Un hospital tiene sentido por el ser humano, independientemente de los derechos que señalan:

La Asociación Médica Mundial, La Asociación Americana de Hospitales, en su declaración de los derechos del paciente: Los hospitales responden no sólo a las necesidades de salud de la gente sino que deben representar y materializar sus mejores valores.

El hospital genera de parte de la comunidad sentimientos positivos, de solidaridad y apoyo, de respeto y lealtad, de confianza y credibilidad; en general los valores y sentimientos que la entidad misma profesa como sus valores corporativos.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **La gestión social:** Es una acción social por lo tanto es entendida como el canal por medio del cual se desarrolla en las personas y en la comunidad un espíritu emprendedor para generar un cambio social, para responder a la búsqueda de la superación de la pobreza, e igualmente para que se adquieran destrezas para abordar un entorno de turbulencia cuyos componentes políticos, económicos, socio-culturales, ambientales y tecnológicos no favorecen los procesos de desarrollo sociales
- **La Gerencia Social:** Es el proceso sistemático de PLANEAR, ORGANIZAR, DIRIGIR Y CONTROLAR lo social entendido esto como el conjunto de componente en búsqueda articulada de desarrollo económico y social de la comunidad
- **Planeación Estratégica:** Decidir anticipadamente el curso de acción en las organizaciones publicas o privadas con el provisto de servir de guía a la alta dirección para la toma de desiciones

2.4 MARCO INSTITUCIONAL

- **El Hospital Clarita Santos.**²⁹ El Hospital "Clarita Santos" - Sandoná - fue creado por la ley 5 de 1939 en la cual se autoriza su Existencia y el 1º de abril de 1946 se inauguró; es una entidad pública del orden municipal, sostenida y administrada por el estado, jurídicamente está regida por las normas propias de las entidades públicas de prestación de servicios de salud.

Figura 4. Hospital Clarita Santos



Fuente: este estudio

El Hospital "Clarita Santos" - Sandoná – se transformó en Empresa Social del Estado (ESE), mediante Acuerdo No 035 de Octubre 28 de 1998, emanado del H. Concejo Municipal de Sandoná, entendida como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden municipal, del primer nivel de complejidad, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa;

El Hospital en su condición de Empresa Social del Estado (ESE) está sometido al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículo 194, 195, y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y las disposiciones que la modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.

²⁹ Documentos Hospital Clarita Santos – Sandoná. 2008.

• **Transformación Institucional en Empresa Social del Estado (ESE).** EL Hospital "Clarita Santos" -Sandoná- se transformó el Empresa Social del Estado (ESE) del orden municipal en el año de 1998, en este sentido, la firma consultora conjuntamente con las directivas del Hospital analizó la minuta del Proyecto de Acuerdo para la creación o transformación de las IPS públicas en Empresas Sociales del Estado (ESE) y les proporcionó toda la orientación para la definición de su naturaleza jurídica.

2.4.2 Unidades funcionales

1. Área de dirección

- a. Unidad de Dirección
- b. Unidad Administrativa

2. Área De Prestación De Servicios

- a. Unidad de Consulta Externa
- b. Unidad de Hospitalización
- c. Unidad de Urgencias
- d. Unidad de Ginecobstetricia
- e. Unidad de Promoción y Prevención
- f. Unidad de Quirófanos

3. Área De Apoyo Logístico

- a. Unidad de Sistemas
- b. Unidad de Servicios Farmacéuticos
- c. Unidad de Servicios Generales
- d. Unidad de Laboratorio Clínico
- e. Unidad de Imagenología

• **Misión:** El Hospital "Clarita Santos" - Sandoná - Empresa Social del Estado (ESE), ofrece a la comunidad los servicios con calidad, eficiencia para satisfacción de nuestros Usuarios brindando una salud integral en los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Con lo anterior pretendemos elevar las condiciones de vida, disminuir la morbi – mortalidad en los grupos vulnerables, fomentar el autoestima y autocuidado a nivel individual y colectivo respetando la cultura de nuestro pueblo, manteniendo siempre el espíritu de universalidad, solidaridad y democracia proyectándonos hacia un futuro mejor convirtiéndonos en la primera Empresa de Salud.

- **Visión:** El hospital "Clarita Santos" - Sandoná - Empresa Social del Estado (ESE), será la mejor empresa, en la prestación de los servicios de salud, para el centro occidente del Departamento de Nariño; sobresaliendo por ser la primera, en ciencia, tecnología, logrando satisfacer las necesidades a sus clientes. Considerando que su mayor riqueza es el talento humano, y el compromiso de su gente, que siente como propia la empresa, con el propósito de servir a los usuarios en forma oportuna con calidad y calidez.

- **Valores**

Respeto

Responsabilidad

Honestidad

Sentido humano

Conciencia social

Crecimiento personal

- **Principios**

UNIVERSALIDAD: Atención en salud para todos los habitantes del municipio de Sandoná.

SOLIDARIDAD: Ampliar la cobertura de sus servicios hacia los lugares de difícil acceso en la zona rural del municipio de Sandoná.

INTEGRALIDAD: Brindar atención continua y oportuna a las familias e individuos dentro de sus contexto biosicosocial.

EFICIENCIA: Buscar y mejorar la utilización de los recursos humanos, tecnológicos y financieros que optimicen la prestación de los servicios en salud.

CALIDAD: Brindar servicios agregados al paciente para mantener su fidelidad a la Institución.

EQUIDAD: Brindar los servicios en salud sin discriminación y dependiendo de la necesidad en salud que presente el usuario.

COMPROMISO SOCIAL: Contribuir con el bienestar físico, social y mental de la comunidad del municipio de Sandoná.

- **Objetivos**

Elaborar e implementar un plan de desarrollo institucional encaminado a mejorar los procesos productivos de la empresa.

Elaborar e implementar plan financiero

Garantizar con las técnicas gerenciales la competitividad, rentabilidad social y financiera.

Contribuir a la formación del talento humano

Disminuir la morbilidad y mortalidad

Mejoramiento de la capacidad instalada y de hospitalización de la institución

Diseño, implementación y apertura de servicios en segundo nivel en ginecología, cirugía general, pediatría y medicina interna

- **Políticas**

Garantizar el funcionamiento de la empresa de acuerdo al presupuesto anual aprobado por la Junta Directiva

Garantizar educación, fomento, promoción y prevención de la enfermedad

La empresa contratara a sus proveedores por invitación pública por medios de comunicación

La empresa prestara el 100% de sus servicios a los afiliados al régimen contributivo, subsidiados y a particulares.

Implementar mecanismos de capacitación y educación del talento humano

3. METODOLOGIA

3.1 ENFOQUE:

Crítico – Social

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Porque describirá las características que identifican cada una de las áreas del HOSPITAL CLARITA SANTOS en Sandoná (Nariño) y su interrelación funcional, basado en la realidad de los hechos históricos y actuales, por ello este tipo de estudio estará basado en técnicas específicas de recolección de la información, como lo son la observación, la entrevista y la encuesta a los diferentes funcionarios de la entidad. La información recogida se analizará cuantitativa y cualitativamente.

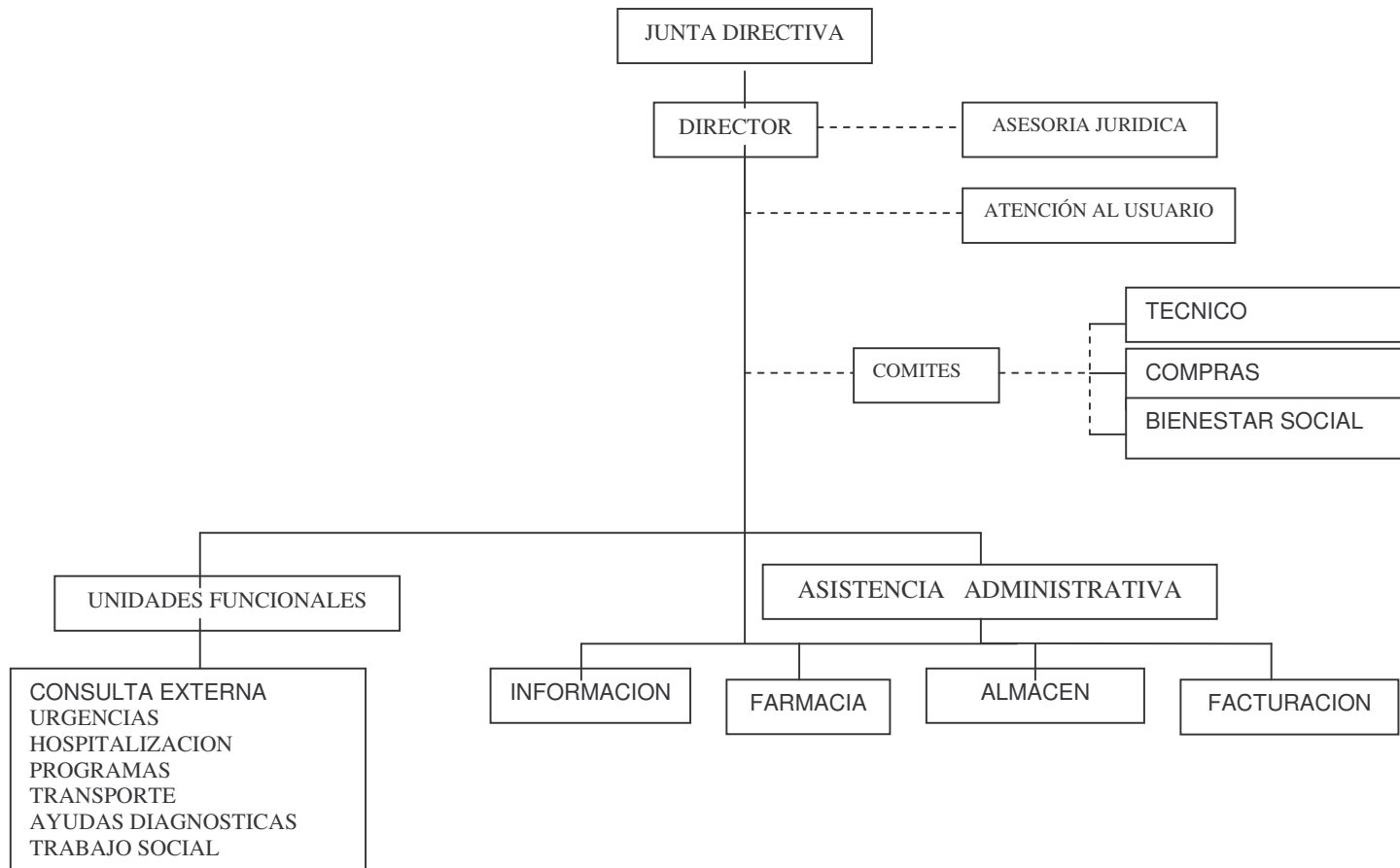
3.3 POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO

La población de estudio se delimitó teniendo en cuenta las características necesarias que deben reunir los sujetos o unidades de investigación para este tipo de trabajo.

Teniendo en cuenta lo anterior el Universo de estudio esta conformado por:

- Funcionarios del Hospital Clarita Santos
- Personal Directivo

Figura 5. Estructura Orgánica De Hospital “Clarita Santos” Sandoná - Empresa Social Del Estado (Ese)



Fuente: este Estudio

3.4 MUESTRA

Teniendo en cuenta el tamaño de los Universos de estudio no se considera necesario calcular y extraer una muestra representativa por lo tanto se adelantara un estudio tipo censo, es decir se trabajara con toda la población, teniendo en cuenta cada una de las áreas funcionales es decir se encesta al director de cada una de estas áreas

3.4.1 Unidades Funcionales

- **Área De Dirección**

Unidad de Dirección

Unidad Administrativa

- **Área De Prestación De Servicios**

Unidad de Consulta Externa

Unidad de Hospitalización

Unidad de Urgencias

Unidad de Ginecobstetricia

Unidad de Promoción y Prevención

Unidad de Quirófanos

- **Área De Apoyo Logístico**

Unidad de Sistemas

Unidad de Servicios Farmacéuticos

Unidad de Servicios Generales

Unidad de Laboratorio Clínico

Unidad de Imagenología

3.5 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.5.1 Las fuentes primarias. Para este proyecto la fuente primaria son los funcionarios y directivos del HOSPITAL CLARITA SANTOS.

