

**ANALISIS FINANCIERO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL
LOCAL DEL MUNICIPIO DE TURBACO DEPARTAMENTO DE BOLIVAR
2006 - 2008**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el año 1998 en virtud de la aplicación de la Ley 100 de 1993 y el régimen de competencias y recursos del estado, a través de acto administrativo de la Secretaria Departamental de Salud de Bolívar de fecha 25 de agosto, fue descentralizada la Salud en el municipio de TURBACO BOLIVAR.

De conformidad con lo anterior en ese mismo año mediante Decreto 080 de agosto veinticinco (25) se constituyó como EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR; constituyéndose su Junta Directiva tripartita; aprobando mediante Acuerdo No. 001 de Septiembre 1998 los nuevos estatutos e iniciando su funcionamiento y operación de atención en salud en ese mismo año.

Los predios donde funciona hoy la ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO son de su propiedad y patrimonio.

LEMA DE LA ADMINISTRACION ACTUAL “NACE UN GOBIERNO AL SERVICIO DE DIOS”.

La Empresa Social de Estado Hospital Local de Túrbaco presta sus servicios centralizadamente, en su sede principal situada en la Cabecera Municipal, localizada sobre la carretera troncal, en la calle 27, No 28-214, diagonal a la Estación de Servicio ESSO, en el municipio de Túrbaco. Tiene el Centro de Salud Familiar Pumarejo, el Centro de Salud de Bellavista, el Centro de Salud La Conquista, el Centro de Salud San Pedro, el Centro de Salud de Cañaverál y los Puestos de Salud San José Chiquito y Aguas Prietas.

Centro de Salud Familiar Pumarejo, ubicado en el barrio Alfonso López Pumarejo, a dos cuadras después de la Plaza La Victoria.

Centro de Salud de Bellavista, ubicado en el Barrio Bellavista.

Centro de Salud La Conquista, ubicado en el barrio La Conquista, en la vía que conduce al corregimiento de Cañaverál.

Centro de Salud San Pedro, ubicado en el barrio San Pedro, a una cuadra de la vía a Turbana.

Centro de Salud Familiar de Cañaverál, ubicado en la Plaza Principal del Corregimiento de Cañaverál.

Puestos de Salud San José Chiquito: Ubicados en el Corregimiento de San José de Chiquito. Es atendido desde el Centro de Salud Cañaverál.

Puesto de Salud Aguas Prietas: Ubicado en la Vereda de Aguas Prietas. Es atendido desde el Centro de Salud Cañaverál.

1.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS¹

Se entiende como portafolio de servicios de una institución prestadora de servicios de salud, la clase de procesos, intervenciones o procedimientos que se les practica a los pacientes o usuarios, de acuerdo al nivel de baja, mediana o alta complejidad o resolutivez que se tiene en términos del Sistema Único de Habilitación; Otorgado por las Direcciones Territoriales de Salud que son las que determinan los servicios o eventos que puede prestar el hospital, de acuerdo con su capacidad técnico científica y operativa.

De conformidad con su Capacidad Técnico Científica la ESE – Hospital de Turbaco está en condiciones de prestar estos servicios:

CUADRO No. 01 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA ESE

SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	Salud Colectiva	Subsidiado	Contributivo	Salud Individual
1. Control Prenatal	X	X	X	X
2. Control de Crecimiento y Desarrollo	X	X	X	X
3. Prevención y Control de EDA	X	X	X	X
4. Prevención y Control de IRA	X	X	X	X
5. Atención al Adolescente.	X	X	X	X
6. Vigilancia Epidemiológica.	X	X	X	X
7. Programa Ampliado de Inmunizaciones.	X	X	X	X
8. Planificación Familiar.	X	X	X	X
9. Prevención y Control de ETS y SIDA	X	X	X	X
10. Detección Precoz del Cáncer Uterino	X	X	X	X
SERVICIOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD	Salud Colectiva	Subsidiado	Contributivo	Salud Individual

¹ Informe de Gestión Abril 2008 – Abril 2009 Dra., Liliana Margarita Santoya Torres – Gerente ESE.

1. Servicios de urgencias médicas 24 horas.	X	X	X	X
2. Servicios ambulatorios médicos (consulta y procedimientos) y de salud oral	X	X	X	X
3. Servicios de hospitalización general, pediatría y maternas con 12 camas en total.	X	X	X	X
4. Servicios Obstétricos / partos con 1 mesas de partos	X	X	X	X
5. Servicios Laboratorio clínico de Hematológica, química sanguínea, uro análisis, parasitología, inmunoserología entre otros.	X	X	X	X
6. Servicios Fisioterapia: física y respiratoria.	X	X	X	X
7. Rx y Ecografías	X	X	X	X
8. Servicio de Transporte Asistencial Básico - TAB	X	X	X	X

Fuente: Plan de Gestión ESE – Hospital local de Turbaco 2008 – 2012 P 22

El punto principal de Atención donde se ofrecen los servicios, está en la cabecera del Municipio de Turbaco; en este se encuentran la ESE Hospital y los Centros de Salud de Pumarejo, Bella vista, La Conquista y San Pedro. Además existen puntos de atención en el corregimiento de Cañaveral, San José de Chiquito y Aguas Prietas.

1.3 AMBITO PROBLEMÁTICO ENCONTRADO

En virtud del concurso de méritos para designar al nuevo Gerente de la ESE de Turbaco, de acuerdo a la normatividad vigente, por vencimiento del período fijo del anterior Gerente; lo cual los alcaldes municipales lo hacen dentro de los 3 primeros meses de su posesión, se designó por clasificar en la lista de elegibles y en la terna que realizó la junta Directiva, a la Doctora LILIANA MARGARITA SANTOYA TORRES, quien inició labores en el mes de abril de 2008.

Al recibir la empresa por parte de la administración saliente y establecer un diagnóstico inherente a la misión de la ESE; pudo establecer los siguientes nudos críticos, entre los cuales sobresale el que se describe a continuación, por tener relación con nuestro trabajo de grado:

1.3.1 Contexto de Autosostenibilidad Financiera

En virtud de que una de las principales gestiones de los gerentes de los hospitales públicos se centra en su Auto sostenibilidad, que depende de una acertada contratación, una acertada facturación y un óptimo recaudo de los servicios prestados, que le permita desarrollar su objeto social y los fines sociales del estado en salud, la nueva administración detectó la siguiente situación financiera:

- ✓ Pasivos totales de \$3.800 millones
- ✓ Cuentas por pagar de \$1.300 millones;
- ✓ Embargos en el orden de los \$1.700 millones
- ✓ Deudas por parafiscales de \$370 millones
- ✓ Deuda con DIAN de \$ 300 millones.²
- ✓ Presupuesto anual de \$3.743 millones;
- ✓ Nómina de \$170 millones;
- ✓ Venta de servicios que asciende a \$2.280 millones
- ✓ Contratos generales por valor de \$240 millones en 2007 y \$140 en 2008;
- ✓ Cuentas por cobrar de \$950 millones
- ✓ Recaudo de cartera deficiente;

El anterior espectro financiero crítico y preocupante, no permite una capacidad de maniobra administrativa y económica normal y es menester tomar decisiones de

² Plan de Ajuste Institucional de la ESE – Julio Orozco Africano et.al– Contratista – Agosto de 2008

choque al respecto, convirtiéndose en el núcleo central del ámbito problemático de la empresa a resolver.

1.3.2 Contexto de Capacidad Técnico Científica

En razón a la situación anterior LA ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR no ha tenido, hasta hoy, capacidad de maniobra para hacer las inversiones necesarias para habilitar sus servicios de primer nivel de resolutivez; es decir los servicios de baja complejidad en salud que giran alrededor de la medicina general, por lo cual hoy en día la infraestructura y la dotación son precarias y no cumplen con los requerimientos del Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006, con el siguiente panorama desolador:

1.3.2.1 Consultorios de Consulta Externa:

La Capacidad técnico científica de los Hospitales públicos o privados, está regulada por el Decreto 1011 de 2006, el cual señala que hay que cumplir con un Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en Salud con cuatro componentes básicos. Sistema Único de habilitación; Sistema Único de Acreditación; Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC y el Sistema de Información Para la Calidad de la Salud, luego la capacidad técnico científica de los servicios está reglamentada por la Resolución 1043 de 2006; actualizada por la resolución 1998 de 2010, todas expedidas por el ministerio de la protección social.

En el caso analizado, el diagnostico de esta capacidad técnico científica realizada a este servicio dio como resultado que LA ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR:

- ✓ No cumple con lo requerido en los espacios físicos de la norma y se requiere construir y remodelar 7 consultorios para atender la demanda, ya que los 4 que funcionan son insuficientes.
- ✓ Se requiere adecuar para un servicio con calidad dos salas de espera en cada uno de los pabellones o áreas específicas donde se presta el servicio, ya que prácticamente son inadecuadas y originan muchas quejas por parte de los usuarios.
- ✓ No funcionan bien los espacios del servicio de información de atención al usuario y de coordinación de admisiones y trabajo social, con mal funcionamiento del aseo y su unidad de servicio con incomodidades.
- ✓ Inadecuado funcionamiento del consultorio de terapia respiratoria, cuya estructura es de hacinamiento.

1.3.2.2 Unidad de Urgencias

Evaluado el servicio de urgencias de la ESE se observa que, en términos de capacidad técnico científica, registra las siguientes debilidades:

- ✓ Su infraestructura; la cual no atiende a los flujos o desplazamientos que debe tener el paciente, para tener acceso a la atención y a que le practiquen en forma eficiente el triage (sistema de evaluación de detección de la severidad de la patología del paciente, que permite establecer por parte del profesional de la salud si el evento padecido por el paciente es una urgencia, una emergencia o puede atenderse por consulta externa).

- ✓ Registra paredes deterioradas y los espacios no atienden a la norma de construcción de hospitales; especialmente en la sala de observación, la cual hay que reconstruirla.
- ✓ La sala de espera es inadecuada, para un servicio de este tipo.
- ✓ Las unidades sanitarias hay que construirlas de nuevo y en sitios de mejor accesibilidad para los pacientes y acompañantes.
- ✓ El depósito de urgencias es inadecuado y debe mejorarse para una mejor atención y comodidad de empleados de la salud y pacientes.
- ✓ La sala de estar de enfermería y de los médicos se debe ampliar.
- ✓ Igualmente hay que ampliar los servicios de observación pediátrica y traumatología y consultorios para especialistas que vienen trabajando en la ESE.

1.3.2.3. Área de Hospitalización

Dentro del sistema de atención en salud hospitalario, existe la integración funcional de servicios, lo cual indica que el paciente debe ingresar por consulta externa o por urgencias y en caso de requerir otros procedimientos de atención por su estado de salud, deberá ser atendido por hospitalización, el cual registra los siguientes inconvenientes de capacidad técnico científica para dar respuesta a los problemas de salud de la población sujeto de atención:

- ✓ Este servicio es de hacinamiento, lo que potencialmente genera factores de riesgos nosocomiales (son infecciones contraídas durante la estadía en un hospital que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento de la internación del paciente. Estas son consideradas de este tipo después de 48 horas del ingreso al hospital, por ejemplo infecciones urinarias o pulmonares), además de tener una mala

distribución espacial y pocos espacios de aislamientos en pacientes con estados delicados y malos sitios de asepsia.

- ✓ No existe prácticamente star de enfermería de hospitalización, ni hay manejo adecuado de sitios para la ropa sucia y limpia que se hace en el patio en depósitos inadecuados.
- ✓ La sala de curaciones no es la más adecuada y debe construirse un star de pediatría o donde atienda el especialista y la sala de partos está totalmente deteriorada.

1.3.2.4 Área de Laboratorio Clínico y Apoyo Diagnóstico

El laboratorio clínico es uno de los servicios mas importante en que se apoya la relación medico paciente para determinar los diagnosticos clínicos a los pacientes y por ello debe atender a ciertas condiciones técnicas de funcionamiento, las cuales al evaluarla comportan la siguiente problemática:

- ✓ Sus áreas requieren una mejor distribución espacial para separar la administración del laboratorio con el área de toma de muestras, pues en la actualidad no se cumple con la norma.
- ✓ No funcionan adecuadamente los depósitos de desechos.
- ✓ La sala de rayos X, si bien ésta muy aislada de los demás servicios, requiere de adecuaciones especiales que demanda la bioseguridad para no afectar pacientes ni funcionarios.

- ✓ A la Farmacia debe construirse su Zona de mezcla, en virtud de lo señalado en el Decreto 2200 de 2005 y otros conexos que exigen este servicio a partir del mes de enero de 2008
- ✓ No existe una adecuada zona de cirugía ambulatoria que permita además de ampliar los servicios; garantizar unos mejores ingresos a la ESE; ya que, al tener estos servicios complementarios, le ahorrará a la EPS, el desplazamiento de estos pacientes y la insatisfacción de estos al tener que trasladarse a otra ciudad.

1.3.2.5 Área Administrativa y Logística

Los servicios administrativos y logísticos de la institución deben generar las dinámicas esenciales de la adecuada contratación, acertada facturación y óptimo recaudo de los servicios prestados, los cuales se reflejarán en la rentabilidad económica de los estados financieros; de allí la importancia de resolver la siguiente problemática detectada:

- ✓ La construcción del hospital solo cuenta con una planta y en las unidades administrativas, de recursos humanos, gerencia y contabilidad, presenta hacinamiento e incomodidades por estar mezclada con los servicios asistenciales de consulta externa, laboratorio y promoción y prevención.
- ✓ Existen divisiones de madera donde funciona sistemas, control interno y tesorería, en un área no adecuada, complicando la atención de los pacientes en la parte de requerimientos de tipos administrativos.

- ✓ Hay malos flujos de procesos de atención al paciente en admisiones y facturación, que se confunde con los servicios operativos.
- ✓ No cuenta con unidades sanitarias adecuadas.
- ✓ De acuerdo al inventario del estado de los equipos de biotecnología medica y dotación operativa y administrativa, realizado por la Auditora Medica de la ESE; todas las áreas y unidades funcionales, como son las establecidas en el portafolio de servicios y enumeradas anteriormente, no tienen mantenimiento de conformidad con la Ley 100 de 1993 en lo pertinente y una gran cantidad funcionan en mal estado y dañados.
- ✓ No se destinan recursos del presupuesto para la reparación de los equipos fuera de servicios; hasta el punto de que las camas y los tanques de oxígeno no se pueden tocar porque están totalmente oxidados y hay otros dados de baja que no han sido reemplazados; presentando un panorama general de incumplimiento legal con graves consecuencias para la atención del paciente.
- ✓ En términos de Marco Lógico de Proyectos; el Árbol de Causas de la situación planteada se expresa en el siguiente cuadro así:

CUADRO No. 02 ARBOL DE CAUSAS DEL MARCO LOGICO DE LA GESTION

PROBLEMA	CAUSAS	INDICADOR
Sin Autosostenibilidad Hospitalaria	Mala Gestión Gerencial, Desgreño Administrativo, Poco Compromiso de Cumplimiento de Metas, Mala Priorización de Recursos, Desacertado proceso de Contratación. Inadecuado Manejo de Copagos y Cuotas moderadoras de facturación, Pésima Gestión de Cartera, Mala tenencia de los Estados Financieros	Estilo de Dirección Valor Agregado Satisfacción del Usuario Calidad Esperada del servicio Rentabilidad Económica Captación de Recursos Déficit acumulado e iliquidez Procesos Judiciales
Infraestructura de Servicios Asistenciales No Cumple con la Habilitación de los servicios que presta; en los términos de la Resolución 1043 de 2006 del MPS.	Mala Programación Presupuestal Mala política de Reinversión como prioridad No atención ni materialización al Plan Bienal de Inversiones	Capacidad Instalada Cumplimiento normativo Satisfacción del usuario
Infraestructura de servicios administrativos en hacinamiento	Mala distribución espacial de los servicios y falta de voluntad política para proyectar la empresa de salud	Ambiente de trabajo laboral adecuado Flujos de Atención al público y servicios.
Dotación Técnico científica y Biomédica en mal estado y carencia de biotecnología para baja complejidad.	Malos procesos administrativos de reposición de equipos y biotecnología Médica. No atención ni materialización al Plan Bienal de inversiones	Capacidad Instalada Equipos Cumplimiento Habilitación Satisfacción del usuario

Fuente: Autores Trabajo de Grado.

