

RESUMEN

La salud es un derecho fundamental de todos los colombianos, establecido en la Constitución política de Colombia. Para este fin el Estado creó un sistema de salud que está compuesto en términos generales por unas fuentes de financiación, fondos, compradores y usuarios. Este sistema de salud se encuentra en un estado crítico, no por la falta de recursos sino por la intermediación que existe entre el paciente y el médico. Por tal motivo los autores analizaron la situación financiera de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar, teniendo en cuenta su comportamiento histórico en los últimos 5 años. Permitiéndoles construir y analizar la prospectiva financiera de la ESE Hospital en los años 2016- 2019 y demostrar su autosostenibilidad. El tipo de investigación que utilizaron es de tipo descriptivo, ya que la investigación es de pensamiento empírico analítica desde el punto de vista de las ciencias sociales y económicas, porque aborda el tema en forma pragmática y se utiliza en el que hacer de la labor financiera de una entidad hospitalaria publica que utiliza las matemáticas, la estadística y el lenguaje para validar un conocimiento científico de tipo descriptivo en relación con un espacio y un tiempo determinado, y la información que se utilizo fue suministrada por la ESE ante el Ministerio de Salud, por intermedio del SIHO. Según el análisis arrojado se concluyó que existen algunas situaciones críticas, como la falta de coherencia entre los informes financieros y la realidad que vive el Hospital.

PALABRAS CLAVES: Presupuesto; Riesgo Financiero; ESE; Saneamiento Fiscal; EPS; Razón Corriente; Prueba Acida; Liquidez; Rotación; Autosostenibilidad.



REMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

FECHA : Cartagena de Indias, 31 de agosto de 2017.

DE : COMITÉ DE GRADUACIÓN

PARA : Doctor(es):
 1. GERARDO RODRÍGUEZ ESTUPIÑÁN
 2. ÁLVARO ANDRÉS ESCOBAR ESPINOZA

Cordial saludo:

Para su consideración y estudio remito a usted(es) Trabajo de Grado titulado: "PROSPECTIVA FINANCIERA DE LA ESE HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ BOLÍVAR: 2016 - 2019".

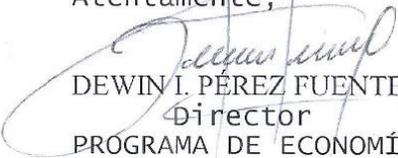
AUTOR(ES) : CLAYDER MAURICIO CABARCAS FORTICH
 MARCOS ANTONIO LÓPEZ ORTEGA

ASESOR(ES): RAMÓN EDGARDO BAÑOS GONZÁLEZ_RUBIO.

Sírvase remitir el concepto respectivo marcando con una X los términos de:

APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APROBADO	<input type="checkbox"/>
APLAZADA	<input type="checkbox"/>	MERITORIA	<input type="checkbox"/>

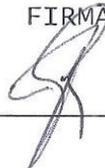
Atentamente,


 DEWINI PÉREZ FUENTES
 Director
 PROGRAMA DE ECONOMÍA

Recibe Evaluadores:

1. GERARDO RODRÍGUEZ ESTUPIÑÁN

FIRMAS - FECHA



P.D: El plazo máximo para la entrega de este concepto es hasta el 25 de septiembre de 2017.

Anexo: Formato de Observaciones.



REMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

FECHA : Cartagena de Indias, 31 de agosto de 2017.

DE : COMITÉ DE GRADUACIÓN

PARA : Doctor(es):
 1. GERARDO RODRÍGUEZ ESTUPIÑÁN
 2. ÁLVARO ANDRÉS ESCOBAR ESPINOZA

Cordial saludo:

Para su consideración y estudio remito a usted(es) Trabajo de Grado titulado: "PROSPECTIVA FINANCIERA DE LA ESE HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ BOLÍVAR: 2016 - 2019".

AUTOR(ES) : CLAYDER MAURICIO CABARCAS FORTICH
 MARCOS ANTONIO LÓPEZ ORTEGA

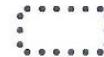
ASESOR(ES): RAMÓN EDGARDO BAÑOS GONZÁLEZ_RUBIO.

Sírvase remitir el concepto respectivo marcando con una X los términos de:

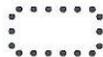
APROBADO



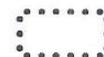
NO APROBADO



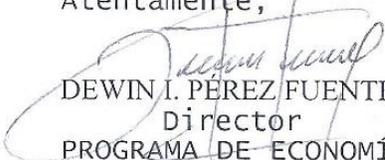
APLAZADA



MERITORIA



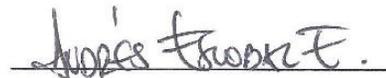
Atentamente,


 DEWIN I. PÉREZ FUENTES
 Director
 PROGRAMA DE ECONOMÍA

Recibe Evaluadores:

FIRMAS - FECHA

1. ÁLVARO ANDRÉS ESCOBAR ESPINOZA



P.D: El plazo máximo para la entrega de este concepto es hasta el 25 de septiembre de 2017.

Anexo: Formato de Observaciones.

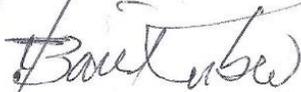
Cartagena de Indias, D. T. Y C., 17 de agosto del 2017.

Señores
COMITÉ DE GRADUACION
Facultad de Ciencias Económicas
Programa de Economía
Universidad de Cartagena

Respetados señores:

Con la presente me permito presentar ante ustedes el proyecto final de grado titulado: **"PROSPECTIVA FINANCIERA DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR 2016-2019;** elaborada por los estudiantes Clayder Mauricio Cabarcas Fortich y Marcos Antonio López Ortega, a quienes asesore en su elaboración con el fin de que los estudiantes obtengan su título de Economista.

Atentamente,



RAMON BAÑOS GONZALES RUBIO

Cartagena de Indias, D. T. Y C., 17 de agosto del 2017.

Señores
COMITÉ DE GRADUACION
Facultad de Ciencias Económicas
Programa de Economía
Universidad de Cartagena

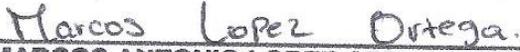
Respetados señores:

Dando cumplimiento a la reglamentación de la facultad de Ciencias Económicas, Programa de Economía y como requisito principal para optar el título de Economista, presentamos a su consideración el proyecto final de grado titulado: **"PROSPECTIVA FINANCIERA DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR 2016-2019.**

Agradeciendo la atención a la presente, nos suscribimos de ustedes.

Atentamente,


CLAYDER MAURICIO CABARCAS FORTICH
Código: 0430720003


MARCOS ANTONIO LOPEZ ORTEGA
Código: 0430820012

**PROSPECTIVA FINANCIERA DE LA ESE HOSPITAL RIO GRANDE DE LA
MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR 2016 - 2019.**

CLAYDER MAURICIO CABARCAS FORTICH

MARCOS ANTONIO LOPEZ ORTEGA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

PROGRAMA DE ECONOMÍA

CARTAGENA DT y C.

2017

**PROSPECTIVA FINANCIERA DELA ESE HOSPITAL RIO GRANDE DE LA
MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR 2016 - 2019.**

CLAYDER MAURICIO CABARCAS FORTICH

MARCOS ANTONIO LOPEZ ORTEGA

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de Economista

RAMON EDGARDO BAÑOS GONZALES RUBIO

ASESOR

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

PROGRAMA DE ECONOMÍA

CARTAGENA DT y C.

2017

CONTENIDO

0. INTRODUCCIÓN.....	6
0.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	7
0.1.1. Formulación del Problema	10
0.2. OBJETIVOS	11
0.2.1. Objetivo General	11
0.2.2. Objetivos Especificos	11
0.3. JUSTIFICACION	12
0.4. DELIMITACION	14
0.4.1. DelimitacionEspacial	14
0.4.2.Delimitacion Temporal	14
0.5. MARCO REFERENCIAL	15
0.5.1. Estado del Arte	15
0.5.2. Marco Teórico	23
0.5.3. Marco Conceptual	28
0.5.4. Marco Legal	31
0.6. DISEÑO METODOLOGICO	39
0.6.1 Tipo de Investigación	39
0.6.2. Fuentes	42

0.6.3. Operacionalizacion de las Variables	42
0.64. Poblacion	43
1. ESTRUCTURA, UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS ESE HOSPITAL DE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE	44
1.1. Ubicación de la Ese rio grande de la magdalena del municipio de Magangué	44
1.2. Estructura de La ESE del municipio de Magangué	46
1.3. Características de la ESE Rio Grande de La Magdalena del municipio de Magangué	54
2. SITUACION FINANCIERA DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE	55
2.1. Estructura de los estados financieros	55
2.2. Evaluacion de los indicadores financieros de la ESE	68
3. PROSPECCION DE LA SITUACION FINANCIERA DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE	78
3.1. Estructura de los estados financieros proyectados de la ESE	87
3.2. EVALUACION DE LOS INDICADORES FINANCIEROS PROYECTADOS DE LA ESE	100
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	113
6. ANEXOS	116
6.1. Participantes del Proyecto	116
6.2. Recursos Disponibles	116

6.3. Cronograma	117
-----------------------	-----

Índice de Tablas

Tabla 1. Planta de personal administrativa de municipio de Magangué.....	50
Tabla 2. Planta de personal asistencial municipio de Magangué.....	51
Tabla 3. Personal administrativo por prestación de servicios municipio de Magangué.	51
Tabla 4. Servicios prestados ese del municipio de Magangué.....	52
Tabla 5. Producción de servicios médicos.....	54
Tabla 6. Saldos finales balance general 2010-2015.....	55
Tabla 7. Análisis horizontal Balance General (Variación).....	57
Tabla 8. Análisis vertical del Balance General.....	60
Tabla 9. Estado de resultado.....	62
Tabla 10. Análisis horizontal Estado de Resultados 2010 -2015.....	64
Tabla 11. Análisis vertical Estado de Resultados 2010 -2015.....	67
Tabla 12. Análisis de liquidez de los estados financieros de la ESE.....	69
Tabla 13. Prueba acida.....	70
Tabla 14. Capital de trabajo.....	70
Tabla 15. Capital de trabajo neto operativo (KTNO).....	71
Tabla 16. Cuadro de rotación (cartera, inventario, CxP, activos).....	72
Tabla 17. (Promedio de cuentas x cobrar, cartera, días de rotación).....	72
Tabla 18. (Promedio de inventarios, rotación, días de rotación).....	73
Tabla 19. Ciclo de caja.....	74
Tabla 20. Cuadro de rentabilidad.....	76
Tabla 21. Estado de resultado proyectado 2016-2019.....	88
Tabla 22. Análisis horizontal Estado de Resultados proyectado 2016 -2019.....	90
Tabla 23. Análisis horizontal Estado de Resultados proyectado 2016 -2019.....	93
Tabla 24. estado de flujo de efectivo proyectado 2016-2019.....	95
Tabla 25. Balance general proyectado 2016-2019.....	96
Tabla 26. Análisis horizontal Balance General proyectado 2016-201 (Variación)....	97
Tabla 27. Análisis vertical Balance General proyectado (2016 – 2019).....	99

Tabla 28. Análisis de liquidez de los estados financieros proyectados.....	101
Tabla 29. Prueba acida.....	102
Tabla 30. Capital de trabajo proyectado.....	102
Tabla 31. Capital de trabajo neto operativo (ktno) proyectado.....	103
Tabla 32. Cuadro de rotación proyectado (cartera, inventario, exp, activos).....	104
Tabla 33. (Promedio proyectado de cuentas x cobrar, cartera, días de rotación).....	104
Tabla 34. (Promedio proyectado de inventarios, rotación, días de rotación).....	105
Tabla 35. Ciclo de caja proyectado.....	106
Tabla 36. Cuadro de rentabilidad proyectado.....	107

Índice de Graficas

Grafica 1. Estructura de la ESE.....	48
--------------------------------------	----

0. INTRODUCCION

La salud es un derecho fundamental de todos los colombianos, establecido en la Constitución política de Colombia, por tal razón el Estado debe garantizar que cada uno de los ciudadanos colombianos sin importar su raza, credo o condición sexual goce de los beneficios de este derecho sin ser excluido. Por tal motivo debe propiciar un sistema de salud que garantice este derecho fundamental para los colombianos.

El sistema de salud actual está compuesto en términos generales por unas fuentes de financiación, fondos, compradores y usuarios. Este sistema de salud se encuentra en un estado crítico, no por la falta de recursos sino por la intermediación que existe entre el paciente y el médico. Esta mediación ha generado que se mire a este sector como un negocio lucrativo para las EPS y se deshumanice el servicio, promoviendo la búsqueda incansable de utilidad y rentabilidad, esto ha causado que muchos hospitales y clínicas del país se vean envueltos en grandes déficit y crisis financieras generados por el no pago de las EPS de los servicios ofrecidos por estas entidades.

Por tal motivo lo que se analizara en esta oportunidad es la situación financiera de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar , de tal forma analizar cómo se encuentra la ese en manera de cobertura, como ha sido su proceso de saneamiento fiscal y financiero, describir el nivel en el cual se encuentra la ese y si alcanza a satisfacer las necesidades de los pacientes y realizar prospectiva financiera de la Ese del año 2016 hasta el año 2019 y de esta manera diagnosticar si esta es eficiente y auto sostenible.

0.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

A lo largo del tiempo los seres humanos han tratado de vivir la mayor cantidad de años posibles y de mejor forma, lo cual se relaciona con el principio de maximizar el bienestar. Para conseguirlo es necesario en este caso que el individuo goce de buena alimentación, recreación y buena salud. Este último en la sociedad moderna se considera fundamental. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente (Organización Mundial de la Salud, OMC, 2015).

Con la nueva constitución política de Colombia, se buscó descentralizar el poder del estado, al igual que la distribución de los recursos en los que se incluían los de la salud. El actual modelo de salud colombiano es fruto de un proceso que se inició hacia la década de los años noventa, con de la Constitución Política de 1991, cuando la descentralización se convirtió en un herramienta básica en el Estado y gran parte de los recursos transferidos del Gobierno Nacional a los territorios, departamentos y municipios, se destinaron a financiar el sector de la salud (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, Ramírez, 2012).

A nivel nacional, se ha experimentado diferentes sistemas de salud, que han generado distintos niveles de cobertura, de prestación del servicio y de financiación. El sector salud colombiano ha experimentado varias transformaciones en las últimas décadas. El sistema pasó de uno que financiaba básicamente la oferta pública en salud a uno dirigido

principalmente a subsidios a la demanda, por medio de los regímenes contributivo y subsidiado. El país logró importantes avances en cobertura que permitió moverse del 56,9% al 90,8% entre 1997 y 2012 (Ayala, 2014).

Ley 100 de 1993 buscó una mejor articulación del Sistema Nacional de Salud, dando origen al concepto de Seguridad Social. Con esta reforma, se buscaba superar las limitaciones de un sistema asistencialista, centralizado, monopólico e ineficiente. Esta creó el sistema de seguridad social integral y estipuló como principios del servicio público esencial de salud la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación (Viloria, 2005).

La gestión asistencial de la red pública hospitalaria de Colombia registran álgidos problemas de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia, baja capacidad resolutive, preexistencias, periodos de carencias, paseos de la muerte, selección adversa, no continuidad en relación con la atención y pésimo funcionamiento de referencia y contra referencia de pacientes entre niveles de atención entre otras; los cuales no contribuyen a resolver las metas de salud positiva, los indicadores de mortalidad evitables, los estilos de vida saludables, como tampoco los indicadores trazadores de accesibilidad/oportunidad, gestión del riesgo, calidad técnica y satisfacción/lealtad, conforme la integración funcional de las regulaciones de remisiones de urgencias con la atención de sus niveles de resolutiveidad.

El análisis y perspectivas de cómo será analizado el problema objeto de investigación parte de abordar el siguiente ámbito problemático existente y diagnosticado por los estudiosos y expertos del tema en nuestro país, resumido de la siguiente manera:

- ✓ Inoperancia de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel territorial.
- ✓ Baja capacidad resolutive en la orden de atención al paciente y la negación de camas de los niveles de mediana y alta complejidad a los de baja complejidad
- ✓ Falta del sistema integral de información en Salud y reportes no confiables.
- ✓ Ausencia de Un sistema de rendición de Cuentas y manipulación de la información operativa, administrativa y financiera de los prestadores.
- ✓ Debilidad en los procesos de Articulación Departamento/Municipio.
- ✓ Se ha logrado la Universalidad en el aseguramiento en un 96% pero persiste el desconocimiento a la libre escogencia de asegurador y prestador.
- ✓ Fragmentación y atomización en la prestación de servicios.
- ✓ Limitaciones en los sistemas de contratación y pagos utilizados para la compra de servicios de salud.
- ✓ Desequilibrio de la Oferta de servicios de salud frente a la demanda.
- ✓ Deficiente organización de las redes de prestación de servicios.
- ✓ Tarifas e Integración Vertical - posición dominante EPS
- ✓ Inspección vigilancia y control débil.
- ✓ Crisis hospitales públicos por su riesgo fiscal y financiero alto.
- ✓ Acceso Insuficiente y Barreras en el servicio

- ✓ Se requiere tutela para obtener servicios.
- ✓ Dispersión de Normas y cambios constantes de reglamentaciones sin implementar la emitida.
- ✓ Corrupción Generalizada a todo nivel.
- ✓ No solución a la Portabilidad nacional (paciente atendido en cualquier ciudad del país)
- ✓ Subsisten los Periodos de carencias
- ✓ Los Prestadores no han Alcanzado un Proceso de Garantía de Calidad Viable.
- ✓ Mal funcionamiento de los CRUE y las remisiones de pacientes en forma organizada de la Red que debe atenderlo.
- ✓ Hospitales Públicos en permanente crisis financiera y con altas deudas con proveedores y empleados no garantizan un buen servicio

Podemos concluir como primer criterio de análisis y percepción de servicios de salud adecuados que existe una deshumanización de la atención a los usuarios en la mayoría de los hospitales públicos de Colombia.

0.1. Formulación del problema

¿Es la construcción y el análisis de la prospectiva financiera de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar del año 2016 al 2019 una herramienta útil para evaluar su auto sostenibilidad.?

0.1 OBJETIVOS.

0.2.1. Objetivo general

Construir y analizar la prospectiva financiera de la Ese Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar del año 2016 al 2019 y evaluar su auto sostenibilidad.

0.2.2. Objetivos específicos

- ✓ Conocer y describir la estructura, ubicación y características ese hospital de rio grande de la magdalena del municipio de Magangué.

- ✓ Describir la situación financiera de la ese hospital rio grande de la Magdalena del municipio de Magangué Bolívar.

- ✓ Realizar una prospección financiera y presupuestal de la ese Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar del año 2016 hasta el año 2019.

0.2 JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se enfocara en realizar prospecciones financieras de la Ese hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar del año 2016 al 2019 que permitan una visión clara para determinar cómo estará la Ese en un futuro y determinar si es auto sostenible y si está siendo rentable. Otro aspecto de vital importancia es la necesidad de identificar, analizar los efectos financieros y fiscales sobre la Ese.

El estudio resalta acontecimientos relevantes como la cobertura de la Ese con respecto al Municipio de Magangué y los corregimientos del mismo, situación financiera de la ese, generación de empleo sobre de la Ese sobre el municipio, medida de riesgo sobre la Ese.

El análisis de la prospección financiera de la Ese Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar del año 2016 al 2019, es esencial debido a que brinda una visión o un futuro de muchos indicadores financieros como el índice de rentabilidad, que permite realizar diagnósticos, tomar decisiones y evaluar si la Ese está siendo auto sostenible, rentable, si goza de plena liquidez y lo más importante saber si esta brindando total cobertura para los habitantes del Municipio de Magangué y sus corregimientos. Es por esto que describir con claridad todos estos aspectos que permiten tener una idea clara y concisa de cómo se encuentra la Ese financieramente y fiscalmente es fundamental, y adquiere un valor agregado cuando se cuenta con la información primaria que permite responder de forma clara los interrogantes propuestos.

Para finalizar, esta investigación se realiza en búsqueda de profundizar los estudios que se han realizado de esta temática en Colombia. Aceptando o rechazando de alguna manera las hipótesis que se han planteado sobre la auto sostenibilidad de la ESE Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar. Esta investigación ayuda a entender como por medio de unas prospecciones financieras podemos predecir un futuro y mirar cómo se encuentra la ESE financieramente.

Es un estudio que sirve para rellenar los vacíos que tiene la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué Bolívar. Además da a conocer como se encuentra la ESE actualmente financieramente y fiscalmente, brindando una visión de cómo estará la ESE en el futuro. Consecuentemente sirve de guía para desarrollar métodos a utilizar en la actualidad.

También la academia en general y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Cartagena en particular, tendrán con este estudio un antecedente detallado, imparcial y a nivel local, que documenta la historia de la ciudad desde un punto de vista diferente, desde la perspectiva empresarial y convirtiéndose en motivador de nuevas investigaciones.

0.4 DELIMITACION

0.4.1 Delimitación Espacial

Esta investigación se realizara en la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del departamento de Bolívar y sus respectivas dependencias.

0.4.2 Delimitación Temporal

El objeto de esta investigación se basa en la construcción de la prospección desde el año 2016 hasta 2019 para analizar la situación financiera de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del municipio de Magangué – Bolívar y evaluar si es auto sostenible.

0.5 MARCO REFERENCIAL

0.5.1 Estado del arte.

Para la construcción del estado del arte se utilizaron, fuentes bibliográficas disponibles en las principales bases de datos académico-científicas, en las que se destacan Jstor, Econlit, Ebsco, Proquest, Redalyc y Dialnet. Habiendo efectuado la revisión literaria pertinente, podemos decir que se encontraron investigaciones para Colombia, departamentos y ciudades que involucraran la situación fiscal, financiera y presupuestal de los hospitales.