3.5.2 Las fuentes secundarias. Serán los diferentes libros de administración tales como Elementos de administración de Harold Koontz, La Gerencia Integral de Jean Paul Sallenave, Las funciones administrativas de José María Mendoza, entre

otros, además modelos de planeación estratégica hospitalaria y la información que se recopile en el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

Las técnicas empleadas para la recolección de la información son: observación directa en la entidad hospitalaria para establecer relaciones y equivalencia y así evaluar tanto en sus factores internos como en el entorno en el que se encuentra. Se aplicaran encuestas a personal directivo como a los funcionarios del hospital

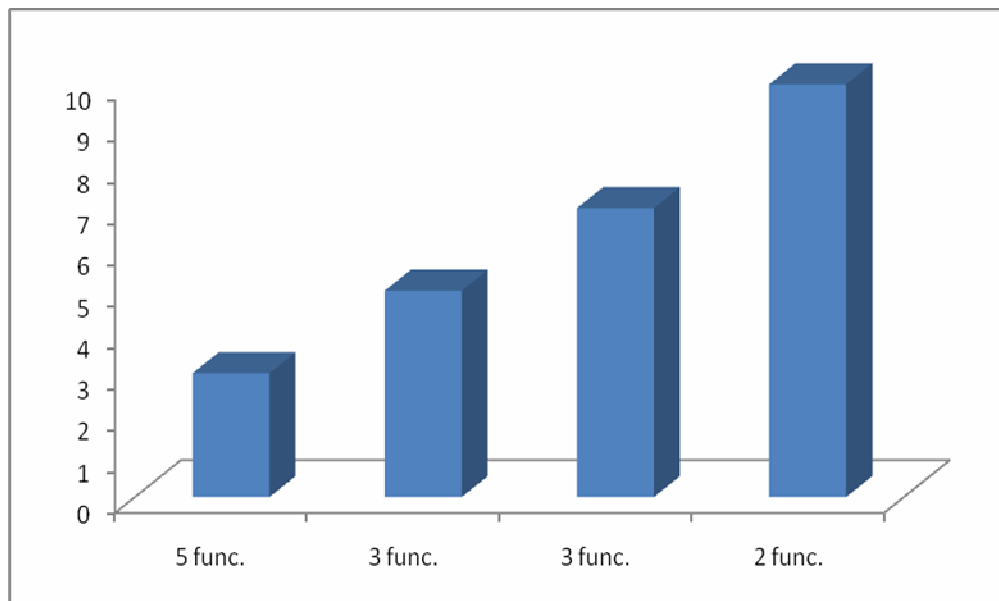
4. TABULACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Cuadro 5. Antigüedad de funcionarios en años

No de Funcionarios	Antigüedad Años
5 FUNCIONARIOS	3
3 FUNCIONARIOS.	5
3 FUNCIONARIOS.	7
2 FUNCIONARIOS	10

Fuente: este estudio

Grafico 2. Antigüedad de funcionarios en años



Fuente: este estudio

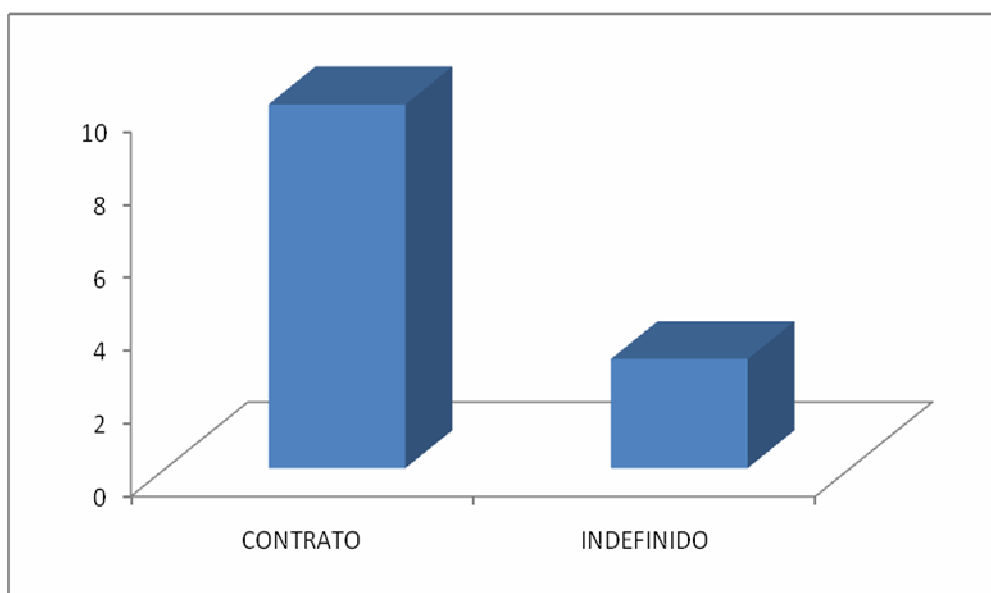
Los funcionarios presentan en promedio una antigüedad importante como funcionarios de la Institución, lo cual es importante para el estudio dado que esto garantiza el conocimiento necesario para la estructura del plan

Cuadro 6. Tipo de Vinculación

VINCULACION	No.	%
CONTRATO	10	77
INDEFINIDO	3	23

Fuente: este estudio

Grafico 3. Tipo de Vinculación



Fuente: este estudio

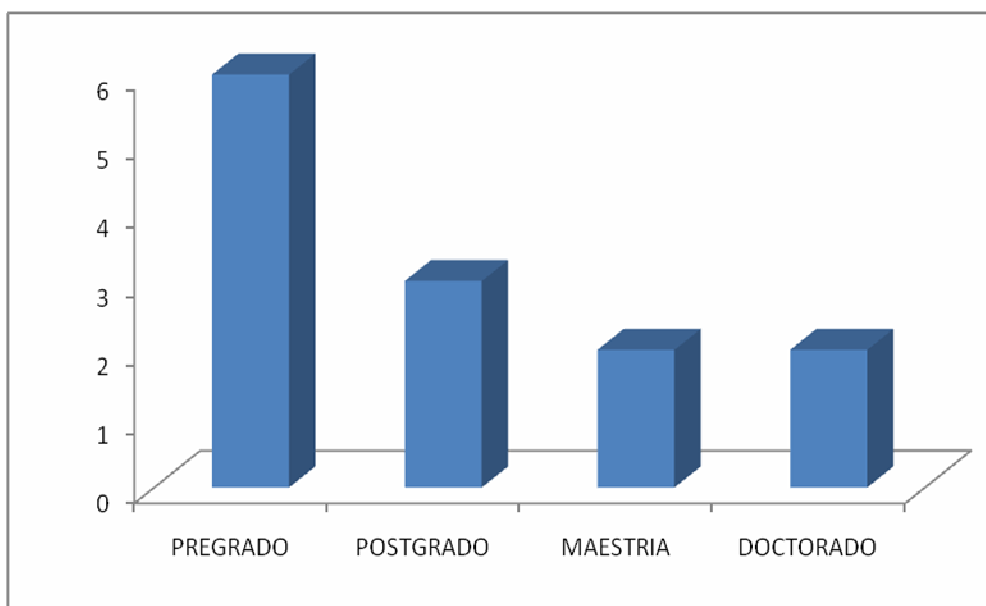
El 77% de los trabajadores se encuentran vinculados mediante contrato de trabajo, mientras que el 23% se encuentra vinculado a término Indefinido. Este aspecto se considera importante en el estudio por que garantiza seguimiento y evaluación al plan de llegar a implementarse

Cuadro 7. Nivel de estudios

ESTUDIOS	No.	%
PREGRADO	6	46
POSTGRADO	3	24
MAESTRIA	2	15
DOCTORADO	2	15

Fuente: este estudio

Grafico 4. Nivel de estudios



Fuente: este estudio

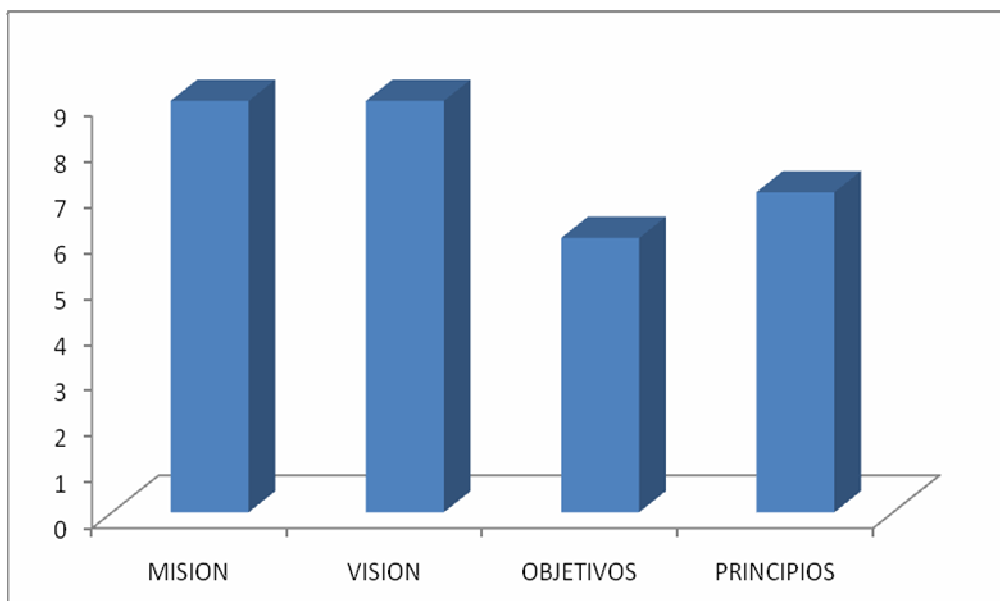
El nivel académico de los funcionarios del Hospital es importante. Esto garantiza un adecuado respaldo para la realización del trabajo

Cuadro 8. Conocimiento de Imagen corporativa

VARIABLE	LA CONOCEN	%
MISION	9	69
VISION	9	69
OBJETIVOS	6	46
PRINCIPIOS	7	54

Fuente: este estudio

Grafico 5. Conocimiento de Imagen corporativa



Fuente: este estudio

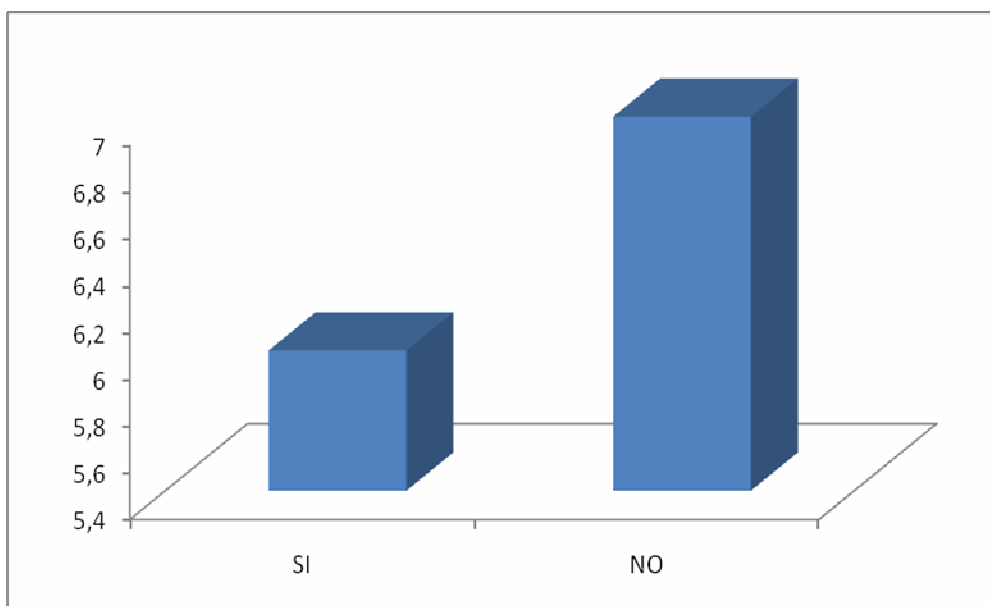
En general podemos decir que los funcionarios conocen la misión, visión, objetivos y principios de la Institución, sin embargo existe un número importante de funcionarios que desconocen estos importantes elementos básicos para la preparación del plan estratégico institucional

Cuadro 9. Número de Funcionarios

RESPUEESTA	No.FUNC.	%
SI	6	46
NO	7	54

Fuente: este estudio

Grafico 6. Número de Funcionarios



Fuente: este estudio

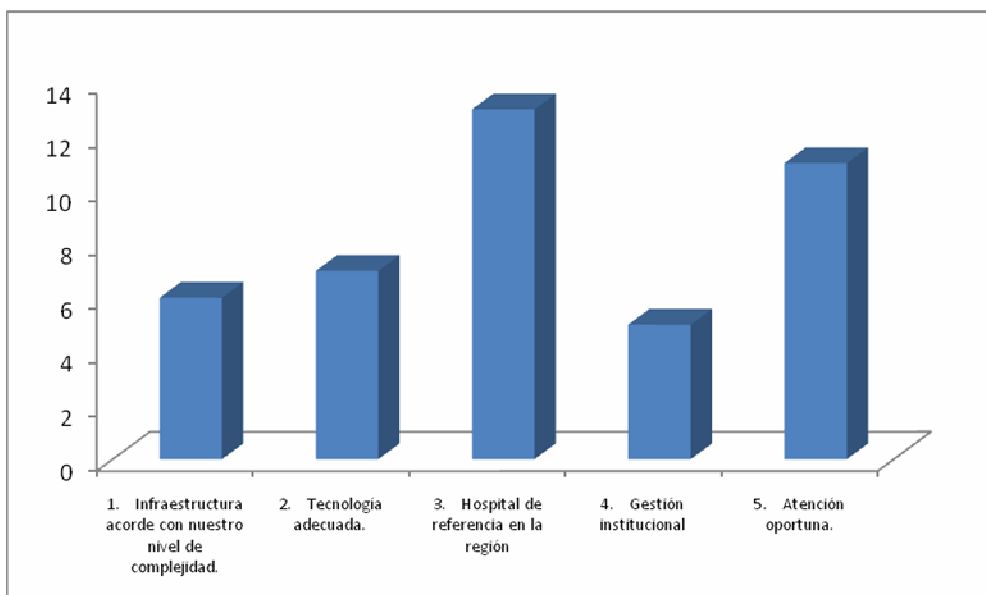
El 46% de los funcionarios si ha participado en procesos de planeación y redireccionamiento de la Institución. Es necesario sensibilizar a los otros funcionarios para comprometerlos con el diseño de la propuesta