1.4 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

Desde el mes de Abril de 2008, la administración actual de la ESE; inició labores al frente de la empresa social del estado del municipio de Turbaco y, al encontrar el anterior ámbito problemático, han durado los primeros 9 meses, estabilizando los procesos administrativos, reorganizando la actividad operativa; planeando el quehacer institucional; estabilizando los procesos y procedimientos atrasados; atendiendo la reorganización de la cartera, los pagos a proveedores y la gran cantidad de procesos judiciales de la ESE, como primera fase y desarrollando una segunda fase de consolidación de la gestión institucional, que les permita recuperar el prestigio del hospital y redireccionar el manejo austero de los recursos, para lo cual está en proceso un estudio de reajuste institucional y un plan de gestión de prospectiva, que permita la subsistencia de la empresa con el fin de evitar su liquidación. Así mismo, para no repetir las causas enumeradas que lo llevaron a ese estado de abandono, se requiere voluntad política y en el corto y mediano plazo trabajar en equipo; centrado en el paciente y en valores.

Por ello, como las causas son dicentes por sí misma, ya que es la enfermedad nacional en la gestión de los hospitales públicos; se debe trabajar con base en la gestión y vocación de servicio a partir del recibo de la gerencia y desarrollar procesos viables del desarrollo empresarial hospitalario; llevando a cuenta la problemática encontrada mediante la persuasión, la austeridad; el redireccionamiento de la gestión; pero sobre todo garantizando unos servicios convenientes socioeconómicamente y factibles técnico científicamente, donde el usuario sea el único ganador.

De conformidad con la etiología del ámbito problemático planteado, estos trajeron como efectos; el siguiente árbol de consecuencias:

**CUADRO No. 03 ARBOL DE CONSECUENCIAS DEL MARCO LOGICO DE LA
GESTION INSTITUCIONAL**

PROBLEMA	EFFECTOS	INDICADOR
Sin Autosostenibilidad Hospitalaria	Situación crítica para cumplir con proveedores; trabajadores; impuestos y Aportes de seguridad social y parafiscales, conllevando a demandas judiciales que encarecen la situación económica del hospital	Demandas laborales atendidas Demandas judiciales atendidas Conciliaciones efectuadas Racionalidad de Costos
Infraestructura de Servicios Asistenciales No Cumple con la Habilitación	Mala atención al Usuario Malos flujos de procesos y procedimientos Dificultades para cumplir metas de gestión de servicios asistenciales Inconformidad del cliente externo e interno	Satisfacción del Usuario Oportunidad del Servicio Calidad de la Atención
Infraestructura de servicios administrativos en hacinamiento	Mala ubicación de la administración en el hospital Hacinamiento critico Incomodidad del cliente interno y externo	Imagen Corporativa Calidad atención administrativa Alineación de Procesos
Dotación Técnico científica y Biomédica en mal estado y carencia de biotecnología para baja complejidad.	Falta de Garantías en la atención al Usuario Incomodidad de los profesionales de la salud Desmotivación del paciente Reclamos de los usuarios	Quejas de las pacientes Incumplimiento Habilitación Oportunidad de la atención Satisfacción del usuario

Fuente: Autores Trabajo de Grado.

1.5 ANÁLISIS DE LOS EFECTOS

Por la crítica situación financiera, la falta de gestión en inversiones y reposición por valores de salvamento y mala gestión para generar capital institucional en salud, se han deteriorado las metas de los programas operativos del hospital, poniendo en entredicho las transformaciones de calidad del desarrollo empresarial

hospitalario que debe emprender un hospital público como este para dar capacidad de respuesta con eficiencia y efectividad técnico científica y administrativa a los problemas de salud de los más pobres y vulnerables que son la mayoría de los turbaqueros que se benefician del hospital por ser su centro de atención natural y tradicional; por ello, la única capacidad de maniobra es el desarrollo de un proyecto para generar las dinámicas científico técnicas y de garantía de la calidad que demanda la habilitación, el sistema de información en salud y el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud – PAMEC; para, una vez lograda la estabilización y hacerlo sostenible económicamente; se proyecte hacia las guías aplicativas de la acreditación a mediano plazo.³ De allí, la importancia del presente proyecto de Grado.

1.6 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serían los diferentes aspectos que se deberían tener en cuenta para realizar la evaluación y análisis financiero de la ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR; que permita determinar su real situación económica y financiera, con el fin de plantear el redireccionamiento estratégico a emprender, que garantice la Autosostenibilidad para cumplir su misión social en salud?

³ Formulación, Preparación y Evaluación del Proyecto de Inversión de Infraestructura y Dotación de la ESE – Hospital Local de Turbaco; Fernán E. Fortich Palencia – Contratista – Abril de 2009.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación actual en retrospectiva de las finanzas de la ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR; para contribuir a generar procesos de mejoramiento y redireccionamiento institucional en prospectiva mediante planeación por escenarios de liquidez y rentabilidad económica y social para normalizar la crisis institucional por la que atraviesa, de tal manera que vuelva a cumplir en forma eficiente y eficaz con la función social del estado en prestación de servicios de salud y sus usuarios sean los mayores ganadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Mediante un Marco Referencial amplio; ilustrar sobre el papel que juegan los Hospitales Públicos como Empresas Sociales del Estado para hacerlos viables y sostenibles en el contexto del Sistema General de seguridad Social en Salud
- ✓ Ordenar los rubros de los Estados Financieros de la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR en el período 2006 - 2008 para hacerlos más accesibles a su comportamiento y Diagnóstico Financiero.
- ✓ Analizar en forma horizontal y vertical la evolución de la gestión presupuestal y los Estados Financieros de la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR; en el período objeto de estudio; para determinar la variación y participación de cada uno de los rubros y su peso específico de

contribución a la Autosostenibilidad de la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR.

- ✓ Evaluar el comportamiento de los rubros que conforman el estado de resultados y su equilibrio operacional y margen de contribución del periodo escogido para determinar el manejo de ingresos y gastos operacionales y no operacionales para la salud financiera de la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR a mediano y largo plazo.

- ✓ Hacer el análisis financiero de liquidez, estructura, actividad, fragilidad financiera y Ciclo de Caja; Grado de apalancamiento; Flujo de Caja Libre y consolidación económica de la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR que le permita cumplir con sus funciones esenciales estatales y misión institucional en salud.

- ✓ Sacar las conclusiones y recomendaciones pertinentes de acuerdo a los resultados anteriores

- ✓ Proponer procesos de direccionamientos estratégicos financieros para volver a colocar a la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR a que cumpla los fines sociales del estado en su entorno.

3. JUSTIFICACION

TEORICA: La Ley 100 de 1.993 y el Decreto 1876 de 1.994, crean las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

El objeto social a cumplir de estos hospitales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la prestación de los servicios de salud en su nivel de Resolutividad o de Servicios de baja complejidad, con dos regímenes disímiles en su contexto, pero complementarios y solidarios en el fondo; además de garantizar las necesidades de salud de la población más vulnerable no favorecida con el Régimen Subsidiado; lo cual debe permitir unas mejores coberturas y mejoramiento de la calidad del servicio, con el fin de garantizar los derechos de las personas para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana de cada una de las zonas de influencia o área social de mercado donde se mueve, en este caso, LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO BOLIVAR; como IPS de referencia de su entorno.

El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema general de Seguridad Social en Salud estableció en el artículo 2 de la Ley 1122 de 2007 la evaluación de todos los actores a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar. En cuanto a las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento de las normas de trabajo.

La viabilidad económica y social de los hospitales públicos; se generará en aquellos que puedan proporcionar al mercado de la salud servicios nuevos, creativos y revolucionarios ideados por la imaginación humana, POR ENDE deben tener LA VOLUNTAD POLITICA BAJO UNA VISION SISTEMICA Y ESTRATEGICA; DE GENERAR EL MEJORAMIENTO CONTINUO EN TODOS LOS PROCESOS DE LA GESTION HOSPITALARIA DEL QUE SON RESPONSABLES EN EL PRIMER NIVEL DE RESOLUTIVIDAD, CON LA CALIDEZ HUMANA PERTINENTE.⁴

Como nuevo motor del desarrollo empresarial hospitalario está el repensar las organizaciones de salud mediante la implantación de unidades estratégicas de negocios de los servicios de salud prestados, de acuerdo al nivel de resolutivez como ESE; con independencia y autonomía para fortalecer tanto la Red como la Referencia y Contrarreferencia; de tal manera que pueda generar mayor rentabilidad a menor costo, a través de negociaciones conjuntas y Joint Venture⁵

La Autosostenibilidad hospitalaria en Colombia depende, entre otras, de una acertada contratación; una adecuada facturación y un óptimo recaudo de la venta de servicios de salud prestados, premisas fundamentales del trabajo de grado propuesto, cuyos resultados se estipulan en los estados financieros arrojados en cada vigencia.⁶

⁴ Fortich Palencia Fernán; Libro “ Gestión del Desarrollo Empresarial en Salud” – IV Edición Universidad Surcolombiana – Neiva Huila, 2004 P.22

⁵ Fortich Palencia, Fernán Eugenio; “La economía de la salud en el contexto de la contratación, facturación y cartera hospitalaria” Editorial Printed, Capítulo IV y V, Universidad Sur colombiana, Neiva Huila 2001P- 12- 14

⁶ ibídem

PRACTICA: En el año 1998 en virtud de la aplicación de la Ley 100 de 1993 y el régimen de competencias y recursos del estado, a través de acto administrativo de la Secretaria Departamental de Salud de Bolívar de fecha veinticinco (25) de agosto, fue descentralizada la Salud en el municipio de TURBACO BOLIVAR.

De conformidad con lo anterior en ese mismo año mediante Decreto 080 de Agosto 25 se constituyó como EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO; el hospital local de TURBACO BOLIVAR ; constituyéndose su Junta Directiva tripartita; aprobando mediante acuerdo los nuevos estatutos e iniciando su funcionamiento y operación de atención en salud en ese mismo año.

En Mayo de 2008, en virtud de entrada en vigencia de la nueva administración municipal, hubo cambios en la Gerencia de la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Turbaco, el cual atraviesa una profunda crisis financiera, institucional, organizativa, con una cantidad de demandas judiciales; altas obligaciones laborales y dificultades de capacidad técnico y científica para prestarle el servicio de salud en que está contratado con las Entidades aseguradoras en salud, está en un callejón sin salida, para lo cual en el mismo año 2008 se lanzó un SOS con un plan de contingencia para apagar el incendio laboral, organizacional, pero sobre todo financiero que no le permitía una capacidad de maniobra para sacarlo adelante.

En virtud de lo anterior, se contrataron 3 estudios de evaluación integral del hospital a saber: Proyecto Nuevo de Construcción y Habilitación; Plan de ajuste institucional y Evaluación administrativa, social y de gestión financiera para la solución a la crisis. Como quiera que estos estudios no han representado una contribución efectiva a la salida de la ESE y no cumplieron el objetivo propuesto, la Gerencia del Hospital contrató una Asesoría y consultoría técnica y

acompañamiento de la gestión del desarrollo empresarial hospitalario con la FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LOS SABERES - FUNDASABERES, en la cual los autores del trabajo tienen vínculos laborales por eventos.

En razón a lo anterior, FUNDASABERES; conformó 5 grupos asesores y de acompañamiento de la gestión desde Enero de 2009 así: EQUIPO MECI, EQUIPO JURIDICO, EQUIPO DE PLANEACION, EQUIPO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO Y EQUIPO FINANCIERO.

De este último equipo hacen parte los autores del presente trabajo de investigación, los cuales realizaron una evaluación financiera antes de diciembre 31 de 2008, el saneamiento de la cartera, el saneamiento de los inventarios; la depuración de las cuentas por pagar proveedores y el acompañamiento de la nueva contratación económica.

Como quiera que es un trabajo de campo, donde la mayoría de la información la viene recabando los autores de este trabajo de grado; para el cumplimiento de dichas responsabilidades, es menester hacer un aporte académico, técnico e investigativo a nuestra facultad de Ciencia Económicas y Administrativas de la Universidad de Cartagena, proponiendo el componente de análisis financiero a cargo como Trabajo de Grado. Por ende, se espera que sea de la aceptación de quienes evalúan la presente propuesta; para lo cual se atienden los lineamientos de investigación del Programa de Contaduría Pública del alma mater y la metodología de Investigación pertinente.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO DE REFERENCIA DEL ESTUDIO PROPUESTO.

La Estructura de los Estados Financieros de los Hospitales Públicos, reflejan fielmente en la radiografía de su fecha de corte; los resultados de su Autosostenibilidad en términos de su acertada contratación, adecuada facturación y optimo recaudo por los servicios prestados o gestión cartera, dentro de un esquema de aseguramiento que cada día es más crítico para transferir los recursos de la salud a los prestadores de sus servicios que son los que llevan la peor parte, y de allí que su situación de rentabilidad económica y social se vea a cada rato comprometida, para dar respuesta eficiente al tratamiento y rehabilitación que requieren sus usuarios/pacientes y/o clientes.

De acuerdo al Rol como hospital público, se deben tener en cuenta en las evaluaciones financieras y de gestión de recursos el estado de situación financiera mediante herramientas tales como:

- ✓ Estructura de los estados financieros
- ✓ Plan de cuentas establecidos
- ✓ Análisis horizontal y vertical de los mismos;
- ✓ Análisis de las razones financieras
- ✓ Fórmulas de cálculo de los indicadores financieros inherentes;
- ✓ Análisis del capital de trabajo, ciclo de caja, capital neto operativo, flujo de caja libre, equilibrio operacional y presupuestal de las ESE
- ✓ Proceso de contratación, facturación y cartera hospitalaria
- ✓ Proceso económico como hospital público

- ✓ Procesos de control interno contable y financiero;
- ✓ Demás indicadores operativos, financieros y administrativos que se deriven del análisis específico utilizado en las normas de los hospitales públicos;

Lo anterior, estamos seguros que redundará en beneficio de describir en forma más técnica la situación real integral y proponer el rumbo de dicha institución en términos de su Autosostenibilidad operativa.

4.2 MARCO HISTORICO

Desde 1958 la OMS en su *The First Ten Years Of The World Health Organization*; determinó que la Salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad; por ello, los antecedentes organizativos de la prestación de los servicios de salud en Colombia, se remontan al año 1913, en donde sus actividades de protección de la salud se dirigían a la erradicación de las enfermedades transmisibles, por el concepto unicausal microbiano e higiénico existente.