Una investigación de vital importancia y que nos brinda un análisis a nivel de latino América y el caribe es el de García, Castañeda, Pérez, Labrada (2003), la salud pública en América latina y el caribe. Se consideran a través de la situación de salud, las características de la Salud Pública en América Latina y el Caribe, su evolución y los hechos que justifican los procesos de reforma del sector, sus fuentes teóricas, la forma en que se desarrollan, y los problemas que enfrentan. Se describen las características esenciales de Colombia, Chile, México, Venezuela y se particulariza en el modelo cubano. Se realiza una reflexión final respecto a la contradictoria situación prevaleciente y se analiza su contexto político.

los resultados arrojados nos indica que En relación con los servicios de salud, la reforma en Chile comenzó en 1980, durante una etapa de severa dictadura militar, y tuvo lugar en un contexto de drástica reducción del gasto público, de disminución de la presencia del sector público y de incremento de la privatización, y se desarrolló como parte de la reforma de la seguridad social; se basó en 2 elementos claves: uno, la descentralización de los recursos públicos y la administración a servicios regionales, y la municipalización de la atención primaria, proceso concluido en 1988; el otro, la apertura de la opción entre pagar la prima obligatoria al sistema antiguo, o estatal, de seguros, o a las varias Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que se estaban desarrollando, posibilidad contemplada en la

Constitución de 1980. La reorientación y la priorización de programas de salud se hará reajustándolas a las características de la transición demográfica y epidemiológica del país. La reforma del financiamiento se realiza con el fin de mejorar la administración. La reestructuración y la reoperacionalización del nuevo sector de la salud conllevan la modificación del marco legal y el incremento del presupuesto para la salud pública con el fin de mejorar las facilidades, modificar la remuneración, modernizar la administración y vincular los presupuestos con las necesidades de la población.

La RS en Venezuela implica una redefinición de las políticas públicas en salud, una transformación organizativa institucional y una nueva forma de producir los servicios de salud en un entorno caracterizado por un deterioro significativo de la salud, asociado tanto a la influencia de determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales y demográficos como la propia producción de los servicios. Venezuela, en el contexto de los países de las Américas, es el de peor impacto del ingreso en la salud de su pueblo, hecho que concommita con una mala situación de salud global. El deterioro de la calidad de los servicios de salud, con un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo, es concurrente con el marco económico y social que determina la aparición y desarrollo de los grandes problemas de salud: la miseria, la caída de los ingresos familiares y la ruptura de los lazos de solidaridad dentro de la sociedad venezolana y entre sus diferentes sectores sociales.

La RS en México es la última que ha sido hasta el presente propuesta y es de potencial influencia en la región. Fue elaborada como parte del programa para resolver la crisis originada en 1994. México, es de los de peor situación, puede clasificarse como una situación regular de salud globalmente en el contexto de las Américas con un muy bajo impacto del recurso económico en el estado de salud de la población.

Dentro de los objetivos del programa reforma del sector salud 1995-2000 (no cumplidos y aún vigentes) de México se encuentra el mejoramiento de la calidad, la ampliación de la cobertura de la seguridad social, la descentralización, impulso a la participación de la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos locales, brindar cobertura de la población rural y dispersa y el desarrollo de un nuevo modelo de seguros de salud.

Colombia, con una regular situación de salud global y con un bajo impacto, del ingreso en la equidad en salud Dentro del marco de la reforma del sistema de seguridad social, el sistema de salud de Colombia mixto (servicio estatal, privado y seguros) fue reformado por Ley en diciembre de 1993, creándose un Sistema de Seguridad Social en Salud. Esta reforma se realizó considerando 3 situaciones: que una tercera parte de la población no tenía acceso regular a los servicios de salud; que el país se encontraba gastando en salud, aproximadamente, lo que era de esperarse de acuerdo con su nivel de desarrollo; y que la insuficiente cobertura no era un reflejo tanto de la escasez global de recursos financieros, como de la iniquidad e ineficiencia del sistema, derivadas de su fragmentación institucional que incluía más de mil entidades con diferentes esquemas y beneficios.

Los objetivos de las RS en Colombia son: Lograr cobertura universal, incrementar la solidaridad y la eficiencia e impulsar la salud pública. El contenido del paquete básico difiere según el subsistema: para los miembros del subsistema contributivo no puede contener menos beneficios que los que el Instituto de Seguros Sociales brinda a sus afiliados; para los miembros del subsistema subsidiado la unidad per cápita de costo (59 USD) es aproximadamente la mitad de la unidad de costo del sistema contributivo.

Para el caso cubano al llegar al final del Período Republicano Burgués, sumido el país en una cruenta guerra civil por alcanzar su definitiva liberación, el estado que presentaba la salud

pública cubana era el siguiente: las clases que integraban la oligarquía gobernante contaban con un sistema de salud privado, que le brindaba una excelente medicina asistencial; la burguesía media y los grupos de mayores ingresos de la clase obrera, con un sistema mutualista que disponía de 242 unidades, de las cuales 96 estaban en la capital de la República, cuya calidad era variable, pero buena en general en las principales; la inmensa mayoría del proletariado y el campesinado con el sistema estatal integrado por 97 unidades hospitalarias en toda la nación, mal equipadas, con un presupuesto para gastos asistenciales y preventivos insuficientes y esquilmo por los desfalcos administrativos y por último, el campesinado de las zonas más apartadas del país, quien ni siquiera con eso podía contar, se atendía con la medicina tradicional en manos de personas incultas y llenas de ideas místico-mágicas.

Entre diciembre de 1989 y diciembre de 1991 se habían perdido para Cuba sus mercados más ventajosos y seguros; comenzaba para el país una etapa de crisis económica profunda, Esta crisis económica interrumpe el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Único en su tercera etapa y da paso a una cuarta caracterizada principalmente por las dificultades económicas para la obtención de equipos, materiales médicos, materiales y medicamentos de toda clase en los mercados capitalistas, pero que se ha singularizado también por la lucha denodada de nuestro pueblo y su dirección revolucionaria por preservar las conquistas logradas en el campo de la salud pública en las 3 etapas anteriores y por continuar su desarrollo en condiciones de crisis económica profunda.

Una investigación que nos permite mirar la situación de la salud en Colombia es el de Guerrero, Gallego, Becerril, Vázquez (2011), en esta investigación se realizó una descripción de las condiciones de salud de Colombia y una descripción detallada del sistema colombiano

de salud. Esta última incluye una descripción de su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el gasto en salud, los recursos con los que cuenta, quién vigila y evalúa al sector salud y qué herramientas de participación tienen los usuarios. Dentro de las innovaciones más recientes del sistema se incluyen las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud y a los montos de la unidad de pago por capitación, la integración vertical entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre los distintos regímenes.

Dentro de los resultados obtenidos se pueden resaltar las dificultades vinculadas con la consecución de la universalidad y la eficiencia en un contexto de solidaridad.

La universalidad en la afiliación debió haberse logrado en 2001 y tardó casi una década más, por restricciones fiscales. La igualación de los planes aún no se ha logrado por las mismas razones. Buena parte de este atraso está asociado a la informalidad en el mercado laboral. Hay un segmento considerable de la población que, dada su situación económica, tendría que estar afiliada al régimen contributivo y aún no lo hace.

Galindo & Calderón (2012), hacen muestran la situación financiera del sistema de salud de Colombia, con los diversos componentes que lo integran y enfocándonos al principal de ellos; el aseguramiento, sus principales ingresos y la forma de inversión que para nuestros tiempos se realiza de manera "organizada" de acuerdo a la normativa pero que en la práctica se deja ver como un elemento manipulable y fácil de apropiación para los particulares.

Llegan a la conclusión que existe un desequilibrio creciente entre recursos y necesidades, por cuanto al pretender ampliar la cobertura del sistema de salud, se hace necesario efectuar ajustes financieros, los cuales no sabemos si están dispuestos a asumir los diferentes agentes

que interviene en el sistema de salud, y si por el contrario se privilegia la cuestión financiera, la cobertura se vería afectada y los niveles de exclusión y desigualdad aumentarían; por ende la importancia del financiamiento recae en la necesidad de tener fondos disponibles para asegurar que todos los individuos tengan acceso efectivo al servicio.

Principalmente analizando el caso para un hospital de Bogotá, Gómez (2012) en " la crisis hospitalaria: análisis de la producción y el pago por servicios individuales de salud en un hospital de primer nivel de atención de la red pública de Bogotá", presenta un análisis de la producción y la facturación por servicios individuales en una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención durante el tercer trimestre de 2011, comparándola con su facturación si contratara mediante pago por evento según las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Se identifica una disminución en la facturación al Fondo Financiero Distrital de Salud y también en la facturación a las EPS cuando se plantea el ejercicio del pago por evento de los servicios producidos y facturados en el periodo analizado.

Analizando el sistema de salud colombiano por regiones una investigación que muestra ese análisis es la de Bonet, Guzmán (2015), en el cual plantean que el sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones importantes en las últimas décadas. En la medida en que en algunos casos los avances logrados en materia de cobertura y en los indicadores del estado de salud de la población muestran diferencias entre las regiones del país.

Los resultados muestran que aún existen algunas disparidades regionales en el estado de salud, la oferta de servicios y el acceso a los mismos. Un mayor esfuerzo para reducir esas diferencias debería ser una prioridad de la política de salud pública en Colombia.

Rivera (2013), plantea que el sistema de salud en Colombia atraviesa una crisis estructural fundamentada en la ineficiencia de la vigilancia operativa y la maximización del beneficio por parte de los prestadores de servicios de salud. La Ley 100 basó el funcionamiento del sistema a partir de la premisa de la salud como derecho básico de los ciudadanos, y se complementó con los principios de equidad, solidaridad, calidad y cobertura universal. la realidad demuestra que algunos de los retos y metas planteados con la Ley 100 del SGSSS no se han podido concretar. A pesar de que la cobertura del servicio de salud está cerca de su universalidad, otras características, como por ejemplo la calidad del servicio, está condicionada a la situación económica del usuario.

Los resultados muestran que los recursos públicos con destino a la salud han sufrido uso indebido, sumando esta situación a la poca capacidad que tienen los entes reguladores para llevar a cabo una vigilancia efectiva a la función de los distintos agentes que participan en el sistema de salud en Colombia.

Otra medida que afecta a los usuarios es dar el incentivo de lucro a los prestadores de servicios de salud sin la correcta supervisión de entes reguladores es el combustible de la insostenibilidad financiera del sistema. Otro aspecto importante es el fenómeno financiero de la integración vertical, el uso indebido de recursos públicos, los sospechosos recobros de las EPS al Fosyga e innumerables casos en los que se evidencia la muerte de pacientes debido a la pésima calidad del servicio, son apenas la punta del iceberg de un problema social caracterizado por su crisis en variables estructurales.

Por otra parte analizando de la situación hospitalaria de Cartagena, Vilorio (2005) en "salud pública y situación hospitalaria en Cartagena", analiza que Los indicadores de salud de Cartagena no son muy alentadores, si se comparan con otras ciudades del país o con la media

nacional. En el caso de la cobertura, en los primeros años del siglo XXI Cartagena tenía un indicador por encima de la media de Colombia, pero significativamente inferior a ciudades como Bucaramanga o Bogotá. Por su parte, el indicador de número de camas por cada 1.000 habitantes resultó crítico para la ciudad. La tasa de mortalidad infantil es crítico para Cartagena, si se compara con la media nacional. Las muertes infantiles por causas infecciosas dejan ver fallas en los programas de prevención, destinados a disminuir la morbilidad y mortalidad. Con respecto a las finanzas públicas se encontró que el presupuesto destinado al sector de la salud en Cartagena fue creciente en la última década. Lo preocupante es que las transferencias per cápita recibidas por Cartagena han sido inferiores a la media nacional a partir de 1998. En medio de esa aguda crisis fiscal de los hospitales públicos, hay que destacar la buena gestión administrativa y el sentido de pertenencia del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja y de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Estos buenos ejemplos deben ser objeto de estudio y emulación por parte de otras instituciones de salud de la ciudad.

0.5.2 Marco Teórico

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.

Planeación financiera.

La planeación financiera que reúne un conjunto de métodos, instrumentos y objetivos con el fin de establecer los pronósticos y las metas económicas y financieras de una empresa, tomando en cuenta los medios que se tienen y los que se requieren para lograrlo.

También se puede decir que la planeación es un procedimiento en tres fases para decidir qué acciones se harán de realizar en el futuro para alcanzar los objetivos trazados: planear lo que se desea hacer, llevar a la práctica lo planeado y verificar la eficiencia de lo que se hace. Mediante un presupuesto, la planeación financiera dará a la empresa una coordinación general de funcionamiento. Así mismo, reviste gran importancia para el funcionamiento y la supervivencia de la organización. (Ortega, 2008, pág. 192).

La planeación financiera es útil para analizar las influencias mutuas entre las opciones de financiación e inversión de las que dispone la empresa, proyectar las consecuencias futuras, a fin de evitar sorpresas, y comprender las conexiones entre las decisiones actuales y las que se produzcan en el futuro. (Ortega, 2008, pág. 192).

Existen diversos métodos de planeación financiera que tienen por objetivo aplicar las técnicas o herramientas para separar, conocer, proyectar, estudiar y evaluar los conceptos y las cifras financieras prevalecientes en el futuro que serán básicas para alcanzar los objetivos propuestos mediante la acertada toma de decisiones en épocas normales y de inflación. Estos métodos de planeación se clasifican de la siguiente manera: (Ortega, 2008, pág. 197)

Punto de equilibrio global: es el punto donde se igualan los importes de ventas con los costos fijos y variables de una organización.

Pronósticos financieros: pretender hacer una proyección financiera de la empresa con el propósito de adelantarse a lo que podría pasar en un periodo o ejercicio futuro.

Presupuesto financiero: son los métodos que se realiza el cálculo anticipado de los ingresos y los egresos de una organización.

Estados financieros pro forma: son los documentos que se elaboran con fechas que representan periodos de ejercicios futuros.

Planeación financiera estratégica

Es una estrategia que aplica el administrador financiero para la evaluación proyectada, estimada o futura de un organismo, con el fin de prever las necesidades de dinero y su correcta aplicación, en busca de su mejor rendimiento y máxima seguridad.

La planeación estratégica financiera implica la toma de decisiones de carácter financiero de efectos duraderos y difícilmente reversibles. Es una planeación de largo plazo que consiste en la identificación sistemática de amenazas y oportunidades, así como de las fortalezas y debilidades. Realiza un análisis de entorno y de los recursos que le permitan a una organización establecer misiones, objetivos y metas financieras por alcanzar.

Según el enfoque tradicional, al hablar de los presupuestos como elementos fundamentales de la planeación financiera, las entidades lo preparan con la visión táctica de la planeación, es decir, a corto plazo, que por lo general es de un año. Desde la perspectiva estratégica, la función de los presupuestos abarcaría periodos más largos de planeación y permitiría establecer bases sólidas de crecimiento y desarrollo para las organizaciones que lo apliquen año con año, pero con una proyección de largo plazo, o sea, de cinco años.

Sin embargo, con el nuevo enfoque que surge de la planeación estratégica, los presupuestos no tendrían que referirse al largo plazo para ser visto de una perspectiva de estrategia, sino que podría ser a menos de un año con una relevancia e importancia de tal magnitud que represente un proceso de toma de decisiones cruciales e inmediatas de parte de los más altos niveles de la empresa.

La mayor parte de las organizaciones realiza cierta planeación de largo plazo, también llamada estratégica. El propósito de la empresa es crear un valor para el propietario o el grupo de personas que interviene en ella.

Para lograrlo, las finanzas corporativas estudian el comportamiento de los agentes económicos para distribuir los recursos en un entorno caracterizado por la incertidumbre, la interacción de los elementos fundamentales del riesgo y el tiempo.

En un mundo incierto es necesario tomar decisiones con anticipación y es aquí donde la planeación se utiliza como un proceso para establecer objetivos y escoger el medio más apropiado para su logro antes de emprender la acción.

Al delimitar el concepto de planeación estratégica a las finanzas en la empresa surge el concepto de planeación financiera, el cual establece la manera en que se lograría las metas financieras. También ayuda a establecer objetivos concretos que motiven a los directivos y proporcionen estándares para medir los resultados. (Ortega, 2008, pág. 199).

La planeación financiera se clasifica en planeación financiera de corto plazo y planeación financiera de largo plazo.

Planeación financiera de corto plazo

Es aquella parte de la planificación general que presta una atención especial al aspecto financiero de la empresa, aunque no olvida los aspectos no financieros de la misma. El producto tangible del proceso de planeación es un plan financiero que describe la estrategia financiera de la empresa y proyecta sus futuras consecuencias mediante balances, cuentas de resultados y estados de fuentes y empleos de fondos de carácter provisional.

Es un proceso que implica la proyección de las ventas, el ingreso y los activos, tomando como base estrategias alternativas de producción y mercadotecnia, así como la determinación de los recursos que se necesitan para lograr alcanzar estas proyecciones.

Planeación financiera de largo plazo

Refleja el nivel de operaciones y acciones que por lo general abarca un periodo de uno a cinco años y que no se trata de un presupuesto que indique las proyecciones y tendencias a futuro, sino que procura consignar las estrategias y acciones futuras que la empresa deberá elaborar, a fin de lograr sus objetivos planeados. (Ortega, 2008, pág. 215).

Los objetivos de la empresa persigue con la planeación de largo plazo son: proporcionar una imagen de lo que será la empresa, mantener un curso sostenido de acción, permitir la toma de decisiones, evaluar el factor humano clave, facilitar los financiamientos futuros, lograr el desarrollo técnico en todos los campos y evaluar el futuro de la empresa.

La planeación a largo plazo involucra dos partes:

- La primera se forma con el análisis de la situación mundial, la fijación de los objetivos del negocio, el crecimiento de las ventas, la inversión de activos en general, el análisis de la estructura financiera, la distribución de las utilidades y por último, tener en

cuenta el estatus inicial y final de la empresa con la finalidad de medir en forma efectiva el cumplimiento de los propósitos.

- La segunda parte se fundamenta en la elaboración de un programa detallado que facilite la obtención de información y resultados del plan a largo plazo, donde se involucran los aspectos del mercado, las ventas, los recursos futuros, los recursos humanos, la ubicación de las acciones, las consideraciones de los problemas cotidianos entre otros. (Ortega, 2008, pág. 215).

0.5.3 Marco Conceptual

Presupuesto: Es un resumen sistemático elaborado en períodos regulares de las previsiones, en principio obligatorios, de todos los gastos proyectados y de las estimaciones de los ingresos previstos para cubrir dichos gastos. Un presupuesto se basa en la idea de equilibrio entre gastos e ingresos. Lo natural debe de ser la igualdad, el equilibrio, no sólo en el cálculo o en las probabilidades, sino en los resultados efectivos.¹

Política fiscal: Es “la política que sigue el sector público respecto de sus decisiones sobre gasto, impuestos y sobre el endeudamiento”. Esta política tiene como objetivo facilitar e incentivar el buen desempeño de la economía nacional para lograr niveles aceptables o

¹ Tomado de la biblioteca virtual Luis Ángel Arango. <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/econo13.htm>

sobresalientes de crecimiento, inflación y desempleo, entre otras variables. Igualmente, busca evitar fluctuaciones en la economía.²

Déficit fiscal: Se dice que existe un déficit cuando una cantidad es menor a otra con la cual se compara. Para este caso en particular, el término es usado para asuntos de dinero. Por lo tanto, se tiene un déficit cuando la cantidad de dinero usada en todos los gastos en una empresa, en el gobierno de un país, o en el presupuesto de una persona (egresos) es mayor a la del dinero que recibe (ingresos); es decir, gasta más de lo que tiene y por lo tanto se presenta un déficit.³

Saneamiento fiscal y financiero: Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubra la entidad territorial y que tenga por objeto restablecer la solidez económica y financiera de la misma mediante la adopción de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos.⁴

Derecho a la salud: El Derecho a la Salud se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso salud - enfermedad y a su cosmovisión. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial.⁵

² Tomado de la biblioteca virtual Luis Ángel Arango. <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/econo13.htm>

³ Tomado de la biblioteca virtual Luis Ángel Arango. <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/econo13.htm>

⁴ Tomado de artículo 11 del decreto 192 de 200. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3773>.

⁵ Tomado de <http://www.saludintegralinuyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>

Tutela: Es un mecanismo que tiene por objeto la protección de los derechos constitucionales fundamentales, aún aquellos que no se encuentren consagrados en la constitución, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. El fallo que se produce de esta acción es de inmediato cumplimiento. Se encuentra consagrada en el Art. 86 CN y ha sido reglamentada por los decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000.⁶

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.⁷

EPS: Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la Ley 100/93.⁸

⁶ Tomado de http://www.reddhfic.org/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=144.

⁷ Tomado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

⁸ Tomado de <http://josebritolozano.blogspot.com.co/2012/08/eps-arp-ips-afp.html>.

IPS: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son todas las entidades, asociaciones y/o personas bien sean públicas, privadas o con economía mixta, que hayan sido aprobadas para prestar de forma parcial y/o total los procedimientos que se demanden con ocasión de cumplir con el Plan Obligatorio de Salud (POS); ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado.⁹

Hospital: Son un componente importante del sistema de atención de salud. Son instituciones sanitarias que disponen de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los hospitales ofrecen una gran diversidad de servicios de atención aguda, de convalecencia y de cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a enfermedades, así como a traumatismos o anomalías genéticas. De ese modo generan información esencial para las investigaciones, la educación y la gestión.¹⁰

0.5.4. Marco Legal.

⁹ Tomado de <http://josebritolozano.blogspot.com.co/2012/08/eps-arp-ips-afp.html>.

¹⁰ Tomado de <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>.

En Colombia se ha venido presentando una profundización en el sistema de salud que ha generado diversos efectos en los sectores de la economía. A continuación se enunciarán las principales leyes relacionadas con la regulación del sistema de salud colombiano.

- Ley estatutaria 1751 de febrero 16 de 2015.