Cuadro 10. Fortalezas

FORTALEZAS	No.FUNC.
1. Infraestructura acorde con nuestro nivel de complejidad.	6
2. Tecnología adecuada.	7
3. Hospital de referencia en la región	13
4. Gestión institucional	5
5. Atención oportuna.	11

Fuente: este estudio

Grafico 7. Fortalezas



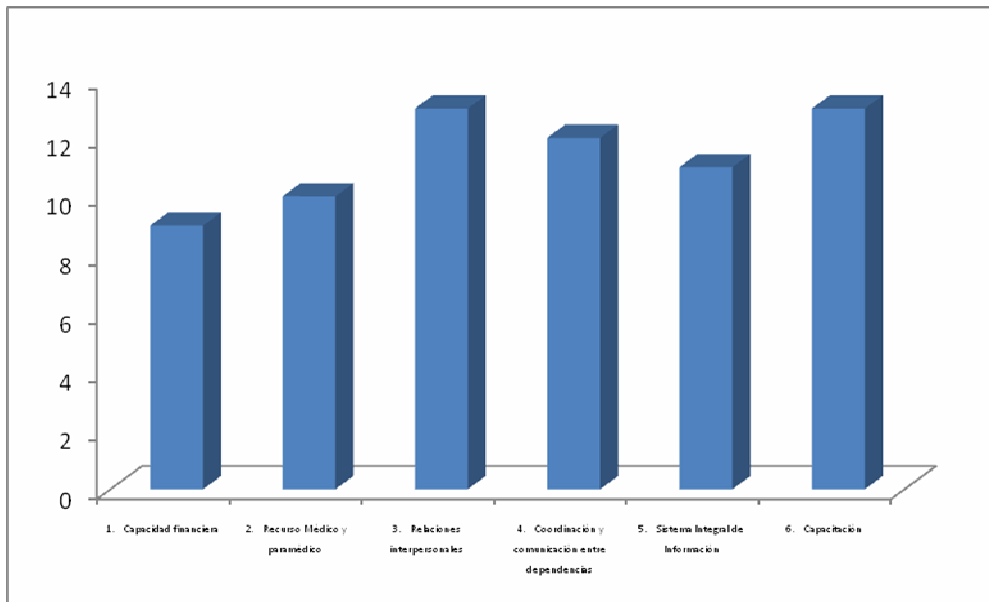
Fuente: este estudio

Cuadro11. Debilidades

DEBILIDADES	No.FUNC.
1. Capacidad financiera	9
2. Recurso Médico y paramédico	10
3. Relaciones interpersonales	13
4. Coordinación y comunicación entre dependencias	12
5. Sistema Integral de Información	11
6. Capacitación	13

Fuente: este estudio

Grafico 8. Debilidades



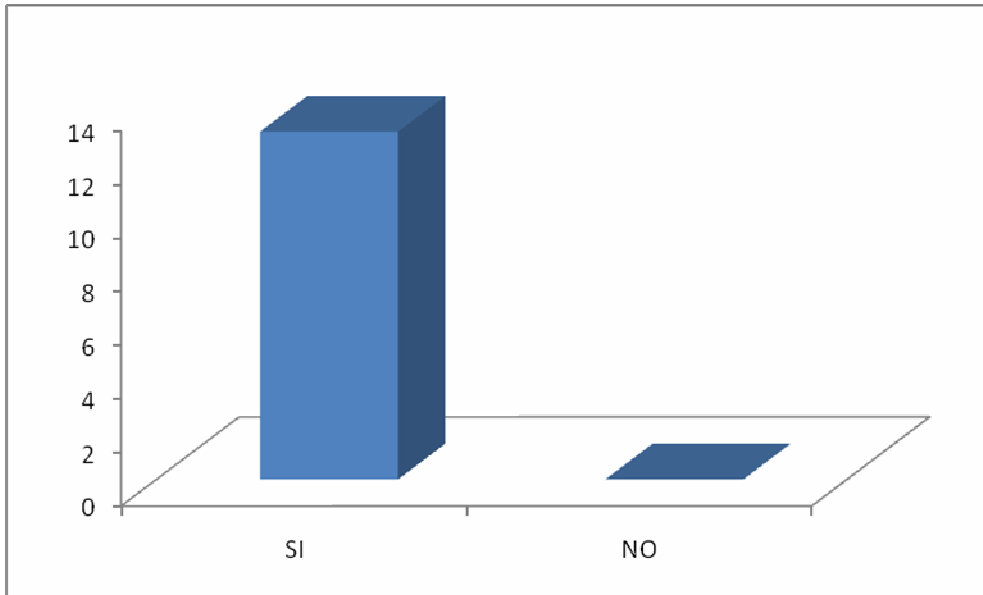
Fuente: este estudio

Cuadro 12. Respuestas positivas y negativas

RESPUESTA	No.FUNC.	%
SI	13	100
NO	0	0

Fuente: este estudio

Grafico 9. Respuestas positivas y negativas



Fuente: este estudio

El 100% de los encuestados afirman que el HOSPITAL CLARITA SANTOS requiere de un plan estratégico institucional que oriente y redirija a la entidad para enfrentarse con bases sólidas hacia el futuro próximo

5. DISEÑO PLAN ESTRATEGICO

5.1 METODOLOGÍA DE TRABAJO

5.1.1 Participantes. Participaron en la estructura del plan estratégico además de los diseñadores del mismo: HECTOR RUIZ CAÑIZARES y ROSA EMILIA CABRERA GUERRA las siguientes áreas funcionales:

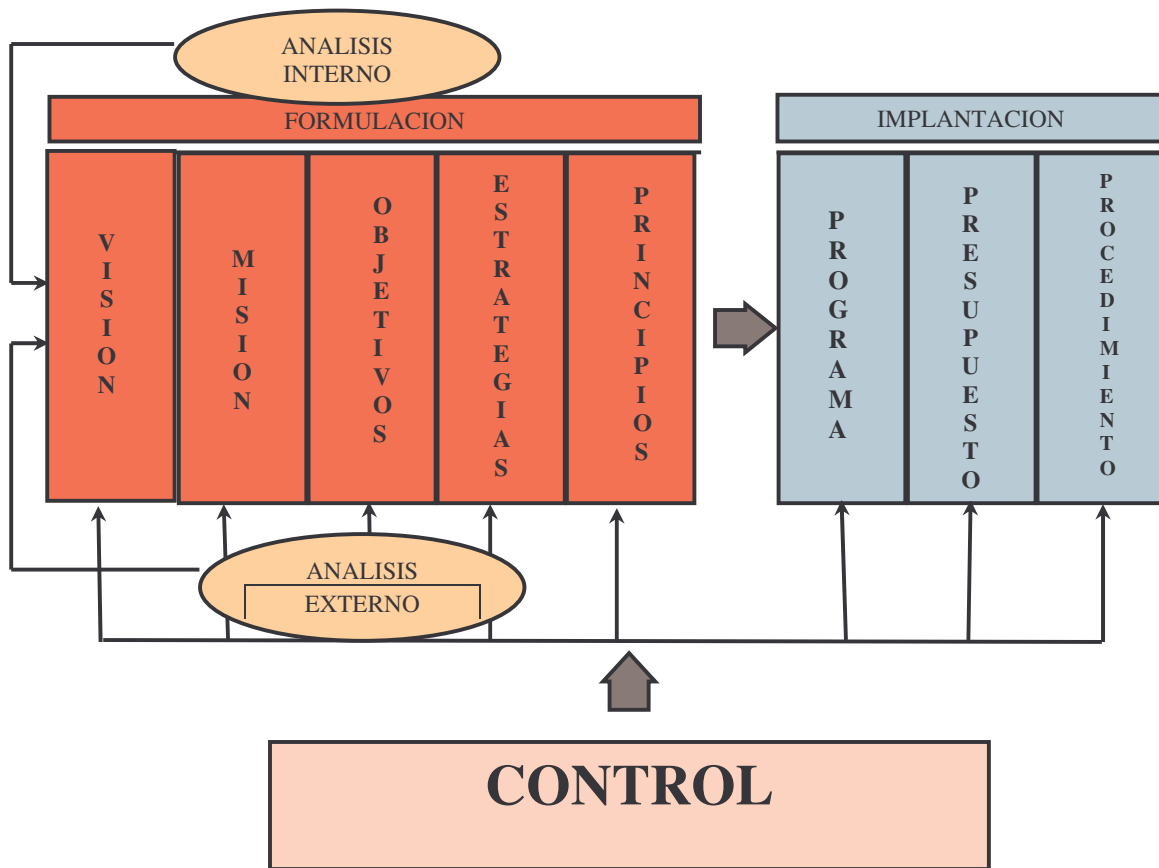
- Equipo Directivo
- Jefes de Centros de Responsabilidad
- Jefes de Servicios y/o Unidades de Apoyo
- Administrativos

5.1.2 Metodología. La metodología utilizada en la reestructuración de la Planificación Estratégica del HOSPITAL CLARITA SANTOS en Sandoná (Nariño), fue el desarrollo y aplicación de encuestas, talleres donde se llevaron a cabo lluvia de ideas, consenso grupal y la guía metodológica antes citada.

Dichas reuniones se llevaron a cabo entre Octubre y Diciembre de 2008, los días viernes.

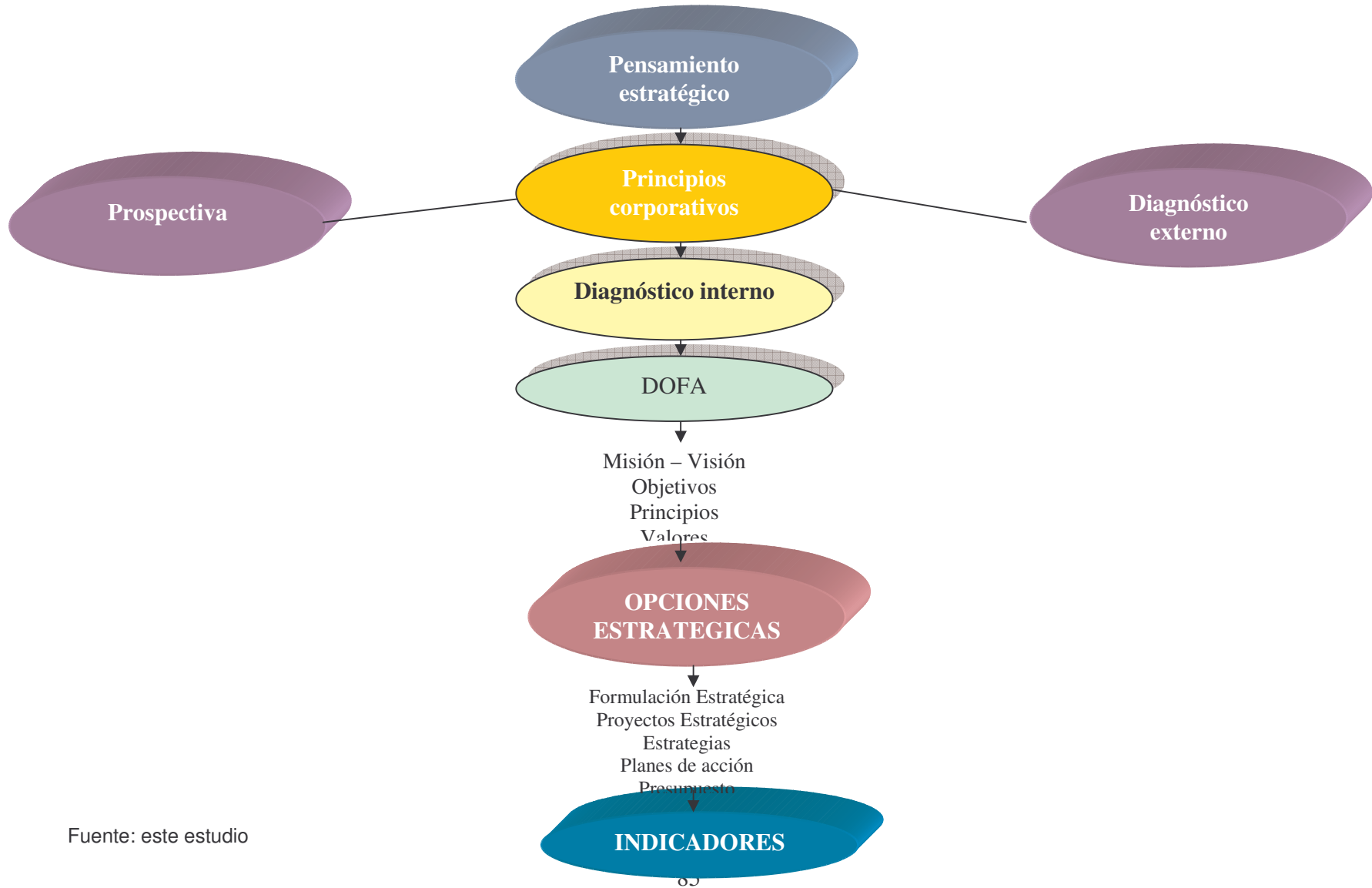
Se inició con una revisión del Plan Estratégico 2006 – 2008 presentado a la comunidad, para partir con esa base reestructurando aquello que carecía de metas e indicadores claros. En primer lugar se revisó la misión y visión del establecimiento, modificando el contenido y la redacción de ellas, se revisaron principios, políticas y objetivos y se propuso elementos complementarios

Figura 6. Reestructuración de la Planificación Estratégica del Hospital Clarita Santos en Sandoná (Nariño). Formulación – implantación



Fuente: este estudio

Figura 7. Reestructuración de la Planificación Estratégica del Hospital Clarita Santos en Sandoná (Nariño)



Fuente: este estudio

5.2 PLATAFORMA ESTRATEGICA

Para hacer una organización óptima de la Hospital "Clarita Santos" - Sandoná - Empresa Social del Estado (ESE), se utilizó la planeación estratégica que es el proceso mediante el cual quienes toman decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información pertinente interna y externa con el fin de evaluar la situación presente del Hospital así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institucional hacia el futuro.