En el año 1946 es cuando en Colombia se eleva el manejo de la salud a rango ministerial, creándose el Ministerio de Higiene; más tarde, a instancia de la Declaración de la OMS en 1958, se consolida la epidemiología como herramienta en salud y en 1963 el ministerio de higiene en Colombia se transforma en Ministerio de Salud Pública en forma centralizada sus acciones y la red prestadora de servicios de salud.

Con el desarrollo de la organización del sistema de salud e higiene; con criterios de reorganización de unidades de servicios en las principales ciudades capitales e intermedias del país, se crean, a través de convenios con los departamentos, la

delegación y desconcentración de la red de servicios con responsabilidad de los Servicios Seccionales de Salud.

En 1968, a instancia de los tecnócratas y con políticas socialdemócratas, se realiza la reforma constitucional, en donde dentro del artículo 80 de planificación económica y social en 1969 mediante la expedición de la Ley 39 del mismo año se lanza el Plan Nacional hospitalario, donde el Fondo Nacional Hospitalario mejora la política de infraestructura de toda la red a nivel nacional sobre todo en las unidades regionales prestadoras de servicios en ciudades intermedias de los departamentos; como es el caso para el Departamento de Bolívar de los municipios del Carmen de Bolívar; Magangué y Mompox

4.2.1 Tendencias y Problemas Sectoriales de Salud.

De acuerdo a los antecedentes históricos de la salud, desde la implantación del sistema nacional de salud, tenemos:

4.2.1.1 Las Cuatro Estrategias (1970- 1974).

Las 4 estrategias del Plan de Desarrollo de Misael Pastrana Borrero, que eran:

El primer sector prioritario –la construcción urbana– orientará las nuevas inversiones a un campo en el cual la demanda latente es muy grande y en el que el flujo de fondos está siendo reprimido por barreras institucionales.

El segundo sector de alta prioridad, las exportaciones, es otro campo en el cual se puede explotar la demanda mundial por los productos de un país pequeño, sin que ello tenga efectos adversos en los precios.

El tercer aspecto de la estrategia se relaciona con la productividad agraria.

El cuarto elemento: una mejor distribución, resultaría en parte del éxito del primero; y en parte del esfuerzo de mejorar la administración de las leyes tributarias para taponar escapes legales o exenciones, y poder, así, financiar la asistencia social mediante impuestos a los ingresos de las personas más acomodadas⁷

Dentro de estas estrategias se contemplaba el componente de salud como “una resultante de la estructura económica, del nivel cultural y del grado de bienestar de la sociedad”

Con la ley 9 de 1973 se fortalece el Sistema nacional de salud del país y con el Decreto Extraordinario 056 de 1975 se consolida la organización de la red prestadora como tal y se fortalecen los servicios seccionales y sus unidades regionales en recurso y organización mediante el Decreto 350 de 1975.

4.2.1.2 Para Cerrar la Brecha (1974- 1978).

El Gobierno de Alfonso López Michelsen estableció como política pública en su plan de desarrollo, el generar empleo productivo y resolver los problemas de salud, vivienda, educación gratuita y obligatoria, en donde los ricos pagaran más impuestos y de esta manera transferir parte de la riqueza de estos últimos, de manera que permitiera acortar la distancia de calidad de vida de sus ciudadanos, es decir cerrar la brecha entre ricos y pobres.

⁷ Los trabajos de Currie sobre Colombia, Programa para cerrar la Brecha DNP 1968 Bogotá.

En cuanto al pago de la deuda social en salud, el gobierno de la época, para cerrar la brecha, enfatizó en el tratamiento de los problemas derivados de la situación de desnutrición, de las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles de la población rural, y de los sectores sociales de menores recursos, sobre los cuales pesaban situaciones de insuficiencia de alcantarillado, así como de deficiencia sanitaria.

La Composición del sistema lo podemos recordar en el Artículo 2 del Decreto 056 de 1975 que dice textualmente “Para efectos del sistema nacional de salud, la ley define: a) subsistemas nacionales de inversión, información, planeación, suministros y personal como el conjunto de unidades y dependencias del sistema nacional de salud, en sus niveles nacional, seccional y local, cuyas actividades estén dedicadas a los campos específicos enunciados, según las normas que determine el ministerio de salud pública”. y en su artículo 4 establece que estarán adscritas las entidades creadas por la ley de la república, ordenanza departamental, acuerdo municipal, intendencial y comisarial y las dependencias de otras entidades del sector público que presten servicios de atención médica.”

4.2.1.3 Plan de Integración Nacional (1978- 1982).⁸

Concebido durante la Administración del Dr. JULIO CESAR TURBAY AYALA (Q.E.P.D) cuyos objetivos fueron la descentralización económica y el mejoramiento general de la población mediante la integración del país, previendo inversiones por 950 millones de pesos en distintas áreas económicas y sociales. Se le dio primordial importancia al sector de la energía eléctrica, realizando las obras de Chivor II, Paipa II, la térmica del Chinú, Zipaquirá IV y las termoeléctricas

⁸ Plan de Integración nacional 1978 – 1982 www.dnp.gov.co Rendición de cuentas del gobierno - Julio de 1982. P-26-28

de Barranquilla y Cartagena. Además, se construyeron las centrales de San Carlos, Paraíso, la Guaca, el Cerrejón y Zipaquirá. También se intensificó la exploración de yacimientos: se exploraron cien pozos y se hicieron hallazgos como el de Andalucía, Tocaría, Arauca I y II, Palogrande y Apiay. Se elaboró el proyecto minero que permitió la exploración de las minas de carbón de El Cerrejón y de níquel en Cerromatoso. Se invirtieron 96 millones de pesos en la construcción de obras carreteables, como la vía hacia la Costa por Bucaramanga, y más de la mitad de la llamada autopista Medellín-Bogotá; se construyeron los aeropuertos de Barranquilla y Cartagena, y se adelantaron obras en el Tapón del Darién. En febrero de 1982 se creó el departamento de Caquetá. Introdujo la televisión a color, y bajo el nombre de Simón Bolívar, adelantó una campaña de alfabetización. En el campo internacional, se aprobó el tratado que aseguró los derechos de Colombia sobre el Canal de Panamá y el uso del ferrocarril del istmo, y el tratado Vázquez-Saccio para la posesión de los derechos sobre los islotes de Roncador, Quitasueño y Serrana. Por otro lado, el 23 de marzo de 1981 se rompieron relaciones con Cuba.

Al comienzo de su mandato, Turbay dictó un Estatuto de Seguridad en ejercicio del artículo 121 de la Constitución Nacional, para contrarrestar la actividad subversiva y de narcotráfico. Este estatuto fue objeto de severas críticas dentro y fuera del país. Durante la administración Turbay se vivieron momentos críticos en Colombia, como el robo de más de cinco mil armas del Cantón Norte de Bogotá por parte del Movimiento 19 de Abril y la toma de la embajada de la república Dominicana en Bogotá durante 61 días, por parte del mismo grupo guerrillero; se recrudeció el secuestro y la extorsión y surgió la agrupación armada Muerte a Secuestradores (MAS). En marzo de 1981 se firmó la "ley de amnistía", orientada a facilitar la entrega de ciudadanos levantados en armas, pero no tuvo gran acogida. Luego, en noviembre de ese mismo año, con base en una propuesta del

ex presidente Lleras Restrepo se constituyó la primera Comisión de Paz, que se desintegró en mayo del siguiente año. Creó la Comisión Nacional de Valores; promulgó las reformas del Código Penal, del Código de Procesamiento, de la educación secundaria y del Congreso. En este tiempo creció la economía "subterránea", fundamentada en actividades de narcotraficantes y contrabandistas. Entre el 3 y el 10 de febrero de 1981, Turbay no ejerció el poder ejecutivo por un viaje que realizó a Estados Unidos por motivos de salud lo reemplazó el designado Víctor Mosquera Chaux.

El énfasis programático de la Salud; lo orientó hacia el grupo materno- infantil, localizado en las áreas rurales, particularmente, y al manejo del grave problema de la desnutrición de los niños menores de cinco años.

4.2.1.4 Cambio con Equidad (1982- 1986).

Las acciones institucionales del sector estuvieron orientadas a la ampliación de la cobertura, a la elevación del nivel cualitativo de los servicios de salud y, especialmente, hacia la superación de las enfermedades intestinales, respiratorias agudas, a las prevenibles por vacunación y a las originadas por la desnutrición.

4.2.1.5 Progreso Social (1986-1990)

Este Gobierno presidido por el Doctor VIRGILIO BARCO VARGAS (Q.E.P.D) duró hasta el año 1990 cuando se reorganiza con la ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud, cuyo eje articulador fue el artículo 37 que estipuló los requisitos para que los municipios respondieran autónomamente por la salud del primer nivel de complejidad; en concordancia con la elección popular de alcaldes y más tarde gobernadores para el ente departamental.

Para la época de expedición de la Ley 10 de 1990, que se inicia la Descentralización de la salud en Colombia, lo que se modifica fundamentalmente es la ESTRUCTURA TÉCNICO - CIENTÍFICA DEL SISTEMA que mostramos a continuación en el siguiente Cuadro:

CUADRO No. 04 ESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

NIVEL	CONCEPTO
<p><u>PRIMER NIVEL DE RESOLUTIVIDAD.</u> 505 Hospitales. 2.563 Puestos y 718 Centros de Salud. 30.000 funcionarios. 13.000 camas hospitalarias. 20.8% de la estructura del gasto. Capacidad de resolución: 80% de los casos. Grado de ocupación: 33.1%.</p>	<p>Este nivel está dotado para la generación de servicios de atención de salud básica intrahospitalaria de primeros auxilios, urgencias, y de atención médico-odontológica general, así como de servicios extra hospitalarios de atención al ambiente. Los servicios de salud de este nivel giran, básicamente, en torno al Hospital Local, y a los Puestos y Centros de Salud</p>
<p><u>SEGUNDO NIVEL- REGIONAL O INTERMEDIO DE RESOLUTIVIDAD.</u> 107 Hospitales. 40.000 funcionarios (segundo y tercer nivel). 18.000 camas hospitalarias (segundo y tercer nivel). 35.8% de la estructura del gasto. Capacidad de resolución: 15% de los casos. Grado de ocupación: 53.8%.</p>	<p>Este nivel está dotado de una mayor capacidad científico- técnica para la producción de servicios de salud. Además de tener las posibilidades de atención del nivel primario, brinda atención ambulatoria y hospitalaria en las áreas básicas de la medicina: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Psiquiatría.</p>
<p><u>TERCER NIVEL DE RESOLUTIVIDAD</u> 11 Hospitales Universitarios. 30 Hospitales Especializados. 40.000 funcionarios (segundo y tercer nivel). 18.000 camas hospitalarias</p>	<p>Los Hospitales Universitarios brindan atención ambulatoria en las áreas de medicina, odontología y urgencias, y pueden ofrecer los servicios de hospitalización. Están dotados de los recursos que facilitan el ejercicio de diferentes especialidades y subespecialidades médicas y poseen niveles de alta</p>

<p>(segundo y tercer nivel). 21.4% de la estructura del gasto. Capacidad de resolución: 5% de los casos. Grado de ocupación: 71.2%.</p>	<p>complejidad en lo relacionado con laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, endoscopia, electro medicina, anatomía patológica y otras actividades de diferentes especialidades. Complementariamente existe un nivel hospitalario especializado de la alta complejidad.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Informe de Gestión Ministerio de Salud Oficina de Planeación 1989

En virtud de lo anterior, con la Ley 10 de 1990, se reorganizó el sistema, descentralizando la salud a instancia de su artículo 37, consolidado con los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional y se refrendó la organización y el esquema de red prestadora de servicios vigente hasta ese momento por niveles de atención, con participación social y en forma descentralizada;⁹ cambios que se justificaban por la necesidad de efectuar descentralización política, administrativa y financiera, para corregir fallas organizativas, latentes especialmente en los siguientes aspectos:

4.2.1.5.1 Fallas Organizativas del Sistema Nacional de Salud¹⁰

Uno de los motivos que llevó a la descentralización política, administrativa y financiera en salud, se sustentaban en corregir las siguientes fallas organizativas:

El reparto geográfico y los patrones de regionalización.

La estructura básica del Sistema.

Los Servicios Seccionales de Salud y contratos de integración.

Delegación de la administración por parte de los Servicios Seccionales.

⁹ Documento Reorganización del Sistema Nacional de Salud – descentralización de servicios Tomos I y II Ministerio de Salud Bogotá, 1991 P-1-25.

¹⁰ Ibídem

4.2.1.5.2 Fallas Operativas del Sistema Nacional de Salud¹¹

Uno de los motivos que llevó a la descentralización política, administrativa y financiera en salud, se sustentaban en corregir las siguientes fallas operativas:

- ✓ Falta de desarrollo de los subsistemas.
- ✓ Falta de un modelo unificado de clasificación socioeconómico.
- ✓ Falta de métodos de asignación presupuestal y de planeación financiera.
- ✓ Insuficiencia técnica en el manejo administrativo y financiero
- ✓ Inadecuado servicio hospitalario.
- ✓ Carencia de medios de comunicación y transporte.
- ✓ Poca atención de pacientes no intervenidos

La Ley 100 de 1993 y el Decreto 1876 de 1994, crean las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; e igualmente el Decreto 2193 de 2006 obliga a las ESE,s a regular los reportes financieros, de producción, de cartera, contratación y facturación para el seguimiento y retroalimentación respectiva de los organismos de inspección, vigilancia y control y tomar las medidas de retroalimentación necesaria para cumplir su misión institucional.

Además de la Ley 100 de 1993; La ley 715 de 2001; La ley 1122 de 2007 y la Ley 1176 de 2007, son las normas aplicables al desarrollo empresarial hospitalario de las empresas sociales del estado u hospitales públicos que se consideran importantes para el desarrollo del presente trabajo de grado en la secuencia histórica referenciada y conexas.

¹¹ Ibídem

4.3 MARCO INVESTIGATIVO

La administración actual de la ESE – HOSPITAL LOCAL DE TURBACO; para sortear el ámbito problemático encontrado, ha ejecutado acciones de reorganización funcional en las siguientes etapas:

Primera Etapa de Abril de 2008 a Octubre de 2008

- ✓ Conocimiento de la Empresa, mediante la contratación de un plan de ajuste institucional y un diagnóstico administrativo y financiero inicial.
- ✓ Solución a la huelga de los trabajadores, orden de desacato por incumplimiento de pagos y paro de algunos servicios mediante la implementación de un Plan de Contingencia y la contratación de operador privado del servicio de odontología.

Segunda Etapa de Noviembre de 2008 a Enero de 2009

- ✓ Ante la Problemática de infraestructura y dotación para cumplir la el sistema único de habilitación, en virtud del cumplimiento de la resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la protección social; Contratación con Arquitecto para la Gestión de Diseño y Cantidades de obras para conocer el diagnóstico técnico científico real y Proyecto de nuevo hospital.
- ✓ Ante la alta rotación de más de 400 días de la cartera por cobrar y las altas demandas laborales y de proveedores, sensibilización con las entidades responsables de pago para paliar la situación financiera incontrolable.