Declarada exequible por la corte constitucional mediante sentencia c-634 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal, hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

Artículo 11. Sujetos de especial protección. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante

el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

- Ley 100 de diciembre 23 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

ARTICULO. 1º- Sistema de seguridad social integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

ARTICULO. 2º- Principios a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

ARTICULO. 3º- Del derecho a la seguridad social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

ARTICULO. 154.-Intervención del Estado. Fines. b) Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;

ARTICULO. 157.-Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud – de los afiliados al sistema- B) Personas vinculadas al sistema. Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser

beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

PARAGRAFO. 2º- El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

PARAGRAFO. 3º-Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud

Artículo. 158.-Beneficios para desmovilizados. Tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente ley

Artículo. 167.-Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el consejo nacional de seguridad social en salud, los afiliados al sistema general de seguridad social en salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial.

- Ley 1438 del 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones como:

Artículo 80. Determinación del riesgo de las empresas sociales del estado.

El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley.

Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.

El informe de riesgo hará parte del plan de gestión del gerente de la respectiva entidad a la Junta Directiva y a otras entidades que lo requieran, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes.

Artículo 81. Adopción de programa de saneamiento fiscal y financiero.

Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas

Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Cuando una Empresa Social del Estado no adopte el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos y condiciones previstos, será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Ley 1122 de 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el objetivo de esta ley es el de realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

- Ley 715 de 2001.

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Artículo 42. Reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 2193 de 2004. Competencias en salud por parte de la Nación. 42.11. Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental. 43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal. 44.1.4. Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

- Decreto 1826 del 3 de Agosto de 1994

Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 87 de 1993 y se crean las oficinas de control interno en los ministerios y departamentos administrativos, de esta forma todas las funciones disciplinarias en las oficinas de control interno pasaran a la secretaria general.

- Decreto 1826 del 3 de agosto de 1994

Por medio del cual se crea el consejo asesor de gobierno nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial, se estipula se creación, funciones y composición, dependiendo del departamento administrativo de la presidencia.

- Decreto 2145 del 4 de noviembre de 1999

Por medio de cual se dictan las normas sobre el sistema nacional de control internos de las entidades y organismos de la Administración pública del orden nacional y territorial y se

dictan otras disposiciones dentro de las que podemos resaltar Conceptualización, Instancias de articulación y sus competencias, Unidad Básica del Sistema Nacional de Control Interno, Operatividad del Sistema Nacional de Control Interno y Fortalecimiento del Control Interno.

- Decreto 1677 del 2000´

Por el cual se reestructura el departamento administrativo de la función pública, por medio del artículo 13 se conforma la dirección de control interno estatal y racionalización de trámites y diseño de políticas de control interno.

- Decreto 1537 de julio 26 del 2001

Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del estado, racionalización de la gestión, mediante el cual las ESE como entidades públicas, están en la obligación de aplicar las directrices y actos administrativos que sobre el control interno expida el DAFP.

- Decreto 1599 del 20 de mayo del 2005

Por medio del cual se adopta el modelo estándar de control interno para el estado colombiano, este modelo aplica a entidades y agentes obligados en conformidad al artículo 5ª de la ley 87 de 1993.

La aplicación del MECI en los hospitales públicos es responsabilidad de la junta directiva, gerentes y jefes de las áreas y unidades funcionales.

- Decreto 2621 de agosto 3 del 2006

Por el cual se modifica el Decreto 1599 de 2005 sobre el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano.

Modifica en lo pertinente el artículo 4° del Decreto 1599 de 2005 y da plazos de 20 meses a partir de la expedición de la norma para que los Hospitales Públicos o ESES, adopten el MECI.

0.6 DISEÑO METODOLOGICO

0.6.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se va a utilizar es de tipo descriptivo, ya que la investigación es de pensamiento empírico analítica desde el punto de vista de las ciencias sociales y económicas, porque aborda el tema en forma pragmática y se utiliza en el que hacer de la labor financiera de una entidad hospitalaria publica que utiliza las matemáticas, la estadística y el lenguaje para validar un conocimiento científico de tipo descriptivo en relación con un espacio y un tiempo determinado, en este caso realizara en la ese hospital rio grande de la magdalena del municipio de Magangué del periodo de 2016 hasta 2019.

En esta investigación se van a realizar proyecciones de los estados financieros, utilizando la teoría de la planeación financiera.

Para realizar un análisis financiero de la ese hospital rio grande de la magdalena es de vital importancia conocer la situación de la ese con respecto a los estados financieros o signos vitales, que permiten determinar su situación actual y futura, esto se determina a través de

los análisis de liquidez, análisis de rotación, análisis de utilidad, análisis de rentabilidad y análisis de punto de equilibrio.

Inicialmente se utilizara el análisis de liquidez el cual indica 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. En este análisis se realizaran 2 pruebas: razón corriente y prueba acida las cuales permiten interpretar como se encuentra la ESE en términos de liquidez. ¹¹

$$\text{Razon Corrriente} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo corriente}} \qquad \text{Prueba acida} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo corriente}}$$

Posteriormente se realizara un análisis de rotación para determinar 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 estructura un ciclo de caja viable para la ESE. ¹²

$$\text{Rotacion de cartera} = \frac{\text{Ventas a credito}}{\text{Promedio de cuentas por pagar}}$$

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

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

$$\text{Rotacion de cuentas por pagar} = \frac{\text{Compras a credito}}{\text{Promedio de cpx proveedores}}$$

¹¹ tomado de análisis financiero de la empresa social del estado – hospital local del municipio de turbaco departamento de bolívar 2006 – 2008.

¹² tomado de análisis financiero de la empresa social del estado – hospital local del municipio de turbaco departamento de bolívar 2006 – 2008.

Otro análisis de vital importancia y que nos permite realizar una buena interpretación de la ESE es el análisis de utilidad que 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.¹³

$$\text{Margen bruto} = \frac{\text{Utilidad bruta}}{\text{Ventas netas}}$$

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

$$\text{Margen neto} = \frac{\text{Utilidad neta}}{\text{Ventas netas}}$$

Posteriormente realizando el análisis de rentabilidad se llega a la 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.¹⁴

$$\text{Participación Patrimonial} = \text{Patrimonio}$$

$$\text{Capital de Trabajo} = \text{Activos corrientes} - \text{Pasivos corrientes}$$

¹³ tomado de análisis financiero de la empresa social del estado – hospital local del municipio de turbaco departamento de bolívar 2006 – 2008.

¹⁴ tomado de análisis financiero de la empresa social del estado – hospital local del municipio de turbaco departamento de bolívar 2006 – 2008.

Capital de Trabajo Neto Operativo (KTNO)

$$= CxC \text{ neto} + \text{Inventarios netos} - \text{Cuentas por pagar}$$

0.6.2 Fuentes

En esta investigación se hará uso de fuentes primarias, obtendremos las estadísticas y la normatividad relacionada, directamente de las entidades que la proveen, es así como obtendremos información de entidades como: DANE (Departamento de Planeación Nacional de Estadísticas), Min Hacienda (Ministerio de Hacienda), DNP (Departamento Nacional de Planeación), Ban Rep (Banco de la República). De igual forma utilizaremos fuentes secundarias, como libros de textos especializados, artículos de revistas especializadas, enciclopedias, etc.

0.6.3 Operacionalización de las Variables

Variables	Dimensiones	Técnicas	Instrumentos	Fuente
Análisis de Liquidez	Responde por sus compromisos con la venta de sus servicios de salud a corto plazo.	En una hoja de cálculo Excel 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 2009 como base y 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
Análisis de Rentabilidad	Rentabilidad del Patrimonio y Rentabilidad del activo que	En una hoja de cálculo Excel se establece la variación y	Balance General y Estado de	Reportes de la resolución 2193 y

	dependen en la ESE de la contratación, facturación y gestión cartera	participación de cada uno de los rubros del balance y el estado de resultado	Resultado de 2009 como base y 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015.	Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
Análisis de Rotación	Analizar la forma en que rotan los inventarios, las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar para estructura un ciclo de caja viable para la ESE.	En una hoja de cálculo Excel 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 2009 como base y 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.
Análisis de Utilidad	Establecimiento de los márgenes de utilidad bruta, operativa y neta sobre las ventas del período.	En una hoja de cálculo Excel 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 2009 como base y 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015.	Reportes de la resolución 2193 y Medio magnético suministrado por Contabilidad de la ESE.

0.6.4 Población

La población de estudio será la ESE Hospital de Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué- Bolívar, brindara toda la información correspondiente para la realización de la investigación.

1. ESTRUCTURA, UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS ESE HOSPITAL DE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE.

1.1 Ubicación de la Ese Rio Grande de La Magdalena del Municipio de Magangué.

La Empresa Social del Estado del Municipio de Magangué es una entidad del primer nivel de atención de carácter pública del orden municipal. Con número de identificación tributaria- NIT 806013598-2; habilitada por el departamento, con código de prestador No 134300017913. Se encuentra ubicada en el Centro del Municipio y cuenta con doce Sedes Asistenciales distribuidos de la siguiente manera: Seis centros de salud urbanos a saber: Centro de salud de Camilo, puesto de salud La Paz, centro de salud Pastrana, puesto de salud Buenos Aires, centro de salud Yatí, centro de salud de san Pablo, ubicados todos en el barrio de su mismo nombre y seis en el área rural; Centro de salud Coyongal, centro de salud el Retiro, centro salud Cascajal, centro de salud de Barbosa, centro de salud Barranca de Yuca, centro de salud Juan Arias, ubicados en los corregimientos con el mismo nombre. (Plan de desarrollo ESE municipal de Magangué, 2012).

Actualmente la única entidad de primer nivel del municipio calificada y con el aval para prestar el servicio de salud de forma rural y urbana es a ESE municipal de Magangué, su creación se produjo debido a los cambios que generó en las empresas del estado la ley 715 del 2001 en la cual se daban las pautas para que aquellos municipios que estaban asumiendo la prestación del servicio de la salud lo podían seguir prestando el servicio si cumplían con la reglamentación establecida al año siguiente de la expedición de la presente ley. En donde quedaba de manifiesto que ningún municipio sin excepción alguna podía realizar nuevos servicios de salud ni ejecutar ampliaciones existentes y se les obliga articularse a la red departamental. Con la entrada en vigencia de la ley el municipio de Magangué ya se encontraba descentralizado pero carecía de organización en la prestación del servicio, lo cual conllevó de manera obligatoria a la realización de estudios de factibilidad, restructuración de planta de personal y creación de una nueva empresa. Esta decisión se tomó de manera obligatoria porque al no organizarse en la prestación del servicio la ESE del municipio de Magangué pierde su autonomía pasando de esta forma a manejos departamentales.

El 12 de noviembre del año 2002 en el honorable consejo del municipio de Magangué mediante el acuerdo 011 se inicia la creación de la empresa social del estado del municipio de Magangué con el principal objetivo de realizar una restructuración y reorganización en la prestación del servicio de primer nivel, como una unidad administrativa local de categoría especial de entidad pública y descentralizada de orden municipal, adscrita a la Secretaría de Salud municipal dotada de Personería Jurídica, Patrimonio propio y Autonomía Administrativa. El principal objetivo y el más importante de la empresa Social del Estado del

municipio de Magangué es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En concordancia con este objeto adelantara acciones de promoción, prevención y rehabilitación en salud.

1.2 Estructura de La ESE del municipio de Magangué.

La ESE del municipio de Magangué cuenta con una estructura muy sólida que le ha permitido mantenerse a la vanguardia como una de las entidades de primer nivel que no registra riesgo financiero. A continuación se pasa a describir la ESE desde su identificación y la descripción del departamento de recursos humanos.

1.2.1 Identificación de la ESE

Visión.

Ser la mejor institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad del Sur de Bolívar, prestando servicios con calidad, con personal capacitado de eficiente desempeño, comprometidos con la institución y contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios; implementando procesos que permitan cimentar la autonomía, el autocontrol, el crecimiento social y económico.

Misión.

Satisfacer las necesidades de salud de la población del municipio de Magangué y la Región sur del departamento, mediante la prestación de servicios de salud de baja complejidad con calidad en los ámbitos ambulatorios; atención humanizada, sin ninguna discriminación, especialmente frente a las personas más necesitadas de ayuda.

Principios y valores.

- Mantener un alto índice de satisfacción del usuario fundamentado en la idoneidad del talento humano y la celeridad del servicio a través de una gestión efectiva, el análisis permanente de los diferentes resultados, y el mejoramiento continuo.
- Propender por el desarrollo integral del talento humano de la Institución, a través del dinamismo del Proyecto de capacitación en servicio cuya base filosófica se centra en el aprendizaje continuo, la autoconstrucción y la autocrítica.
- Facilitar espacios de reflexión y construcción encaminados a mejorar la calidad de vida laboral y personal de los individuos.
- Establecer relaciones contractuales fuertes y de mutuo crecimiento con los proveedores basadas en el compromiso, seriedad, transparencia, oportunidad y respeto.
- Responder al marco normativo del sector salud que permitan desarrollar las labores

propias de la Empresa.

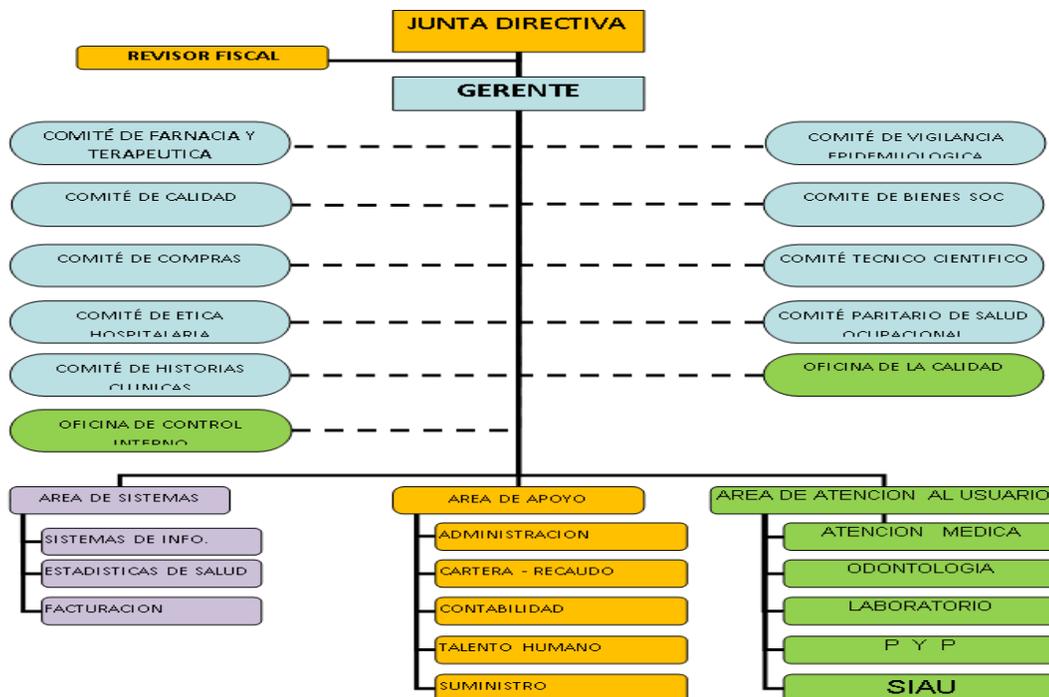
Valores.

- ✓ Calidez.
- ✓ Solidaridad.
- ✓ Tolerancia.
- ✓ Respeto.
- ✓ Prudencia.
- ✓ Liderazgo.

Principios.

- ✓ Calidad.
- ✓ Eficacia.
- ✓ Eficiencia.
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Oportunidad.

Grafica N° 1
Estructura de la ESE.



Estructura Básica: es la columna vertebral de la ESE del municipio de Magangué ya que a partir de una buena estructura organizada se pueden cumplir todos los objetivos y las metas planteadas. Se encuentra conformada por el área de dirección, área de sistemas, área de apoyo y área de atención al usuario.

Área de dirección: esta es una de las áreas más importantes en donde se definen los objetivos y la misión institucional para poder satisfacer las necesidades de los usuarios y brindar un servicio de calidad y en las mejores condiciones. Esta área la conforman el gerente que a su vez es el representante legal y la junta directiva que son los que le dan la dirección a la Empresa social del estado.

Área de sistemas: esta es el área encargada de la parte numérica, de tabulación, depuración de los datos y de esta forma obtener la información en salud tales como los procesos de

facturación a las distintas EPS. Esta área se encuentra conformada por los sistemas de información, facturación y estadística de salud, una buena depuración y un excelente procesamiento de la información generada garantiza alcanzar y desarrollar en su máximo esplendor los objetivos previamente planeados por la organización.

Área de apoyo: Comprende las Unidades Funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos Humanos, Financieros y Físicos necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Organización, realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación. Comprende las Unidades Funcionales de administración, cartera, recaudo, contabilidad, talento humano y suministros.

Área de atención al usuario: Es el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicios de Salud, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Define el modelo de atención y las políticas y estrategias para implementarlas. Comprende las Unidades Funcionales de Atención médica, odontológica, promoción y prevención y SIAU (Sistema de información y atención al usuario) Es la encargada del proceso de producción y prestación de Servicios de Salud.

Tabla N°1

PLANTA DE PERSONAL ADMINISTRATIVA DE MUNICIPIO DE MAGANGUE

CARGO	No DE CARGOS	HORAS	TOTAL COSTOS
GERENTE	1	8	4.258.174

JEFE DE CONTROL INTERNO	1	8	2.819.278
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	2	16	5.419.162
JEFE ASISTENCIAL	1	8	2.637.099
JEFE DE TALENTO HUMANO	1	8	2.637.099
JEFE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	1	8	2.637.099
CONTADORA	1	8	1.988.912
TRABAJADORA SOCIAL	1	8	1.988.912
SECRETARIA GENERAL	1	8	1.568.014
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	3	24	4.704.042
TÉCNICO OPERATIVO	4	32	6.161.676
AUXILIAR AREA DE SALUD	1	8	1.300.095
CONDUCTOR AMBULANCIA	2	16	2.371.766
TOTAL	20		40.491.328

Fuente: Oficina de talento humano ESE del Municipio de Magangué.

Los costos de planta de personal administrativo de la ESE del municipio de Magangué se analizan de forma unitaria, al realizar la sumatoria se obtiene el costo total de planta de personal administrativo la ESE del municipio Magangué

Se puede analizar que la planta administrativa de la ESE del municipio de Magangué cuenta con un total de 13 cargos, con 20 personas entre profesionales, técnicos y auxiliares que en un total completan una nómina de 40.491.328. los costos administrativos de la ese se miden en valor unitario y sumando todos los costos en las diferentes áreas obtenemos los totales, en el cargo donde hay mas personas laborando es el de técnico operativo con 4 personas en ese mismo cargo y devengando un salario total de 6.161.676. Las horas de trabajo en la ese son las reglamentarias que son 8.

Tabla N° 2
Planta de personal asistencial municipio de Magangué

CARGO	NO DE CARGOS	HORAS	TOTAL COSTOS
ENFERMEROS	2	16	4.431.584
MEDICOS	4	16	6.504.556
ODONTOLOGO	4	16	5.408.348
AUXILIAR AREA SALUD	1	8	1.625.118
AUXILIAR AREA SALUD	11	88	14.301.045
TOTAL	22		32.270.651

Fuente: Oficina de talento humano ESE del Municipio de Magangué

Los costos de planta de personal asistencial de la ESE del municipio de Magangué se analizan de forma unitaria, al realizar la sumatoria se obtiene el costo total de la planta asistencial de la ESE del municipio Magangué

El cuadro muestra la forma en la que están distribuidas la planta de personal asistencial en donde 12 de los 22 trabajadores del área asistencial son auxiliares de la salud es decir más del 50% de la mano de obra asistencial se encuentra distribuida en auxiliares de la salud y trabajan en promedio 8 horas. Mientras que el 18% está distribuido entre el personal médico se encuentran laborando en promedio 4 horas , el 18% se encuentra distribuida entre los profesionales de la odontología que trabajan en promedio 4 horas y el 9% se encuentra distribuido entre los profesionales de la enfermería que laboran en promedio 8 horas. El costo total mensual en materia de planta de personal asistencial de la ESE del municipio de Magangué es de \$32.270.651.

Tabla N° 3

PERSONAL ADMINISTRATIVO POR PRESTACION DE SERVICIOS MUNICIPIO DE MAGANGUE

CARGO	NO DE CARGOS	No HORAS	TOTAL COSTO
ASISTENTE ADMINISTRATIVO	1	8	1.000.000
AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS	1	4	2.000.000
SERVICIO DE ATENCION SIAU	1	8	700.000
RECEPCIONISTA	1	8	700.000
MENSAJERO	1	8	906.040
PORTEROS	14	112	9.800.000
ASEADORAS	13	104	8.450.000
CONDUCTOR AMBULANCIA FLUVIAL	3	24	2.100.000
TOTAL	32	256	24.956.040

Fuente: Oficina de talento humano ESE del Municipio de Magangué

Los costos de personal administrativos por prestación de servicios de la ESE del municipio de Magangué se analizan de forma unitaria, al realizar la sumatoria se obtiene el costo total de personal administrativo por prestación de servicios de la ESE del municipio Magangué.

La ESE del municipio de Magangué tiene contratada por prestación de servicios para apoyo de las funciones administrativas y por ende lograr la consecución de todos los objetivos previamente planeados 32 personas que se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

14 porteros que laboran 8 horas diarias, 13 aseadoras que laboran en promedio 8 horas, 3 conductores de ambulancias fluviales que laboran 8 horas, 1 auditor de cuentas médicas que labora 4 horas, 1 asistente administrativo, 1 recepcionista, 1 mensajero y 1 servicio de atención siau. El costo total mensual de la ESE del municipio de Magangué en materia de personal administrativo por prestación de servicios es de \$ 24.956.040.