Por lo anterior se utilizó la siguiente metodología para realizar la parte funcional y operativa de la Plataforma Estratégica.

1. Principios corporativos
2. Objetivos Corporativos
3. Diagnóstico estratégico interno y externo
4. Análisis DOFA
5. Unidades Funcionales
6. Misión
7. Visión
8. Plan Estratégico de Acción
9. Portafolio de Servicios

5.2.1 Principios Corporativos Actuales

Ejercer el liderazgo en la fijación de normas de desempeño para mejorar la prestación de Servicios.

Ser competitivos ofreciendo productos de calidad que satisfagan al cliente. Y que den mayor rentabilidad social y económica a nuestra Empresa.

Mantener sentido de pertenencia para que la Empresa no decaiga, sacarla siempre con un sentido de proyección al futuro.

Universalidad que existe hacia todo un conglomerado sin ninguna clase discriminativa, raza, credo.

Efectividad en la prestación de los servicios para mantener la credibilidad de los clientes.

Solidaridad en el compromiso adquirido entre la Institución y los clientes internos y externos.

Oportunidad en la prestación de servicios.

Amabilidad, respeto y responsabilidad en la atención a los clientes

5.2.2 Objetivos Corporativos Actuales

- ✓ Elaborar e implementar el Plan de Desarrollo y Financiero para la ESE Hospital Clarita Santos.
- ✓ Buscar contrataciones directas con las ARS – EPS, para mejorar los ingresos del hospital.
- ✓ Brindar al cliente un servicio oportuno, con calidad y calidez acorde a sus necesidades.
- ✓ Fortalecer el proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ Sensibilizar la familia a fomentar la autoestima y autocuidado.
- ✓ Coordinar intra y extra – Institucional para mantener un estilo de vida saludable.
- ✓ Capacitar técnicamente y en relaciones interpersonales a los funcionarios del Hospital Clarita Santos.

5.2.3 Diagnostico Estratégico Interno Y externo

- **Diagnostico interno:** Consiste en hacer un análisis de la empresa evaluando su situación presente, para ello utilizaremos como herramienta el listado de fortalezas y debilidades que la institución tenga, a través de una dinámica que busca hacer fluir ideas en forma participativa para: enunciar o identificar problemas, determinar causas probables de un problema y plantear posibles estrategias de solución.

- **Debilidades:** Actividades o atributos internos de una organización que inhiben o dificultan el éxito de una Empresa.

- **Listado de debilidades:**

Capacidad financiera

Sistema de Integral de Información

Coordinación y comunicación entre dependencias.

Relaciones interpersonales.

Recurso Médico y Paramédico.

Capacitación

- **Fortalezas:** Actividades y atributos internos de una organización que contribuyen y apoyan el logro de los objetivos de una institución.

- **Listado de fortalezas:**

Infraestructura acorde con nuestro nivel de complejidad.

Atención oportuna

Hospital de referencia en la región.

Gestión institucional.

Tecnología adecuada.

- **Diagnostico externo:** Permite identificar y valorar las amenazas y oportunidades potenciales de la Empresa, para su realización se tiene en cuenta la información primaria y secundaria del objeto de análisis y la identificación de las oportunidades y amenazas.

- **Oportunidades:** Son eventos, hechos o tendencias en el entorno de una organización que podrían facilitar o beneficiar el desarrollo de esta, si se aprovechan en forma oportuna y adecuada.

- **Listado de oportunidades:**

Ubicación geográfica y vías de acceso.

Apoyo permanente del Instituto Departamental de Salud de Nariño en las diferentes áreas

E.S.E.

Liquidación del centro médico municipal.

Apoyo municipal.

Capacidad de pago de la comunidad

- **Amenazas:** Son eventos, hechos o tendencias en el entorno de una organización que inhiben, limitan o dificultan su desarrollo operativo.

- **Listado de amenazas:** La comunidad no participa organizadamente para la vigilancia en la prestación de servicios de salud.

Saneamiento ambiental.

Zona de riesgo volcánico.

5.2.3.1 Priorización:

- **Fortalezas:**

Infraestructura acorde con nuestro nivel de complejidad.

Tecnología adecuada.

Hospital de referencia en la región

Gestión institucional

Atención oportuna.

- **Debilidades:**

Capacidad financiera

Recurso Médico y paramédico

Relaciones interpersonales

Coordinación y comunicación entre dependencias

Sistema Integral de Información

Capacitación

- **Oportunidades:**

Liquidación del centro médico municipal

E.S.E.

Apoyo municipal.

Capacidad de pago de la comunidad

Ubicación geográfica y vías de acceso.

Apoyo permanente del Instituto Departamental de Salud de Nariño en las diferentes áreas

- **Amenazas:**

La comunidad no participa organizadamente para la vigilancia en la prestación de servicios de salud.

Saneamiento ambiental.

Zona de riesgo volcánico

5.2.4 Análisis DOFA. Ayuda a determinar si la Empresa está capacitada para desempeñarse en su medio. Mientras más competitiva en comparación con sus competidores esté la Empresa, mayores probabilidades tiene de éxito. Este análisis está diseñado para ayudar a la gerencia a encontrar el mayor

acoplamiento entre las tendencias del medio, las oportunidades y amenazas y las capacidades internas, fortalezas y debilidades de la Empresa. Dicho análisis permitirá a la Empresa formular estrategias para aprovechar sus fortalezas, prevenir el efecto de sus debilidades, utilizar a tiempo sus oportunidades y anticiparse al efecto de las amenazas.

Cuadro 13. Modelo DOFA

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	Enumerar las de mayor impacto	Enumerar las de mayor impacto
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS
Enumerar las de mayor impacto	FO	FA
DEBILIDADES	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS
Enumerar las de mayor impacto	DO	DA

Fuente: este estudio

El análisis DOFA consiste en relacionar oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades preguntándose cómo convertir una amenaza en oportunidad, cómo aprovechar una fortaleza, cómo anticipar el efecto de una amenaza y prevenir el efecto de una debilidad. Al confrontarlas deberán aparecer estrategias FO-FA-DO- DA. El resultado del análisis DOFA sirve de resultado para la formulación de estrategias de la Empresa.

Cuadro 14. Matriz DOFA

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
DOFA	1. Liquidación del centro médico municipal 2. E.S.E. 3. Apoyo municipal. 4. Capacidad de pago de la comunidad 5. Ubicación geográfica y vías de acceso. 6. Apoyo permanente del Instituto Departamental de Salud de Nariño en las diferentes áreas	1. La comunidad no participa organizadamente para la vigilancia en la prestación de servicios de salud. 2. Saneamiento ambiental. 3. Zona de riesgo volcánico
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS FA
1. Infraestructura acorde con nuestro nivel de complejidad. 2. Tecnología adecuada. 3. Hospital de referencia en la región 4. Gestión institucional 5. Atención oportuna	✓ Ampliación del Portafolio de Servicios ✓ Optimización de los recursos tecnológicos para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud. ✓ Establecer un Plan de Mercadeo de los servicios en el área de influencia. ✓ Realizar alianzas estratégicas con otras IPS e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	✓ Implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU. ✓ Generar procesos de participación ciudadana y de control social en la prestación de los servicios de salud. ✓ Concertar con la Dirección Local de Salud la elaboración de un Plan de Saneamiento Ambiental. ✓ Elaboración del Plan de Atención de Emergencias y Desastres. ✓ Coordinar y participar con las instancias municipales en la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal

DEBILIDADES	ESTRATEGIAS DO	ESTRATEGIAS DA
1. Capacidad financiera 2. Recurso Médico y paramédico 3. Relaciones interpersonales 4. Coordinación y comunicación entre dependencias 5. Sistema Integral de Información 6. Capacitación	✓ Establecer un Plan Financiero con el fin de optimizar la administración y el uso eficiente de los recursos financieros. ✓ Elaborar un Plan de capacitación del personal médico y paramédico. ✓ Elaboración de un Plan de Desarrollo Institucional que involucre el mejoramiento del clima organizacional, la optimización de recursos y la generación de estrategias de mercadeo para el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud. ✓ Aprovechar las ventajas de la naturaleza jurídica de la Empresa Social del Estado (ESE) para la toma oportuna de decisiones.	✓ Diseñar y realizar un desarrollo del talento humano ✓ Generar políticas internas administrativas y financieras que permitan la optimización de los recursos. ✓ Implementar los procesos de administración de personal.

Fuente: este estudio

5.2.5 Unidades Funcionales

- **Área de Dirección**

Unidad de Dirección

Unidad Administrativa

- **Área de Prestación de Servicios**

Unidad de Consulta Externa

Unidad de Hospitalización

Unidad de Urgencias
Unidad de Ginecobstetricia
Unidad de Promoción y Prevención
Unidad de Quirófanos

- **Área de Apoyo Logístico**

Unidad de Sistemas
Unidad de Servicios Farmacéuticos
Unidad de Servicios Generales
Unidad de Laboratorio Clínico
Unidad de Imagenología

5.2.6 Misión Actual. El Hospital "Clarita Santos" - Sandoná - Empresa Social del Estado (ESE), ofrece a la comunidad los servicios con calidad, eficiencia para satisfacción de nuestros Usuarios brindando una salud integral en los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Con lo anterior pretendemos elevar las condiciones de vida, disminuir la morbi – mortalidad en los grupos vulnerables, fomentar el autoestima y autocuidado a nivel individual y colectivo respetando la cultura de nuestro pueblo, manteniendo siempre el espíritu de universalidad, solidaridad y democracia proyectándonos hacia un futuro mejor convirtiéndonos en la primera Empresa de Salud.

5.2.7 Visión actual.³⁰ El hospital "Clarita Santos" - Sandoná - Empresa Social del Estado (ESE), será la mejor empresa, en la prestación de los servicios de salud, para el centro occidente del Departamento de Nariño; sobresaliendo por ser la primera, en ciencia, tecnología, logrando satisfacer las necesidades a sus clientes. Considerando que su mayor riqueza es el talento humano, y el compromiso de su gente, que siente como propia la empresa, con el propósito de servir a los usuarios en forma oportuna con calidad y calidez.

³⁰ Documentos Hospital Clarita Santos Sandoná.

6. REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO³¹

6.1 MISION PROPUESTA

La empresa social del estado Hospital Clarita Santos del municipio de Sandoná es una entidad pública que brinda servicios en salud del primer nivel de complejidad con complementariedad en servicios de segundo nivel con calidad científica, administrativa y tecnológica contando con talento humano capacitado y comprometido con la institución fomentando en la comunidad la cultura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mejorando la calidad de vida de la población de Sandoná , satisfaciendo plena y oportunamente las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

6.2 VISIÓN PROPUESTA

Ser una Empresa líder, auto sostenible, proyectada hacia el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud, ser preferidos por las aseguradoras y la población del sur occidente del departamento; ofreciendo servicios de excelente calidad, con ética humana, científica y tecnológica centrada en el paciente.

6.3 VALORES DEFINIDOS

- Respeto
- Responsabilidad
- Honestidad
- Sentido humano
- Conciencia social
- Crecimiento personal

6.4 PRINCIPIOS DEFINIDOS

UNIVERSALIDAD: Atención en salud para todos los habitantes del municipio de Sandoná.

³¹ Documentos Hospital Clarita Santos Sandoná

SOLIDARIDAD: Ampliar la cobertura de sus servicios hacia los lugares de difícil acceso en la zona rural del municipio de Sandoná.

INTEGRALIDAD: Brindar atención continua y oportuna a las familias e individuos dentro de sus contexto biosicosocial.