- ✓ Ante el atraso de los reportes a los organismos de control acción de contingencia para ponerlos al día.
- ✓ Ante las ordenes de desacato y orden de captura para la gerente, conciliación con los acreedores.
- ✓ Ante la carga prestacional de la planta de personal; alta contratación de nómina por OPS.
- ✓ Ante los problemas de Prestación de servicios, reorganización funcional de la red de urgencias, se compró una ambulancia TAB. (Traslado asistencial básico)

Tercera Etapa de Enero de 2009 a Junio de 2009

- ✓ Ante los cuellos de botella presentados en el área financiera, administrativa y operativa; desarrollo de estrategias de ajuste integral y depuración de todos los procesos con ejecución de plan de capacitación.
- ✓ Ante el mal manejo de la información y reportes, contratación para depurar los estados financieros, depurar los balances, estados de resultados y reportes al ministerio de protección social por ser incongruentes e imprecisos.
- ✓ Ante la carencia de recursos de inversión, contratación del proyecto de infraestructura y dotación para buscar recursos departamental y nacionales del Plan Bienal de inversión

- ✓ Ante la devolución del Plan de Ajuste institucional, Reformulación y ajuste para su trámite
- ✓ Ante el descuadre de las cuentas por cobrar, proceso de conciliación con las Entidades responsables de pago.

Cuarta Etapa de Junio de 2009 a la fecha.

- Ante el conocimiento de la poca capacidad de maniobra financiera para pagar las demandas laborales y las obligaciones laborales sin demandas aún y el incumplimiento a proveedores, depuración total de las deudas; proceso de conciliación con los trabajadores y proceso de licitación para adjudicar la administración operativa, científica y técnica de la ESE a un Operador Privado.

4.4 MARCO NORMATIVO

La normatividad básica aplicable a las empresas sociales del estado se puede enunciar de la siguiente manera:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL de la República de Colombia, de 1991; Artículos 48 y 49: establece la responsabilidad del Estado sobre la atención en salud de la población colombiana.

Dentro de la organización del sistema de salud, fundamentada en la Ley 10 de 1990, por la cual es el sistema nacional de salud.

DECRETO 2759 DE 1991 (Diciembre 11), Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y Contrarreferencia de los hospitales públicos.

La Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. En el artículo 159 se le garantiza a los afiliados la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios. El artículo 162 Plan Obligatorio de Salud, Parágrafo 5, establece para la prestación de dichos servicios que todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y Contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.

En el Decreto 1486 de 1994 Julio 13 el Ministerio de Salud Reglamenta a las Empresas Sociales del Estado en todos los aspectos administrativos, jurídicos, funcionales y operativos.

La Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, establece en su artículo 42, como una de las competencias en salud por parte de la nación: Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores de servicios por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.

Decreto 1011 de 2006 Abril 03, Artículo 3°. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados y se estructura el PAMEC.

Resolución 1043 de 2006 Abril 03, Por la cual se reglamenta el Sistema Único de habilitación de los Prestadores de servicios de Salud.

Resolución 1446 de 2006 Mayo 08, por la cual se reglamenta el Sistema de información para la calidad de los Prestadores de servicios de Salud.

Ley 1122 de Enero 9 de 2007, por la cual se reforma la reforma al sistema general de seguridad social en salud y blinda a los hospitales públicos mediante la obligación de las EPS subsidiadas de contratar el 60% de los recursos con estos y los municipios el 100% de la salud colectiva.

DECRETO 4747 DE DICIEMBRE 7 DE 2007. Este decreto regula aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Se señalan y definen como mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, el pago por capitación, el pago por evento y el pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

En materia de contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, se establecen los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades, tanto por parte de los prestadores de servicios de salud: 1. Habilitación de los servicios por prestar, 2. Soporte de la suficiencia para prestar

los servicios, 3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador, 4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios; como por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud: 1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades, 2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago, 3. Diseño y organización de la red de servicios, ubicación, tipo y complejidad de los servicios contratados, etc., 4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios, etc., 5. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, etc., 6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y Contrarreferencia, etc.

Se señalan las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, ya sea mediante el pago por capitación o el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

En el capítulo relativo al proceso de atención, se dispone que el Ministerio de la Protección Social defina un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado “triage”, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios, allí mismo se contempla.

El proceso de verificación de derechos de los usuarios, los términos y condiciones en que debe adelantarse y que en ningún caso facultan para posponer la atención inicial de urgencias. Se señala la obligación a cargo de todo prestador de servicios de salud, de informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el

ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención, en el formato que defina el Ministerio de la Protección Social.

Se reglamenta lo relativo a la solicitud de servicios electivos, ambulatorios u hospitalarios, de manera que las entidades responsables del pago de servicios de salud que tengan establecido como requisito la autorización de prestarles el servicio de salud al paciente; , esta solicitud será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social, y a su vez las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente.

Resolución 3047 de agosto 23 de 2008: por la cual se expiden los instructivos de funcionamiento entre los prestadores de Servicios de salud y Las entidades responsables de pagos y se expide el manual de glosas único, de que trata el Decreto 4747 de 2007.

Decreto 357 de Febrero 8 de 2008: Por el cual se reglamentan los planes de gestión y los informes de gestión que deben presentar los gerentes de las ESE,s

Resolución 473 de Febrero 13 de 2008: por la cual se expide la Matriz de calificación del plan e informe de gestión de los gerentes de las ESEs, que califica del 1 a 5 los ítems de gestión gerencial y estratégica, gestión prestadora de servicios de salud y gestión administrativa de los gerentes de las ESE, s actuales.

Decreto 800 de marzo 14 de 2008. Por el cual se reglamenta el concurso de méritos para gerentes de los hospitales públicos.

Resolución 165 de marzo 19 de 2008: por la cual se determinan las etapas y procesos de concurso de méritos de los gerentes de hospitales públicos.

Sentencia C-760 de octubre 23 de 2008 de la corte constitucional, por la cual se obliga al Ministerio de protección Social a Expedir un nuevo POSS y C

Acuerdos 003, 004 y 005 de 2009; por los cuales se expide el nuevo POSSYC y el POS unificado para los infantes.

4.5 MARCO INSTITUCIONAL DE LA ESE

4.5.1 Logo

GRAFICO Nº 01



4.5.2 Identificación de la ESE

MODELO EMPRESARIAL: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA DE CONSTITUCIÓN: CREADA EN 1998 POR ACUERDO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE TURBACO BOLÍVAR.

ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NIVEL DE RESOLUTIVIDAD: I. NIVEL

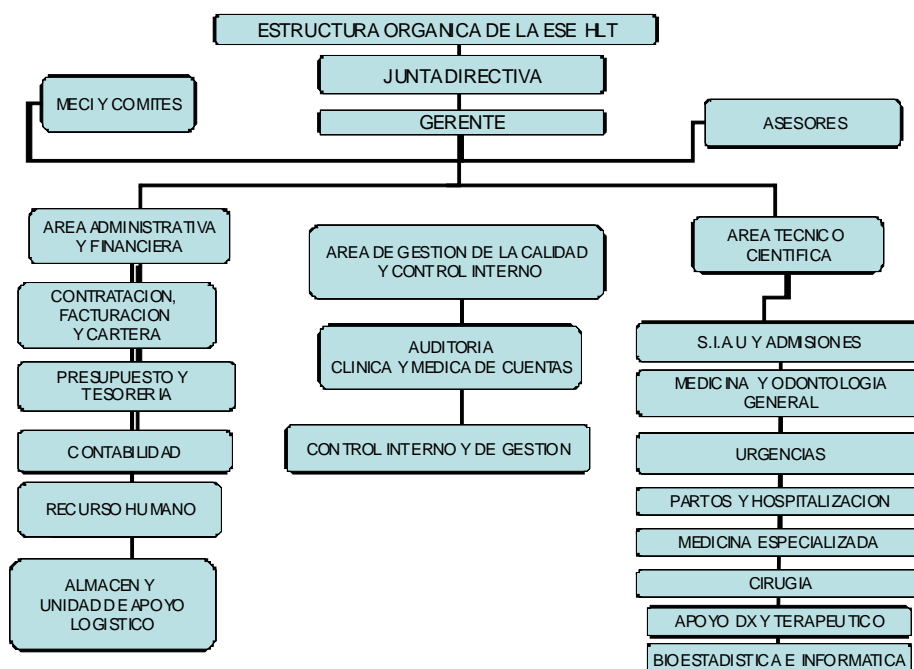
NIT: 806.005.602-0

DIRECCIÓN: CARRETERA TRONCAL DE OCCIDENTE DIAGONAL BOMBA
ESSO TURBACO BOLIVAR

TELEFAX: 6637455

MUNICIPIO: TURBACO-BOLIVAR

4.5.3 Estructura Organizacional de la ESE



4.5.4 Cultura Corporativa

4.5.4.1 Visión

Ser una Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel atención en el departamento de Bolívar ofreciendo y garantizando un servicio integral, eficiente, oportuno y con calidad, respondiendo de esta forma a las necesidades, y al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de la institución y de la comunidad general.

4.5.4.2 Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, encargada de brindar, de una forma integral, la atención en salud en las áreas de medicina general, odontología, laboratorio clínico, rayos X, ecografías, fisioterapia, saneamiento básico, urgencias y servicios de ambulancia terrestre las 24 horas en todo el área rural y urbana del municipio de Turbaco, para lo que contamos con un equipo médico y paramédico especializado, idóneo, con un gran compromiso ético y social, apoyados además por los equipos e infraestructura requeridos para la óptima prestación de los servicios, teniendo como fin, en cada uno de los procesos que se llevan a cabo, un gran compromiso con el desarrollo social y preservación de la salud de nuestros usuarios.

4.5.4.3 Políticas

Todas las actividades que se desarrollen en la ESE Hospital Local de Turbaco, estarán enmarcadas dentro de los estándares de Calidad definidos para cada servicio. Los resultados insatisfactorios o no conformidades serán sometidos a análisis y ajuste para evitar su reincidencia.

4.5.4.4. Valores y Principios

Los valores y principios que acata como dimensión teleológica la ESE son los siguientes:

- a)** Honestidad: Integro, equitativo, justo, Ser honrado, de recto proceder.
Lealtad: Fidelidad, sin engaño ni falsedad.

- b)** Responsabilidad: Entendida como la obligación de responder de los actos propios o de otro. Cuidado que se tiene de algo. Obligación de indemnizar por un perjuicio.

- c)** Integralidad: Con atención continua y oportuna a las familias y cada una de las personas en su contexto Biopsicosocial, con óptima calidad humana, científica, técnica, dentro del marco de la legalidad y capacidad de oferta.

- d)** Eficiencia: Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos, financieros; con criterios de rentabilidad social y económica.

- e)** Eficacia: Garantizando la satisfacción del usuario a través de la solución de problemas de salud acorde con la capacidad institucional.¹²

¹² Plan de Desarrollo Institucional de la ESE 2008 – 2012 Turbaco Bolívar Mayo de 2008.

4.6 MARCO TEORICO

Las Empresas Sociales del Estado del Sistema General de Seguridad Social en Salud; son empresas industriales y comerciales de la nación o los entes territoriales, responsables en su área social de mercado de prestar los servicios de salud; que constituyen una categoría especial de entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y que surgieron de la transformación que exigió la Ley 100 de 1993 a los hospitales públicos.

Estos hospitales públicos se teorizan en los siguientes Contextos:

4.6.1 Contexto del Aseguramiento

En función de los contratos tripartitos, la ESE debe resolver la UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD Y EFICIENCIA del sistema; mediante un modelo de atención viable, cuyos procesos de gestión gerencial, administrativa y financiera, enfocada la salud como bien económico, deben generar la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social sometidas a las reglas del modelo de pluralismo estructura de la Ley 100 de 1993 Diciembre 23 y su reforma Ley 1122 de 2007 Enero 09, con sus reglamentarios en lo pertinente.

4.6.2 Contexto de su Viabilidad y Autosostenibilidad

El modelo de gestión implementado por la ESE en virtud de las transformaciones institucionales que demanda el sistema local de seguridad social en salud; debe manejar su portafolio de servicios con una acertada contratación; una adecuada facturación y un óptimo recaudo por los servicios prestados.

4.6.3 Contexto de sus Metas y Resultados de Gestión de Empresa Moderna

En el desarrollo del planear, hacer, verificar y actuar como empresa social del estado que es un híbrido al tener una responsabilidad pública para pagar la deuda social en salud; pero que se comporta como privada en el mercado de la salud para prestar sus servicios, debe implementar la visión sistémica y la visión estratégica de una empresa moderna, dentro de las cuales desarrolla una función de producción y prestación de servicios de salud; una función financiera; una función de recurso humano, una función de procedimientos administrativos; una función de mercadeo; una función de investigación y desarrollo, una gestión de desarrollo empresarial hospitalario con el paradigma biomédico y Biopsicosocial y una gestión gerencial de la ESE como proyecto prestador de servicio de salud pública o como empresa industrial y comercial del estado del orden Territorial en este caso, con competencias y responsabilidades específicas de ley.

4.6.4 Contexto del Estilo Gerencial

En cumplimiento de la prestación de un servicio acorde a una empresa moderna en el modelo de atención en salud, donde los ganadores sean los usuarios del servicio; la ejecución de su portafolio de servicios y el cumplimiento de su cultura corporativa debe ser no mecanicista, sino abierta, con poca diferenciación, plana, con autocontrol; trabajo en equipo y de remuneración por resultados con estándares de gestión de sus servicios asistenciales y administrativos a cumplir, en un desempeño institucional con valores, trabajo en equipo y centrado en el usuario-paciente y/o cliente del aseguramiento, en especial la población más pobre y vulnerable.

4.6.5 Contexto de Desarrollo Empresarial Hospitalario

La generación de la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social del esquema de aseguramiento exigida para las ESE,s en el SGSSS vigente, para lo cual debe implementar las transformaciones institucionales correspondientes que demanda el desarrollo de los procesos de contratación; manejo de admisiones y atención al usuario; una relación médico paciente o servicios asistenciales – paciente con calidez humana y calidad del servicio; manejo de las cuentas medicas; mercadeo de la salud; manuales tarifarios; auditoria medica de cuentas ; gestión cartera, manejo de las enfermedades de alto costo; el SIIS, software y hardware y telemedicina; los centros de costos; las historias clínicas y RIPS y el control e indicadores de gestión correspondientes; que descansa todo ello en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud en su 4 componentes gruesos como son el sistema único de habilitación, la acreditación, el sistema de información para la calidad de los servicios de salud y el PAMEC; Que permitan con la estrategia de atención primaria, el control de los riesgos para coadyuvar a las metas de salud positiva; indicadores de mortalidad evitables; estilo de vida saludable en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad; tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los niveles de atención; como bien meritorio para la población que demanda los servicios. Lo anterior en términos de gestión gerencial de una ESE; debe traducirse en un valor agregado del modelo de salud local con transición epidemiológica que genere un distrito saludable en este caso con desarrollo humano, calidad de vida y condiciones sociales a toda la población en un modelo de atención responsable.¹³

¹³ Mg. Fernán E. Fortich Palencia; Modulo de Habilidades Gerenciales de la Especialización de Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad de Cartagena; Febrero de 2009.