Tabla N° 4
SERVICIOS PRESTADOS ESE DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE

CENTRO DE SALUD	MEDICINA	ODONTOLOGIA	ENFERMERIA	CITOLOGIA	TOMA DE MUESTRA	LABORATORIO CLINICO
CAMILO	X		X	X	X	X
SAN PABLO	X	X	X	X	X	
LA PAZ	X	X	X			
PASTRANA	X	X	X		X	X
BUENOS AIRES	X	X	X			
YATY	X	X	X	X	X	X
CASCAJAL	X	X	X	X		X
JUAN ARIAS	X	X	X		X	
BARRANCO DE YUCA	X	X	X	X	X	
EL RETIRO	X	X	X		X	
BARBOSA	X	X	X		X	X
COYONGAL	X	X	X	X	X	X

Fuente: ESE del Municipio de Magangué

El cuadro permite interpretar que los centros de salud Yaty y centro de salud Coyongal brindan todos los servicios ofrecidos por la ESE municipal es decir se están logrando los objetivos que previamente se han planeados, mientras que los otros centros de salud prestan casi en su totalidad todos los servicios ofrecidos por la ESE municipal lo que indica una baja calidad en la prestación del servicio ya que de 12 centros de salud solo 2 prestan en un 100% la prestación del servicio.

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ.

La ESE del Municipio de Magangué tiene una capacidad instalada de 19 consultorios médicos, 12 consultorios odontológicos, 12 consultorios de enfermería con capacidad de ofertar 180.576 consultas médicas año y 114.048 consultas odontológicas y de enfermería año. Cuenta con laboratorios clínicos urbanos y rurales que le permiten cubrir la demanda esperada.

Tabla N°5

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

PRODUCCIÓN DE SEVICIOS MEDICOS	ACTIVIDADES
CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL ELECTIVAS REALIZADAS	52.826

Fuente: ESE del Municipio de Magangué

Producción de servicios odontológicos: Durante el periodo revisado se realizaron 33.891 actividades en odontología de las cuales 20.556 corresponden a valoraciones, 3.244 a sesiones odontológicas, se observa que un alto porcentaje de las atenciones corresponden a Exodoncias lo que refleja la baja cultura en cuidado oral de la población.

2) SITUACION FINANCIERA DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE

2.1. ESTRUCTURA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

Balance General (Diciembre 31 2015)

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 N°6
BALANCE GENERAL**

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL ACTIVOS	6.595.041.060	7.556.158.752	8.536.249.419	13.172.938.573	12.947.873.917	14.083.218.346
...Activo corriente	2.562.981.580	3.524.099.271	2.577.367.632	5.091.428.660	2.676.232.612	3.637.174.506
....Efectivo AC	14.017.356	819.601.524	33.937.717	20.043.484	40.627.673	38.808.956
....Inversiones e instrumentos derivados	0	0	0	0	0	0
....Deudores AC	2.470.778.957	2.620.577.721	2.232.575.933	4.468.985.201	2.529.078.169	3.532.120.523
....Inventarios AC	78.185.267	83.920.026	0	602.399.975	106.526.770	66.245.027
....Otros activos AC (Diferentes a la 1905)	0	0	310.853.982	0	0	0
...Activo no corriente	4.032.059.480	4.032.059.481	5.958.881.787	8.081.509.913	10.271.641.305	10.446.043.840
....Deudores	0	0	1.079.437.817	2.001.074.870	4.054.278.262	4.074.278.497
....Propiedades planta y equipos	4.011.493.975	4.011.493.975	4.123.418.374	4.617.305.941	4.724.233.941	4.878.636.241
....Otros activos (Diferentes a la 1905 y la	20.565.505	20.565.506	756.025.596	1.463.129.102	1.493.129.102	1.493.129.102
TOTAL PASIVOS	4.167.284.323	3.301.611.911	3.380.272.528	4.587.214.415	4.040.535.710	4.889.549.842
...Pasivo corriente	4.167.284.323	3.301.611.911	1.188.084.061	2.367.099.452	2.398.989.774	1.941.409.707
....Cuentas por pagar PC	2.984.787.774	2.217.964.710	696.223.052	1.930.635.749	1.814.378.003	1.411.118.926
....Obligaciones laborales y de seguridad s	604.949.671	862.339.656	319.806.595	220.683.009	335.236.114	275.445.459
.....Salarios y prestaciones sociales (Dife	604.949.671	862.339.656	319.806.595	130.338.550	251.796.645	275.445.459
....Pasivos estimados PC	81.641.051	0	76.358.072	56.155.343	105.626.526	181.984.598
....Otros pasivos PC (Difrentes a las 2905)	495.905.827	221.307.545	95.696.342	0	0	0
...Pasivo no corriente	0	0	2.192.188.467	2.220.114.963	1.641.545.936	2.948.140.135
TOTAL PATRIMONIO	2.427.756.737	4.254.546.841	5.155.976.891	8.585.724.158	8.907.338.207	9.193.668.504
...Patrimonio institucional	2.427.756.737	4.254.546.841	5.155.976.891	8.585.724.158	8.907.338.207	9.193.668.504
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	6.595.041.060	7.556.158.752	8.536.249.419	13.172.938.573	12.947.873.917	14.083.218.346

Fuente: Informes financieros presentados al Ministerio de Salud.

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 2010 - 2015 de la ESE-HOSPITAL RIOGRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N°7

ANALISIS HORIZONTAL BALANCE GENERAL (Variación)

Concepto	2010	2011	Var%	2012	Var%	2013	Var%	2014	Var%	2015	Var%
TOTAL ACTIVOS	6.595.041.060	7.556.158.752	15%	8.536.249.419	13%	13.172.938.573	54%	12.947.873.917	-2%	14.083.218.346	9%
...Activo corriente	2.562.981.580	3.524.099.271	37%	2.577.367.632	-27%	5.091.428.660	98%	2.676.232.612	-47%	3.637.174.506	36%
....Efectivo AC	14.017.356	819.601.524	5747%	33.937.717	-96%	20.043.484	-41%	40.627.673	103%	38.808.956	-4%
....Inversiones e instrumentos deriv	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
....Deudores AC	2.470.778.957	2.620.577.721	6%	2.232.575.933	-15%	4.468.985.201	100%	2.529.078.169	-43%	3.532.120.523	40%
....Inventarios AC	78.185.267	83.920.026	7%	0	-100%	602.399.975	-	106.526.770	-82%	66.245.027	-38%
....Otros activos AC (Diferentes a la	0	0	-	310.853.982	-	0	-100%	0	-	0	-
...Activo no corriente	4.032.059.480	4.032.059.481	0%	5.958.881.787	48%	8.081.509.913	36%	10.271.641.305	27%	10.446.043.840	2%
....Deudores	0	0	-	1.079.437.817	-	2.001.074.870	85%	4.054.278.262	103%	4.074.278.497	0%
....Propiedades planta y equipos	4.011.493.975	4.011.493.975	0%	4.123.418.374	3%	4.617.305.941	12%	4.724.233.941	2%	4.878.636.241	3%
....Otros activos (Diferentes a la 190	20.565.505	20.565.506	0%	756.025.596	3576%	1.463.129.102	94%	1.493.129.102	2%	1.493.129.102	0%
TOTAL PASIVOS	4.167.284.323	3.301.611.911	-21%	3.380.272.528	2%	4.587.214.415	36%	4.040.535.710	-12%	4.889.549.842	21%
...Pasivo corriente	4.167.284.323	3.301.611.911	-21%	1.188.084.061	-64%	2.367.099.452	99%	2.398.989.774	1%	1.941.409.707	-19%
....Cuentas por pagar PC	2.984.787.774	2.217.964.710	-26%	696.223.052	-69%	1.930.635.749	177%	1.814.378.003	-6%	1.411.118.926	-22%
....Obligaciones laborales y de segu	604.949.671	862.339.656	43%	319.806.595	-63%	220.683.009	-31%	335.236.114	52%	275.445.459	-18%
.....Salarios y prestaciones sociale	604.949.671	862.339.656	43%	319.806.595	-63%	130.338.550	-59%	251.796.645	93%	275.445.459	9%
....Pasivos estimados PC	81.641.051	0	-100%	76.358.072	-	56.155.343	-26%	105.626.526	88%	181.984.598	72%
....Otros pasivos PC (Difrentes a la	495.905.827	221.307.545	-55%	95.696.342	-57%	0	-100%	0	-	0	-
...Pasivo no corriente	0	0	-	2.192.188.467	-	2.220.114.963	1%	1.641.545.936	-26%	2.948.140.135	80%
TOTAL PATRIMONIO	2.427.756.737	4.254.546.841	75%	5.155.976.891	21%	8.585.724.158	67%	8.907.338.207	4%	9.193.668.504	3%
...Patrimonio institucional	2.427.756.737	4.254.546.841	75%	5.155.976.891	21%	8.585.724.158	67%	8.907.338.207	4%	9.193.668.504	3%
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	6.595.041.060	7.556.158.752	15%	8.536.249.419	13%	13.172.938.573	54%	12.947.873.917	-2%	14.083.218.346	9%

Fuente: Elaboración Propia

Del presente cuadro se pueden extraer las siguientes conclusiones:

La variación porcentual más significativa ocurre en el año 2013, en el que se puede observar un incremento en todos los ítems analizados en el Balance General, en comparación con los demás años.

Los activos corrientes presentaron una reducción notable en el 2014 con respecto al periodo 2013, que paso de 5 mil millones a 2.6 mil millones, una reducción de (47%)

El promedio de los activos totales en el periodo analizado fue de \$10.4 mil millones, de los cuales el unico comportamiento negativo con (2%) lo registrò el 2014 con respecto al 2013 y los mayores aumentos se efectuaron en el 2013 con 54% con respecto al 2012; para situarse en \$14.1 mil millones en el 2015, ademas que los tres ultimos años sobrepasan la media con mas de \$11 mil millones en activos totales

Análisis Vertical del Balance General

Esta Herramienta financiera permite analizar la participación porcentual que tiene cada cuenta del Balance General dentro del total, este análisis es muy importante, ya que nos permite establecer si, en este caso el hospital tiene una distribución equitativa de sus activos, pasivos y patrimonio.

En la siguiente tabla se muestra la participación de las cuentas más relevantes del Balance General durante los años 2010 - 2015 de la ESE-HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N° 8
ANALISIS VERTICAL DEL BALANCE GENERAL

ANALISIS VERTICAL BALANCE GENERAL (Participación)												
Concepto	2010	Part%	2011	Part%	2012	Part%	2013	Part%	2014	Part%	2015	Part%
TOTAL ACTIVOS	6.595.041.060		7.556.158.752		8.536.249.419		13.172.938.573		12.947.873.917		14.083.218.346	
...Activo corriente	2.562.981.580	39%	3.524.099.271	47%	2.577.367.632	30%	5.091.428.660	39%	2.676.232.612	21%	3.637.174.506	26%
....Efectivo AC	14.017.356	0%	819.601.524	11%	33.937.717	0%	20.043.484	0%	40.627.673	0%	38.808.956	0%
....Inversiones e instrumntos deriv	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
....Deudores AC	2.470.778.957	37%	2.620.577.721	35%	2.232.575.933	26%	4.468.985.201	34%	2.529.078.169	20%	3.532.120.523	25%
....Inventarios AC	78.185.267	1%	83.920.026	1%	0	0%	602.399.975	5%	106.526.770	1%	66.245.027	0%
....Otros activos AC (Diferentes a la	0	0%	0	0%	310.853.982	4%	0	0%	0	0%	0	0%
...Activo no corriente	4.032.059.480	61%	4.032.059.481	53%	5.958.881.787	70%	8.081.509.913	61%	10.271.641.305	79%	10.446.043.840	74%
....Deudores	0	0%	0	0%	1.079.437.817	13%	2.001.074.870	15%	4.054.278.262	31%	4.074.278.497	29%
....Propiedades planta y equipos	4.011.493.975	61%	4.011.493.975	53%	4.123.418.374	48%	4.617.305.941	35%	4.724.233.941	36%	4.878.636.241	35%
....Otros activos (Diferentes a la 190	20.565.505	0%	20.565.506	0%	756.025.596	9%	1.463.129.102	11%	1.493.129.102	12%	1.493.129.102	11%
TOTAL PASIVOS	4.167.284.323		3.301.611.911		3.380.272.528		4.587.214.415		4.040.535.710		4.889.549.842	
...Pasivo corriente	4.167.284.323	100%	3.301.611.911	100%	1.188.084.061	35%	2.367.099.452	52%	2.398.989.774	59%	1.941.409.707	40%
....Cuentas por pagar PC	2.984.787.774	72%	2.217.964.710	67%	696.223.052	21%	1.930.635.749	42%	1.814.378.003	45%	1.411.118.926	29%
....Obligaciones laborales y de segur	604.949.671	15%	862.339.656	26%	319.806.595	9%	220.683.009	5%	335.236.114	8%	275.445.459	6%
.....Salarios y prestaciones sociales	604.949.671	15%	862.339.656	26%	319.806.595	9%	130.338.550	3%	251.796.645	6%	275.445.459	6%
....Pasivos estimados PC	81.641.051	2%	0	0%	76.358.072	2%	56.155.343	1%	105.626.526	3%	181.984.598	4%
....Otros pasivos PC (Difrentes a las	495.905.827	12%	221.307.545	7%	95.696.342	3%	0	0%	0	0%	0	0%
...Pasivo no corriente	0	0%	0	0%	2.192.188.467	65%	2.220.114.963	48%	1.641.545.936	41%	2.948.140.135	60%
TOTAL PATRIMONIO	2.427.756.737		4.254.546.841		5.155.976.891		8.585.724.158		8.907.338.207		9.193.668.504	
...Patrimonio institucional	2.427.756.737	100%	4.254.546.841	100%	5.155.976.891	100%	8.585.724.158	100%	8.907.338.207	100%	9.193.668.504	100%
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	6.595.041.060		7.556.158.752		8.536.249.419		13.172.938.573		12.947.873.917		14.083.218.346	

Fuente: Elaboración Propia

En lo relativo a los activos corrientes cuyo valor al cierre de 2015 asciende a \$3.6 mil millones, es el 26% de los activos totales, la cuenta de deudores son el 54% del total de activos, los inventarios son 66 millones, que no llegan a ser significados con un 0% del total de activos y el 74% restante corresponden a otros activos.

Una de las cuentas más importante es la de deudores, ya que en esta se refleja las ventas que se hacen a crédito. En este cuadro podemos apreciar que en los años 2010, 2011, 2012 la cuenta de deudores en promedio es el 37% del total de activos, mientras que en los años siguientes alcanza una participación del 50%.

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%) como es el caso de los dos primeros años analizados. Mientras que en los años siguientes se puede apreciar una notable reducción de 50% de los pasivos corrientes, dejando como restante a los pasivos no corrientes que están dados por las cuentas por pagar, obligaciones laborales y pasivos estimados.

ESTADOS DE RESULTADOS. (DICIEMBRE 31 DEL 2015)

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° 9 se relacionan resultados obtenidos durante los años 2010 - 2015 de la ESE- HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N°9
ESTADO DE RESULTADOS (DICIEMBRE 31 DEL 2015)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015
INGRESOS OPERACIONALES	7.570.696.589	5.210.220.857	6.651.883.548	9.561.484.992	8.438.669.355	10.466.685.903
...42 VENTA DE BIENES	0	0	0	0	0	0
...43 VENTAS DE SERVICIOS	7.570.696.589	5.210.220.857	6.651.883.548	9.561.484.992	8.438.669.355	10.466.685.903
.....4312 Venta de servicios de salud	7.570.696.589	5.210.220.857	6.651.883.548	9.561.484.992	8.438.669.355	10.466.685.903
6 COSTO DE VENTAS Y OPERACION	278.743.634	229.055.737	1.336.650.053	2.014.335.757	2.605.207.627	665.083.370
...62 COSTO DE VENTAS DE BIENES	0	0	1.336.650.053	0	0	0
...63 COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	278.743.634	229.055.737	0	2.014.335.757	2.605.207.627	665.083.370
.....6310 Servicios de Salud	278.743.634	229.055.737	0	2.014.335.757	2.605.207.627	665.083.370
MARGEN BRUTO	7.291.952.955	4.981.165.120	5.315.233.495	7.547.149.235	5.833.461.728	9.801.602.533
(-) GASTOS DE OPERACION	7.953.783.376	3.452.355.273	4.233.310.758	7.830.552.536	5.620.916.396	9.747.477.846
.....51 DE ADMINISTRACION	7.953.783.376	3.452.355.273	4.233.310.758	7.830.552.536	5.620.916.396	9.445.760.005
.....5101 Sueldos y salarios GA	5.751.387.313	2.615.939.921	2.854.409.509	4.379.343.669	2.937.343.789	3.907.934.823
.....5102 Contribuciones imputadas GA	5.341.650	1.874.600	0	0	0	0
.....5103 Contribuciones efectivas GA	10.018.008	0	130.897.294	403.040.561	133.813.053	179.553.000
.....5104 Aportes sobre la nómina GA	0	0	40.574.366	87.444.442	62.940.416	72.530.800
.....5111 Gastos generales (No incluye excedentes	2.146.925.730	818.220.927	1.206.131.946	2.942.561.616	2.443.692.837	5.284.043.382
.....5120 Impuestos, contribuciones y tasas GA	40.110.675	16.319.825	1.297.643	18.162.248	43.126.301	1.698.000
...53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	0	0	0	0	0	301.717.841
.....Provisiones	0	0	0	0	0	301.717.841
.....Depreciación	0	0	0	0	0	0
.....Amortizaciones	0	0	0	0	0	0
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	-661.830.421	1.528.809.847	1.081.922.737	-283.403.301	212.545.332	54.124.687
...48 OTROS INGRESOS	3.481.537	5.478.233	279.440.484	118.373.186	456.856.882	242.729.335
.....4805 Financieros	0	0	0	18.457.814	622.478	831.627
.....4808 Otros Ingresos Ordinarios (diferentes a	0	0	0	79.937.677	122.889.887	0
.....480822 Margen en la contratación de servi	0	0	279.340.107	0	0	0
.....4810 Extraordinarios	3.481.537	5.478.233	100.377	19.977.695	74.962.989	19.662.746
...58 OTROS GASTOS	27.095.225	543.868.399	466.344.687	618.007.218	13.157.991	11.708.404
.....5805 Financieros	27.095.225	17.512.783	14.831.210	20.918.346	13.157.991	11.708.404
.....5808 Otros gastos ordinarios (diferentes a la	0	0	181.231.311	348.544.737	0	0
.....5815 Ajuste de ejercicios anteriores	0	526.355.616	270.282.166	248.544.135	0	0
EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL EJERCICIO	-685.444.109	922.922.197	895.018.534	2.216.962.667	656.244.223	285.145.618

Fuente: Informes financieros presentados al Ministerio de Salud.

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 2010 - 2015 de la ESE-HOSPITAL RIOGRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N°10

ANALISIS HORIZONTAL ESTADO DE RESULTADOS 2010 - 2015

Concepto	2010	2011	Var%	2012	Var%	2013	Var%	2014	Var%	2015	Var%	Promedio
INGRESOS OPERACIONALES	7.570.696.589	5.210.220.857	-31%	6.651.883.548	28%	9.561.484.992	44%	8.438.669.355	-12%	10.466.685.903	24%	7.983.273.541
...42 VENTA DE BIENES	0	0		0		0		0		0		0
...43 VENTAS DE SERVICIOS	7.570.696.589	5.210.220.857	-31%	6.651.883.548	28%	9.561.484.992	44%	8.438.669.355	-12%	10.466.685.903	24%	7.983.273.541
.....4312 Venta de servicios de salud	7.570.696.589	5.210.220.857	-31%	6.651.883.548	28%	9.561.484.992	44%	8.438.669.355	-12%	10.466.685.903	24%	7.983.273.541
6 COSTO DE VENTAS Y OPERACION	278.743.634	229.055.737	-18%	1.336.650.053	484%	2.014.335.757	51%	2.605.207.627	29%	665.083.370	-74%	1.188.179.363
...62 COSTO DE VENTAS DE BIENES	0	0		1.336.650.053	0%	0	0%	0	0%	0	0%	222775008,8
...63 COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	278.743.634	229.055.737	-18%	0	-100%	2.014.335.757	-	2.605.207.627	29%	665.083.370	-74%	965.404.354
.....6310 Servicios de Salud	278.743.634	229.055.737	-18%	0	-100%	2.014.335.757	-	2.605.207.627	29%	665.083.370	-74%	965.404.354
MARGEN BRUTO	7.291.952.955	4.981.165.120	-32%	5.315.233.495	7%	7.547.149.235	42%	5.833.461.728	-23%	9.801.602.533	68%	6.795.094.178
(-) GASTOS DE OPERACION	7.953.783.376	3.452.355.273	-57%	4.233.310.758	23%	7.830.552.536	85%	5.620.916.396	-28%	9.747.477.846	73%	6.473.066.031
...51 DE ADMINISTRACION	7.953.783.376	3.452.355.273	-57%	4.233.310.758	23%	7.830.552.536	85%	5.620.916.396	-28%	9.445.760.005	68%	6.422.779.724
.....5101 Sueldos y salarios GA	5.751.387.313	2.615.939.921	-55%	2.854.409.509	9%	4.379.343.669	53%	2.937.343.789	-33%	3.907.934.823	33%	3.741.059.837
.....5102 Contribuciones imputadas G	5.341.650	1.874.600	-65%	0	-100%	0		0		0		1202708,333
.....5103 Contribuciones efectivas GA	10.018.008	0	-100%	130.897.294	0%	403.040.561	0%	133.813.053	0%	179.553.000	0%	142.886.986
.....5104 Aportes sobre la nómina GA	0	0	0%	40.574.366	-	87.444.442	116%	62.940.416	-28%	72.530.800	15%	43.915.004
.....5111 Gastos generales (No incluye	2.146.925.730	818.220.927	-62%	1.206.131.946	47%	2.942.561.616	144%	2.443.692.837	-17%	5.284.043.382	116%	2.473.596.073
.....5120 Impuestos, contribuciones y	40.110.675	16.319.825	-59%	1.297.643	-92%	18.162.248	1300%	43.126.301	137%	1.698.000	-96%	20.119.115
...53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y	0	0		0		0		0		301.717.841		50.286.307
.....Provisiones	0	0		0		0		0		301.717.841		50.286.307
.....Depreciación	0	0		0		0		0		0		0
.....Amortizaciones	0	0		0		0		0		0		0
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	-661.830.421	1.528.809.847	-331%	1.081.922.737	-29%	-283.403.301	-126%	212.545.332	-175%	54.124.687	-75%	322.028.147
...48 OTROS INGRESOS	3.481.537	5.478.233	57%	279.440.484	5001%	118.373.186	-58%	456.856.882	286%	242.729.335	-47%	184.393.276
.....4805 Financieros	0	0		0	0%	18.457.814	-	622.478	-97%	831.627	34%	3.318.653
.....4808 Otros Ingresos Ordinarios (c	0	0		0	0%	79.937.677	-	122.889.887	54%	0	-100%	33804594
.....480822 Margen en la contratació	0	0	0%	279.340.107	0%	0	-100%	0		0		46556684,5
.....4810 Extraordinarios	3.481.537	5.478.233	57%	100.377	-98%	19.977.695	19803%	74.962.989	275%	19.662.746	-74%	20.610.596
...58 OTROS GASTOS	27.095.225	543.868.399	1907%	466.344.687	-14%	618.007.218	33%	13.157.991	-98%	11.708.404	-11%	280.030.321
.....5805 Financieros	27.095.225	17.512.783	-35%	14.831.210	-15%	20.918.346	41%	13.157.991	-37%	11.708.404	-11%	17.537.327
.....5808 Otros gastos ordinarios (dife	0	0	0%	181.231.311	0%	348.544.737	92%	0	-100%	0	-	88296008
.....5815 Ajuste de ejercicios anterior	0	526.355.616	0%	270.282.166	-49%	248.544.135	-8%	0	-100%	0	-	174196986,2
EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL EJERCICIO	-685.444.109	922.922.197	-235%	895.018.534	-3%	2.216.962.667	148%	656.244.223	-70%	285.145.618	-57%	715.141.522

Del presente cuadro se pueden extraer las siguientes conclusiones:

En los últimos 6 años la ESE ha tenido un promedio de Ingresos operacionales de \$7.9 mil millones; de los cuales se aprecia que todos son por venta de servicios.