EFICIENCIA: Buscar y mejorar la utilización de los recursos humanos, tecnológicos y financieros que optimicen la prestación de los servicios en salud.

CALIDAD: Brindar servicios agregados al paciente para mantener su fidelidad a la Institución.

EQUIDAD: Brindar los servicios en salud sin discriminación y dependiendo de la necesidad en salud que presente el usuario.

COMPROMISO SOCIAL: Contribuir con el bienestar físico, social y mental de la comunidad del municipio de Sandoná.

6.5 OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEFINIDOS

1. Usar eficientemente los recursos
2. Aumentar la participación social
3. Potenciar el desarrollo y gestión de las personas
4. Avanzar en el nuevo modelo de gestión hospitalaria
5. Mejorar la coordinación con la red asistencial
6. Mejorar los sistemas de información para la toma de decisiones
7. Avanzar en el desarrollo de la red de urgencia
8. Avanzar en el desarrollo de la red ambulatoria

6.6 POLITICAS DEFINIDAS

- Garantizar el funcionamiento de la empresa de acuerdo al presupuesto anual aprobado por la Junta Directiva
- Garantizar educación, fomento, promoción y prevención de la enfermedad
- La empresa contratara a sus proveedores por invitación pública por medios de comunicación

- La empresa prestara el 100% de sus servicios a los afiliados al régimen contributivo, subsidiados y a particulares.
- Implementar mecanismos de capacitación y educación del talento humano

7. PLAN ESTRETEGICO DE ACCION

La Formulación estratégica son las opciones estratégicas que deberán convertirse en Planes de Acción concretos con definición de responsables.

- **Estrategias:** Son las acciones que deben realizarse para mantener y soportar el logro de los objetivos de la organización y de cada unidad de trabajo y así hacer realidad los resultados esperados al definir los proyectos estratégicos.
- **Actividades:** Son las tareas que deber realizar cada unidad o área para concretar las estrategias en un Plan Operativo que permita su monitoreo, seguimiento y evaluación.
- **Metas:** Es lo que se desea alcanzar en términos concretos, cualitativos o cuantitativos.
- **Responsables:** Son las personas encargadas de realizar las actividades.
- **Limitaciones:** Son los obstáculos que puedan encontrarse en la ejecución de la estrategia con el fin de programarse accione contingentes.

Cuadro 15. Plan Estratégico de Acción

ESTRATEGIA BASICA	ACTIVIDADES	METAS	RESPONSABLES	LIMITACIONES
Elaboración del Portafolio de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de las Unidades funcionales con sus respectivos servicios. ▪ Identificación del mercado y la competencia. ▪ Elaboración del Portafolio de Servicios 	<p>Unidades Funcionales con sus respectivos servicios identificados en 1 mes.</p> <p>Mercado y competencia identificada en 1 mes.</p> <p>Portafolio de servicios elaborado en 1 mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gerente ◆ Responsables de Unidades funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liderazgo.
Elaboración del Plan de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asesoría del Programa Sistemas Municipales de Salud y de la Dirección Departamental de Salud ▪ Conformación de equipos de trabajo. ▪ Elaborar diagnóstico de la situación actual de la Empresa ▪ Elaborar Plan de trabajo y Cronograma de actividades en tiempo y espacio. ▪ Definir Proyectos y 	<p>Plan de Desarrollo Institucional Elaborado y socializado en 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente ▪ Subdirección Administrativa ▪ Subdirección Científica ▪ Comités ▪ Control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de tiempo.

	<p>Presupuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer sistemas de control y seguimiento. ▪ Socializar 			
Diseño de un Plan de Mejoramiento Continuo para la prestación de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del Manual de Procesos y Procedimiento. ▪ Establecer indicadores de gestión. ▪ Implementación del Sistema de Control Interno. ▪ Capacitación del Talento Humano. 	<p>Levantamiento de procesos en 3 meses.</p> <p>Definición de Indicadores de Gestión en 1 mes.</p> <p>Montaje del Sistema de Control Interno en 6 meses.</p> <p>Diseño de un Plan de Capacitación en 1 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente ▪ Subdirector Administrativo ▪ Subdirector Científico ▪ Control Interno ▪ Jefe de Recursos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información oportuna ▪ Disponibilidad de tiempo ▪ Conflictos internos
Elaboración del Plan de Mercadeo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Portafolio de servicios. ◆ Identificación de la oferta y demanda ◆ Actualización de normas y disposiciones que regulen el mercado. ◆ Promoción de la imagen corporativa 	<p>Portafolio de servicios elaborado en 1 mes.</p> <p>Oferta y Demanda identificada en 1 mes.</p> <p>Actualización de normas de mercado en forma permanente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Director ▪ Alcalde ▪ Responsables de Unidades Funcionales ▪ Secretaría de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimientos técnicos ▪ Definición de costos ▪ Talento humano

		Promoción de imagen corporativa continuamente		
Implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar el equipo responsable de su funcionamiento. ▪ Definir funciones del equipo, los procesos y procedimientos. ▪ Ubicación física y espacial de la oficina. ▪ socializar 	<p>Definición del equipo responsable en 15 días.</p> <p>Definición de funciones, procesos y procedimientos en 1 mes.</p> <p>Oficina ubicada en el Hospital en 1 semana.</p> <p>Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU socializado en forma continúa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente ▪ Control interno ▪ Recursos Humanos ▪ Trabajo social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad política.
Generación de procesos de participación ciudadana y control social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar charlas comunitarias ▪ Montaje del Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU. ▪ Aplicar encuestas de satisfacción de usuarios ▪ Diseñar mecanismos de control ciudadano. 	<p>1 charla comunitaria al mes.</p> <p>Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU funcionando en 1 mes.</p> <p>Sistema de Muestro mensual establecido</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Junta Directiva ▪ COPACOS ▪ Equipo extramural ▪ Control Interno ▪ Enfermera Jefe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo con grupos numerosos de la comunidad ▪ Diversidad de opiniones ▪ Grupos étnicos

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buzón de sugerencias. 	<p>con base en la población usuaria del servicio.</p> <p>Mecanismos de control ciudadano diseñados en 1 mes.</p> <p>2 Buzones de sugerencias instalados en 1 mes.</p>		
<p>Realizar alianzas estratégicas con otras IPS e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer contactos con los diferentes actores del Sistema ▪ Conocer los servicios de la competencia ▪ Elaborar un diagnóstico del mercado ▪ Se definen las alianzas ▪ Se elabora el Plan 	<p>Contactos con los diferentes actores del sistema en 1 mes.</p> <p>Diagnóstico de los servicios de la competencia en 1 mes.</p> <p>Diagnóstico del mercado en 15 días</p> <p>Alianzas definidas en 1 mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estaf directivo 	<p>Desconocimiento del mercado</p> <p>Información</p>
<p>Mejoramiento de la capacidad financiera de la Empresa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del presupuesto con base en los servicios a ofrecer. ▪ Implementación del Sistema Contable. 	<p>Presupuesto Elaborado y aprobado en 1 mes.</p> <p>Sistema Contable</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente ▪ Asistente administrativo ▪ Control interno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimientos técnicos ▪ Software y hardware ▪ Talento humano

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación del Sistema de facturación y de Cuentas por Cobrar. ▪ Diseño de indicadores de gestión ▪ Evaluación y Control. 	<p>implantado en 3 meses.</p> <p>Sistema de facturación y cuentas por cobrar implementados en 3 meses.</p> <p>Indicadores definidos en 15 días.</p> <p>Evaluación y control continuo.</p>		
Elaboración de Proyectos para el Plan de Desarrollo Municipal.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Concertación con autoridades locales y comunidad. ◆ Diagnóstico de necesidades en salud del municipio. ◆ Priorización de necesidades ◆ Elaboración de proyectos. 	<p>1 reunión con autoridades locales y comunidad al mes.</p> <p>Diagnóstico de necesidades elaborado en 2 meses.</p> <p>Necesidades priorizadas en 15 días.</p> <p>Proyectos elaborados y viabilizados en 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Alcalde ◆ Concejo municipal ◆ Secretaría de Salud ◆ Gerente ◆ Jefes de Unidades funcionales ◆ Equipo extramural 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de tiempo ▪ Recursos financieros ▪ Conocimientos técnicos
Establecer un adecuado clima	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostico laboral de la Empresa. ▪ Determinación de la 	<p>Diagnóstico laboral realizado en 2 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente ▪ Subdirector Administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflictos internos. ▪ Marco legal

organizacional	<p>Planta de personal necesaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación de carrera administrativa ▪ Definición de políticas de contratación. ▪ Afiliación a seguridad social ▪ Diseño de un Plan de Capacitación ▪ Implementación de indicadores de productividad 	<p>Plan de Cargos definido en 1 mes.</p> <p>Carrera Administrativa implementada en 1 año.</p> <p>Contratos laborales establecidos en 1 mes.</p> <p>Seguridad social definida en 2 meses.</p> <p>Plan de Capacitación elaborado en un 1 mes y en ejecución permanente.</p> <p>Indicadores de productividad definidos en 1 mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control Interno ▪ Jefe de Recursos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas laborales. ▪ Recursos financieros Conocimientos técnicos
Aprovechamiento del marco jurídico de las Empresas Sociales del Estado (Empresa Social del Estado (ESE))	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de la Plataforma Jurídica de la Empresa Social del Estado (Empresa Social del Estado (ESE)). ▪ Hacer ajustes legales correspondientes. ▪ Operativizar las estructuras creadas para el 	<p>Plataforma Jurídica de la Empresa Social del Estado (ESE) revisada y ajustada en 2 meses.</p> <p>Estructura organizacional definida y funcionando en 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Junta Directiva ▪ Gerente ▪ Oficina de Asesoría Jurídica. ▪ Control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad política ▪ Conocimientos técnicos

	<p>funcionamiento de la empresa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer uso de las ventajas legales de la figura jurídica. 			
Elaboración del Plan de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Asesoría de la Dirección Departamental de Salud. ◆ Conformación de equipos de trabajo. ◆ Elaborar diagnóstico de la situación actual de la Institución. ◆ Elaborar Plan de Trabajo y Cronograma de actividades en tiempo y espacio. ◆ Definir Proyectos y Presupuesto. ◆ Establecer sistemas de control y seguimiento. ◆ Socializar 	Plan de Desarrollo Institucional Elaborado y socializado en 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente ▪ Personal Profesional del Centro de Salud. ▪ Control Interno municipal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de tiempo ▪ Conocimientos técnicos ▪ Talento humano

Elaboración del Plan de Atención de Emergencias y Desastres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformación comité ▪ Elaboración del diagnóstico situacional ▪ Inventario de la red de servicios ▪ Determinación de responsabilidades 	<p>Comité conformado en 1 mes.</p> <p>Diagnóstico situacional elaborado en 3 meses.</p> <p>Inventario de la red levantado en 1 mes.</p> <p>Responsabilidades definidas en 1 mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcalde ▪ Gerente ▪ Autoridades civiles, eclesiásticas y militar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad política ▪ Disponibilidad de tiempo
--	---	--	---	---

Fuente: este estudio

8. COMITES REGLAMENTARIOS

8.1 DEFINICION Y OBJETIVOS

Los Comités, definidos como organismos de tipo consultivo o asesor, tienen como función desarrollar actividades de asesoría, coordinación, integración, evaluación y control, que faciliten al Equipo Gerencial la definición de planes y políticas generales que permitirán el cumplimiento de la misión y de los objetivos empresariales propuestos, con el fin de asegurar la prestación de un servicio ágil, oportuno, eficiente, efectivo:

- **Ventajas:**

Es una suma de conocimientos y experiencias

Permite interactuar diferentes puntos de vista

Propicia acuerdos en temas de cierta dificultad

Analiza las situaciones sin connotaciones subjetivas

Las propuestas tienen mayor realismo y objetividad

Permite el crecimiento de sus miembros

- **Clases De Comités**

Comité Técnico Científico

Comité de Ética Hospitalaria

Comité de Historia Clínicas

Comité de Vigilancia Epidemiológica

Comité de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial

- **Estructura**

Objetivo

Dependencia u oficina responsable del normal funcionamiento

Composición

Funciones Específicas

Periodicidad de las Reuniones

Cuadro 16. Conformación de Comités Reglamentarios

COMITÉ DE ETICA MÉDICA				
OBJETIVO	DEPENDENCIA	COMPOSICION	FUNCIONES	PERIODICIDAD DE REUNIONES
Asesorar y orientar a la Gerencia en la toma de decisiones que promuevan y mantengan el desarrollo dinámico de las diferentes Áreas y Unidades Funcionales en la Empresa Social del Estado.	Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gerente (convoca y preside) ➤ Subdirector Científico ➤ Subdirector Administrativo ➤ Jefe Oficina de Control Interno ➤ Jefe Atención Médica ➤ Jefe Oficina de Planeación ➤ Jefes Unidades Funcionales 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Velar por el cumplimiento de las normas Tecnicocientíficas que expida el Ministerio de Salud. ☛ Analizar y estudiar propuestas que propendan por el mejor funcionamiento de las diversas áreas funcionales. ☛ Sugerir soluciones para superar las debilidades de las diferentes Unidades Funcionales y acciones que apoyen la toma de decisiones gerenciales, de tal forma que se pueda garantizar el funcionamiento general de la Empresa Social del Estado. ☛ Promover el mantenimiento de un alto nivel científico y técnico en los profesionales que hacen parte de la institución. 	Mensual

			<ul style="list-style-type: none"> ☛ Sugerir mejoras tecnicocientíficas encaminadas a asegurar la óptima actividad profesional. ☛ Propender y motivar hacia el ejercicio ético de la práctica médica. ☛ Sugerir guías de atención que garanticen la prestación de un servicio eficiente, oportuno y de calidad. ☛ Promover y emplear métodos de evaluación y control que garanticen el funcionamiento de los procesos institucionales. 	

COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA				
OBJETIVO	DEPENDENCIA	COMPOSICION	FUNCIONES (Art. 16 Decreto 1757/94)	PERIODICIDAD DE REUNIONES
Asesorar y orientar a los profesionales de la salud que hacen parte de la Empresa Social del Estado, en la determinación de normas y procedimientos éticos que garanticen la integridad de la persona humana y promuevan el sano ejercicio de la actividad técnica y científica	Subdirección Científica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gerente ➤ Subdirector Científico ➤ Jefe Atención Médica ➤ Representante Cuerpo de Enfermería ➤ Representante Cuerpo Médico ➤ Representantes de la Comunidad: <p>2 de las Alianzas de Usuarios</p> <p>2 de los COPACOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servicio público. ☛ Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria los derechos y deberes en salud. ☛ Velar porque se cumplan en forma ágil y oportuna, los derechos y deberes tanto del paciente como del profesional que presta el servicio. ☛ Proponer y vigilar el cumplimiento de las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo. ☛ Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los deberes y derechos ciudadanos en salud, 	Mensual

			<p>a través del Sistema de Información de Atención al Usuario (SIAU).</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Emitir un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud. <p>OTRAS FUNCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Revisar las normas y procedimientos del hospital para que se ajusten a la ética ☛ Velar por que se respeten tanto los derechos del paciente como los del profesional que presta el servicio. ☛ Analizar y asesorar las decisiones relacionadas con problemática de carácter ético 	
--	--	--	--	--

COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS				
OBJETIVO	DEPENDENCIA	COMPOSICION	FUNCIONES	PERIODICIDAD DE REUNIONES
Asesorar y orientar a los profesionales de salud en el cumplimiento de las normas establecidas tanto para el diligenciamiento como para el manejo adecuado de la Historia Clínica, debido a que es un documento que facilita el control y la evaluación de la calidad y eficacia de la atención brindada al paciente.	Subdirección Científica	<ul style="list-style-type: none"> • Subdirector Científico • Jefe Atención Médica • Coordinador Estadística • Representante Equipo Médico • Representante Equipo de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Adoptar las normas nacionales sobre el contenido de la Historia Clínica, su forma de diligenciamiento y velar por que estas se cumplan. ☛ Asegurar el uso de técnicas eficientes para archivar, catalogar y conservar las Historias Clínicas, con el fin de que estas se encuentren fácilmente disponibles. ☛ Comunicar a la Gerencia y al Comité Técnico Científico cualquier cambio en los formatos de Historia Clínica. ☛ Implantar y poner en funcionamiento un Sistema de Información para el manejo de registros estadísticos que facilite el enlace con los niveles administrativos y permita la consolidación de los datos individuales. 	Mensual

COMITÉ DE MEDICINA, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL				
OBJETIVO Dct. 614/84	DEPENDENCIA	COMPOSICION	FUNCIONES Dcto 614/84 Ar. 26 – Res 2013/86 Ar. 11	PERIODICIDAD DE REUNIONES
Promover y vigilar el cumplimiento de las normas, reglamentos de salud ocupacional que propendan por el mejoramiento y el mantenimiento de las condiciones de vida y salud de los empleados, y que garanticen el bienestar y seguridad de las empresas.	Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es un comité de tipo paritario, cuyos integrantes representan en partes iguales tanto a la Empresa como a los trabajadores. ➤ Si en la empresa existe alguna instancia que maneje estos temas o esté creada la oficina de Salud Ocupacional, esta hará parte automática y principal del comité en mención. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Vigilar que se cumplan las normas y reglamentos de Salud Ocupacional cuyo fin es proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, orgánicos, mecánicos y otros que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo. ☛ Participar en la organización y ejecución de actividades de capacitación en Salud Ocupacional. ☛ Participar de las actividades de promoción, divulgación e información sobre Medicina, Higiene y Seguridad Industrial entre empleador y empleado, para obtener su participación activa en el desarrollo de los programas y actividades de Salud Ocupacional de la Empresa. ☛ Proponer a la administración 	

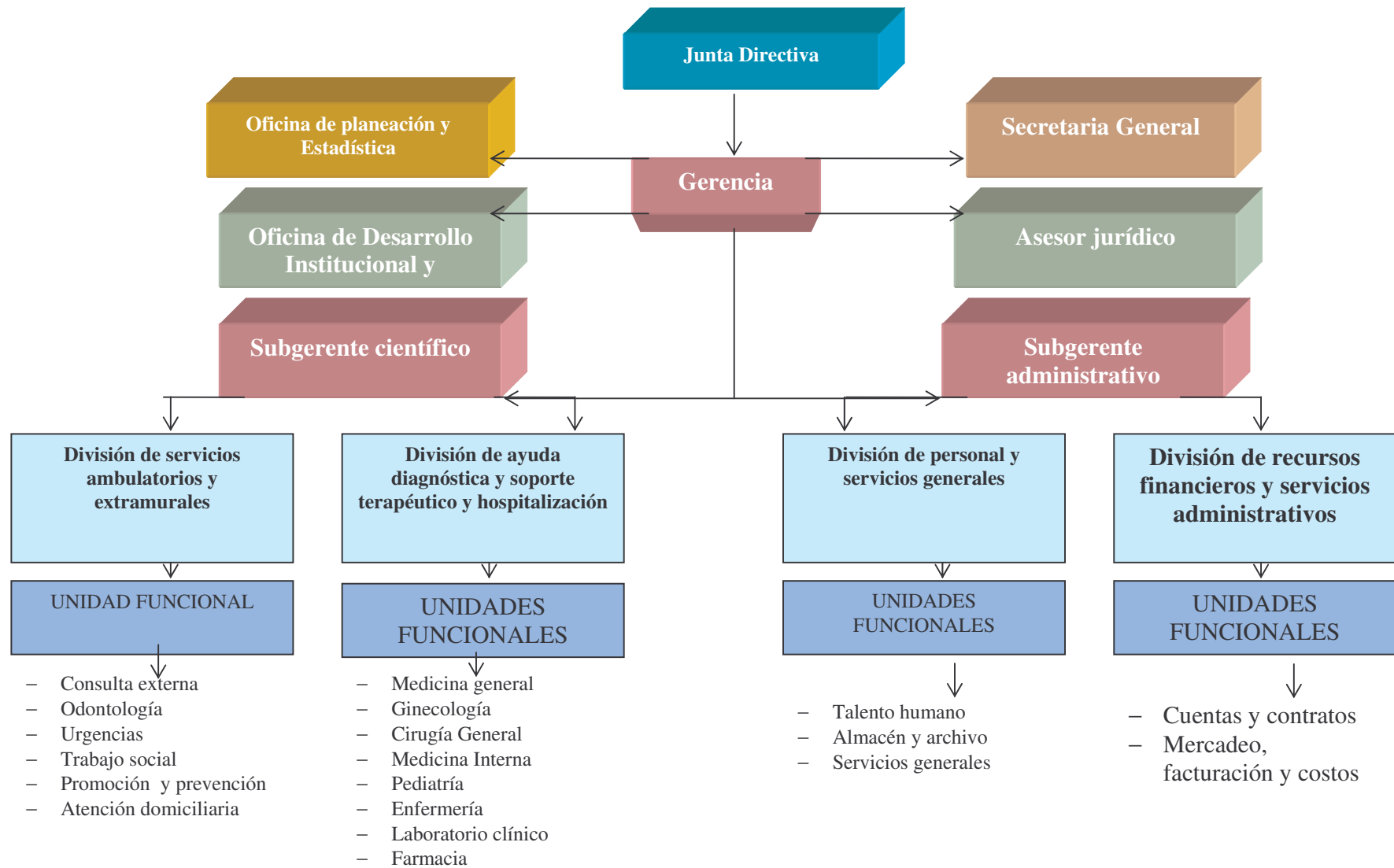
			<p>de la Empresa la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Analizar las causas más frecuentes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional con el fin de tomar las medidas correctivas necesarias. ☛ Identificar factores de riesgo en las diferentes áreas de trabajo y proponer las medidas correctivas y de control. ☛ Recomendar normas para prevenir accidentes y adelantar campañas, así como estudiar y considerar las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial. ☛ Velar y verificar por el cumplimiento del plan de salud ocupacional y panorama de riesgos. 	
--	--	--	--	--

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA				
OBJETIVO	DEPENDENCIA	COMPOSICION	FUNCIONES	PERIODICIDAD DE REUNIONES
<p>Asesorar a las directivas de la Empresa Social del Estado en la definición, interpretación y aplicación de las medidas preventivas y correctivas tendientes a reducir la incidencia de la infección intrahospitalaria, sus factores condicionantes y desencadenantes. Todo ello con el fin único de garantizar la seguridad del paciente y del personal que labora en la institución.</p>	<p>Subdirección Científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gerente ➤ Coordinador o Auxiliar de Estadística ➤ Coordinador de Enfermería ➤ Coordinador Laboratorio Clínico ➤ Promotor de saneamiento ambiental ➤ Subdirector Científico ➤ Auxiliar de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Cumplir y hacer cumplir las normas oficiales sobre vigilancia epidemiológica. ☛ Orientar la aplicación de las normas operativas de prevención de la infección intrahospitalaria y de bioseguridad. ☛ Mantener un diagnóstico actualizado en cuanto a ocurrencia de Infecciones Intrahospitalarias y factores de riesgo ☛ Identificar los procedimientos, circunstancias ambientales y otros factores causantes de la aparición y diseminación de la infección intrahospitalaria. ☛ Estandarizar los criterios de vigilancia y protocolos de manejo 	<p>Mensual</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ☛ Implementar programas de capacitación en aspectos tales como prevención, vigilancia y control de infecciones hospitalarias. ☛ Asesorar, supervisar y controlar el manejo que se da a los desechos hospitalarios ☛ Promover y orientar la participación de la comunidad en acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria ☛ Evaluar los resultados epidemiológicos y las medidas preventivas y correctivas de la infección hospitalaria. 	
--	--	--	---	--

Fuente: este estudio

Figura 8. Organigrama



Fuente: este estudio

9. OBJETIVOS ESTRATEGICOS PROPUESTOS

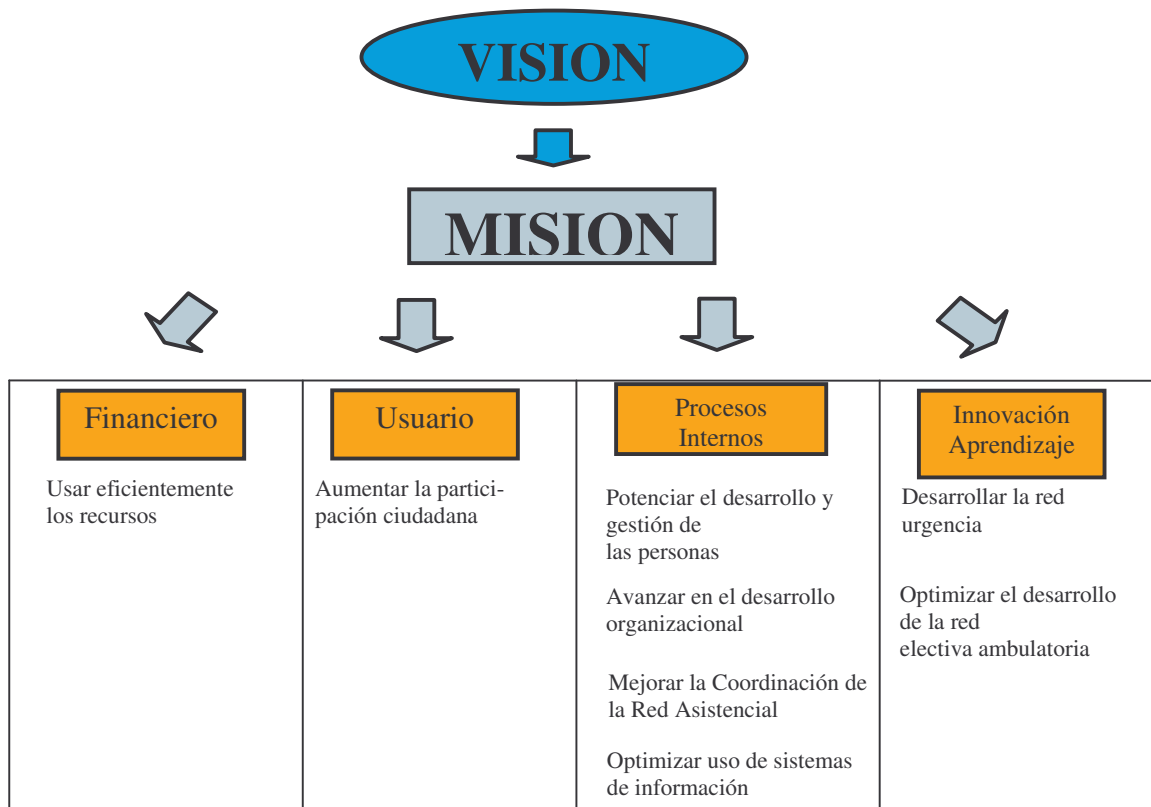
- Usar eficientemente los recursos
- Aumentar la participación social
- Potenciar el desarrollo y gestión de las personas
- Avanzar en el nuevo modelo de gestión hospitalaria
- Mejorar la coordinación con la red asistencial
- Mejorar los sistemas de información para la toma de decisiones
- Avanzar en el desarrollo de la red de urgencia
- Avanzar en el desarrollo de la red ambulatoria

9.1 MATRICES DE PROGRAMACIÓN

Una vez fijados los Objetivos Estratégicos, estos se enmarcan dentro de las distintas perspectivas del cuadro de mando integral que debe controlar el equipo directivo.