4.7 MARCO CONCEPTUAL DEL ANALISIS FINANCIERO¹⁴

De acuerdo a los Índices, variables, indicadores financieros y categorías de análisis que utilizaremos con la asesoría de los profesionales del área financiera y asesores de la ESE, se tiene:

4.7.1 Análisis del Comportamiento de los Estados Financieros

Es la forma como han venido aumentando o disminuyendo cada uno de los rubros del Balance y Estado de Resultados de la ESE en el período analizado. Análisis Horizontal o de Variación y Análisis Vertical o de Participación de los estados financieros: Análisis Horizontal = $B-A/A$ y Análisis Vertical = $A/R * 100$

B: año dado

A: año base

100: %

4.7.2 Análisis de Liquidez

Medición de la liquidez de la ESE para responder por sus obligaciones inmediatas; Responde por sus compromisos con la venta de sus servicios de salud a corto plazo.

$$\text{Razón corriente} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo corriente}}$$

$$\text{Prueba acida} = \frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$$

¹⁴ García, Oscar León. "Valoración de Empresas, Creación de Valor y EVA". Medellín, 2005. P-22-45

4.7.3 Análisis de Rotación¹⁵

Medición de la Rotación de Activos Corrientes para atender oportunamente su misión prestadora de servicios de salud y obligaciones; Analizar la forma en que rotan los inventarios, las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar para estructurar un ciclo de caja viable para la ESE.

$$\text{Rotación cartera} = \frac{\text{Ventas a Crédito}}{\text{Promedio de cuentas por pagar}}$$

$$\text{Rotación inventario} = \frac{\text{Costo de material utilizado}}{\text{Inventario promedio}}$$

$$\text{Rotación de activos} = \frac{\text{Venta}}{\text{Promedio de activos}}$$

$$\text{Rotación de cuentas por pagar} = \frac{\text{Compras a crédito}}{\text{Promedio de CXP a proveedores}}$$

4.7.4 Análisis de Utilidad

Mide la eficiencia de las ventas e ingresos y su incidencia en la utilidad del ejercicio; Establecimiento de los márgenes de utilidad bruta, operativa y neta sobre las ventas del período.

¹⁵ García, Oscar León. "Valoración de Empresas, Creación de Valor y EVA". Medellín, 2005.p-22-45

Margen bruto = $\frac{\text{Utilidad Bruta}}{\text{Ventas Netas}}$

Margen operativo = $\frac{\text{Utilidad operativa}}{\text{Ventas netas}}$

Margen Neto = $\frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Ventas Netas}}$

4.7.5 Análisis de Rentabilidad¹⁶

Medición de la efectividad del negocio, entendiéndose como la medida de la productividad de los recursos comprometidos en la prestación de los servicios de salud; Rentabilidad del Patrimonio y Rentabilidad del activo que dependen en la ESE de la contratación, facturación y gestión de cartera.

Participación Patrimonial = Patrimonio

CAPITAL DE TRABAJO = Activos Corrientes – Pasivos Corrientes

CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO) = CXC Neto + Inventarios Netos – Cuentas por Pagar.

¹⁶ PHD, Bernadi Bernardo, Altas finanzas empresariales, Ediciones UNINORTE, Barranquilla 2007 P1-30

4.7.6 Análisis de las Contribuciones Financieras¹⁷

Mide los riesgos de la estructura operativa con respecto al patrimonio y activos de la ESE.; Estableciendo si con el patrimonio es posible responder por las obligaciones financieras a corto plazo en caso de una eventual liquidación por insolvencia de la ESE.

Contribución Financiera = Rentabilidad del Patrimonio – Rentabilidad del Activo

4.7.7 Punto de Equilibrio¹⁸

Medición por medio de la cual se busca establecer si los ingresos totales alcanzan a cubrir los costos y gastos totales operacionales y presupuestales; Estableciendo cuanto de los ingresos operacionales y presupuestales ejecutados cubren los costos y gastos del período.

Equilibrio Operacional = (Ingresos recaudados de la vigencia por venta de servicios – Disponibilidad inicial - Cuentas por cobrar de vigencias anteriores + el menor valor entre la cartera < a 60 días y el recaudo de cartera de vigencias anteriores)- (costo de ventas y operación + gastos operacionales – depreciaciones amortizaciones- provisiones-agotamiento)

¹⁷ PHD, Bernadi Bernardo, Altas finanzas empresariales, Ediciones UNINORTE, Barranquilla 2007 P 1-30.

¹⁸ Finanzas y costos un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud, castaño, Sergio- 3ª. edición Prentice hall, 2002 P-32-40

4.7.8 Flujo de Caja Libre¹⁹

Medición de la utilidad neta incluyendo el capital técnico neto operativo y todo lo que constituya efectivo; Determinación líquida de la utilidad del estado de resultado.

FLUJO DE CAJA BRUTO + Depreciación y amortizaciones - Inv. Inc. de KTNO-Inv. En activos fijos = FLUJO DE CAJA NETO O LIBRE.

4.7.9 Leverage o Análisis de Apalancamiento²⁰

Medición de la Estructura Financiera o de Capital de la Empresa; Determinación del grado de apalancamiento financiero de la ESE.

Leverage (apalancamiento) = Pasivo/Patrimonio

Grado de apalancamiento operativo=GAO = utilidad bruta/ (utilidad operacional)

Grado de apalancamiento financiero = GAF = utilidad operacional / utilidad neta

Grado de apalancamiento total= GAT = GAO*GAF

¹⁹ Finanzas y costos un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud, castaño, Sergio- 3ª. edición Prentice hall, 2002 P-32-40

²⁰ García, Oscar León. "Valoración de Empresas, Creación de Valor y EVA". Medellín, 2005. Leverage (apalancamiento) = Pasivo/Patrimonio Capitulo IV P-32-33

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO²¹

El presente estudio es de tipo descriptivo y además analítico, porque se estudia una empresa social del estado como hospital público con unas variables económicas y financieras definidas y cuantificadas en relación a su portafolio de servicios y resultados de la gestión gerencial financiera en un espacio y tiempo determinado, bajo el siguiente contexto de trabajo de grado.

- ✓ Según su Alcance Temporal: Es de tipo seccional, porque se realiza en un momento específico y en un tiempo único comprendiendo la evaluación de sus estados financieros de 2006 al 2008.
- ✓ Según su finalidad: Es aplicada, porque busca establecer la situación financiera de la ESE y dar recomendaciones para que se corrijan los desaciertos y se sostengan sus aciertos para el mantenimiento de su salud financiera, contable y presupuestal.
- ✓ Según su profundidad: Es de tipo descriptivo y analítico, por las variables y rubros cuantitativos e indicadores de los estados financieros que se analizan.
- ✓ Según su amplitud: Es micro sociológico, debido a que se hace sobre un hospital público específico y sobre sus estados financieros, en un municipio del Departamento de Bolívar como Turbaco.

²¹ R. SIERRA BRAVO, Técnicas de Investigación Social. Madrid ESPAÑA (1994) p. 32-37.

- ✓ Según su fuente: Es Secundaria, porque se obtienen los documentos económicos y estudios sectoriales y los estados y reportes financieros de la ESE.
- ✓ Según su carácter: Es de tipo cualitativo, por las categorías de análisis de la gestión de documentos y entrevista y cuantitativa por los análisis financieros que se hacen sobre los estados financieros, determinando el grado de liquidez y solvencia correspondientes.
- ✓ Según su naturaleza: Es de informes escritos en la evaluación de los estados financieros y los documentos recabados que permitan sacar conclusiones autónomas con la mayor neutralidad valorativa.
- ✓ Según su marco: Este es un estudio Institucional del sector salud, porque se realizan evaluaciones de comportamientos financieros inherentes.
- ✓ Según su objeto: Es del sector social de salud, debido a que está enmarcado en el SGSSS; básicamente en el contexto de las finanzas Públicas sectoriales.²²

²² R. SIERRA BRAVO, Técnicas de Investigación Social. Madrid ESPAÑA (1994) p. 32-37.

5.2 POBLACION Y MUESTRA

La población o universo está plasmado en los resultados financieros por la atención de pacientes atendidos en su función de producción de servicios prestados por contratación, en el período escogido, que es donde se hace la evaluación de las finanzas de la ESE. No existen muestras, pues es un estudio descriptivo de orden financiero concreto.

5.3 FUENTES DE INFORMACION Y PROCESO DE TRATAMIENTO DE LAS VARIABLES.²³

De conformidad con la estructura del diseño metodológico y los componentes a abordar en los objetivos específicos, para su desarrollo establecemos el siguiente esquema:

CUADRO No. 05 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL PROYECTO

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTE
ANALISIS DE COMPORTAMIENTO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	Análisis Horizontal o de Variación y Análisis Vertical o de Participación de los estados financieros	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.

²³ Tomado como Referente para su Confección sobre el Trabajo de Grado de la Especialización de Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad de Cartagena: "EVALUACIÓN Y ANALISIS DE LA SITUACION FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C. DE LA CIUDAD DE CARTAGENA BOLIVAR – DICIEMBRE 2004 A JUNIO DE 2008" Ana Lía Caicedo, et, al. Octubre de 2009.

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTE
ANALISIS DE RENTABILIDAD	Rentabilidad del Patrimonio y Rentabilidad del activo que dependen en la ESE de la contratación, facturación y gestión cartera	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la Resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
ANALISIS DE LIQUIDEZ	Responde por sus compromisos con la venta de sus servicios de salud a corto plazo	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
ANALISIS DE ROTACION	Analizar la forma en que rotan los inventarios, las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar para estructurar un ciclo de caja viable para la ESE.	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la Resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
ANALISIS DE UTILIDAD	Establecimiento de los márgenes de utilidad bruta, operativa y neta sobre las ventas del período.	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTE
ANALISIS DE LAS CONTRIBUCIONES FINANCIERAS	Establecer si con el patrimonio se puede responder por las obligaciones financieras a corto plazo en caso de una liquidación por insolvencia la ESE.	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
PUNTO DE EQUILIBRIO	Establecimiento de cuanto de los ingresos operacionales y presupuestales ejecutados cubren los costos y gastos del período.	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
FLUJO DE CAJA LIBRE	Determinación líquida de la utilidad del estado de resultado	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
LEVERAGE O ANALISIS DE APALANCAMIENTO	Determinación del grado de apalancamiento financiero de la ESE.	En una hoja de cálculo EXCELL se establece la variación y participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADO DE 2005 COMO BASE Y 2006, 2007 Y 2008.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.

6. ANALISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ESE

6.1 ESTRUCTURA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

6.1.1. Balance General (Diciembre 31) \$miles

La presente es la estructura que se ha diseñado para mirar las tendencias y comportamientos de los diferentes rubros que componen el balance general de cada período de la ESE:

TABLA Nº1
SALDOS FINALES BALANCE GENERAL 2006-2008

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

CONCEPTO	2006	2007	2008
ACTIVO CORRIENTE			
Efectivo	7,545	1,712	64,453
Inversiones	-	-	-
Deudores	962,244	3,008,407	4,200,946
Inventarios	131,382	205,419	292,226
Otros Activos	1,238,968	166,169	192,798
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	2,340,139	3,381,707	4,750,423
ACTIVO FIJO			
Propiedad Planta y Equipo	1,050,079	990,069	1,052,351
TOTAL ACTIVO FIJO	1,050,079	990,069	1,052,351
ACTIVOS TOTALES	3,390,218	4,371,776	5,802,774
PASIVO CORRIENTE			
Cuentas por Pagar	2,115,296	2635928	3018989
Obligaciones Laborales	770,117	1,144,843	1,576,927
Pasivos Estimados	-	1,270	-
Otros Pasivos	182,350	64,340	75,472
TOTAL PASIVO CORRIENTE	3,067,763	3,846,381	4,671,388
PASIVOS TOTALES	3,067,763	3,846,381	4,671,388
Patrimonio Institucional	289,363	70,000	525,395
Resultado del Ejercicio	33,092	455,395	605,631
PATRIMONIO TOTAL	322,455	525,395	1,131,026
TOTAL PASIVO+PATRIMONIO	3.390.218	4.371.776	5.802.774

6.1.2 Saldos Anteriores año 2005 (diciembre 31)

Teniendo en cuenta que los indicadores de rotación en su fórmula solicitan un promedio de los dos períodos anteriores, es menester traer a colación los rubros que nos sirven para la aplicación de análisis de indicadores financieros, así:

TABLA N°2
SALDOS ANTERIORES AÑO 2005

Inventarios	61.606
Activos	2.921.964
Patrimonio	289.360
Cuentas por cobrar C.P.	62.766
Cuentas por cobrar L.P.	253.355
Cuentas por pagar C.P	490.691
Cuentas por pagar L.P	1.415.290
Depreciación del periodo	46.284

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

6.1.3 Análisis Horizontal del Balance General

Esta herramienta financiera permitirá determinar la variación absoluta o relativa que haya sufrido cada partida del Balance General en un período respecto a otro; resultados que contribuirán a identificar Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas financieras del hospital.

En la siguiente tabla se relacionan los cambios ocurridos durante los años 2006, 2007 y 2008 de la ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

TABLA N°3
ANALISIS HORIZONTAL DEL BALANCE GENERAL

CONCEPTO	2006	2007	% VAR	2008	% VAR
ACTIVO CORRIENTE					
Efectivo	7,545	1,712	-77%	64,453	3665%
Inversiones	-	-		-	
Deudores	962,244	3,008,407	213%	4,200,946	40%
Inventarios	131,382	205,419	56%	292,226	42%
Otros Activos	1,238,968	166,169	-87%	192,798	16%
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	2,340,139	3,381,707	45%	4,750,423	40%
ACTIVO FIJO					
Propiedad Planta y Equipo	1,050,079	990,069		1,052,351	6%
TOTAL ACTIVO FIJO	1,050,079	990,069	-6%	1,052,351	6%
ACTIVOS TOTALES	3,390,218	4,371,776	29%	5,802,774	33%
PASIVO CORRIENTE					
Cuentas por Pagar	2,115,296	2635928	25%	3018989	15%
Obligaciones Laborales	770,117	1,144,843	49%	1,576,927	38%
Pasivos Estimados	-	1,270		-	-100%
Otros Pasivos	182,350	64,340	-65%	75,472	17%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	3,067,763	3,846,381	25%	4,671,388	21%
PASIVOS TOTALES	3,067,763	3,846,381	25%	4,671,388	21%
Patrimonio Institucional	289,363	70,000	-76%	525,395	651%
Resultado del Ejercicio	33,092	455,395	1276%	605,631	33%
PATRIMONIO TOTAL	322,455	525,395	63%	1,131,026	115%
TOTAL PASIVO+PATRIMONIO	3,390,218	4,371,776	29%	5,802,414	33%

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

Del presente cuadro se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ✓ La cuenta de deudores, que refleja la cartera que le deben al municipio y las EPS, tuvo un aumento considerable del 213% en las

administraciones anteriores y un aumento del 40% en 2008, lo que indica que, debido precisamente a que existe una desaceleración en términos de pagos, más concretamente, una rotación de cartera altísima, del orden de los 235 días para su recuperación, no se puede garantizar la liquidez para cumplir los compromisos de la ESE a corto plazo.