Las ventas por servicio, que son el 100% de los ingresos operacionales, han tenido un escalonamiento positivo, empezando desde el 2010 con \$7.5 mil millones y terminando con \$10.4 mil millones en el 2015, durante este periodo solo tuvo reducciones en el año 2011 con un (31%) y 2014 con un (12%), siendo su período de aumento más notorio en 2013 con un 44%, con esta variación se puede concluir que la presente administración ha aumentado las ventas.

Esto quiere decir, que el hospital no tiene problemas estructurales de contratación de servicios de salud e ingresos por ventas.

El costo de venta de servicios, fue incrementándose hasta 2014, luego tuvo una caída de (74%), mejorando el margen bruto, como se puede apreciar en el cuadro.

En el caso de los gastos operacionales, tendremos en cuenta los gastos de administración, hay que son el total de los gastos a diferencia del ultimo año 2015 en donde se da el rubro de Provisiones, depreciaciones y amortizaciones con 300 millones que hacen parte de los gastos de operación. El promedio de gastos de administración es de \$6.4 mil millones, en donde el primer año 2010 se puede ver que los gastos sobrepasan el margen bruto generando déficit esta misma situación se presenta en el año 2013.

Excedentes o déficit, estos están dados por la diferencia entre los ingresos y los gastos, durante los estos años analizados la ESE mostro un déficit de (\$661 millones) en 2010, como también en el año 2013 con (\$283 millones), mientras que el mayor excedente se dio en 2011 con \$1.5 mil millones.

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 2010 - 2015 de la ESE-HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DE MAGANGUE.

TABLA N° 11

ANALISIS VERTICAL ESTADO DE RESULTADOS 2010 - 2015

Concepto	2010	PARTICIPACION	2011	PARTICIPACION	2012	PARTICIPACION	2013	PARTICIPACION	2014	PARTICIPACION	2015	PARTICIPACION
INGRESOS OPERACIONALES	7.570.696.589	100%	5.210.220.857	100%	6.651.883.548	100%	9.561.484.992	100%	8.438.669.355	100%	10.466.685.903	100%
....42 VENTA DE BIENES	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
...43 VENTAS DE SERVICIOS	7.570.696.589	100%	5.210.220.857	100%	6.651.883.548	100%	9.561.484.992	100%	8.438.669.355	100%	10.466.685.903	100%
.....4312 Venta de servicios de salud	7.570.696.589	100%	5.210.220.857	100%	6.651.883.548	100%	9.561.484.992	100%	8.438.669.355	100%	10.466.685.903	100%
6 COSTO DE VENTAS Y OPERACION	278.743.634	4%	229.055.737	4%	1.336.650.053	20%	2.014.335.757	21%	2.605.207.627	31%	665.083.370	6%
...62 COSTO DE VENTAS DE BIENES	0	0%	0	0%	1.336.650.053	20%	0	0%	0	0%	0	0%
...63 COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	278.743.634	4%	229.055.737	4%	0	0%	2.014.335.757	21%	2.605.207.627	31%	665.083.370	6%
.....6310 Servicios de Salud	278.743.634	4%	229.055.737	4%	0	0%	2.014.335.757	21%	2.605.207.627	31%	665.083.370	6%
MARGEN BRUTO	7.291.952.955	96%	4.981.165.120	96%	5.315.233.495	80%	7.547.149.235	79%	5.833.461.728	69%	9.801.602.533	94%
(-) GASTOS DE OPERACION	7.953.783.376	105%	3.452.355.273	66%	4.233.310.758	64%	7.830.552.536	82%	5.620.916.396	67%	9.747.477.846	93%
...51 DE ADMINISTRACION	7.953.783.376	105%	3.452.355.273	66%	4.233.310.758	64%	7.830.552.536	82%	5.620.916.396	67%	9.445.760.005	90%
.....5101 Sueldos y salarios GA	5.751.387.313	76%	2.615.939.921	50%	2.854.409.509	43%	4.379.343.669	46%	2.937.343.789	35%	3.907.934.823	37%
.....5102 Contribuciones imputadas G	5.341.650	0%	1.874.600	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
.....5103 Contribuciones efectivas GA	10.018.008	0%	0	0%	130.897.294	2%	403.040.561	4%	133.813.053	2%	179.553.000	2%
.....5104 Aportes sobre la nómina GA	0	0%	0	0%	40.574.366	1%	87.444.442	1%	62.940.416	1%	72.530.800	1%
.....5111 Gastos generales (No incluye	2.146.925.730	28%	818.220.927	16%	1.206.131.946	18%	2.942.561.616	31%	2.443.692.837	29%	5.284.043.382	50%
.....5120 Impuestos, contribuciones y	40.110.675	1%	16.319.825	0%	1.297.643	0%	18.162.248	0%	43.126.301	1%	1.698.000	0%
...53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y	0	0%	301.717.841	3%								
.....Provisiones	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	301.717.841	3%
.....Depreciación	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
.....Amortizaciones	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	-661.830.421	-9%	1.528.809.847	29%	1.081.922.737	16%	-283.403.301	-3%	212.545.332	3%	54.124.687	1%
...48 OTROS INGRESOS	3.481.537	0%	5.478.233	0%	279.440.484	4%	118.373.186	1%	456.856.882	5%	242.729.335	2%
.....4805 Financieros	0	0%	0	0%	0	0%	18.457.814	0%	622.478	0%	831.627	0%
.....4808 Otros Ingresos Ordinarios (c	0	0%	0	0%	0	0%	79.937.677	1%	122.889.887	1%	0	0%
.....480822 Margen en la contratación	0	0%	0	0%	279.340.107	4%	0	0%	0	0%	0	0%
.....4810 Extraordinarios	3.481.537	0%	5.478.233	0%	100.377	0%	19.977.695	0%	74.962.989	1%	19.662.746	0%
...58 OTROS GASTOS	27.095.225	0%	543.868.399	10%	466.344.687	7%	618.007.218	6%	13.157.991	0%	11.708.404	0%
.....5805 Financieros	27.095.225	0%	17.512.783	0%	14.831.210	0%	20.918.346	0%	13.157.991	0%	11.708.404	0%
.....5808 Otros gastos ordinarios (dife	0	0%	0	0%	181.231.311	3%	348.544.737	4%	0	0%	0	0%
.....580814 Margen en la contratación	0	0%	526.355.616	10%	270.282.166	4%	248.544.135	3%	0	0%	0	0%
EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL EJERCICIO	-685.444.109	-9%	922.922.197	18%	895.018.534	13%	2.216.962.667	23%	656.244.223	8%	285.145.618	3%

Fuente: Elaboración Propia

De este análisis vertical se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Como ítem más importante podemos observar que el margen bruto ocupa un lugar representativo de los ingresos operacionales con hasta un 96% como se aprecia en los dos primeros años, en comparación con los demás rubros. Esto demuestra que la ESE mantiene un alto grado de utilidad, ya que el último año también se aprecia una participación del 94%

Los gastos de operación en el 2010 sobrepasan los ingresos, ya que su participación es del 105%. La ESE logro reducir estos gastos en los años siguientes con un promedio de 65% de participación hasta llegar al 2013 donde se incrementan nuevamente estos gastos hasta llegar al 82%, volvieron a tener una reducción, pero nuevamente se vio incrementado en el 2015 con un 93%

2.2. EVALUACION DE LOS INDICADORES FINANCIEROS DE LA ESE

A continuación se realiza el análisis de los indicadores financieros de la ESE HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA, 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:

CALCULO DE LAS RAZONES FINANCIERAS

Análisis de Liquidez de los Estados Financieros de la ESE

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

Razón Corriente = activo corriente/ pasivo corriente

**TABLA N° 12
ANALISIS DE LIQUIDEZ DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LA ESE**

AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ACTIVOS CORRIENTE	2.562.981.580	3.524.099.271	2.577.367.632	5.091.428.660	2.676.232.612	3.637.174.506
PASIVOS CORRIENTE	4.167.284.323	3.301.611.911	1.188.084.061	2.367.099.452	2.398.989.774	1.941.409.707
RAZON CORRIENTE	0,61502441	1,067387496	2,169347874	2,150914553	1,115566494	1,873470856

Fuente: Elaboración Propia

La anterior tabla indica que la ESE a corto plazo durante el periodo analizado, tiene para responder con sus compromisos, ya que la razón corriente es mayor que 1, exceptuando el año 2010 en donde se observa que la razón corriente es menor que 1 indicando que los pasivos son mayores a los activos. Lo que indica que la ESE no tiene liquidez para cubrir las cuentas por pagar.

Prueba Acida = activo corriente – inventario/ pasivo corriente

**TABLA N° 13
PRUEBA ACIDA**

AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ACTIVOS CORRIENTE	2.562.981.580	3.524.099.271	2.577.367.632	5.091.428.660	2.676.232.612	3.637.174.506
INVENTARIO	78.185.267	83.920.026	310.853.982	602.399.975	106.526.770	66.245.027
PASIVOS CORRIENTE	4.167.284.323	3.301.611.911	1.188.084.061	2.367.099.452	2.398.989.774	1.941.409.707
PRUEBA ACIDA	0,596262727	1,041969601	1,907704787	1,89642589	1,071161649	1,83934873

Fuente: Elaboración Propia

El resultado de los períodos analizados, refleja que en promedio por cada peso que debe la ESE, dispone de 1.83 Pesos en promedio, después de deducir sus inventarios, para pagar la totalidad de sus pasivos a corto plazo.

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°14
CAPITAL DE TRABAJO**

AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ACTIVOS CORRIENTE	2.562.981.580	3.524.099.271	2.577.367.632	5.091.428.660	2.676.232.612	3.637.174.506
PASIVOS CORRIENTE	4.167.284.323	3.301.611.911	1.188.084.061	2.367.099.452	2.398.989.774	1.941.409.707
CAPITAL DE TRABAJO	-1.604.302.743	222.487.360	1.389.283.571	2.724.329.208	277.242.838	1.695.764.799

Fuente: Elaboración Propia

Lo anterior nos indica que la ESE tiene una relación positiva entre lo que tiene y lo que debe a corto plazo, a excepción del año 2010, en donde el capital de trabajo resulta negativo (\$1.6 mil millones). 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°15
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO)**

AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CxC NETO	2.470.778.957	2.620.577.721	3.312.013.750	6.470.060.071	6.583.356.431	7.606.399.020
INVENTARIO	78.185.267	83.920.026	310.853.982	602.399.975	106.526.770	66.245.027
CUENTAS POR PAGAR	1.022.807.638	3.080.304.366	3.208.218.114	4.276.604.466	3.659.566.274	4.456.086.558
KTNO	1.526.156.586	-375.806.619	414.649.618	2.795.855.580	3.030.316.927	3.216.557.489

Fuente: Elaboración Propia

Como se puede apreciar en el año 2011 el KTNO es negativo, este resultado demuestra un mal manejo que afecta el flujo de cartera, mientras que los demás años analizados se evidencia claramente que la ESE tiene un manejo eficaz del inventario, de las cuentas por pagar y de la cartera, trayendo como consecuencia un buen flujo de cartera, que permite tener recursos disponibles para el cumplimiento de obligaciones a corto plazo, ya que genera efectivo suficiente.

TABLA N° 16
CUADRO DE ROTACION (CARTERA, INVENTARIO, CxP, ACTIVOS)

ROTACION	2010	2011	2012	2013	2014	2015	FORMULAS
PROMEDIO DE CUENTAS POR COBRAR		2.545.678.339	2.966.295.736	4.891.036.911	6.526.708.251	7.094.877.726	(Cuentas por Cobrar Año B - Año A)/2
PROMEDIO DE INVENTARIOS		81.052.647	197.387.004	456.626.979	354.463.373	86.385.899	(Inventarios Año B - Año A)/2
PROMEDIO DE CUENTAS POR PAGAR		2.051.556.002	3.144.261.240	3.742.411.290	3.968.085.370	4.057.826.416	(Cuentas por Pagar Año B - Año A)/2
PROMEDIO DE ACTIVOS TOTALES		7.075.599.906	8.046.204.086	10.854.593.996	13.060.406.245	13.515.546.132	(Activos Año B - Año A)/2
ROTACION CARTERA		2,97	1,76	1,36	1,46	1,19	Ventas a Crédito/ Promedio de Cuentas por Cobrar
DIAS DE ROTACION CARTERA		121	205	265	246	303	360/ Rotación Cartera
ROTACION INVENTARIO		3,44	1,16	2,93	5,68	30,16	Costo de Material Utilizado/ inventario Promedio
DIAS ROTACION DE INVENTARIO		105	310	123	63	12	360/ Rotación Inventario
ROTACION DE CUENTAS POR PAGAR		0,24	0,16	0,14	0,21	0,49	Compras a Crédito /Promedio CXP Proveedores
COMPRAS A CREDITO		486.334.042	505.677.590	520.601.730	840.776.848	1.974.054.014	Costo de Venta + inventario Final - Inventario Inicial
DIAS DE ROTACION DE CUENTAS POR PAGAR		1.519	2.238	2.588	1.699	740	360/ Rotación Cuentas por Pagar
ROTACION DE ACTIVOS		1,07	0,65	0,61	0,73	0,62	Ventas / Promedio de Activos
DIAS ROTACION DE ACTIVOS		336	556	587	492	577	360/ Rotación Activos

Fuente: Elaboración Propia

Análisis de Rotación

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

Rotación Cartera = ventas a crédito/ promedio de cuentas por cobrar

TABLA N° 17
(PROMEDIO DE CUENTAS X COBRAR, CARTERA, DIAS DE ROTACION)

ROTACION	2011	2012	2013	2014	2015	FORMULAS
PROMEDIO DE CUENTAS POR COBRAR	2.545.678.339	2.966.295.736	4.891.036.911	6.526.708.251	7.094.877.726	(Cuentas por Cobrar Año B - Año A)/2
ROTACION CARTERA	2,97	1,76	1,36	1,46	1,19	Ventas a Crédito/ Promedio de Cuentas por Cobrar
DIAS DE ROTACION CARTERA	121	205	265	246	303	360/ Rotación Cartera

Fuente: Elaboración Propia

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.

Los días de rotación de cartera son en promedio 228 días, lo cual indica que a la ESE las EPS le están pagando en promedio cada 8 meses, aunque vemos que el último año la rotación alcanza los 303 días cada 10 meses, esto es gravísimo ya que dificulta los pagos de nóminas, parafiscales, impuestos que a corto plazo debe resolver.

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 N° 18
(PROMEDIO DE INVENTARIOS, ROTACION, DIAS DE ROTACION)

ROTACION	2011	2012	2013	2014	2015	FORMULAS
PROMEDIO DE INVENTARIOS	81.052.647	197.387.004	456.626.979	354.463.373	86.385.899	(Inventarios Año B -Año A)/2
ROTACION INVENTARIO	3,44	1,16	2,93	5,68	30,16	Costo de Material Utilizado/inventario Promedio
DIAS ROTACION DE INVENTARIO	105	310	123	63	12	360/ Rotación Inventario

Fuente: Elaboración Propia

Los días de rotación de inventarios en promedio son 122 días, esto quiere decir que el hospital rota su inventario en promedio cada 4 meses, pero se puede observar una mejoría en cuanto al tiempo de rotación ya que a partir del año 2013 hasta el último año analizado, hay una

reducción de días llegando en el 2015 a tener una rotación en 12 días, menos de un mes, mejorando el flujo de efectivo en el corto plazo.

**TABLA N°19
CICLO DE CAJA**

AÑO	PERIODO PROMEDIO DE COBRO	PERIODO PROMEDIO DE INVENTARIO	PERIODO PROMEDIO DE PAGOS	CICLO DE CAJA (Días)
2011	121	105	1.519	-1.293
2012	205	310	2.238	-1.723
2013	265	123	2.588	-2.200
2014	246	63	1.699	-1.390
2015	303	12	740	-425

Fuente: Elaboración Propia

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.

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 N° 20
CUADRO DE RENTABILIDAD

RENTABILIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	PROMEDIO	FORMULAS
MARGEN BRUTO	96%	96%	80%	79%	69%	94%	86%	Utilidad Bruta/ Ventas Netas
MARGEN OPERATIVO	-9%	29%	16%	-3%	3%	1%	6%	Utilidad Operativa / Ventas Netas
MARGEN NETO	-26%	-9%	18%	13%	23%	8%	5%	Utilidad Neta/ Ventas Netas
RENTABILIDAD OPERATIVA DEL ACTIVO		22%	13%	-3%	2%	0%	7%	Utilidad Operativa/Promedio de Activos
RENTABILIDAD NETA DEL ACTIVO		13%	11%	20%	5%	2%	10%	Utilidad Neta/ Promedio de Activos
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO OPERACIONAL UAI		46%	23%	-4%	2%	1%	14%	UAI (Utilidad Operacional)/ Promedio del Patrimonio
PROMEDIO DEL PATRIMONIO		3.341.151.789	4.705.261.866	6.870.850.525	8.746.531.183	9.050.503.356	6.542.859.743,50	(Patrimonio B - A)/2
RENTABILIDAD NETA DEL PATRIMONIO		28%	19%	32%	8%	3%	18%	Utilidad Neta/ Promedio del Patrimonio
PARTICIPACION PATRIMONIAL	37%	56%	60%	65%	69%	65%	59%	Patrimonio/Activo Total
CONTRIBUCION FINANCIERA		15%	8%	12%	2%	1%	8%	Rentabilidad del Patrimonio – Rentabilidad del Activo

Fuente: Elaboración Propia

RENTABILIDAD OPERATIVA DEL ACTIVO: por medio del análisis de este indicador se puede observar la mala gestión de la gerencia, indicando la verdadera rentabilidad de la inversión con un promedio muy bajo e inclusive en el año 2013 trabajando a pérdidas, lo cual evidencia 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.

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO: la rentabilidad neta del patrimonio para los periodos analizados es en promedio del 18 %, como se puede observar es inferior al 55% lo que indica la baja rentabilidad de la ESE con respecto a su patrimonio, lo anterior ocurre porque el verdadero capital invertido es el activo mas no el patrimonio.

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:
$$\text{Contribución Financiera} = \text{Rentabilidad del Patrimonio} - \text{Rentabilidad del Activo}.$$

De acuerdo a los resultados presentados se puede deducir que el problema de la ESE no es de Rentabilidad; es de Iliquidez e insolvencia. Este indicador, no representa una contribución financiera rentable ya que en promedio este indicador tan solo muestra el 8% de contribución que no permite que el hospital se mantenga a flote

3) PROSPECCION DE LA SITUACION FINANCIERA DE LA ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE.

La prospectiva es un proceso reflexivo que pretende identificar futuros probables, diferentes de la fatalidad y que depende únicamente del conocimiento que se tiene sobre las acciones que el hombre quiera emprender.

Según Echarri (2002)²¹, "la prospectiva es una metodología normativa, con visión global, sistémica, dinámica y abierta que explica los posibles futuros (futuribles), no sólo por los datos del pasado sino fundamentalmente teniendo en cuenta las evoluciones futuras de las variables (cuantitativas y sobretodo cualitativas) así como los comportamientos de los actores implicados, de manera que reduce la incertidumbre, ilumina la acción presente y aporta mecanismo.