El control a realizar en estas 4 perspectivas, permita también el control sobre el Plan Estratégico y el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Figura 9. Control de perspectivas



Fuente: este estudio

9.2 PERSPECTIVAS

I.- Perspectiva Financiera

Objetivos Estratégicos Asociados:

- Usar eficientemente los recursos

II.-Perspectiva Usuario

Objetivos Estratégicos Asociados:

- Aumentar la participación ciudadana

III.- Perspectiva Procesos Internos

Objetivos Estratégicos Asociados:

- Potenciar el desarrollo y Gestión de las personas
- Avanzar en el desarrollo organizacional
- Mejorar la coordinación de la Red asistencial
- Optimizar el uso de los sistemas de Información

IV.- Perspectiva Innovación y Aprendizaje

Objetivos Estratégicos Asociados:

- Desarrollar la Red de Urgencia
- Optimizar el desarrollo de la Red electiva ambulatoria

No se puede dejar de mencionar que, basados en el modelo de gestión del establecimiento, se distinguen tres grandes áreas de gestión: clínica, operaciones y administrativa, y la presente Planificación Estratégica se realiza en esas tres grandes áreas.

Cuadro 17. Perspectiva Financiera

PERSPECTIVA FINANCIERA

Objetivo Estratégico: Usar Eficientemente los Recursos

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Mejorar el sistema de cobranzas del establecimiento	Implementar un sistema de control de los procesos de cobranza	Sistema implementado	100%	Subgerente Advo.	Octubre de 2009
Establecer políticas de comercialización	Elaborar documento de políticas de comercialización del Establecimiento	Documento elaborado	100%	Subgerente Advo	Agosto de 2009
	Validar documento de políticas de comercialización mediante resolución	Resolución emitida	100%	Subgerente Advo.	Septiembre de 2009
Elaborar un plan de controles asociado a las bodegas (central y farmacia)	Elaborar informes de los inventarios selectivos practicados a bodegas	Plan de controles asociado a bodegas, aprobado mediante resolución	100%	Subgerente Advo	Enero 2009 en adelante
	Elaborar informe de inventario final practicado a las existencias de bodega				
Implementar control financiero sobre actividad financiada contrato	Informes mensuales de transferencias por este concepto	Informes emitidos	100%	Subgerente Advo.	Julio 2009 en adelante

Establecer un Plan de implementación de Informes financiero contables	Elaborar Informes Financiero contables, que den cuenta de la composición de Ingresos Propios del establecimiento y de la antigüedad de la deuda total	Informes elaborados	100%	Subgerente Advo	Junio, Septiembre, Diciembre 2009
	Elaborar Informes Financieros que permitan conocer y controlar la antigüedad de la deuda total				
Elaborar sistema de control y monitoreo de presupuesto por Centros de Responsabilidad	Informes mensuales de gasto ejecutado v/s presupuestado, por Centros de Responsabilidad	Informes emitidos	100%	Jefe de Contabilidad y Presupuesto	Julio 2009 en adelante
Implementar un sistema de costos	Elaborar y mantener actualizado (al menos semestralmente) un sistema de costos , relación producción - costos	Sistema de costos elaborado	100%	Subg. Advo.	Julio 2009 en adelante
Avanzar en el Costeo de Prestaciones	Elaborara metodología de costeo de prestaciones y trabajarla con cada Centro de Responsabilidad	Metodología elaborada	100%	Subg. Advo.	Julio 2009 en adelante

Cuadro 18. Perspectiva Usuario

PERSPECTIVA USUARIO

Objetivo Estratégico: Aumentar la participación ciudadana

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Establecer relaciones con la comunidad que permitan difundir la Cartera de Servicios del Establecimiento	Reuniones trimestrales con representantes de las organizaciones comunitarias	N° de reuniones realizadas / N° de reuniones programadas	80%	Asistente Social	Julio de 2009
		N° de organizaciones que asisten a reuniones / N° total de organizaciones convocadas	90%		
Lograr que la comunidad conozca la Visión, Misión y Valores Institucionales	Realización de Programas radiales de difusión	N° de programas radiales realizados / N° total de programas programados	90%	Asistente Social	Marzo de 2009
	Creación de material informativo y de estrategia de cómo difundirlo	Material informativo difundido			

Contar con un sistema de medición de la satisfacción de los usuarios del Hosp.	Crear e implementar instrumentos de medición de la satisfacción	N° de instrumentos aplicados / N° de instrumentos programados	90%	Asistente Social	Anual a contar de Diciembre de 2008
Crear instancias de participación durante el año que permitan la elaboración de la cuenta pública participativa	Reuniones con Distintos representantes de la comunidad hospitalaria y extrahospitalaria	N° de reuniones realizadas / N° de reuniones programadas	90%	Asistente Social	Trimestral a partir de Junio de 2009
Implementar un programa de Gestión de Reclamos y Sugerencias	Elaborar un programa de trabajo orientado a la gestión de reclamos y sugerencias	Plan de trabajo elaborado	100%	Subg. Advo	Anual a partir de Enero 2009
	Implementar el programa	N° de reclamos y sugerencias gestionados en el plazo de 20 días / N° total de reclamos y sugerencias	100%		Trimestral a partir del 2009
	Elaborar Planes de Mejora en torno a riesgos intolerables detectados	N° de riesgos intolerables detectados con planes de mejora / N° de riesgos intolerables detectados	100%		Trimestral a partir del 2009

Cuadro 19. Perspectiva de Procesos Internos

PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

Objetivo Estratégico: Potenciar el Desarrollo y Gestión de las Personas

En materia de desempeño funcionario

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Aplicar las herramientas necesarias para la evaluación del desempeño funcionario	Reunión ampliada para entrega de normativas a los funcionarios	Normativa entregada	100%	Jefe de RRHH	Septiembre de 2009
	Jornada de capacitación referida al tema	Jornada de capacitación realizada	80%		Mayo de 2009

En materia de desvinculación del personal

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Elaborar programa de desvinculación e incentivo al retiro	Reunión de orientación con funcionarios en esta condición	Programa de desvinculación elaborado y presentado a la Dirección del establecimiento	100%	Jefe de RRHH	Julio de 2009
	Reunión con el extrasistema en relación a los fondos de pensión				
	Jornada de capacitación				
	Reconocimiento a la labor desempeñada durante los años de servicio				

En materia de Recursos Humanos y Personal

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Mantener actualizada la estructura interna del Departamento de Recursos Humanos	Reunión del Departamento y sus Oficinas para socializar el organigrama	Organigrama del Departamento	100%	Jefe de RRHH	Jul-09
	Reunión de la Unidad	Manual de procedimientos y de organización interna actualizado	100%	Jefe de RRHH	Dic-09
	Revisión del Manual de Organización Interna				
	Actualización				
Resolución					
Mantener Operativo el Manual de Selección y Reclutamiento	Definir la forma de reclutamiento ley 18834, 15076 y 19664.	Manual de selección y reclutamiento operando	100%	Jefe de Personal	Diciembre de 2009
	Definir fuente de reclutamiento				
	Definir difusión interna y externa				
	Constituir comisión de selección				
	Resolución que apruebe el manual				
Mantener operativo el programa de inducción del Establecimiento	Inducción inicial	Actualización del programa de inducción	80%	Jefe RRHH	Diciembre de 2009
	Inducción en el puesto de trabajo				

	Resolución que aprueba el programa de inducción del establecimiento			Dirección	
--	---	--	--	-----------	--

En materia de Capacitación

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Actualizar normativa de capacitación para el personal, enmarcada dentro del Programa Global del SSA	Revisión del Programa Global junto con el Comité de Capacitación	-	-	Encargada de capacitación	Marzo de 2009
	Actualizar Normativa	Normativa actualizada	100%		
	Resolución que aprueba la normativa y socialización de la misma	Resolución y difusión	100%		
	Aplicación de la misma	Normativa aplicada	70%		
Elaborar Normativa de capacitación para funcionarios de la ley 19.664	Constituir Comisión			Presidente comité de capacitación	Diciembre de 2009
	Elaboración de normativa	Normativa elaborada	100%		

	Difusión e implementación de la normativa	Registro de medios de difusión utilizados	100%	Comité de capacitación y asesor comunicacional	
	Aprobación de la normativa	Resolución que aprueba normativa	100%	Director	
Implementar un sistema de evaluación del impacto de la capacitación en los funcionarios	Constituir comisión de trabajo	Instrumento de medición elaborado	100%	Jefe de Recursos Humanos	Diciembre de 2009
	Elaborar instrumento de medición				
	Aplicación del instrumento	N de funcionarios a los que se aplico instrumento / N de funcionarios capacitados	90%		Marzo de 2009

En materia de reconocimiento y satisfacción de usuario interno

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Desarrollar estrategias destinadas a fortalecer el reconocimiento funcionario	Difusión de las políticas de reconocimiento	N de funcionarios que asisten a reuniones de difusión / N total de funcionarios	90%	Jefe de Recursos Humanos	Septiembre de 2009
	Elaboración de Plan de Trabajo	N de actividades realizadas / N de actividades	90%		Diciembre de 2009
	Implantación del Plan				

	Evaluación del Plan	planificadas			
Desarrollar estrategias que favorezcan el clima laboral y con ello contribuir a la satisfacción del usuario interno	Crear comisión de trabajo para aplicación de encuestas	Comisión creada y actas de reuniones	100%	Jefe de Recursos Humanos	Mayo de 2009
	Aplicación y tabulación de encuestas	Encuesta aplicada	100%		Julio de 2009
	Elaboración de un plan de intervención	Plan elaborado	100%		Septiembre de 2009
	Implantación del plan de intervención	N de estrategias implementadas / Total de estrategias definidas en el Plan	100%		Enero de 2009
	Evaluación del plan de intervención				Enero a Junio de 2009
	Implementación de Plan de Mejoras				
Desarrollar programa de mejoramiento del entorno laboral	Encuesta de necesidades de mejora del entorno laboral	N° de encuestas contestadas / N° de encuestas aplicadas	80%	Comité de Dirección	Abril de 2009
	Planificación de reuniones comité MEL	N° de reuniones realizadas / N° de reuniones Programadas	90%		Diciembre de 2009
	Elaboración de proyectos	Proyecto elaborado	100%		Mayo de 2009
	Ejecución de proyectos	Proyecto ejecutado	100%		Anual
	Evaluación de proyectos	Proyecto evaluado	100%		Anual

En materia de suplencias y reemplazos

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Elaborar política de suplencias y reemplazos	Definir las suplencias del personal titular y contrata en materias referidas a: Centros de Responsabilidad priorizados para suplencias, Sistema de suplencias (como) y periodos de suplencia.	Política elaborada y aprobada por resolución	100%	Director y Jefe de RRHH	Septiembre de 2009

En materia de salud mental y física de los funcionarios

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Funcionamiento sistemático de la comisión de salud local	Difusión del programa de salud local para el año en curso	Difusión realizada	100%	Comisión de Salud Local	Mayo de 2009
	Implementación de las actividades	N° de actividades realizadas / N° de actividades planificadas	90%		Mayo de 2009
	Evaluación del Programa de salud local	Programa evaluado	100%		Marzo de 2009

En materia de Procesos, Políticas y Metas de los Centros de Responsabilidad Clínicos

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Definir y estandarizar los procesos productivos intermedios y finales del Hospital San Juan de Dios de Los Andes	Elaborar listado de procesos productivos intermedios y finales por Centro de Responsabilidad	Nº de CR con listado de procesos productivos intermedios y finales elaborado / Total de CR	50%	Dirección, Subg. Científico y advo.	Julio de 2009
	Cartera de servicios	Nº de CR con cartera de servicios / Total de CR	100%	Dirección, Subg. Científico y advo	Enero de 2009
	Validación de Cartera de Servicios del establecimiento	Validación y Resolución de Cartera de Servicios	100%	Dirección, Subg. Científico y advo.	Junio de 2009
	Difundir la cartera de servicios tanto a usuarios externos como internos	Difusión de la cartera de servicios	100%	Dirección, Subg. Científico y advo	Junio de 2009
Mejorar el nivel de productividad, eficiencia y calidad de las prestaciones del establecimiento	Elaborar el Programa de reuniones de apoyo al trabajo	Programa elaborado	100%	Dirección, Subg. Científico y advo.	Diciembre de 2009
	Mantener vigilancia activa de los indicadores de calidad asistencial	Nº de indicadores informados / Nº total de indicadores definidos	90%	Dirección, Subg. Científico y advo	Enero de 2009