- ✓ El Balance no refleja el porcentaje que de esta cartera, las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas por embargos envían a los juzgados y cuyos reportes no son oportunos, generando problemas de control, por lo cual se queda a merced del día en que dichas entidades responsables de pago giran a los mandamientos judiciales o embargos, por lo que dificulta la mecánica de la causación y saldo real de este rubro.
- ✓ El rubro de Propiedad, Planta y Equipos, al cual es menester seguir realizando saneamiento contable para su depuración final, ha variando en un 6% para el año 2008 con respecto al 2007; cuya adquisición más representativa en los dos últimos años ha sido la AMBULANCIA TAB.
- ✓ Las cuentas por pagar, las cuales incluyen proveedores, DIAN, entre otros, aumentaron un 25% del 2007 con respecto al 2006 y en la presente administración (2008) han aumentado el 15% con respecto al 2007, lo que implica que, a pesar de las adversidades, realizan contención del gasto, pero aun así, cumplir a corto plazo con deudas por valor de \$3.018.989 millones resulta caótico.

- ✓ Las obligaciones laborales, por conceptos de sueldos, salarios y otras cuentas afines que se les adeuda a los trabajadores, aumentaron en la administración pasada en un 49% del 2007 con respecto al 2006 y han venido aumentando en la presente administración en el 2008 en un 38% con respecto al 2007; ya que a pesar de hacer esfuerzos para cumplir de acuerdo a los escasos recursos, no existe capacidad de maniobra para pagar estas deudas ni a corto, ni a mediano plazo, que ascienden con otros pasivos a \$1.600 millones por la total insolvencia e iliquidez de la ESE.

6.1.4 Análisis Vertical del Balance General

Esta Herramienta financiera permite analizar la participación o peso que cada cuenta del Balance General dentro del total, es de gran importancia a la hora de establecer si en este caso el hospital tiene una distribución de sus activos equitativa de acuerdo a las necesidades financieras y operativas.

En la siguiente tabla se muestra la participación de las cuentas más relevantes del Balance General durante los años 2006, 2007 y 2008 de la ESE-HOSPITA LOCAL DE TURBACO.

TABLA N° 4
ANALISIS VERTICAL DEL BALANCE GENERAL

CONCEPTO	2006	PARTICIPACIÓN %	2007	PARTICIPACIÓN %	2008	PARTICIPACIÓN %
ACTIVO CORRIENTE						
Efectivo	7,545	0%	1,712	0%	64,453	1%
Inversiones	-	0%	-	0%	-	0%
Deudores	962,244	28%	3,008,407	69%	4,200,946	72%
Inventarios	131,382	4%	205,419	5%	292,226	5%
Otros Activos	1,238,968	37%	166,169	4%	192,798	3%
TOTAL ACTIVO CORRIEN	2,340,139	69%	3,381,707	77%	4,750,423	82%
ACTIVO FIJO						
Propiedad Planta y Equipo	1,050,079	31%	990,069	23%	1,052,351	18%
TOTAL ACTIVO FIJO	1,050,079		990,069		1,052,351	18%
ACTIVOS TOTALES	3,390,218	100%	4,371,776	100%	5,802,774	100%
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas por Pagar	2,115,296	69%	2,635,928	69%	3,018,989	65%
Obligaciones Laborales	770,117	25%	1,144,843	30%	1,576,927	34%
Pasivos Estimados	-		1,270	0%	-	0%
Otros Pasivos	182,350	6%	64,340	2%	75,472	2%
TOTAL PASIVO CORRIEN	3,067,763		3,846,381		4,671,388	
PASIVOS TOTALES	3,067,763	100%	3,846,381	100%	4,671,388	100%
Patrimonio Institucional	289,363	90%	70,000	13%	525,395	46%
Resultado del Ejercicio	33,092	10%	455,395	87%	605,631	54%
PATRIMONIO TOTAL	322,455	100%	525,395	100%	1,131,026	100%
TOTAL PASIVO+PATRIMON	3,390,218		4,371,776		5,802,414	

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

De la tabla anteriormente relacionada se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ✓ De todos los períodos anteriores y el presente, a excepción del 2006, la cuenta deudores representa el 70% del total del activo.
- ✓ El efectivo no es muy representativo para los años en estudio (menos del 1%), puesto que no es rentable tener una gran cantidad de dinero en

efectivo en la caja o en el banco donde no está generando Rentabilidad alguna.

- ✓ Quizás una de las cuentas más importantes, y a la que se le debe prestar especial atención es a la de los deudores, toda vez que esta cuenta representa las ventas realizadas a crédito, y esto implica que la empresa no reciba el dinero por sus ventas, en tanto que sí debe pagar una serie de costos y gastos para poder realizar las ventas, y debe existir un equilibrio entre lo que la empresa recibe y lo que gasta. Este análisis nos muestra un problema de liquidez que se ha ido incrementando en los últimos años, el cual tendrá que ser financiado con endeudamiento interno o externo, lo que naturalmente representa un costo financiero que bien podría ser evitado si se sigue una política de cartera adecuada.
- ✓ Otra de las cuentas importantes en esta empresa, es la de Inventarios, representa sólo lo necesario, ocupan hasta un 5% dentro del total Activos, por su naturaleza de Servicios este Hospital prácticamente no maneja inventarios.
- ✓ Los Activos fijos, representan los bienes que el Hospital necesita para poder operar (entre estos bienes se encuentran equipos médicos, maquinaria, terrenos, edificios, etc.), y en esta empresa se encuentra representada para estos tres años hasta en un 31%.
- ✓ La cuenta que tiene más participación en los pasivos es la de cuentas por pagar con una participación hasta del 69% y las obligaciones de los trabajadores representan hasta el 34% del total de deudas, para los años en estudio.

- ✓ Respecto a los pasivos, es importante observar el porcentaje de participación que poseen los Pasivos corrientes dentro del Pasivo total, ya que corresponden a la totalidad de estos (100%), y necesariamente este debe ser mucho menor que los Activos corrientes (100%), en este caso, el Capital de trabajo de el Hospital se ve comprometido.

6.2 ESTADOS DE RESULTADOS. (DICIEMBRE 31) \$MILES

Este informe permitirá conocer el desarrollo de la actividad del hospital, indicando qué bienes o servicios vendió, cuánto le costaron los bienes o servicios que entregó a sus clientes, cuánto le costó mantener la organización para desarrollar su actividad y cuánto fueron las utilidades que le quedaron al finalizar el período.

En la tabla N° 5 se relacionan resultados obtenidos durante los años 2005, 2006, 2007 y 2008 de la ESE-HOSPITA LOCAL DE TURBACO.

TABLA N°5 ESTADO DE RESULTADO (DICIEMBRE 31) \$ MILES

CONCEPTO	2006	2007	2008
VENTAS (PSS)	3.045.617	3.085.203	3.312.454
(-) Dev.y dctos por Ventas	0	0	0
Ventas Netas (I.O.N)	3.045.617	3.085.203	3.312.454
TRANSFERENCIAS	0	48.000	35.000
Costo de Ventas (SS)	835.607	786.415	772.143
UTILIDAD BRUTA	2.210.010	2.346.788	2.575.311
Gastos de Admón. (Operacionales)	1.962.145	1.800.875	1.893.888
Sueldos y Salarios	552.788	593.069	580.488
Contribuciones Imputadas	0	14.931	0
Contribuciones Efectivas	65.470	14.804	14.016
Aportes Sobre la Nomina	16.105	18.787	18.524
Gastos Generales	1.317.997	1.152.824	1.277.337
Impuestos Contribuciones y Tasas	9.785	6.460	3.523
Provisiones, Agotamiento y depreciación (Operacionales)	201.523	82.248	54.388
Deudas de Difícil Cobro	34.492	17.246	0
Provisión Propiedad, Planta y Eq.	40.931	18.356	0
Provisión para Contingencias	75.678	1.270	1.270
Depreciación Propiedad, Planta y Eq.	50.422	45.376	53.118
UTILIDAD OPERACIONAL	46.342	463.665	627.035
OTROS INGRESOS	3.048	5.212	5.394
Financieros	318	598	2.351
Extraordinarios	2.730	4.614	3.043
OTROS GASTOS	16.298	13.012	26.798
Financieros	16.298	11.839	26.798
Extraordinarios	0	1.173	0
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO	33.092	455.865	605.631

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

6.2.1 Análisis Horizontal del Estado de Resultados

Esta herramienta financiera permitirá determinar la variación absoluta o relativa que haya sufrido cada partida del Estado de Resultado en un período respecto a otro.

En la siguiente tabla se relacionan los cambios ocurridos durante los años 2006, 2007 y 2008 de la ESE-HOSPITA LOCAL DE TURBACO.

TABLA N°6
ANALISIS HORIZONTAL DEL ESTADO DE RESULTADO

CONCEPTO	2006	2007	VARIACIÓN %	2008	VARIACIÓN %
VENTAS (PSS)	3.045.617	3.085.203	1%	3.312.454	7%
(-) Dev.y dctos por Ventas	0	0		0	
Ventas Netas (I.O.N)	3.045.617	3.085.203	1%	3.312.454	7%
TRANSFERENCIAS	0	48.000		35.000	-27%
Costo de Ventas (SS)	835.607	786.415	-6%	772.143	-2%
UTILIDAD BRUTA	2.210.010	2.346.788	6%	2.575.311	10%
Gastos de Admón. (Operacionales)	1.962.145	1.800.875	-8%	1.893.888	5%
Sueldos y Salarios	552.788	593.069	7%	580.488	-2%
Contribuciones Imputadas	0	14.931		0	0
Contribuciones Efectivas	65.470	14.804	-77%	14.016	-5%
Aportes Sobre la Nomina	16.105	18.787	17%	18.524	-1%
Gastos Generales	1.317.997	1.152.824	-13%	1.277.337	11%
Impuestos Contribuciones y Tasas	9.785	6.460	-34%	3.523	-45%
Provisiones, Agotamiento y depreciación (Operacionales)	201.523	82.248	-59%	54.388	-34%

CONCEPTO	2006	2007	VARIACIÓN %	2008	VARIACIÓN %
----------	------	------	-------------	------	-------------

Deudas de Difícil Cobro	34.492	17.246	-50%	0	-100%
Provisión Propiedad, Planta y Eq.	40.931	18.356	-55%	0	-100%
Provisión para Contingencias	75.678	1.270	-98%	1.270	
Depreciación Propiedad, Planta y Eq.	50.422	45.376	-10%	53.118	17%
UTILIDAD OPERACIONAL	46.342	463.665	901%	627.035	35%
OTROS INGRESOS	3.048	5.212	71%	5.394	3%
Financieros	318	598	88%	2.351	293%
Extraordinarios	2.730	4.614	69%	3.043	-34%
OTROS GASTOS	16.298	13.012	-20%	26.798	106%
Financieros	16.298	11.839	-27%	26.798	126%
Extraordinarios	0	1.173		0	-100%
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO	33.092	455.865	1278%	605.631	33%

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

Del presente cuadro se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ✓ Las ventas por servicio, las cuales en su mayoría son pagadas por capitación, han tenido siempre un escalonamiento positivo, siendo su período de aumento más crítico el 2007 que solo aumentó 1%, y en la presente administración aumentaron las ventas en un 7%.
- ✓ Lo anterior indica que la ESE, no tiene problemas estructurales de contratación de servicios de salud e ingresos por ventas, su problema está principalmente en la realización del efectivo, en las deudas de períodos anteriores y, menormente en que no se ha hecho la contención de costos.

- ✓ Los gastos por sueldos y salarios en la presente administración han venido en aumento con respecto a la administración anterior en un porcentaje del 5%, en virtud de que con el ejercicio de cada vigencia hacen esfuerzos para pagarles a tiempo hasta donde se puede a los actuales trabajadores, a los cuales antes se les adeudaban en promedio 6 y 8 meses, siendo en la actualidad el promedio de atraso de 1 a 4 meses.

6.2.2 Análisis Vertical del Estado de Resultados

Esta Herramienta financiera permite analizar la participación o peso de cada cuenta del Estado de Resultado dentro del total, es de gran importancia debido a que evidencian la situación actual y la trayectoria histórica del hospital, de esta manera la administración del hospital podrá anticiparse, iniciando acciones para resolver problemas y tomar ventaja de las oportunidades.

En la siguiente tabla se muestra la participación de las cuentas más relevantes del Estado de Resultado durante los años 2006, 2007 y 2008 de la ESE-HOSPITA LOCAL DE TURBACO.

TABLA N° 7 ANALISIS VERTICAL DEL ESTADO DE RESULTADO

CONCEPTO	2006	PARTICIPACION %	2007	PARTICIPACION %	2008	PARTICIPACION %
VENTAS (PSS)	3.045.617	100%	3.085.203	100%	3.312.454	100%
(-) Dev.y dptos por Ventas	0		0		0	
Ventas Netas (I.O.N)	3.045.617	100%	3.085.203	100%	3.312.454	100%
TRANSFERENCIAS	0	0%	48.000	2%	35.000	1%
Costo de Ventas (SS)	835.607	27%	786.415	25%	772.143	23%
UTILIDAD BRUTA	2.210.010	73%	2.346.788	76%	2.575.311	78%
Gastos de Admon (Operacionales)	1.962.145	65%	1.800.875	59%	1.893.888	57%
Sueldos y Salarios	552.788	18%	593.069	19%	580.488	17%
Contribuciones Imputadas	0		14.931	1%	0	
Contribuciones Efectivas	65.470	3%	14.804	1%	14.016	1%
Aportes Sobre la Nomina	16.105	1%	18.787	1%	18.524	1%
Gastos Generales	1.317.997	43%	1.152.824	37%	1.277.337	38%
Impuestos Contribuciones y Tasas	9.785	0%	6.460	0%	3.523	0%
Provisiones, Agotamiento y depreciación (Operacionales)	201.523	7%	82.248	4%	54.388	2%
Deudas de Difícil Cobro	34.492	1%	17.246	1%	0	
Provisión Propiedad, Planta y Eq.	40.931	1%	18.356	1%	0	
Provisión para Contingencias	75.678	3%	1.270		1.270	
Depreciación Propiedad, Planta y Eq.	50.422	2%	45.376	2%	53.118	2%
UTILIDAD OPERACIONAL	46.342	2%	463.665	15%	627.035	19%
OTROS INGRESOS	3.048		5.212		5394	
Financieros	318		598		2.351	
Extraordinarios	2.730		4.614		3.043	
OTROS GASTOS	16.298		13.012		26.798	
Financieros	16.298		11.839		26.798	
Extraordinarios	0		1.173		0	
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO	33.092	1%	455.865	15%	605631	18%

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

Del presente cuadro se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ✓ Como rubro más importante podemos observar que el costo de ventas ocupa un lugar representativo de hasta un 27%, tomando en cuenta los demás rubros.
- ✓ El segundo rubro en importancia es la utilidad bruta, que ocupa hasta un 78% para el año 2008, la cual nos indica que esta compañía se preocupa por mantener alto el nivel de utilidad.
- ✓ No se reflejan transferencias, ni contribuciones representativas del municipio, departamento o la nación, para fortalecer las finanzas de la ESE; son ínfimas alcanzando hasta el 2% de participación.
- ✓ Lo anterior indica que si se llegare a hacer el ajuste institucional que nos informan está en proceso de aprobación de estudio por parte del Ministerio de protección Social; por si solo es un paño de agua tibia porque no resuelve las deudas estructurales que como reloj van en aumento por intereses y honorarios entre otras costas.