Para la prospección de la situación financiera de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena utilizaremos como factor incremental, el valor porcentual de la UPC (*Este es el valor anual que se reconoce a las EPS por cada uno de sus afiliados y debe reflejarse en la contratación de los servicios de salud*). Para la proyección de los datos se tendrá en cuenta la UPC y el ajuste de inflación así: en 8,20% del valor de la Unidad de pago por capitación (UPC) para 2017, para el año 2018 será el valor de la UPC que es del 8,2 más el 3.5 que es el ajuste de la inflación, es decir el ajuste de proyección será de 11,7 % y en el año 2019 el nuevo valor de proyección esta determinado por el valor del 2018 que es de 11,7% más el ajuste de la inflación que es de 3,5% es decir el nuevo valor de proyección es de 15.2%

Bogotá (D.C.), 30 de diciembre de 2016.- El Ministerio de Salud y Protección Social incrementó en 8,20% del valor de la Unidad de pago por capitación (UPC) para 2017. En consecuencia, el valor promedio de la UPC para el régimen contributivo es de \$746.046,00 pesos; y para el régimen subsidiado de \$667.429,20 pesos ¹⁵

El ajuste fue hecho a partir de la información reportada por las Entidades promotoras de salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, con la que el Ministerio realizó el análisis técnico y actuarial para la definición de la Unidad de pago por capitación (UPC) para la vigencia de 2017 y así garantizar el plan de beneficios en salud.

Del mismo modo, el Ministerio hace pública la proyección del incremento porcentual resultante de la aplicación del valor de la UPC definida, ajustada por ponderadores para cada EPS y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), así como la estructura de los incrementos, precisando cuáles corresponden al costo de las actualizaciones o de unificación del POS y cuáles responden a los servicios que ya se venían prestando.

Por lo tanto, se tiene en cuenta:

1. La UPC es el valor que el sistema reconoce por cada afiliado (sea cotizante o beneficiario), por la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el Plan de beneficios en salud, sin distinción o segmentación por niveles de

15 Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-define-valor-de-la-UPC-para-2017.aspx>.

complejidad de atenciones, tecnologías específicas o EPS, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que existan.

2. El Ministerio de Salud y Protección Social calcula el incremento del valor de la UPC a nivel nacional, considerando la inflación, los diversos grupos de riesgo de edad, sexo, zona geográfica y frecuencias de uso.

3. Para el 2017 no se incluyeron en el incremento del 8,20% de la UPC costos por tecnologías nuevas en el plan de beneficios.

4. En el régimen subsidiado, en forma adicional, se amplía el plazo de la prueba piloto que iguala la UPC (primas puras) del régimen subsidiado a la del régimen contributivo en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

5. Según la normatividad vigente, el Ministerio de Salud y Protección Social no interviene directamente en los acuerdos entre instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios en relación con las distintas modalidades de contratación y pago o en las tarifas que se pacten, salvo en lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016.

Este Ministerio puntualiza a las EPS e IPS que deben considerar los siguientes criterios para definir el incremento en el valor de los servicios de salud para la vigencia 2017, de conformidad con el artículo 2.5.3.5.2 del Decreto 780 de 2016:

a) Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de la misma calidad, dichos incrementos sean iguales.

b) Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan.

c) Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Las ESES son entidades del Estado que deben cumplir con un proceso de Planeación de los Hospitales Públicos – ESES, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es de vital importancia para trazar la vía del quehacer misional en cada nivel de complejidad; redefinir su rol misional; reducir la incertidumbre en su ruta epistémica de desarrollo empresarial hospitalario y en prospectiva estratégica, articular sus ejecutorias con los procesos de Planeación en Salud en lo de su competencia; como son el Plan Territorial de Salud Municipal y Departamental; el Plan Financiero Territorial en Salud; el componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo; el Plan Decenal de Salud Pública y demás planes sectoriales por patologías y políticas públicas con sus programas y proyectos; que es menester implementar, cuyo horizonte tienen como ganador, a la población usuaria como garantía de su derecho fundamental a la salud.

Se utilizará la UPC, sin tener en cuenta que la ESE no puede aplicar a nuevos servicios ya que no ha presentado esta petición en el documento red del departamento; en cuanto a lo que se refiere al mejoramiento de infraestructura, la ESE no incurre en gastos de ningún tipo ya

que el Estado le gira al hospital un rubro para el mantenimiento de la infraestructura, por medio del plan bienal de inversiones.

La ESE Rio Grande de la Magdalena del municipio de Magangué es un hospital de primer nivel o de baja complejidad que actualmente cuenta con 12 (doce) puestos de salud y 2 (dos) unidades móviles que están muy bien distribuidas con el objetivo de brindar un servicio de calidad y brindar cobertura a toda la población.

La ESE Cuenta con dos ventajas fundamentales la primera es que el 100% del eje de salud pública del municipio es transferido a la ESE y el 60% de la UPC subsidiado también le pertenecen; la segunda ventaja de vital importancia es que las inversiones realizadas por esta en materia de infraestructura está bajo la responsabilidad del Estado por medio del plan bienal de inversión que es un programa que incluye los proyectos de inversión formulados por las Empresas Sociales del Estado, las alcaldías municipales y el departamento, destinados a infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y protección social determine que sean de control especial.

Hay factores de vital importancia que condicionan el crecimiento de la oferta de los servicios de salud por parte de la ESE dentro de los cuales podemos mencionar.

DOCUMENTO RED DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR.

También conocido como programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud del departamento de Bolívar, tiene como objetivo la prestación del servicio de salud operando de manera integrada y coordinada y en condiciones de viabilidad financiera a fin de mejorar la calidad y accesibilidad del servicio, el balance

financiero de las IPS y la extensión del aseguramiento del SGSSS. Específicamente, el programa tiene por fin:¹⁶

Reorganizar la operación de los hospitales públicos a través de la implantación de medidas de racionalización de los recursos humanos

- Diseñar y coordinar las redes de IPS a fin de mejorar la eficiencia y acceso de la población a los servicios de salud y fortalecer institucionalmente las entidades responsables por las acciones de dirección, vigilancia y control del SGSSS al nivel nacional y territorial.
- Modernizar las IPS que componen las redes a través del fortalecimiento de su capacidad institucional y de gestión.
- Implementar un sistema de seguimiento y evaluación al proceso de conformación de las redes de prestadores de servicios de salud.

Específicamente, el programa además tiene por fin:

Reorganizar la operación de los hospitales públicos a través de la implantación de medidas de racionalización de los recursos humanos, diseñar y coordinar las redes de IPS a fin de mejorar la eficiencia y acceso de la población a los servicios de salud y fortalecer institucionalmente las entidades responsables por las acciones de dirección, vigilancia y control del SGSSS al nivel nacional y territorial, modernizar las IPS que componen las redes a través del fortalecimiento de su capacidad institucional y de gestión e implementar un

16 Tomado de <http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=co0139&page=3->

sistema de seguimiento y evaluación al proceso de conformación de las redes de prestadores de servicios de salud.

El documento red tiene su origen y esta fomentado en la resolución 4015 del 2013 que en su artículo cuatro (4) estipula que los departamentos y distritos deberán presentar a la dirección de financiamiento sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social o a la dependencia que haga sus veces, cada cuatro (4) años, de manera coincidente con los periodos institucionales de gobernantes y alcaldes, el plan financiero territorial de salud a mas tardar el 31 de mayo de cada periodo institucional.

Este documento fue presentado por el gobernador de Bolívar Dr. Juan Carlos Gossain Roginini el 20 de marzo de 2014, posteriormente el Ministerio de Salud y Protección Social remitió las primeras observaciones al Plan Financiero Territorial de Salud mediante correo electrónico del 7 de marzo de 2014 dirigido a la Dra. Ana María Álvarez Castillo -Secretaria de Salud de Bolívar. Toda vez que se evidenció inconsistencia en la formulación del Plan Financiero Territorial de Salud. el Ministerio de Salud y Protección Social realizó asistencia técnica con desplazamiento el 27 de marzo y 3 de abril de 2014; entre los compromisos generados en la asistencia técnica, el departamento se comprometió a remitir el Plan ajustado el 11 de abril del año en curso. Sobre el particular, se precisa que se envió la segunda versión del Plan en la fecha señalada.

El 2 de mayo del 2014 el Ministerio de salud y protección social realiza la revisión de la segunda versión del documento red, generando observaciones que fueron remitidas por medio de correo electrónico a secretaria de Salud de Bolívar; una vez realizado estas

revisiones, el departamento remite nuevamente los ajustes al documento red el 20 de mayo de 2014.

El 25 de julio de 2014 el departamento presenta la tercera versión del documento red al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social emitiéndose el concepto técnico de devolución del Plan Financiero Territorial de Salud del Bolívar, otorgando a la entidad territorial un plazo de cinco días hábiles para realizar los ajustes señalados en el concepto técnico.

Bajo estas circunstancias el gobernador del departamento de Bolívar el 19 de septiembre del 2014 remite el Plan Financiero Territorial de Salud ajustado. Por ende este documento presenta el concepto técnico en el cual no se emite viabilidad al Plan Financiero Territorial de Salud del Bolívar 2012-2015. Sin embargo, se solicita al Departamento seguir las recomendaciones efectuadas en el concepto por parte de los Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es de vital importancia resaltar que el documento red es el principal factor de crecimiento de la oferta de los servicios de la salud y que la no aprobación del mismo guarda relación con el nulo crecimiento de la oferta de servicios de salud. Dentro de las inconsistencias que llevaron a la inviabilidad del Plan Financiero Territorial de Salud ajustado del departamento de Bolívar podemos mencionar:

- Para la vigencia 2014, el Departamento afilió al Régimen Subsidiado el 11.40% de la PPNA (Población Pobre No Asegurada) de la vigencia 2014, evidenciando que la afiliación fue del 7.46% menor a la definida en el PFTS. No obstante, teniendo en cuenta que el Departamento de Bolívar efectuó la presentación del

Plan el 19 de septiembre de 2014, la evaluación del mismo, se efectuó teniendo en cuenta los supuestos aplicados por el Departamento para determinar el Plan de afiliación de la PPNA (Población Pobre No Asegurada) y la metodología definida en la Resolución 4015 de 2015.

- El documento técnico no precisa el origen y destinación de los recursos incorporados en la vigencia 2013, los cuales ascienden a \$43.114 millones, es pertinente que el Departamento verifique si dichos recursos se ejecutaron en el pago de atenciones a la PPNA o procedimientos No POS de vigencias anteriores.
- En cuanto a la categorización de riesgo si bien se evaluó el Plan Financiero Territorial en el marco de lo definido por la resolución 2009 de 2014, se incluye en el programa la categorización de la resolución 1893 de 2015 y el Estado actual de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, nuevas entidades que deben cumplir con lo dispuesto en el Decreto 1141 de 2013 y los que deben adelantar procesos de liquidación para que se analicen por parte del departamento.
- Con relación a la infraestructura física, el departamento registra para la vigencia 2013 recursos por el orden de \$5.079 millones ejecutados para adelantar obras de infraestructura en las entidades: ESE Hospital la Divina Misericordia por \$4.600 millones, ESE Hospital Universitario del Caribe por \$479,4 millones. Sin embargo en el documento técnico no se registra su fuente de financiación si es inversión de Departamento o esfuerzo propio de las ESE.
- La entidad territorial no tuvo en cuenta los lineamientos definidos para la formulación del Plan Financiero Territorial de Salud, así como los criterios para la proyección financiera y presupuestal de las rentas departamentales destinadas

al Sistema General de Seguridad Social en Salud, respetando la fuente y uso de las mismas.

- No se hizo el debido seguimiento al cumplimiento de las metas de la población proyectada en los programas y/o estrategias en Salud Pública respecto a la población efectivamente beneficiaria.
-

Todos estos factores propiciaron la inviabilidad del documento red para el departamento de Bolívar lo cual implica que la oferta de servicios de salud de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué debe mantenerse constante y no puede aumentarse la inversión en ninguno de los rubros de la misma. Es decir que para todos estos años y hasta que no se apruebe el documento red para el departamento de Bolívar la oferta de servicios de salud de la ESE no va a tener ninguna modificación.

3.1. ESTRUCTURA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS PROYECTADOS

A continuación se presenta los estados financieros proyectados de la ESE para mirar y analizar la viabilidad financiera de la entidad en el periodo del 2016 al 2019.

ESTADOS DE RESULTADOS

En la tabla N° 21 se relacionan los datos estimados respecto de los ingresos, los costos y los gastos operacionales de la ESE para el periodo 2017-2019 obtenidos al proyectar

contablemente todos los rubros que conforman el estados de resultados tomando como base las cifras mostradas en el año 2015, 2016

**TABLA N°21
ESTADO DE RESULTADO PROYECTADO (DICIEMBRE 31)**

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio
INGRESOS OPERACIONALES	10.466.685.903	9.794.226.124	10.597.352.666	11.837.242.928	13.636.503.853	11.266.402.295
...42 VENTA DE BIENES	0	0	0	0	0	0
...43 VENTAS DE SERVICIOS	10.466.685.903	9.794.226.124	10.597.352.666	11.837.242.928	13.636.503.853	11.266.402.295
.....4312 Venta de servicios de salud	10.466.685.903	9.794.226.124	10.597.352.666	11.837.242.928	13.636.503.853	11.266.402.295
6 COSTO DE VENTAS Y OPERACION	665.083.370	2.230.705.437	2.413.623.283	2.696.017.207	3.105.811.822	2.222.248.224
...62 COSTO DE VENTAS DE BIENES	0	0	0	0	0	0
...63 COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	665.083.370	2.230.705.437	2.413.623.283	2.696.017.207	3.105.811.822	2.222.248.224
.....6310 Servicios de Salud	665.083.370	2.230.705.437	2.413.623.283	2.696.017.207	3.105.811.822	2.222.248.224
MARGEN BRUTO	9.801.602.533	7.563.520.687	8.183.729.383	9.141.225.721	10.530.692.031	9.044.154.071
(-) GASTOS DE OPERACION	9.747.477.846	7.873.318.394	8.518.930.502	9.515.645.371	10.962.023.467	9.323.479.116
...51 DE ADMINISTRACION	9.445.760.005	7.565.861.576	8.186.262.225	9.144.054.906	10.533.951.251	8.975.177.993
.....5101 Sueldos y salarios GA	3.907.934.823	3.400.859.216	3.679.729.672	4.110.258.043	4.735.017.266	3.966.759.804
.....5102 Contribuciones imputadas GA	0	0	0	0	0	0
.....5103 Contribuciones efectivas GA	179.553.000	233.580.728	252.734.348	282.304.266	325.214.515	254.677.371
.....5104 Aportes sobre la nómina GA	72.530.800	89.378.750	96.707.808	108.022.621	124.442.059	98.216.408
.....5111 Gastos generales (No incluye ex	5.284.043.382	3.818.046.457	4.131.126.266	4.614.468.040	5.315.867.182	4.632.710.265
.....5120 Impuestos, contribuciones y ta	1.698.000	23.996.425	25.964.132	29.001.935	33.410.229	22.814.144
...53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y	301.717.841	307.456.818	332.668.277	371.590.465	428.072.216	348.301.124
.....Provisiones	301.717.841	307.456.818	332.668.277	371.590.465	428.072.216	348.301.124
.....Depreciación	0	0	0	0	0	0
.....Amortizaciones	0	0	0	0	0	0
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	54.124.687	-309.797.707	-284.394.295	-251.120.163	-212.949.898	-200.827.475
...48 OTROS INGRESOS	242.729.335	1.500.314.430	1.623.340.213	1.813.271.018	2.088.888.213	1.453.708.642
.....4805 Financieros	831.627	1.874.663	2.028.385	2.265.706	2.610.094	1.922.095
.....4808 Otros Ingresos Ordinarios (dife	0	0	0	0	0	0
.....4810 Extraordinarios	0	1.413.535.623	0	0	0	0
.....4815 Ajuste de ejercicios anteriores	19.662.746	84.904.144	91.866.284	102.614.639	118.212.064	83.451.975
...58 OTROS GASTOS	11.708.404	16.356.634	17.697.878	19.768.530	22.773.346	17.660.958
.....5805 Financieros	11.708.404	11.069.513	11.977.213	13.378.547	15.412.086	12.709.153
.....5808 Otros gastos ordinarios (difere	0	0	0	0	0	0
.....5810 Extraordinarios	0	5.287.121	5.720.665	6.389.983	7.361.260	4.951.806
EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL EJERCICIO	285.145.618	1.174.160.089	1.270.441.216	1.419.082.839	1.634.783.430	1.156.722.638

Fuente: Elaboración Propia

En los años Proyectados la ESE ha tenido un promedio de Ingresos operacionales de \$11.26 mil millones; de los cuales se aprecia que todos son por venta de servicios de salud.

En el cuadro de proyección se toma como base el año 2015 ya que al momento de la proyección, la información del año 2016 no estaba disponible en el SIHO la plataforma de

reporte de las ESES ante el ministerio de salud, pero al momento de la realización de este capítulo ya tenemos a la mano dicha información.

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 proyectado.

En la siguiente tabla se relacionan los cambios ocurridos durante la proyección de los años 2016 - 2019 de la ESE-HOSPITAL RIOGRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N°22

ANALISIS HORIZONTAL ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADO 2016 - 2019

Concepto	2015	VARIACION	2016	VARIACION	2017	VARIACION	2018	VARIACION	2019
INGRESOS OPERACIONALES	10.466.685.903	-6%	9.794.226.124	8%	10.597.352.666	12%	11.837.242.928	15%	13.636.503.853
...42 VENTA DE BIENES	0		0		0		0		0
...43 VENTAS DE SERVICIOS	10.466.685.903	-6%	9.794.226.124	8%	10.597.352.666	12%	11.837.242.928	15%	13.636.503.853
.....4312 Venta de servicios de salud	10.466.685.903	-6%	9.794.226.124	8%	10.597.352.666	12%	11.837.242.928	15%	13.636.503.853
6 COSTO DE VENTAS Y OPERACION	665.083.370	235%	2.230.705.437	8%	2.413.623.283	12%	2.696.017.207	15%	3.105.811.822
...62 COSTO DE VENTAS DE BIENES	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
...63 COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	665.083.370	235%	2.230.705.437	8%	2.413.623.283	12%	2.696.017.207	15%	3.105.811.822
.....6310 Servicios de Salud	665.083.370		2.230.705.437		2.413.623.283		2.696.017.207		3.105.811.822
MARGEN BRUTO	9.801.602.533	-23%	7.563.520.687	8%	8.183.729.383	12%	9.141.225.721	15%	10.530.692.031
(-) GASTOS DE OPERACION	9.747.477.846	-19%	7.873.318.394	8%	8.518.930.502	12%	9.515.645.371	15%	10.962.023.467
...51 DE ADMINISTRACION	9.445.760.005	-20%	7.565.861.576	8%	8.186.262.225	12%	9.144.054.906	15%	10.533.951.251
.....5101 Sueldos y salarios GA	3.907.934.823	-13%	3.400.859.216	8%	3.679.729.672	12%	4.110.258.043	15%	4.735.017.266
.....5102 Contribuciones imputadas GA	0		0		0		0		0
.....5103 Contribuciones efectivas GA	179.553.000	30%	233.580.728	8%	252.734.348	12%	282.304.266	15%	325.214.515
.....5104 Aportes sobre la nómina GA	72.530.800	23%	89.378.750	8%	96.707.808	12%	108.022.621	15%	124.442.059
.....5111 Gastos generales (No incluye ex	5.284.043.382	-28%	3.818.046.457	8%	4.131.126.266	12%	4.614.468.040	15%	5.315.867.182
.....5120 Impuestos, contribuciones y tas	1.698.000	1313%	23.996.425	8%	25.964.132	12%	29.001.935	15%	33.410.229
...53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y	301.717.841	2%	307.456.818	8%	332.668.277	12%	371.590.465	15%	428.072.216
.....Provisiones	301.717.841	2%	307.456.818	8%	332.668.277	12%	371.590.465	15%	428.072.216
.....Depreciación	0		0		0		0		0
.....Amortizaciones	0		0		0		0		0
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	54.124.687	-672%	-309.797.707	-8%	-284.394.295	-12%	-251.120.163	-15%	-212.949.898
...48 OTROS INGRESOS	242.729.335	518%	1.500.314.430	8%	1.623.340.213	12%	1.813.271.018	15%	2.088.888.213
.....4805 Financieros	831.627	125%	1.874.663	8%	2.028.385	12%	2.265.706	15%	2.610.094
.....4808 Otros Ingresos Ordinarios (difer	0		0		0		0		0
.....4810 Extraordinarios	0		1.413.535.623		0		0		0
.....4815 Ajuste de ejercicios anteriores	19.662.746	332%	84.904.144	8%	91.866.284	12%	102.614.639	15%	118.212.064
...58 OTROS GASTOS	11.708.404	40%	16.356.634	8%	17.697.878	12%	19.768.530	15%	22.773.346
.....5805 Financieros	11.708.404	-5%	11.069.513	8%	11.977.213	12%	13.378.547	15%	15.412.086
.....5808 Otros gastos ordinarios (diferen	0		0		0		0		0
.....5810 Extraordinarios	0		5.287.121	8%	5.720.665	12%	6.389.983	15%	7.361.260
EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL EJERCICIO	285.145.618	312%	1.174.160.089	8%	1.270.441.216	12%	1.419.082.839	15%	1.634.783.430

Fuente: Elaboración propia

Al analizar los datos proyectados se puede ver que en el año 2019 la ESE tendría ingresos por venta de servicios de salud totales de \$ 13.636.503.853, unos costos de ventas del orden de \$ 3.105.811.822 y una ganancia bruta de \$ 10.530.692.031.

Respecto de los gastos operacionales estos tienen un comportamiento creciente llegando a representar en el último periodo \$10.962.023.467 equivalente al 80,38% aproximado de los ingresos operacionales.

En cuanto al excedente o déficit operacional se observa que la ESE en todos los años proyectados incurre en un déficit ya que los gastos son mayores que los ingresos. El excedente del ejercicio se logra ya que hay un rubro denominado otros ingresos que son los que permiten que la ESE no siga incurriendo en un déficit operativo.