	Mantener Control sobre programas	Nº prestaciones PPV con grado de cumplimiento aceptable / Nº total de prestaciones PPV	100%	Dirección, Subg. Científico y advo.	Marzo de 2009
	Avanzar en el cumplimiento de los requisitos de la autogestión	Nº de requisitos cumplidos / Nº de requisitos Mínimos requeridos	80%	Dirección, Subg. Científico y advo	Junio de 2009
	Elaborar programa de implementación de atención en adultos y niños	Nº de CMA en adultos y niños / Nº total de cirugías	30%	Dirección, Subg. Científico y advo	Septiembre de 2009
	Elaborar programa de atención acogedora y digna hacia la familia y la comunidad (En relación al nuevo régimen de visitas)	Programa e instrumento de evaluación elaborado	100%	Dirección, Subg. Científico y advo	Septiembre de 2009
Optimizar el Recurso Horas médicas, para la mejor utilización de ellas en atención abierta (policlínico)	Reuniones de trabajo con la Sub Dirección de Operaciones, quien liderará el tema	Nº de reuniones de trabajo realizadas / Nº de reuniones programadas	100%	Dirección, Subg. Científico y advo	Enero de 2009
	Programación de horas médicas, en relación a la demanda.	Programación elaborada	100%	Dirección, Subg. Científico y advo.	Marzo de 2009

	Seguimiento de la Programación de Horas medicas y evaluación	Documento de seguimiento elaborado	100%	Dirección, Subg. Científico y advo Dirección, Subg. Científico y advo.	Junio de 2009
Mejorar la gestión de abastecimiento en materia de insumos clínicos	Reactivar el sistema de evaluación de insumos clínicos, por usuario de los mismos	Documento evaluación elaborado	100%	Dirección, Subg. Científico y advo	Junio de 2009
	Centralización de las compras	Resolución que aprueba la centralización de farmacia abastecimiento	100%	Dirección, Subg. Científico y advo	Julio de 2009

Objetivo Estratégico: Mejorar la Coordinación de la Red Asistencial

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Implementar Sistema de Auditorías Clínicas y Administrativas en forma periódica y coordinados con Auditoría del SSA	Formular un Plan de trabajo de Auditorías Administrativas cruzadas y correctivas con la Red	Presentación del Plan de trabajo	100%	Auditoría	Julio de 2009
	Formular un Plan de Trabajo de Auditorías Médicas al SSA	Presentación del Plan de trabajo	100%	Auditor Clínico	Julio de 2009

	Ejecutar auditorias cruzadas	N° de auditorías realizadas / N° de auditorías programadas	90%	Auditor Clínico y Administrativo	Diciembre de 2009
	Validar Dcto. Del Plan de auditoría mediante resolución	Resolución que lo aprueba	100%	Director	Mayo de 2009
Mejorar la oportunidad de acceso a la atención secundaria desde la APS	Formular un Plan de trabajo en conjunto con el SSA y APS	Presentación del Plan de trabajo	100%	Director	Julio de 2009

Objetivo Estratégico: Optimizar uso de Sistemas de Información

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Implementar metodología de Control de Gestión con uso de los actuales sistemas de información	Elaborar metodología de Control de Gestión (Cómo y a Quién)	Metodología elaborada y presentada a consejo técnico	100%	Director / Jefe de Control de Gestión	Noviembre de 2009
	Diseño del módulo de gestión	Presentación del diseño a equipo directivo	100%	Jefe de Informática / Jefe de Control de Gestión	Agosto de 2009
	Implementación del Modulo de Gestión y generación de informes	N° de aplicaciones del módulo implementadas / N° total de aplicaciones diseñadas	80%	Jefe de Control de Gestión / Jefe Informática	Enero de 2009

Cuadro 20. Perspectiva de Innovación de aprendizaje

PERSPECTIVA DE INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE

Objetivo Estratégico: Desarrollar la Red de Urgencia					
Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Redireccionar las consultas de urgencia de menor complejidad	Educación a la población acerca de la pertinencia de las consultas de urgencia	N° de actividades de difusión entorno a pertinencia	100%	Sub Científico	Julio de 2009
Disminución de los tiempos de espera de pacientes en Urgencia	Programa de difusión acerca de categorización de pacientes en Servicio de Urgencia	N° de actividades del programa realizadas / N° de actividades Programadas	90%	Sub. Científico	Julio de 2009

Objetivo Estratégico: Desarrollar la Red Electiva Ambulatoria					
Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Disminuir el número de personas con permanencia más de 60 días en lista de espera	Programa de reducción de listas de espera (Asignación de recursos para ello)	N° de personas con registro de espera mayor a 60 días	40%	SDM	Julio de 2007
Disminuir el número de personas con permanencia más de 60 días en lista de espera de	Programa de reducción de listas de espera (Asignación de recursos para ello)	N° de personas con registro de espera mayor a 60 días	50%		

especialidades trazadoras					
Aumentar el alta de todas las especialidades	Reuniones sensibilizadoras con equipo médico	N° de pacientes de alta / N° total de pacientes	50%		
Aumentar el número de consultas nuevas versus controles	Reuniones sensibilizadoras con equipo médico	Relación consultas Nuevas / Controles	30%		Trimestralmente todo el 2007

Objetivo Estratégico: Establecer reingeniería de procesos en el área de Recursos Físicos y Financieros

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Optimizar el Plan de Mantenimiento de equipos, considerando aspectos costo beneficio en todos los servicios y unidades de apoyo.	Elaborar informe completo de mantenimiento y su respectivo programa	Informe realizado	100%	SDO/ Jefe Mantenimiento, Encargado de Equipos Médicos	Octubre de 2007
	Difusión de informe y programa de mantenimiento	Medios de difusión	100%	SDO/ Jefe Mantenimiento, Encargado de Equipos Médicos	Nov. de 2007
	Elaborar programa de mantenimiento priorizando las actividades del programa que se encuentran con	Programa Elaborado	100%	SDO/ Jefe Mantenimiento, Encargado de Equipos Médicos	Noviembre de 2007

	presupuesto asignado				
	Programar y coordinar capacitación en el uso de los equipos que debe operar el personal del establecimiento	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas	95%	SDO/ Capacitación	Diciembre de 2007

Objetivo Estratégico: Normalización de la planta física e inventario del HOSLA

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Optimizar el servicio de mantención de la planta física y mobiliario del HOSLA	Elaborar un diagnostico de las necesidades de mantención del Hospital	Diagnostico realizado	100%	Jefe Mantención	Octubre de 2007
	Elaborar diagnostico de necesidades de mantención de cada servicio y unidad		100%	Jefe mantención, supervisores, encargado de equipos médicos	Noviembre de 2007
	Priorizar las necesidades según disponibilidad presupuestaria	Programa implementado	100%	SDO/ Jefe Mantención, Encargado de Equipos Médicos	Noviembre de 2007
	Implementar un programa de educación en el buen uso de los recursos de la planta	N° funcionarios que participan en el programa de educación /	95%	SDO / Capacitación	Diciembre de 2007

	física	N° de funcionarios totales			
	Establecer un protocolo de supervisión y monitoreo del cumplimiento de los contratos de las empresas externas	Informes de monitoreo presentados	100%	SDO/ Jefe Mantenición	Diciembre de 2007

Objetivo Estratégico: Establecer política de renovación de equipos médicos e industriales

Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Evaluación
Actualizar el diagnostico de las necesidades de equipos médicos e industriales de cada servicio o unidad	Elaborar un diagnostico actualizado de las necesidades de cada servicio y unidad de apoyo	N° diagnostico elaborado según necesidad / N° de servicios y unidades	100%	SDO y Jefes de Servicio	Octubre de 2007
	Elaborar los proyectos priorizados según necesidad de cada servicio y unidad			SDO y Jefes de Servicio	Noviembre de 2007
	Buscar las posibles fuentes de financiamiento para renovación de equipos necesarios	N° de proyectos financiados / N° de proyectos presentados para financiamiento	50%	Director, SDO, SDM, SDA	Diciembre de 2007

CONCLUSIONES

La Gerencia Social se define como un proceso participativo que hace posible importantes transformaciones en las relaciones Estado - Organizaciones - Sociedad Civil, a través de la propuesta de iniciativas de desarrollo que logren mejoras importantes en la condiciones y calidad de vida de las comunidades

Teniendo en cuenta el anterior enfoque se puede concluir con respecto al presente trabajo lo siguiente:

El diagnostico general tendiente a descubrir fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que se realizo en este estudio fue el prerrequisito para posteriormente definir un plan estratégico gerencial para el Hospital Clarita Santos de Sandoná (Nariño)

Después de la realización de este estudio se puede concluir que la entidad hospitalaria esta desarrollado un proceso de perfeccionamiento institucional y que el plan estratégico propuesto será la herramienta que se necesita para poder ir cristalizando los objetivos propuestos,

Fundamentalmente se conoció la situación administrativa de la Institución Hospitalaria que permite ahora poder sugerir cambios importantes que permitan mejorar los indicadores de eficiencia, eficacia y economía

En cualquier empresa, principalmente en los hospitales, las obligaciones sociales trascienden sus propias funciones económicas. Es decir, que la empresa debe existir para el ser humano y no éste para ella. Teniendo en cuenta esta premisa podemos concluir que el Hospital Clarita Santos en Sandoná (Nariño), propende por brindar un óptimo servicio a sus usuarios lo cual se lograra de manera eficaz si se hace uso de la Gerencia como parte integrante del proceso administrativo y si se planea estratégicamente

Al culminar el desarrollo de este proyecto se define entonces que la importancia de la Gerencia Social radica en analizar globalmente la empresa y desde el punto de vista de la competitividad y productividad económica- social, para poder contribuir al mejoramiento de la gestión organizacional

RECOMENDACIONES

Después de realizado el estudio es posible realizar ciertas recomendaciones y sugerencias a partir de la solución que se ha dado al problema de investigación.

Es importante tener en cuenta los indicadores que han resultado después de este estudio, para tomar medidas necesarias que puedan afectar las operaciones normales de la institución a futuro.

Evaluar el resultado del comportamiento de los últimos años, para evitar las situaciones que alteren las perspectivas esperadas.

Gerenciar bajo criterios de eficiencia, eficacia y economía el sistema global de la institución es decir el sistema financiero, contable y administrativo

Se recomienda a las directivas de la entidad hospitalaria tener en cuenta el plan diseñado como punto de partida para la obtención de mejores resultado futuros

BIBLIOGRAFIA

Documentos Hospital Clarita Santos - Sandoná (Nariño). P.159

FRED, David. Conceptos Administrativos Estratégicos. Editorial Prentice. 5ª Ed. México. 1.997. P. 356

KOONTZ, Harold. Elementos de Administración. McGraw Hill. 3ª. Ed. 2001, P. 426.

MENDOZA, José María. Las Funciones Administrativas. Ediciones Uninorte. 2000, P. 489.

Plan de desarrollo Nariño 2008-2011. P. 235

Plan de desarrollo Sandoná 2008-2011. P. 120

Plan de desarrollo institucional – Instituto departamental de Salud de Nariño 2008. P. 136

SALLENAVE, Jean Paúl. La Gerencia Integral. Ed. Norma. 1996, P.269

UNAD, Modulo Planeación Estratégica, 2ª. Edición 2000.P.230

Anexo

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SOCIAL

ENCUESTA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS y DIRECTIVOS DEL HOSPITAL CLARITA
SANTOS DE SANDONA (NARIÑO)

Objetivo: La presente encuesta se realiza con el propósito de adelantar el trabajo relacionado con diseño del Plan Estratégico Institucional para el HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA (NARIÑO)

1. NOMBRE
2. CARGO
3. FECHA VINCULACION CON EL HOSPITAL
4. TIPO DE VINCULACION LABORAL
5. ESTUDIOS REALIZADOS
 - Pregrado
 - Postgrado
 - Maestría
 - Doctorado
6. CONOCE USTED LA MISION DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS
7. CONOCE LA VISION
8. CONOCE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES
9. CONOCE LOS PRINCIPIOS Y VALORES DEL HOSPITAL
10. HA PARTICIPADO EN PROCESOS DE PLANEACION DE LA ENTIDAD Y REDIRECCIONAMIENTO
11. CITE 5 FORTALEZAS DEL HOSPITAL COMO ENTIDAD, COMO PATRONO Y EN LA PRESTACION DEL SERVICIO
12. CITE 5 DEBILIDADES
13. CREE USTED QUE ES IMPORTANTE QUE SE DISEÑE Y POSTERIORMENTE SE IMPLEMENTE UN PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL PARA EL HOSPITAL