7. EVALUACION DE LOS INDICADORES FINANCIEROS DE LA ESE

A continuación se realiza el análisis de los indicadores financieros de la ESE _ HOSPITAL LOCAL DE TURBACO, los cuales permitirán una radiografía de su estructura operativa en relación con los resultados de cada uno de los componentes en que la administración financiera desarrollo para la situación económica de las empresas:

7.1 CALCULO DE LAS RAZONES FINANCIERAS

7.1.1 Análisis de Liquidez de los Estados Financieros de la ESE

Este análisis permite determinar la capacidad que tiene la empresa de generar fondos suficientes para el pago de sus obligaciones a corto plazo.

Razón Corriente = activo corriente/ pasivo corriente

TABLA Nº 8
ANALISIS DE LIQUIDEZ DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ESE

AÑO	ACTIVO CORRIENTE	PASIVO CORRIENTE	RAZON CORRIENTE
2006	2.340.139	3.067.763	0.76
2007	3.381.707	3.846.381	0.88
2008	4.750.423	4.671.388	1.017

Fuente: Estados Financieros.

Lo anterior indica que por cada peso promedio que debe la ESE a corto plazo, tiene para responder con 0.88 Pesos promedios para pagar. Lo que indica un alto grado de iliquidez, ya que este activo está representado en su mayoría por cuentas por cobrar.

Prueba Acida = activo corriente – inventario/ pasivo corriente

TABLA Nº 9
PRUEBA ACIDA

AÑO	ACTIVO CORRIENTE	INVENTARIO	PASIVO CORRIENTE	RAZON CORRIENTE
2006	2.340.139	131.382	3.067.763	0.71
2007	3.381.707	205.419	3.846.381	0.83
2008	4.750.423	292.226	4.671.388	0.95

Fuente: Estados Financieros.

El resultado de los períodos analizados, refleja que en promedio por cada peso que debe la ESE, dispone de 0.83 Pesos en promedio, después de deducir sus inventarios, para pagar la totalidad de sus pasivos a corto plazo.

7.1.2 Análisis de Solvencia de los Estados Financieros de la ESE

SOLVENCIA: Es la capacidad de pago de la ESE para cumplir sus obligaciones de Vencimiento a corto plazo y los recursos con que cuenta para hacer frente tales obligaciones o sea una relación entre lo que una ESE tiene y lo que debe.

Capital de Trabajo = Activos Corrientes – Pasivos Corrientes

**TABLA N°10
CAPITAL DE TRABAJO**

AÑO	ACTIVOS CORRIENTES	PASIVOS CORRIENTES	CAPITAL DE TRABAJO
2006	2.340.139	3.067.763	-727.624
2007	3.381.707	3.846.381	-464.674
2008	4.750.423	4.671.388	79.035

Fuente: Estados Financieros.

Lo anterior nos indica que la ESE tiene una relación negativa entre lo que tiene y lo que debe a corto plazo, pero para ver su estructura de insolvencia en términos más eficientes se procede a desarrollar su KTNO.

CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO) = CXC neto + Inventarios netos – Cuentas por Pagar

TABLA N°11
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO)

AÑO	CXC NETO + INVENTARIOS NETOS	CUENTAS POR PAGAR	CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO
2006	1.093.626	2.885.413	-1.791.787
2007	3.213.826	3.780.771	-566.945
2008	4.493.172	4.595.916	-102.744

Fuente: Estados Financieros.

Con estos resultados de los años analizados se evidencia claramente que la ESE no tiene una administración eficiente y eficaz del inventario, de las cuentas por pagar y de la cartera, trayendo como consecuencia cartera estancada que no permite tener recursos disponibles para el cumplimiento de obligaciones a corto plazo, ya que no genera efectivo suficiente y a largo plazo tendría que financiarse.

7.1.3 Análisis de Rotación

ROTACION: Es la velocidad que tienen los activos y pasivos para convertirse en efectivo durante un período.

7.1.3.1 Días de Rotación de Cartera

Esta razón indica el tiempo en que las cuentas por cobrar toman para convertirse en efectivo, o en otras palabras, es el tiempo que la empresa tarda en cobrar la cartera a sus clientes.

**TABLA Nº 12
ROTACION DE CARTERA**

<p>Rotación Cartera = ventas a crédito/ promedio de cuentas por cobrar</p>	<p>C.1 Promedio de CXC 2006 = $316.121+962.244/2=639.183$ 2007 = $962.244+3.008.407/2=1.985.326$ 2008 = $3.008.407+4.200.946/2=3.604.677$</p> <p>C.2 Rotación de cartera 2006 = $3.045.617/639.183=4.76$ 2007 = $3.085.203/1.985.326=1.55$ 2008 = $3.312.454/3.604.677=0.91$</p>
<p>Días de Rotación Cartera = 360/ rotación cartera</p>	<p>2006 = $360/4.76= 76$ DIAS 2007 = $360/1.55= 232$ DIAS 2008 = $360/0.91= 396$ DIAS</p>

Fuente: Estados Financieros.

Los días de rotación de cartera son en promedio 235 días, lo cual indica que las EPS le están pagando en promedio cada 8 meses, situación ésta considerada gravísima, por las dificultades económicas antes descritas como los pagos de las nominas, parafiscales, impuestos que a corto plazo debe resolver. En este sentido la Entidad está depurando y estabilizando el valor real de las cuentas por cobrar con las ERP, para saber realmente que compromisos atender con los recursos que le adeudan en forma real y lógicamente con la recuperación de los mismos.

7.1.3.2 Rotación de Inventarios

Esta Razón permite saber el número de veces en que el inventario es realizado en un período determinado. Permite identificar cuantas veces el inventario se convierte en dinero o en cuentas por cobrar.

**TABLA Nº 13
ROTACION DE INVENTARIO**

Rotación Inventario = Costo de material utilizado/inventario promedio	<p>E.1 Inventario Promedio 2006 = $61.606+131.382/2 = 96.49$ 2007 = $131.382+205.419/2 =168.40$ 2008 = $205.419+292.226/2 =248.82$</p> <p>E.2 Rotación Inventario 2006 = $835.607/96.49 = 8.66$ 2007 = $786.415/168.40 = 4.66$ 2008 = $772.143/248.82 = 3.10$</p>
Días Rotación Inventario	<p>2006 = $360/8.66 = 42$ DIAS 2007 = $360/4.66 = 77$ DIAS 2008 = $360/3.10 = 116$ DIAS</p>

Fuente: Estados Financieros.

La rotación de inventario está en promedio en 78 días, lo que demuestra una baja rotación, indicando que no hay una política o plan de compras correcta, que permita atender adecuadamente los requerimientos de insumos de la ESE sin afectar la disponibilidad de recursos. En tal sentido ya se ordenó la implementación de un manual de manejo de activos e inventarios de propiedad de la ESE para mejorar la administración y control.

7.1.3.3. Rotación de Activos

La rotación de activos es uno de los indicadores financieros que le dicen a la empresa que tan eficiente está siendo con la administración y gestión de sus activos.

TABLA Nº 14 ROTACION DE ACTIVOS

Rotación de Activos = ventas / promedio de activos	G.1 Promedio de Activos 2006 = $2.921.964+2.340.139/2= 2.631.051$ 2007 = $2.340.139+3.381.707/2=2.860.923$ 2008 = $3.381.707+4.750.423/2= 4.066.065$
	G.2 Rotación de Activos 2006 = $3.045.617/2.361.051=1.28$ 2007 = $3.085.203/2.860.923=1.78$ 2008 = $3.312.454/4.066.065=0.81$
	G.3 Días Rotación Activos 2006 = $360/1.28= 281$ DIAS 2007 = $360/1.78= 202$ DIAS 2008 = $360/0.81= 444$ DIAS

Fuente: Estados Financieros.

La rotación de activos promedio del período analizado es de 309 días, lo que indica que existen problemas de dotación en la ESE por ejemplo camillas, instrumentos quirúrgicos, elementos de seguridad para los trabajadores, equipos médicos, muebles, etc., al pasar de un año; por ello, como hay iliquidez e insolvencia, no es posible cumplir con el valor de inversión para habilitación, que asciende aproximadamente a \$480 millones.

7.1.3.4 Días de Rotación de cuentas por pagar proveedores

Esta razón indica el número de veces en que las cuentas por pagar se cancelan usando recursos líquidos de la empresa.

TABLA Nº 15
ROTACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR

<p>Rotación de Cuentas por Pagar = Compras a Crédito / Promedio de CXP proveedores.</p>	<p>H.1 Promedio de CXP Proveedores (incluidos corto y largo plazo) 2006 = $1.905.981+2.885.413/2=2.395.697$ 2007 = $2.885.413+3.780.771/2=3.333.092$ 2008 = $3.780.771+4.595.916/2=4.188.344$</p> <p>H.2 Compras a Crédito = costo de venta + inventario final – inventario inicial 2006 = $835.607+131.382 - 61.606=905.383$ 2007 = $786.415+205.419 -$ $131.382=860.452$ 2008 = $772.143+292.226 -$ $205.419=858.950$</p> <p>H.3 Rotación CXP Proveedores 2006 = $905.383/2.395.697=0.37$ 2007 = $860.452/3.333.092=0.25$ 2008 = $858.950/4.188.344=0.20$</p>
<p>Días de Rotación de CXP = 360días/rotación de CXP proveedores</p>	<p>2006 = $360/0.37= 973$ DIAS 2007 = $360/0.25=1.440$ DIAS 2008 = $360/0.25=1.800$ DIAS</p>

Fuente: Estados Financieros.

Los días de rotación de pago a los proveedores ascienden en promedio a 1.404 días, lo que explica las demandas judiciales entabladas contra el hospital, creando situaciones de desestabilización en el buen desarrollo del objeto social del negocio; trayendo como consecuencia la intervención del gobierno nacional, por lo oneroso que resultan los intereses de mora y las costas judiciales en contra.

7.1.3.5 Ciclo de Caja

Ciclo de Caja = PPC (Periodo Promedio de Cobro) + PPI (Periodo Promedio de Inventarios) - PPP (Periodo Promedio de Pagos).

**TABLA N°16
CICLO DE CAJA**

AÑO	PERIODO PROMEDIO DE COBRO	PERIODO PROMEDIO DE INVENTARIO	PERIODO PROMEDIO DE PAGOS	CICLO DE CAJA (Días)
2006	76	42	976	-858
2007	232	77	1440	-1.131
2008	396	116	1800	-1.288

Fuente: Estados Financieros.

El resultado anterior indica que existe una total desaceleración de la rotación de recursos recibidos con oportunidad para poder atender los compromisos de pagos de la ESE. De allí la necesidad de obtener recursos frescos para que la ESE se vuelva a colocar en condiciones reales de cumplir su misión institucional que es prestarle los servicios con calidad y calidez humana a los usuarios más pobres y vulnerables.

Por lo anterior la ESE requerirá mejorar sus rotaciones de cartera e inventarios, con el fin de lograr un óptimo promedio de pago, evitando de esta manera disminuir la cancelación de las altas sumas pagadas por concepto de intereses, embargos judiciales, sanciones y demás aspectos que afectan su liquidez y por ende el buen desarrollo de la gestión financiera.

7.1.4 Análisis de Rentabilidad

RENTABILIDAD: Desde el punto de vista financiero es la medida de la productividad de los activos comprometidos en un determinado negocio; desde el punto de vista del análisis a largo plazo lo importante es garantizar la continuidad financiera de la empresa.

Rentabilidad Operativa del Activo = Utilidad Operativa/Promedio de Activos

TABLA Nº 17
Rentabilidad Operativa del Activo

AÑO	UTILIDAD OPERATIVA	PROMEDIO ACTIVOS	RENTABILIDAD OPERATIVA
2006	46.342	2.631.051	1.76%
2007	463.665	2.860.923	16.20%
2008	627.035	4.066.065	15.42%

Fuente: Estados Financieros.

El análisis de este indicador muestra la mala gestión de la gerencia, indicando la verdadera rentabilidad de la inversión con un promedio muy bajo y evidenciando problemas estructurales que se resuelven con decisiones estratégicas cuyo efecto se da en el largo plazo: nuevos servicios, nuevos mercados, programas de optimización o racionalización de costos y gastos, mayor eficiencia en el uso de los activos corrientes y fijos, etc.

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO

TABLA 18
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO

Rentabilidad Neta del Patrimonio = Utilidad Neta/Promedio del Patrimonio	2006 = 33.092/305.908 = 10.81% 2007 = 455.865/423.925=107.53% 2008 = 605.631/828.391=73.10%
-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Estados Financieros.

La rentabilidad neta del patrimonio para los periodos analizados arroja un promedio de 63.8%.

Como podemos observar, la rentabilidad del patrimonio es superior en 55 puntos porcentuales a la rentabilidad del activo, lo anterior ocurre porque el verdadero capital invertido no es el activo sino el patrimonio, puesto que parte de los activos están representado en cuentas por cobrar.

Participación Patrimonial = Patrimonio/Activo Total

**TABLA N°19
PARTICIPACION PATRIMONIAL**

AÑO	PATRIMONIO	ACTIVO TOTAL	PARTICIPACION PATRIMONIAL
2006	322.455	3.390.218	9.5%
2007	525.395	4.371.776	12%
2008	1.131.386	5.802.774	19%

Fuente: Fuente: Estados Financieros.

El esfuerzo que realiza el gobierno local para generar gobernabilidad del manejo de los recursos que garanticen la prestación de los servicios de salud en el período analizado de la comunidad usuaria si bien ha aumentado en un 100% en el 2008, con respecto al 2006, todavía no es representativo el rendimiento del activo total para generar un patrimonio institucional aceptable, para el desarrollo de su objeto social y misional como ESE, si se tiene en cuenta que tiene un mercado público en salud asegurado por ley. (60% de toda la contratación de subsidiado es obligatoria, el 100% del subsidio a la oferta es obligatoria y el 60% de salud pública colectiva es obligatoria)

7.1.5 Análisis de Endeudamiento o Fragilidad

ENDEUDAMIENTO: Muestra la forma como se financian los activos de la empresa, es decir, permite mostrar un aspecto importantísimo de la estructura financiera, recursos propios o préstamos.

Índice de Endeudamiento = Pasivo/Activos

TABLA Nº. 20
INDICE DE ENDEUDAMIENTO

AÑO	PASIVO	ACTIVOS	INDICE ENDEUDAMIENTO
2006	3.067.763	3.390.218	90.48%
2007	3.846.381	4.371.776	87.98%
2008	4.671.388	5.802.774	80.50%

Fuente: Estados Financieros.

Los Pasivos representan en promedio un 86% del total de los activos, es decir que la estructura financiera de la empresa está considerablemente comprometida, reflejando que el hospital no tiene una estabilidad financiera y por lo tanto este grado de endeudamiento imposibilita al hospital a acceder a fuentes de financiamiento externa, como las bancarias; teniendo que acudir al prestigio del Hospital para obtener anticipos de clientes, documentos negociables, que no impliquen garantía.

7.1.6 Análisis de la utilidad

Margen Neto = Utilidad neta/ Ventas netas

**TABLA Nº.21
ANALISIS DE LA UTILIDAD**

AÑO	UTILIDAD NETA	VENTAS NETAS	MARGEN NETO
2006	33.092	3.045.617	1%
2007	455.865	3.085.203	15%
2008	605.631	3.312.454	18%

Fuente: Estado de Resultados

La rentabilidad de las ventas de la ESE, después de deducir costos y gastos fue mínima con un 11.3% en promedio para los años en estudio, evidenciando que no cubre las expectativas deseadas, ya que no muestra eficiencia en las operaciones y no hace un buen control de los costos y gastos.