La organización exhibe en la estructura del estado de resultado un rubro de otros ingresos que promedian durante el periodo \$ 1.650.000 equivalente a un 12%.

Análisis Vertical del Estado de Resultados

Esta Herramienta financiera permite analizar la participación o peso de cada rubro del Estado de Resultado respecto de los ingresos operacionales que es la cifra que se toma como referente para hacer el análisis. Su importancia radica en que permite conocer la estructura de costos y gastos de la empresa elemento fundamental para analizar la viabilidad financiera de la ESE.

La siguiente tabla muestra el análisis e indica porcentualmente la participación de cada rubro dentro del Estado de Resultado en el periodo 2017 - 2019 de la ESE-HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA DE MAGANGUE.

TABLA N° 23

ANALISIS VERTICAL ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADOS 2019 - 2015

Concepto	2015	PARTICIPACION	2016	PARTICIPACION	2017	PARTICIPACION	2018	PARTICIPACION	2019
INGRESOS OPERACIONALES	10.466.685.903	100%	9.794.226.124	100%	10.597.352.666	100%	11.837.242.928	100%	13.636.503.853
...42 VENTA DE BIENES	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
...43 VENTAS DE SERVICIOS	10.466.685.903	100%	9.794.226.124	100%	10.597.352.666	100%	11.837.242.928	100%	13.636.503.853
.....4312 Venta de servicios de salud	10.466.685.903	100%	9.794.226.124	100%	10.597.352.666	100%	11.837.242.928	100%	13.636.503.853
6 COSTO DE VENTAS Y OPERACION	665.083.370	6%	2.230.705.437	23%	2.413.623.283	23%	2.696.017.207	23%	3.105.811.822
...62 COSTO DE VENTAS DE BIENES	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
...63 COSTO DE VENTA DE SERVICIOS	665.083.370	6%	2.230.705.437	23%	2.413.623.283	23%	2.696.017.207	23%	3.105.811.822
.....6310 Servicios de Salud	665.083.370	6%	2.230.705.437	23%	2.413.623.283	23%	2.696.017.207	23%	3.105.811.822
MARGEN BRUTO	9.801.602.533	94%	7.563.520.687	77%	8.183.729.383	77%	9.141.225.721	77%	10.530.692.031
(-) GASTOS DE OPERACION	9.747.477.846	93%	7.873.318.394	80%	8.518.930.502	80%	9.515.645.371	80%	10.962.023.467
...51 DE ADMINISTRACION	9.445.760.005	97%	7.565.861.576	96%	8.186.262.225	77%	9.144.054.906	77%	10.533.951.251
.....5101 Sueldos y salarios GA	3.907.934.823	40%	3.400.859.216	43%	3.679.729.672	35%	4.110.258.043	35%	4.735.017.266
.....5102 Contribuciones imputadas G/	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
.....5103 Contribuciones efectivas GA	179.553.000	2%	233.580.728	3%	252.734.348	2%	282.304.266	2%	325.214.515
.....5104 Aportes sobre la nómina GA	72.530.800	1%	89.378.750	1%	96.707.808	1%	108.022.621	1%	124.442.059
.....5111 Gastos generales (No incluye	5.284.043.382	54%	3.818.046.457	48%	4.131.126.266	39%	4.614.468.040	39%	5.315.867.182
.....5120 Impuestos, contribuciones y	1.698.000	0%	23.996.425	0%	25.964.132	0%	29.001.935	0%	33.410.229
...53 PROVISIONES, DEPRECIACIONES	301.717.841	3%	307.456.818	3%	332.668.277	3%	371.590.465	3%	428.072.216
.....Provisiones	301.717.841	3%	307.456.818	3%	332.668.277	3%	371.590.465	3%	428.072.216
.....Depreciación	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
.....Amortizaciones	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	54.124.687	1%	-309.797.707	-3%	-284.394.295	-3%	-251.120.163	-2%	-212.949.898
...48 OTROS INGRESOS	242.729.335	2%	1.500.314.430	15%	1.623.340.213	15%	1.813.271.018	15%	2.088.888.213
.....4805 Financieros	831.627	0%	1.874.663	0%	2.028.385	0%	2.265.706	0%	2.610.094
.....4808 Otros Ingresos Ordinarios (d	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
.....480822 Margen en la contratación	0	0%	1.413.535.623	14%	0	0%	0	0%	0
.....4810 Extraordinarios	19.662.746	0%	84.904.144	1%	91.866.284	1%	102.614.639	1%	118.212.064
...58 OTROS GASTOS	11.708.404	0%	16.356.634	0%	17.697.878	0%	19.768.530	0%	22.773.346
.....5805 Financieros	11.708.404	0%	11.069.513	0%	11.977.213	0%	13.378.547	0%	15.412.086
.....5808 Otros gastos ordinarios (dife	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
.....580814 Margen en la contratación	0	0%	5.287.121	0%	5.720.665	0%	6.389.983	0%	7.361.260
EXCEDENTE Ó DEFICIT DEL EJERCICIO	285.145.618	3%	1.174.160.089	12%	1.270.441.216	12%	1.419.082.839	12%	1.634.783.430

Fuente: SIHO

De este análisis vertical se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Que el margen bruto operacional representa el 77% de los ingresos operacionales que es la cifra base que se emplea para analizar este estado financiero, lo que representa una situación aparentemente excelente, pues indica que el costo del servicio representa apenas un 23%.

Sin embargo los gastos de operación porcentualmente representan un 80% de los ingresos operacionales, lo cual evidencia una situación crítica para la organización, de no tomar medidas que conlleven a un control de los gastos, a un incremento de los ingresos o ambas cosas a la vez.

De este análisis vertical se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Los gastos de operación para estos periodos seguirán siendo menores a los ingresos. Se nota que la ESE seguirá con el comportamiento de reducción de gastos.

ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO PROYECTADO

Se prepara el estado de flujo de efectivo proyectado con el objetivo de brindar información acerca de la situación financiera de la ESE Hospital Rio Grande de la Magdalena y la capacidad de la misma para generar flujos netos de entrada de efectivo a partir de las operaciones, de los costos y los gastos.

TABLA N° 24

ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO PROYECTADO 2016-2019

ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO	2016	2017	2018	2019
(+) VENTAS DE SERVICIOS	\$ 8.978.040.614	\$ 9.714.239.944	\$ 10.879.948.737	\$ 12.566.340.792
(+) CUENTAS x COBRAR	\$ 3.532.120.523	\$ 6.889.439.317	\$ 7.878.525.566	\$ 9.020.920.183
(+) OTROS INGRESOS	\$ 1.500.314.430	\$ 1.623.340.213	\$ 1.818.141.039	\$ 2.099.952.900
TOTAL INGRESOS PROYECTADOS	\$ 14.010.475.567	\$ 18.227.019.474	\$ 20.576.615.342	\$ 23.687.213.875
(-) COSTOS DE VENTAS Y OPERACIÓN	\$ 2.230.705.437	\$ 2.413.623.283	\$ 2.703.258.077	\$ 3.122.263.079
(-) CUENTAS POR PAGAR	\$ 1.411.118.926	\$ 3.728.493.936	\$ 4.034.230.439	\$ 4.518.338.091
(-) ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	\$ 498.755.653	\$ 2.317.858.883	\$ 2.507.923.311	\$ 2.896.651.425
(-) ACREEDORES	\$ 765.302.453	\$ 1.215.146.102	\$ 1.360.963.634	\$ 1.524.279.270
(-) OTRAS CUENTAS POR PAGAR	\$ 147.060.820	\$ 195.488.951	\$ 211.519.045	\$ 236.901.330
(-) PASIVOS ESTIMADOS	\$ 181.984.598	\$ 159.657.866	\$ 172.749.811	\$ 193.479.788
(-) SALARIOS Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	\$ 275.445.459	\$ 536.272.304	\$ 580.246.633	\$ 649.876.229
(-) SUELDOS Y SALARIOS	\$ 3.400.859.216	\$ 3.679.729.672	\$ 4.121.297.232	\$ 4.760.098.303
(-) APORTES SOBRE LA NOMINA	\$ 89.378.750	\$ 96.707.808	\$ 108.312.744	\$ 125.101.220
(-) GASTOS GENERALES	\$ 3.818.046.457	\$ 4.131.126.266	\$ 4.626.861.418	\$ 5.344.024.938
(-) IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS	\$ 23.996.425	\$ 25.964.132	\$ 29.079.828	\$ 33.587.201
(-) GASTOS FINANCIEROS	\$ 11.069.513	\$ 11.977.213	\$ 13.414.479	\$ 15.493.723
(-) GASTOS EXTRAORDINARIOS	\$ 5.287.121	\$ 5.720.665	\$ 6.407.145	\$ 7.400.252
TOTAL GASTOS PROYECTADOS	\$ 12.859.010.828	\$ 18.517.767.080	\$ 20.476.263.796	\$ 23.427.494.850
TOTAL AUMENTO O DISMINUCION DEL EFECTIVO	\$ 1.151.464.739	-\$ 290.747.606	\$ 100.351.546	\$ 259.719.025
EFECTIVO AL PRINCIPIO DEL PERIODO	\$ 26.803.441	\$ 26.803.441	-\$ 263.944.165	-\$ 163.592.619
EFECTIVO AL FINAL DEL PERIODO	\$ 1.178.268.180	-\$ 263.944.165	-\$ 163.592.619	\$ 96.126.405

Fuente: Elaboración propia

De este análisis vertical se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

que la ESE maneja un flujo de efectivo positivo en el primer año pero que en los próximos 2 años tendrá problemas de efectivo esto se puede dar por una inadecuada estructura operativa provocando problemas de liquidez en la empresa, pero en el año 2019 se puede evidenciar una recuperación de esa estructura operativa solucionando los problemas de efectivo para la ESE.

PROYECCION BALANCE GENERAL 2016-2019

TABLA N° 25

ta

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio
TOTAL ACTIVOS	14.083.218.346	15.238.042.250	16.487.561.715	18.416.606.436	21.215.930.614	17.088.271.872
...Activo corriente	3.637.174.506	3.935.422.815	4.258.127.486	4.756.328.402	5.479.290.319	4.413.268.706
....Efectivo AC	38.808.956	41.991.290	45.434.576	50.750.422	58.464.486	47.089.946
....Inversiones e instrumentos derivados	0	0	0	0	0	0
....Deudores AC	3.532.120.523	3.821.754.406	4.135.138.267	4.618.949.444	5.321.029.760	4.285.798.480
....Inventarios AC	66.245.027	71.677.119	77.554.643	86.628.536	99.796.074	80.380.280
....Otros activos AC (Diferentes a la 1905)	0	0	0	0	0	0
...Activo no corriente	10.446.043.840	11.302.619.435	12.229.434.229	13.660.278.033	15.736.640.294	12.675.003.166
....Deudores	4.074.278.497	4.408.369.334	4.769.855.619	5.327.928.727	6.137.773.893	4.943.641.214
....Propiedades planta y equipos	4.878.636.241	5.278.684.413	5.711.536.535	6.379.786.309	7.349.513.828	5.919.631.465
....Otros activos (Diferentes a la 1905 y la	1.493.129.102	1.615.565.688	1.748.042.075	1.952.562.998	2.249.352.573	1.811.730.487
TOTAL PASIVOS	4.889.549.842	5.290.492.929	5.724.313.349	6.394.058.011	7.365.954.829	5.932.873.792
...Pasivo corriente	1.941.409.707	2.100.605.303	2.272.854.938	2.538.778.966	2.924.673.368	2.355.664.456
....Cuentas por pagar PC	1.411.118.926	1.526.830.678	1.652.030.794	1.845.318.396	2.125.806.793	1.712.221.117
....Obligaciones laborales y de seguridad s	275.445.459	298.031.987	322.470.610	360.199.671	414.950.021	334.219.549
.....Salarios y prestaciones sociales (Dife	275.445.459	298.031.987	322.470.610	360.199.671	414.950.021	334.219.549
....Pasivos estimados PC	181.984.598	196907335	213053736,5	237981023,7	274154139,3	220.816.167
....Otros pasivos PC (Difrentes a las 2905)	0	0	0	0	0	0
...Pasivo no corriente	2.948.140.135	3.189.887.626	3.451.458.411	3.855.279.046	4.441.281.460	3.577.209.336
TOTAL PATRIMONIO	9.193.668.504	9.947.549.321	10.763.248.366	12.022.548.424	13.849.975.785	11.155.398.080
...Patrimonio institucional	9.193.668.504	9.947.549.321	10.763.248.366	12.022.548.424	13.849.975.785	11.155.398.080
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	14.083.218.346	15.238.042.250	16.487.561.715	18.416.606.436	21.215.930.614	17.088.271.872

Fuente: Elaboración Propia.

Análisis Horizontal del Balance General

En la siguiente tabla se relacionan los cambios proyectados entre los años 2016 - 2019 de la ESE-HOSPITAL RIOGRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N°26

ANALISIS HORIZONTAL BALANCE GENERAL PROYECTADO(Variación)

Concepto	2015	2016	Var%	2017	Var%	2018	Var%	2019	Var%
TOTAL ACTIVOS	14.083.218.346	15.006.130.539	7%	16.236.633.243	8%	18.136.319.333	12%	20.893.039.871	15%
...Activo corriente	3.637.174.506	6.987.060.979	92%	7.559.999.979	8%	8.444.519.977	12%	9.728.087.013	15%
....Efectivo AC	38.808.956	26.803.441	-31%	29.001.323	8%	32.394.478	12%	37.318.439	15%
....Inversiones e instrumensntos deri	0	0	-	0	-	0	-	0	-
....Deudores AC	3.532.120.523	6.889.439.317	95%	7.454.373.341	8%	8.326.535.022	12%	9.592.168.345	15%
....Inventarios AC	66.245.027	70.818.221	7%	76625315,12	8%	85.590.477	-	98.600.229	15%
....Otros activos AC (Diferentes a la	0	0	-	0	-	0	-	0	-
...Activo no corriente	10.446.043.840	8.019.069.560	-23%	8.676.633.264	8%	9.691.799.356	12%	11.164.952.858	15%
....Deudores	4074278497	0	-	0	-	0	-	0	-
....Propiedades planta y equipos	4.878.636.241	6.525.940.458	34%	7.061.067.576	8%	7.887.212.482	12%	9.086.068.779	15%
....Otros activos (Diferentes a la 190	1.493.129.102	1.493.129.102	0%	1.615.565.688	8%	1.804.586.874	12%	2.078.884.079	15%
TOTAL PASIVOS	4.889.549.842	4.842.373.643	-1%	5.239.448.282	8%	5.852.463.731	12%	6.742.038.218	15%
...Pasivo corriente	1.941.409.707	4.842.373.643	149%	5.239.448.282	8%	5.852.463.731	12%	6.742.038.218	15%
....Cuentas por pagar PC	1.411.118.926	3.728.493.936	164%	4.034.230.439	8%	4.506.235.400	12%	5.191.183.181	15%
....Obligaciones laborales y de segu	275.445.459	643.867.519	134%	696.664.656	8%	778.174.420	12%	896.456.932	15%
.....Salarios y prestaciones sociale	275.445.459	536.272.304	95%	580.246.633	8%	648.135.489	12%	746.652.083	15%
....Pasivos estimados PC	181.984.598	159657866	-12%	172.749.811	-	192.961.539	12%	222.291.693	15%
....Otros pasivos PC (Difrentes a la	0	0	-	0	-	0	-	0	-
...Pasivo no corriente	2948140135	0	-	0	-	0	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!
TOTAL PATRIMONIO	9.193.668.504	10.163.756.896	11%	10.997.184.961	8%	12.283.855.602	12%	14.151.001.653	15%
...Patrimonio institucional	9.193.668.504	10.163.756.896	11%	10.997.184.961	8%	12.283.855.602	12%	14.151.001.653	15%
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	14.083.218.346	15.006.130.539	7%	16.236.633.243	8%	18.136.319.333	12%	20.893.039.871	15%

Fuente: Elaboración de los autores.

Del presente cuadro se pueden extraer las siguientes observaciones:

Como se puede observar la variación porcentual para los periodos proyectados, está dado por el valor de la UPC, que es del 8,2% en el 2017, y para los demás periodos se le aplica el ajuste inflacionario del 3,5% por esta razón el análisis horizontal pierde importancia en este caso, ya que la variación será de 8,2%, 11,7% y 15,2%.

Los activos corrientes para el último año proyectado 2019 oscilarán entre los \$9.7 mil millones, mostrando un incremento total de 1.3 mil millones en comparación al año base 2015, que es de 3.6 mil millones.

Análisis Vertical del Balance General Proyectado

En este análisis se puede ver la participación porcentual que tiene cada cuenta del Balance General dentro del activo total, este análisis es muy importante, ya que nos permite establecer si, en este caso el hospital tiene una distribución equitativa de sus activos, pasivos y patrimonio.

En la siguiente tabla se muestra la participación de las cuentas más relevantes del Balance General proyectado de los años 2016 - 2019 de la ESE-HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA.

TABLA N° 27
ANALISI VERTICAL BALANCE GENERAL PROYECTADO (2016 – 2019)

Concepto	2015	Part%	2016	Part%	2017	Part%	2018	Part%	2019	Part%
TOTAL ACTIVOS	14.083.218.346		15.006.130.539		16.236.633.243		18.136.319.333		20.893.039.871	
...Activo corriente	3.637.174.506	26%	6.987.060.979	47%	7.559.999.979	47%	8.444.519.977	47%	9.728.087.013	47%
....Efectivo AC	38.808.956	0%	26.803.441	0%	29.001.323	0%	32.394.478	0%	37.318.439	0%
....Inversiones e instrumensntos deriv	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
....Deudores AC	3.532.120.523	25%	6.889.439.317	46%	7.454.373.341	46%	8.326.535.022	46%	9.592.168.345	46%
....Inventarios AC	66.245.027	0%	70.818.221	0%	76625315,12	0%	85.590.477	0%	98.600.229	0%
....Otros activos AC (Diferentes a la	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
...Activo no corriente	10.446.043.840	74%	8.019.069.560	53%	8.676.633.264	53%	9.691.799.356	53%	11.164.952.858	53%
....Deudores	4074278497	29%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
....Propiedades planta y equipos	4.878.636.241	35%	6.525.940.458	43%	7.061.067.576	43%	7.887.212.482	43%	9.086.068.779	43%
....Otros activos (Diferentes a la 190	1.493.129.102	11%	1.493.129.102	10%	1.615.565.688	10%	1.804.586.874	10%	2.078.884.079	10%
TOTAL PASIVOS	4.889.549.842		4.842.373.643		5.239.448.282		5.852.463.731		6.742.038.218	
...Pasivo corriente	1.941.409.707	40%	4.842.373.643	100%	5.239.448.282	100%	5.852.463.731	100%	6.742.038.218	100%
....Cuentas por pagar PC	1.411.118.926	29%	3.728.493.936	77%	4.034.230.439	77%	4.506.235.400	77%	5.191.183.181	77%
....Obligaciones laborales y de segur	275.445.459	6%	643.867.519	13%	696.664.656	13%	778.174.420	13%	896.456.932	13%
.....Salarios y prestaciones sociales	275.445.459	6%	536.272.304	11%	580.246.633	11%	648.135.489	11%	746.652.083	11%
....Pasivos estimados PC	181.984.598	4%	159657866	3%	172.749.811	3%	192.961.539	3%	222.291.693	3%
....Otros pasivos PC (Difrentes a las	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
...Pasivo no corriente	2948140135	60%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL PATRIMONIO	9.193.668.504		10.163.756.896		10.997.184.961		12.283.855.602		14.151.001.653	
...Patrimonio institucional	9.193.668.504	100%	10.163.756.896	100%	10.997.184.961	100%	12.283.855.602	100%	14.151.001.653	100%
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	14.083.218.346		15.006.130.539		16.236.633.243		18.136.319.333		20.893.039.871	

Fuente: Elaboración de los autores.

En lo relativo a los activos corrientes cuyo valor al cierre de 2019 asciende a \$ 9.7 mil millones, es el 47% de los activos totales, la cuenta de deudores son el 54% del total de activos, los inventarios son 90 millones, que no llegan a ser significados con un 0% del total de activos y el 46% restante corresponden a otros activos.

Una de las cuentas más importante es la de deudores, ya que en esta se refleja las ventas que se hacen a crédito. En este cuadro podemos apreciar que en los años proyectados 2016 - 2019 la cuenta de deudores en promedio es el 46% del total de activos.

Respecto a los pasivos, es importante observar el porcentaje de participación que poseen los pasivos corrientes dentro del pasivo total, ya que corresponden al 100% en los años proyectados y dentro de los pasivos corrientes las cuentas son en promedio el 77 del total de los activos en los años proyectados.

3.2. EVALUACION DE LOS INDICADORES FINANCIEROS PROYECTADOS DE LA ESE

A continuación se realiza el análisis de los indicadores financieros proyectados de la ESE HOSPITAL RIO GRANDE DE LA MAGDALENA, los cuales permitirán una radiografía de su estructura operativa en el futuro, en relación con los resultados de cada uno de los componentes en que la administración financiera desarrolla para la situación económica de la empresa:

Análisis de Liquidez de los Estados Financieros de la ESE

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

Razón Corriente = activo corriente/ pasivo corriente

TABLA N° 28
ANALISIS DE LIQUIDEZ DE LOS ESTADOS FINANCIEROS PROYECTADOS

AÑO	2015	2016	2017	2018	2019
ACTIVOS CORRIENTE	3.637.174.506	6.987.060.979	7.559.999.979	8.444.519.977	9.728.087.013
PASIVOS CORRIENTE	1.941.409.707	4.842.373.643	5.239.448.282	5.852.463.731	6.742.038.218
RAZON CORRIENTE	1,873470856	1,44290001	1,44290001	1,44290001	1,44290001

Fuente: Elaboración Propia

El cuadro anterior muestra que la ESE durante el periodo proyectado, cumple con sus compromisos en el corto plazo, porque se puede apreciar, la razón corriente es mayor que 1, indicando que los activos corrientes son mayores a los pasivos corrientes. Mostrando liquidez para cubrir las cuentas por pagar.