7.1.7 Análisis de las Contribuciones Financieras

Si se miran los riesgos de la estructura operativa que se están corriendo con la rentabilidad del patrimonio obtenida para sanear las altas obligaciones y mirar si con la rentabilidad del activo podrían producirse los servicios de salud suficientes, que permitan atender todas las obligaciones en el corto o mediano plazo se establecerían las contribuciones financieras de los resultados así:

Contribución Financiera = Rentabilidad del Patrimonio – Rentabilidad del Activo

**TABLA N°22
CONTRIBUCION FINANCIERA**

AÑO	RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	RENTABILIDAD OPERATIVA DEL ACTIVO	CONTRIBUCION FINANCIERA
2006	7.34%	1.76%	5.58%
2007	107.53%	16.20%	91.33%
2008	73.51%	15.42%	58.09%

Fuente: Tabla Estado de Resultados.

De acuerdo a los resultados se confirma hasta tanto no se depuren los estados financieros; que el problema de la ESE no es de Rentabilidad; es de Ilquidez e insolvencia. Los anteriores resultados son disimiles en su comportamiento y por ende una media genera mucha dispersión para dar un concepto por lo menos de tendencia lo más acertado posible, ello debido a la mala tenencia de los libros y reportes que influyen en dichos rubros. El año 2006 se destaca por que fue un año donde no había una administración estable, representada esta contribución en un 5.58%, que permitiera salir a flote al hospital y se refleja en este indicador.

7.2 PUNTO DE EQUILIBRIO

El punto de equilibrio nos determina vía cantidad o pesos, cuando los ingresos totales producto de los servicios prestado por la ESE son iguales a sus costos, lo que implica analizar, operacionalmente si es auto sostenible solo por ventas y determinar en qué momento estas cubrirán exactamente los costos.

7.2.1 Equilibrio Operacional

Se define como el nivel de producción o nivel mínimo de ventas necesario para que la empresa sea capaz de cubrir sus costos fijos. Este punto o cantidad no significa necesariamente que la empresa gane dinero, ya que después de cubrir costos fijos hay que atender el resto de los gastos incluyendo los no financieros.

**TABLA Nº 23
EQUILIBRIO OPERACIONAL**

CONCEPTOS	Dic-06	Dic-07	Dic-08
INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	3.045.617.000	3.085.203.000	3.312.454.000
- DISPONIBILIDAD INICIAL	(7.545.389)	(1.177.022.000)	(630.560.861)
- CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	(145.570.112)	(35.105.856)	(1.266.063.621)
+ RECAUDO CARTERA < 60 DIAS	101.419.798	53.190.847	418.434.545
SUBTOTAL	2.993.921.297	1.926.265.991	1.834.264.063
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	835.607.000	786.415.000	722.143.000
GASTOS OPERACIONALES	1.962.145.000	1.800.875.000	1.893.888.000
- DEPRECIACIONES	(50.422.000)	(45.376.000)	(53.118.000)
- AMORTIZACIONES	0	0	0
- PROVISIONES	(116.609.000)	(19.626.000)	(1.270.000)
- DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO	(34.492.000)	(17.246.000)	0
SUBTOTAL	2.596.229.000	2.505.042.000	2.561.643.000
EQUILIBRIO FINANCIERO OPERACIONAL AJUSTADOS	397.692.297	(57.8776.009)	(727.378.937)

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL
LOCAL DE TURBACO

7.2.2 Equilibrio Presupuestal

Es una herramienta que permite una vigilancia y planeación en las operaciones de la entidad así como el logro de los objetivos deseados, el aprovechamiento de los recursos y una estabilidad de la estructura financiera, la medición de la eficiencia y la delimitación de responsabilidades

**TABLA N° 24
EQUILIBRO PRESUPUESTAL**

CONCEPTOS	Dic-06	Dic-07	Dic-08
INGRESOS RECAUDADOS DE LA VIGENCIA	3.045.617.000	3.085.203.000	3.312.454.000
- APORTES	(197.208.900)	0	(284.436.000)
-DISPONIBILIDAD INICIAL	(7.545.389)	(1.177.022.000)	(630.560.861)
-CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	(145.570.112)	(35.105.856)	(1.266.063.621)
SUBTOTAL	2.695.292.599	1.873.075.144	1.131.393.518
COMPROMISOS DE LA VIGENCIA	2.560.216.911	2.796.594.000	1.240.649.604
- CUENTAS POR PAGAR DE VIGENCIAS ANTERIORES	1.532.816.000	457.712.000	521.982.000
SUBTOTAL	4.093.032.911	3.254.306.000	1.762.631.604
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL AJUSTADO	(1397740312)	(1.381.230.856)	(631.238.086)

Fuente: Informes financieros presentados a la Junta Directiva ESE-HOSPITAL LOCAL DE TURBACO.

7.3 APALANCAMIENTO (LEVERAGE)

Leverage (apalancamiento) = Pasivo/Patrimonio

**TABLA N° 25
LEVERAGE (APALANCAMIENTO)**

AÑO	PASIVO	PATRIMONIO	LEVERAGE
2006	3.067.763	322.455	9.5%
2007	3.846.381	525.395	7.32%
2008	4.671.388	1.131.386	4.12%

De acuerdo al análisis de los años en estudio, se puede concluir que la ESE por cada peso que tiene en el patrimonio institucional debe a sus acreedores un promedio de \$6.98 en el período analizado; lo que permite deducir que si se liquidara la ESE, no tendría con que pagar el 100% de las acreencia.

GRADO DE APALANCAMIENTO OPERATIVO=GAO = Margen de Contribución (MC)/Utilidad Operacional.

TABLA Nº 26
GAO

AÑO	MARGEN DE CONTRIBUCION	UTILIDAD OPERACIONAL	GAO
2006	2.210.010	46.342	47.68
2007	2.346.788	463.665	5.06
2008	2.575.311	627.035	4.10

Fuente: Estado de resultados.

Con los resultados Arrojados es claro que no existe una correspondencia lógica en donde se note una política de contratación de prestación de servicios acertada para la auto sostenibilidad; que genere ingresos operacionales crecientes en términos reales cuando es zigzagueante el comportamiento de las ventas, las cuales aumentan un 11% en el 2006; un 1.2% en el 2007 y un 7% en el 2008.

En igual forma no existe una política de gestión o contención de costos unificada que permita tener una estructura operativa solida y con criterios homogéneos para estabilizar la gestión de la ESE, cuando existe un abultado aumento del 102% en los costos de ventas del 2006 que es cuando comienza a dar utilidad y supera un déficit muy representativo; luego disminuyen los costos de ventas en el 2007 en un 5.8% y en el 2008 en un 1.8% no muy representativo; sin embargo es una buena contribución para su apalancamiento operativo.

Para corroborar lo anterior la ESE en su análisis vertical de la utilidad bruta; los costos de ventas son el 27% en el 2006; el 25% en el 2007 y el 23% en el 2008; lo que nos lleva a concluir que el costo de ventas de la ESE no tiene ningún problema y contribuye eficazmente en el apalancamiento operativo.

Los gastos operacionales tienen el siguiente comportamiento horizontal y vertical: en el 2006 disminuyen en un 40% y representaban el 64% de las ventas; en el 2007 disminuyen en un 8.2% y representaban 58% de las ventas; en el 2008 aumentaron un 5% y representaban el 57% de las ventas; lo cual es muy alto para la estructura operativa de la ESE; por ello existe un riesgo de aumentar la insolvencia e iliquidez a corto plazo.

Por cada peso que se produce como utilidad operacional existen 9,34 en la utilidad bruta.

GRADO DE APALANCAMIENTO FINANCIERO = GAF = Utilidad Operacional / Utilidad Neta

TABLA Nº 27
GRADO DE APALANCAMIENTO FINANCIERO

AÑO	UTILIDAD OPERACIONAL	UTILIDAD NETA	GAF
2006	46.342	33.092	1.4
2007	463.665	455.865	1.01
2008	627.035	605.631	1.03

Fuente: Estados Financieros.

GRADO DE APALANCAMIENTO TOTAL= GAT = GAO*GAF

TABLA Nº 28
GRADO DE APALANCAMIENTO TOTAL

AÑO	GAO	GAF	GAT
2006	47.68	1.4	66,752
2007	5.06	1.01	5,1106
2008	4.10	1.03	4,223

Fuente: Estados Financieros.

Por su característica de Empresa Social del Estado que es subvencionada por el estado en su capacidad técnico científica, la empresa no tiene ningún riesgo financiero, ya que no posee crédito bancario.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el fin de fortalecer el patrimonio institucional de la ESE, ante su situación crítica de habilitación y capacidad científico técnico, su contingencia sobre la no solución a corto plazo de los pasivos corrientes y la poca maniobrabilidad para captar recursos que permitan aumentar sus activos totales, es menester acudir a los recursos de gobierno nacional, a los planes bienales de inversión departamental y a la contribución local, para cofinanciar la Ejecución del proyecto de Inversión correspondiente.

Se deben expedir en adelante para la emisión de los estados financieros las respectivas notas contables a cada uno de los rubros, para acertar en un mejor seguimiento de lo que pasa en la gestión financiera y tomar decisiones económicas más confiables.

La Alternativa de solución de los resultados críticos de la evaluación financiera anterior; no es con soluciones a corto plazo sino de fondo, basadas en ajustes institucionales de riesgo compartido con inversionistas privados; para recordar las viejas épocas cuando TURBACO fue ejemplo a nivel nacional de su descentralización y su modelo de aseguramiento.

Muy a pesar de que la actual administración ha presentado un Plan de Contingencia en donde se concilia, se atienden los acuerdos de pago, se contestan las demandas judiciales; se mejora la contratación, la facturación y depura la cartera, se depuran los estados financieros y se proyecta un proceso de ingresos y gastos para estabilizar financieramente el hospital en 4 años, contemplando en forma integral el Plan de Ajuste Institucional para introducir servicios complementarios que aumenten sus ingresos, con cofinanciación

Nación, departamento y municipio, la salida mas conveniente socioeconómicamente y factible técnicamente es a través del otorgamiento en administración de un operador privado con capacidad técnica, financiera y administrativa, el manejo integral de su portafolio de servicios para que en el 2010 pueda volver a cumplir su objeto social con total liquidez y solvencia económica.

Debe generarse una evaluación técnica de la contratación para lograr una mayor dinámica en las ventas y a su vez disminuirse los gastos de operación de la empresa; en donde el promedio de participación de los gastos generales es del 67% de los gastos operativos; deben fijarse en el presupuesto de la vigencia en un 55% y como el promedio de la nómina y gastos de personal es del 34% deben propenderse mantenerlo en la presente vigencia en el 30%; lo que contribuiría a un mejor apalancamiento operativo del 15% .

La ESE si se cumple con los tres proyectos propuestos en forma simultánea como son la propuesta de ajuste institucional, el proyecto de servicios complementarios y cumplimiento de habilitación y contratar a un operador externo hospitalario esta administración podrá salvarlo, ya que si se sigue el ritmo de insolvencia e iliquidez sin un redireccionamiento estratégico serio, tendrá que liquidarse a mediano plazo de allí la importancia del presente ajuste institucional y solicitud del respectivo convenio de desempeño.

De acuerdo a lo expuesto se fundamenta y motiva la necesidad urgente de contratar un operador externo hospitalario, a través de un contrato de operación de servicios hospitalarios, mediante el cual el operador externo como persona jurídica independiente, bajo su cuenta y riesgo y con personal propio, actuando con completa autonomía y con las limitaciones del contrato de operación asuma el compromiso de realizar la operación de todas las actividades de la ESE, tanto

administrativas, operativas y asistenciales que sean del resorte de las áreas de logística y atención al usuario de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 1876 de 1994.

El operador externo hospitalario debe ser un socio estratégico con suficiencia patrimonial demostrada que garantice el cumplimiento de los postulados constitucionales y legales, toda vez que en la actualidad y para la suscripción de un plan de desarrollo institucional se requiere de inversión para la infraestructura, equipos, dotación, reposición de equipos y alta tecnología con miras de posicionar a la ESE de Túbaco como una de las mejores del País.

Ahora bien, una vez se encuentre legalizado el contrato de operación externa hospitalaria la ESE HOSPITAL LOCAL DE TURBACO, debe reorganizarse, con el único fin de cumplir con los objetivos institucionales. Lo anterior, toda vez que sin esta acción, no es posible cumplir con el objeto del contrato de operación hospitalaria ni con el cumplimiento de la misión y visión del hospital. Así las cosas, debe para sanear sus resultados en los estados financieros realizar ajustes en la planta de personal y estructural de acuerdo a las motivaciones y argumentos jurídicos que surjan al momento del contrato pertinente.

9. BIBLIOGRAFIA

1. PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD PÚBLICA. Contaduría General de la República, RESOLUCION 4444 DEL 21 DE Noviembre de 1995 y sus actualizaciones mediante resoluciones 274 del 25 de septiembre de 1997, 040 del 15 de marzo de 1999.
2. PLAN UNICO DE CUENTAS HOSPITALARIAS – PUCH 1998 SUPERSALUD; en concordancia con la resolución 377 del 23 de diciembre de 1999 y la resolución 400 del 1 de diciembre del 2000.
3. ESTATUTOS DE LA ESE.
4. LEY 100 DE Diciembre 23 de 1993 por la cual se reorganiza el sistema General de seguridad social en salud.
5. Decreto 1876 Agosto 3 de 1994 por el cual se reglamenta los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.
6. Decreto 2649 de Diciembre 29 de 1993 por el cual se reglamenta la contabilidad en general y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.
7. ESTATUTO ORGANICO DE PRESUPUESTO DECRETO LEY 111 DE ENERO 15 DE 1996 Y subsiguientes.
8. Ley 87 de Noviembre 29 de 1993 por la cual se reorganiza el sistema de Control interno.

9. Decreto 1599 de Mayo 20 de 2005 MECI: 1000:2005.
10. Circular Única de la Supersalud Diciembre 29 de 2007– Modulo de Auditoría Financiera ESE.
11. Amat, Oriol. “EVA – Valor Económico Agregado”. Editorial Norma. Bogotá. 2000.
12. Bierman, Harold (1984): Planeación Financiera Estratégica. CECSA. México. Págs.: 111-127
13. García, Oscar León. “Valoración de Empresas, Creación de Valor y EVA”. Medellín, 2005.
14. León García Oscar. “Administración Financiera, Fundamentos y Aplicaciones” Medellín 2005.
15. Serrano Javier. “Fundamentos de Finanzas”. Mc Graw Hill 5ª Edición 2000.
16. Castaño Sergio. “Finanzas y Costos un Acercamiento a la Gestión Financiera de las Organizaciones de Salud, - Prentice Hall 3ª Edición, 2002.
17. Bradford Charles. “Monitoreo a la Salud Financiera de Hospitales”, editorial Thompson México 1999.
18. Costos para Gerenciar Servicios de Salud; Ediciones Uninorte, Barranquilla, 2000.
19. R. SIERRA BRAVO, Técnicas de Investigación Social. Madrid ESPAÑA (1994) p. 32-37.