Prueba Acida = activo corriente – inventario/ pasivo corriente

TABLA N° 29
PRUEBA ACIDA PROYECTADA

AÑO	2015	2016	2017	2018	2019
ACTIVOS CORRIENTE	3.637.174.506	6.987.060.979	7.559.999.979	8.444.519.977	9.728.087.013
INVENTARIO	66.245.027	70.818.221	76.625.315	85.590.477	98.600.229
PASIVOS CORRIENTE	1.941.409.707	4.842.373.643	5.239.448.282	5.852.463.731	6.742.038.218
PRUEBA ACIDA	1,83934873	1,428275319	1,428275319	1,428275319	1,428275319

Fuente: Elaboración Propia

El resultado de los períodos analizados, refleja que en promedio por cada peso que debe la ESE, dispone de 1.50 Pesos en promedio, después de deducir sus inventarios, para pagar la totalidad de sus pasivos a corto plazo.

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° 30
CAPITAL DE TRABAJO PROYECTADO**

AÑO	2015	2016	2017	2018	2019
ACTIVOS CORRIENTE	3.637.174.506	6.987.060.979	7.559.999.979	8.444.519.977	9.728.087.013
PASIVOS CORRIENTE	1.941.409.707	4.842.373.643	5.239.448.282	5.852.463.731	6.742.038.218
CAPITAL DE TRABAJO	1.695.764.799	2.144.687.336	2.320.551.698	2.592.056.246	2.986.048.796

Fuente: Elaboración Propia

Lo anterior nos indica que la ESE tiene una relación positiva entre lo que tiene y lo que debe a corto plazo, pero como se puede observar en el año 2019, el capital de trabajo, es equivalente al 45% de los pasivos corrientes. 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° 31
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO (KTNO) PROYECTADO**

AÑO	2015	2016	2017	2018	2019
CxC NETO	7.606.399.020	8.230.123.740	8.904.993.886	9.635.203.385	10.425.290.063
INVENTARIO	66.245.027	71.677.119	77.554.643	83.914.124	90.795.082
CUENTAS POR PAGAR	3.080.304.366	3.208.218.114	4.276.604.466	3.659.566.274	4.456.086.558
KTNO	4.592.339.681	5.093.582.745	4.705.944.063	6.059.551.235	6.059.998.586

Fuente: Elaboración Propia

Como se puede apreciar en los años futuros el KTNO tendrá una relación positiva, este resultado demuestra un excelente manejo que propicia un buen flujo de cartera, un manejo eficaz del inventario, de las cuentas por pagar y de la cartera, trayendo como consecuencia un buen flujo de cartera, que permite tener recursos disponibles para el cumplimiento de obligaciones a corto plazo, ya que genera efectivo suficiente.

**TABLA N° 32
CUADRO DE ROTACION (CARTERA, INVENTARIO, CxP, ACTIVOS)**

ROTACION	2015	2016	2017	2018	2019	FORMULAS
PROMEDIO DE CUENTAS POR COBRAR		7.247.919.169	7.171.906.329	7.890.454.181	8.959.351.684	(Cuentas por Cobrar Año B -Año A)/2
PROMEDIO DE INVENTARIOS		68.531.624	73.721.768	81.107.896	92.095.353	(Inventarios Año B -Año A)/2
PROMEDIO DE CUENTAS POR PAGAR		3.144.261.240	3.742.411.290	3.968.085.370	4.057.826.416	(Cuentas por Pagar Año B -Año A)/2
PROMEDIO DE ACTIVOS TOTALES		14.544.674.443	15.621.381.891	17.186.476.288	19.514.679.602	(Activos Año B -Año A)/2
ROTACION CARTERA		1,35	1,48	1,50	1,52	Ventas a Crédito/ Promedio de Cuentas por Cobrar
DIAS DE ROTACION CARTERA		266	244	240	237	360/ Rotación Cartera
ROTACION INVENTARIO		32,55	32,74	33,24	33,72	Costo de Material Utilizado/ inventario Promedio
DIAS ROTACION DE INVENTARIO		11	11	11	11	360/ Rotación Inventario
ROTACION DE CUENTAS POR PAGAR		0,71	0,65	0,68	0,77	Compras a Crédito /Promedio CXP Proveedores
COMPRAS A CREDITO		2.235.278.631	2.419.430.377	2.704.982.369	3.118.821.575	Costo de Venta + inventario Final - Inventario Inicial
DIAS DE ROTACION DE CUENTAS POR PAGAR		506	557	528	468	360/ Rotación Cuentas por Pagar
ROTACION DE ACTIVOS		0,67	0,68	0,69	0,70	Ventas / Promedio de Activos
DIAS ROTACION DE ACTIVOS		535	531	523	515	360/ Rotación Activos

Fuente: Elaboración propia

Análisis de Rotación

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

Rotación Cartera = ventas a crédito/ promedio de cuentas por cobrar

**TABLA N° 33
(PROMEDIO DE CUENTAS X COBRAR, CARTERA, DIAS DE ROTACION)**

ROTACION	2016	2017	2018	2019	FORMULAS
PROMEDIO DE CUENTAS POR COBRAR	7.247.919.169	7.171.906.329	7.890.454.181	8.959.351.684	(Cuentas por Cobrar Año B -Año A)/2
ROTACION CARTERA	1,35	1,48	1,50	1,52	Ventas a Crédito/ Promedio de Cuentas por Cobrar
DIAS DE ROTACION CARTERA	266	244	240	237	360/ Rotación Cartera

Fuente: Elaboración propia

Días de Rotación de Cartera

Como se indicó anteriormente, es 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.

Los días de rotación de cartera son en promedio 245 días, lo cual indica que a la ESE las EPS le están pagando en promedio cada 8 meses, en comparación a los años anteriores la rotación tiende a mejorar, reduciendo el tiempo de 10 a 8 meses, indicando que al mediano plazo puede cubrir con sus pasivos.

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 N° 34
(PROMEDIO DE INVENTARIOS, ROTACION, DIAS DE ROTACION)

ROTACION	2016	2017	2018	2019	FORMULAS
PROMEDIO DE INVENTARIOS	68.531.624	73.721.768	81.107.896	92.095.353	$(\text{Inventarios Año B} - \text{Año A})/2$
ROTACION INVENTARIO	32,55	32,74	33,24	33,72	$\text{Costo de Material Utilizado}/\text{Inventario Promedio}$
DIAS ROTACION DE INVENTARIO	11	11	11	11	$360/\text{Rotación Inventario}$

Fuente: Elaboración propia

En este cuadro se puede ver una mejora significativa en la rotación de inventarios de la ESE, pasando de 3 a 4 meses de rotación en los primeros años de análisis 2010 a 2013, estabilizándose a un mes en los años proyectados.

**TABLA N°35
CICLO DE CAJA PROYECTADO**

AÑO	PERIODO PROMEDIO DE COBRO	PERIODO PROMEDIO DE INVENTARIO	PERIODO PROMEDIO DE PAGOS	CICLO DE CAJA (Días)
2016	266	11	506	-229
2017	244	11	557	-302
2018	240	11	528	-277
2019	237	11	468	-221

Fuente: Elaboración propia

El resultado del ciclo de caja proyectado, nos muestra que la ESE seguirá teniendo problemas con la rotación de sus recursos, pero mostrando una mejoría en comparación a los años analizados anteriormente. En este caso la ESE tendría que ver como supe la escases de recursos en el corto plazo y poder cumplir con los objetivos trazados en el plan de gestión.

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 N° 36

CUADRO DE RENTABILIDAD

RENTABILIDAD	2015	2016	2017	2018	2019	PROMEDIO	FORMULAS
MARGEN BRUTO	355%	77%	77%	77%	77%	133%	Utilidad Bruta/ Ventas Netas
MARGEN OPERATIVO	1%	-3%	-3%	-2%	-2%	-2%	Utilidad Operativa / Ventas Netas
MARGEN NETO	3%	12%	12%	12%	12%	10%	Utilidad Neta/ Ventas Netas
RENTABILIDAD OPERATIVA DEL ACTIVO		0%	0%	-2%	-1%	-1%	Utilidad Operativa/Promedio de Activos
RENTABILIDAD NETA DEL ACTIVO		8%	8%	8%	8%	8%	Utilidad Neta/ Promedio de Activos
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO OPERACIONAL UAI		1%	0%	-3%	-2%	-1%	UAI (Utilidad Operacional)/ Promedio del Patrimonio
PROMEDIO DEL PATRIMONIO		9.570.608.913	10.355.398.844	11.204.541.549	12.123.313.956	10.813.465.815,12	(Patrimonio B - A)/2
RENTABILIDAD NETA DEL PATRIMONIO		12%	12%	13%	13%	13%	Utilidad Neta/ Promedio del Patrimonio
PARTICIPACION PATRIMONIAL	65%	66%	66%	64%	60%	64%	Patrimonio/Activo Total
CONTRIBUCION FINANCIERA	0%	4%	4%	4%	5%	4%	Rentabilidad del Patrimonio – Rentabilidad del Activo

Fuente: Elaboración propia

RENTABILIDAD OPERATIVA DEL ACTIVO: La rentabilidad de operativa en el futuro seguirá teniendo un margen muy bajo de 1% evidenciando que la ESE seguirá con problemas estructurales por las malas decisiones que se toman administrativamente, ya que una de las estrategias que se plantean para mejorar esto es la de ofrecer nuevos servicios, pero esto no es posible, esto se debe a que en el departamento no se lleva a cabo el programa del documento red.

RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO: la rentabilidad neta del patrimonio para los periodos analizados es en promedio del 13%, como se puede observar, seguirá siendo muy bajo, indicando la baja rentabilidad de la ESE con respecto a su patrimonio, esto muestra que su patrimonio no es un activo significativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Analizando la situación financiera de la ESE Rio Grande de La Magdalena y teniendo en cuenta su comportamiento histórico desde el 2010, podemos concluir, que existen algunas situaciones críticas como:

- Falta de control en la información financiera y contable.
- Debilidad en la prestación de los servicios de salud.
- A pesar de que el comportamiento financiero de la ESE no es el idóneo, no hay suficientes razones financieras que hagan pensar que el hospital se encuentra en quiebra, ya que en los años de análisis los ingresos siempre superan los egresos y el patrimonio tiene un comportamiento positivo.
- Desaprovecha los recursos del gobierno al no aplicar el documento red, en el cual está incluido el Plan bienal de Inversión, que permite el mejoramiento estructural de los servicios prestados por la ESE. Aplicando esto se podrían incluir nuevos servicios y ampliar su portafolio y la cobertura.
- Problemas en la Facturación, depuración de la cartera

Teniendo en cuenta la normatividad debe realizarse una evaluación técnica de los estados financieros para lograr una mayor gestión en las ventas y así mismo disminuir los gastos de operación.

Construir un Plan Estratégico en el que se incluyan las siguientes estrategias:

1. MEJORAMIENTO DE INGRESOS Y RECAUDOS

- Depuración de los saldos de cartera

Recomendación: Se debe hacer una rotación del 100% de la cartera, conciliando las glosas, depurando el total del saldo y pagos. Con esta recomendación se espera tener resuelta de una vez por todas saber cuál es la liquidez y la realidad de las cuentas por cobrar de la ESE para resolver en el corto plazo las obligaciones pendientes.

- Exigir el pago de los valores no glosados

Recomendación: Se debe exigir los valores de lo glosado dentro del término de ley, aplicando en forma eficiente las resoluciones 6066 y 0332 e insistiendo en el recaudo antes del cierre de la vigencia, con esto resolviendo problemas de liquidez y de cuentas por cobrar.

- Solicitar el giro directo a los entes territoriales, a fin de optimizar el flujo de los recursos del régimen subsidiado

Recomendación: Se trata de saber en qué porcentaje las ERP anticipa cada giro directo, para así poder tener la capacidad de maniobrar y resolver de primera instancia los gastos misionales y de apoyo que fueron necesarios atender en forma inmediata con estos recursos, este punto le corresponde a la gerencia y el área financiera de las ESE, para poder proyectar

el giro directo a cierre de la vigencia y así, establecer un plan de utilización de los mismos para que de tal manera lo que quede por fuera, se negocie desde ya con otras estrategias.

2. MEJORAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN Y VENTAS DE SERVICIOS

- Ofrecer servicios integrales a las EPS

Recomendaciones: Debemos tener un portafolio de la capacidad científica de la habilitación todos los servicios de primer nivel de atención funcionando. Con esto el área científico técnica de la ESE espera resolver que el promedio de producción de los últimos 5 años de cada uno de los servicios que presta la ESE se alcance a equiparar a las vigencias futuras sin importar que la contratación sea capitada.

- Definir tarifas competitivas acordes a los costos de prestación de servicios

Recomendación: Se pretende que la ESE tenga sistematizado su módulo de centro de costos por unidades estratégicas de negocios, también se debe iniciar la capacitación del montaje y hacer un estudio de costos de los servicios de salud y organizar la sistematización del recurso humano e inventarios.

- Ampliar los servicios ambulatorios en zonas estratégicas y mejorar las condiciones locativas de atención al usuario.

Recomendación: teniendo en cuenta el plan bienal de inversión se pretende la ampliación y remodelación de las unidades de la ESE prestadoras existentes, lo que a mediano plazo garantizaría una mayor cobertura y mejor acceso a la población dispersa y marginal. Estos proyectos deben estar inscritos en la plataforma SIHO de ministerio de salud y así poder adquirir recursos frescos para alcanzar los objetivos propuestos.

3. DISMINUCIÓN Y RACIONALIZACIÓN DE GASTOS

- Establecer sistemas de costos de los servicios prestados.

Recomendación: Gestionar en el Plan de mercadeo de la ESE que sirve para la contratación de sus servicios de salud; hacer una evaluación beneficio/costo de lo que se viene contratando y determinar cuál de los servicios se maneja a pérdidas y cuales el margen de contribución de los mismos, con esto se espera resolver que las ventas de servicios por recaudo no sean inferior a precios corrientes a las otras vigencias o en su defectos contrarrestar el aumento de los gastos y compromisos a dichas proyecciones de ingresos recaudados, o renegociar los contratos.

- Realizar un estudio de empleos temporales, para tener suficiente personal medico

Recomendación: Mediante el cumplimiento de los estudios de empleo temporal y ajustes a la nómina de planta de conformidad con la nueva estructura organizacional de la ESE, resolviendo el re direccionamiento y la actualización integral de la planta de nomina, de empleos temporales y OPS, equilibrando el contexto de la realidad sobre la forma, donde la productividad mejore la contención del gasto

- Asegurar la viabilidad financiera de la ESE

Recomendación: Tener un monitorio constante para determinar el umbral presupuestal y ajustar con lo ejecutado, la contención del gasto o aumento de ventas que debe asegurarse para garantizar la autosostenibilidad económica y financiera.

4. MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE INFORMACIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS

- Reporte oportuno de información a las entidades externas

Recomendación: Estructurar un plan de Tic's y poniendo a funcionar los procesos informáticos integrales de la ESE, los módulos sistemáticos

- Implementar el PAMEC (Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad)

Recomendación: Colocar a tono el PAMEC con el sistema PAIS y MIAS, también con los nuevos procesos del sistema de salud colombiano, que permitan equilibrar el sistema integrado de evaluación y la auditoria de la ESE, todo esto para mejorar los procesos de calidad en forma articulada, donde el PAMEC, monitorea todos los procesos de auditoria de la ESE

5. SANEAMIENTO DE PASIVOS

- Organizar el comité de sostenibilidad Financiera del Hospital

Recomendación: Tramitando a través de dicho comité el seguimiento a la gestión cartera, las provisiones, amortizaciones y depreciaciones que mejoren la realidad financiera de la ESE.

- Verificar los imprevistos que puedan significar riesgo financiero para la ESE y registrarlas debidamente en los estados financieros.

Recomendación: Se puede efectuar una depuración de las cuentas de pasivos, amortizando los impactos financieros de las demandas judiciales, atendiendo los imprevistos que pudieran ocasionar costos para la ESE, mejorando el manejo económico, financiero y presupuestal.

0.7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Viloria, J. (2005). Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena. Banco de la república, centro de estudios económicos regionales N° 65.

Gómez, L. (2012). La crisis hospitalaria: análisis de la producción y el pago por servicios individuales de salud en un hospital de primer nivel de atención de la red pública de Bogotá. Revista salud bosque, volumen 2, número 2, paginas 61-68.

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud publica de Mexico, vol 53 suplemento 2 de 2011.

Galindo, A. & Calderón, L. (2012). Sistema financiero del sector salud en Colombia. (Tesis de pregrado, especialización en derecho público financiero) Universidad libre de Colombia, Bogotá.

García-Roco, O., Castañeda, N., Pérez, Z. & Labrada, H. (2003). La salud publica en América Latina y el Caribe.

Bonet, J. & Guzmán, K. (2015). Un analisis regional de la salud en Colombia. Banco de la república, documentos sobre economía regional, centro de estudios económicos regionales (ceer) numero 222.

Fortich, F. (2012). Gestión empresarial en salud, Cartagena, editorial Printed, 2ª. Edición.

Alfonso, L.(2008). Planeación Financiera Estratégica. . McGraw-Hill Interamericana S.A de CV.(Primera Edición)

Rivera, A (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. Gestión y Desarrollo, 10(1), pp. 103-116.

Congreso de la Republica de Colombia (23 de diciembre de 1993). Ley General de Salud (ley 100 de 1993) diario oficial: 41.148, tomado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Congreso de Colombia (21 de Diciembre de 2001). ley general de Salud Educación entre otras. (Ley 715 de 2001). Diario Oficial: 44.654 tomado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>

El Congreso de Colombia. (19 de Enero de 2011). Ley General de Seguridad Social y Salud. (Ley 1438 de 2011). Diario Oficial: 47.957, tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

El Congreso de Colombia. (16 de Febrero de 2015). Ley General de Salud. (Ley estatutaria 1751 de 2015). Diario oficial: 49.427, tomado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>.

El Congreso de Colombia. (09 de Enero de 2007). Ley General de Seguridad Social en Salud. (Ley 1122 del 2007). Diario Oficial: 46.506, tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>.

El Presidente de la Republica de Colombia. (03 de Agosto de 1999). Decreto General de Salud. (Decreto 1826 de 1994), Tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4576>.

El Presidente de la Republica de Colombia. (04 de Noviembre de 1999). Decreto General de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial. (Decreto 2145 de 1999). Diario Oficial: 43.773, tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1209>

El Presidente de la Republica de Colombia. (01 de Septiembre del 2000). Decreto General de Función Pública. (Decreto 1677 del 2000). Diario oficial: 44153, tomado de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1677_2000.htm.

El Presidente de la Republica de Colombia. (26 de Julio del 2001). Decreto General de control interno de las entidades y organismos del Estado. (Decreto 1537 del 2001). Tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5324>.

El Presidente de la Republica de Colombia. (20 de Mayo del 2005). Decreto general de Control Interno. (Decreto 1599 del 2005). Diario Oficial: 45.920, tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16547>.

El Presidente de la Republica de Colombia. (03 de Agosto del 2005). Decreto general de Control Interno. (Decreto 2621 del 2006). Diario Oficial: 46.349, tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20877>.

Temáticas que pueden ser útiles para la discusión de los resultados

Baños R, Ramos (2012) incidencia de los ingresos corrientes y del capital del Distrito T Y C. Cartagena de indias en las variables fundamentales de su desarrollo social (2000-2008). Panorama Económico, vol 20.

Zamora, A, García F (2015). eficiencia de las finanzas publicas de los estados costeros del pacifico mexicano. Panorama Económico, vol 23.

Del Rio, A, Tamayo, y, Salazar, H (2014). Análisis de los factores que inciden en la competitividad de las pequeñas empresas colombianas. Panorama Económico, vol 22.

Buelvas, C, Mejía, G. (2014). El papel de la contabilidad sectorial sistema de información contable y su incidencia en la rentabilidad de las empresas. Panorama Económico, vol 22

0.8 ANEXOS

0.8.1. Participantes del proyecto.

ESTUDIANTE	CÓDIGO	CORREO
Cabarcas Fortich Clayder Mauricio	0430720003	clayderfortich@gmail.com
López Ortega Marcos Antonio	0430820012	maloor16@hotmail.com

0.8.2. Recursos disponibles

Durante la ejecución de nuestro estudio se estiman los siguientes gastos:

GASTOS	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Resma de papel	03	\$15.000	\$45.000
Escaneo de imágenes y documentos	100	\$400	\$40.000
Fotocopias	100	\$100	\$10.000
Impresión de documentos	300	\$300	\$90.000
Anillado	2	\$7.000	\$14.000
Empastados	2	\$15.000	\$30.000
Transportes	4	\$150.000	\$600.000
Materiales		\$120.000	\$120.000
Otros gastos		\$250.000	\$250.000
Textos	2	\$120.000	\$240.000
TOTAL			\$1'439.000

0.8.3. Cronograma

ACTIVIDAD	NOVIEMBRE (2014)				AGOSTO-SEPTIEMBRE (2016)				OCTUBRE (2016)				NOV-DIC (2016)				ENERO (2017)				FEB (2017)				DIC (2017)							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
SEMANAS																																
ENTREGA DE PROPUESTA	■	■	■	■																												
ELABORACION DE ANTEPROYECTO					■	■	■	■																								
ENTREGA DE ANTEPROYECTO									■	■	■	■																				
ELABORACION DE PROYECTO													■	■	■	■																
ENTREGA DE PROYECTO																	■	■	■	■												
ENTREGA DE CONCEPTO																					■	■	■	■								
ENTREGA DE PAZ Y SALVO ACADEMICO																					■	■	■	■								
SUSTENTACION																					■	■	■	■								
CEREMONIA DE GRADO																									■	■	■	■				