

Equilibrio fiscal y financiero del hospital la Victoria ESE 2014 – 2017

**EQUILIBRIO FISCAL Y FINANCIERO DEL HOSPITAL LA VICTORIA ESE
2014 – 2017**

RAIMUNDO EULISES MORALES PINEDA

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE ECONOMÍA
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
BOGOTÁ D.C.
2014**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	5
1. Marco Teórico.	7
1.1. Situación Nacional	7
1.2. La Situación de Bogotá	11
1.3. La Situación del Hospital La victoria	12
2. Variables indicadores, fuentes e instrumentos	15
3. Modelo de instrumentos	16
4. Tabulación y Análisis de Resultados.	17
4.1. Medidas aplicadas en la parte asistencial	17
4.1.1. Reorganización servicio de ginecología y obstetricia	18
4.1.2. Reorganización servicio de cuidado intermedio pediátrico	18
4.1.3. Cierre servicio ambulatorio de rehabilitación	19
4.1.4. Cierre hospital día	19
4.1.5. Disminución horas infectología	21
4.1.6. Reducción tarifas empresas servicios Asistenciales	22
4.1.7. Reducción tarifas empresas servicios de Apoyo	23
4.1.8. Reducciones cánones de arrendamiento	24
4.1.9. Reducción del costo de la contratación de recurso humano	25
4.1.10. Diminución costo medicamentos y dispositivos médicos	27
4.2. Medidas aplicadas en la parte administrativa	27
4.2.1. Facturación.	27
4.2.2. Recaudo	28
4.2.3. Costos y gastos	28
5. Escenario final alcanzado.	29
CONCLUSIONES	32

RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables, indicadores, fuentes e instrumentos.	15
Tabla 2. Gestión de servicios de ginecología y obstetricia	18
Tabla 3. Gestión del servicio de cuidado intermedio pediátrico	19
Tabla 4. Reducción de costos servicios asistenciales	19
Tabla 5. Reducción de costos servicios asistenciales	20
Tabla 6. Reducción de costos servicios asistenciales	20
Tabla 7. Reducción de costos asistenciales	21
Tabla 8. Reducción tarifas empresas prestadoras de servicios asistenciales	22
Tabla 9. Negociación de servicios	23
Tabla 10. Contención del costo	24
Tabla 11. Reducción del valor de arrendamientos	25
Tabla 12. Contratación	25
Tabla 13. Reducción en remuneración	26
Tabla 14. Escenario final	30

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es soportar el equilibrio fiscal y financiero de la ESE Hospital La Victoria, categorizada en riesgo medio por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el cual se busca restablecer la solidez económica, financiera y administrativa para asegurar su continuidad en la prestación de servicios de salud individuales y colectivos, tanto a la población pobre y vulnerable como a los usuarios del régimen subsidiado y demás usuarios que demanden los servicios.

Este documento contempla varios capítulos los cuales inician con el marco teórico, en donde se hace una descripción de la situación actual de la salud, desde la expedición de la Ley 100 de 1993, enfocando la situación que se presenta a nivel Nacional y Distrital y culminado con el análisis de la situación actual de la ESE en función de la red Distrital; posteriormente se aborda el análisis de problemas identificando sus causas, así como la implementación de medidas frente a las mismas, sintetizando las dificultades tanto internas como externas, así como las oportunidades y fortalezas que permiten generar el escenario financiero conforme a las medidas, que implementadas en la institución buscan generar una viabilidad económica .

Las medidas implementadas tanto de carácter asistencial como administrativo, permiten que una vez se apliquen en la dinámica del hospital, la operación mejore, aumentando los ingresos y disminuyendo ostensiblemente los gastos, abordando componentes como producción de servicios, reorganización administrativa, racionalización del gasto, fortalecimiento de los Ingresos de la ESE y el fortalecimiento de la gestión institucional y de Talento Humano.

En la construcción del presente estudio de caso, se contó con el apoyo del docente, quien nos ilustró frente a la manera de construir el documento y el estudio como tal, junto con la información brindada por la institución, la cual se encuentra enmarcada dentro del Programa de Saneamiento Fiscal y financiero, al cual se tuvo que someter el hospital conforme a lo contemplado en la Ley.

Se resalta el hecho que el motivo por el cual se busca encontrar el equilibrio, a través de la implementación de medidas, obedece a la crisis administrativa y financiera donde se hace necesario restablecer la solidez económica asegurando la continuidad y optimización en la prestación de servicios.

Una vez se cuenta con la información, se presenta el escenario, en donde inicialmente se contemplan las medidas de orden administrativo que se implementan y posteriormente las de orden asistencial, estableciendo así un equilibrio para que las unas sirvan de soporte a las otras como trabajo mancomunado que se desarrolla en la ESE. Posteriormente y una vez costeadas las medidas, se establecen las condiciones financieras, determinando el ahorro en cada una de ellas si se trata de contención del gasto y el incremento de la facturación y el recaudo, cuando las medidas involucran reorganización en la prestación de servicios de salud.

Al concluir este trabajo podremos establecer que se pueden continuar los procesos planteados con la inclusión de las medidas, mejorando el ámbito financiero y administrativo de la ESE, al conseguir dentro del escenario presentado el equilibrio fiscal y financiero, lo que contribuye al mejoramiento de las condiciones internas y externas de la institución y lo que es más importante, mantiene la prestación del servicio público esencial de salud.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. Situación Nacional

A partir de la Ley 100 de 1993 de Seguridad Social en Salud y Pensiones, empezaron a darse importantes cambios en la forma como se organizan, financian y prestan los servicios de salud en Colombia, los que debían buscar modificaciones substanciales en los grados de cobertura, acceso a los servicios, eficiencia y calidad en su prestación.

(Ley 100, 1993). “tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud, unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados. En este entendido en el sistema de Seguridad Social, existirán dos tipos de afiliados a saber:

- Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.

- Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las

comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

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...”(Ley 100, 1993)

En este esquema, el Estado, representado en el Ministerio de Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Secretaría Distrital de Salud, y sus entes homólogos en el nivel territorial, tienen como función principal la de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población en todos los niveles de atención, lo que significó un cambio radical con respecto al anterior Sistema Nacional de Salud en el cual se tenía la responsabilidad no solo de regular sino de financiar y prestar directamente los servicios de salud para la población de escasos recursos bajo el denominado “Sistema de Asistencia Pública”.

En el nuevo modelo se crearon dos regímenes el contributivo destinado a los trabajadores formales dependientes o independientes los cuales serían asegurados por las denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), y el régimen subsidiado destinado a las personas pobres o sin capacidad de pago asegurados por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), hoy EPSS. El sistema pretendía inicialmente que para el año 2000 toda la población debería estar cubierta en alguno de los dos regímenes por un seguro de servicios de salud denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), sin embargo, las metas no se alcanzaron principalmente, por que los supuestos económicos planteados no fueron suficientes para cubrir los volúmenes de población pobre o sin capacidad de pago.

Igualmente la Ley 100 de 1993, obligó a modificar de manera determinante la forma como históricamente se había desarrollado el funcionamiento de los hospitales públicos sobretodo cambiando su estructura hacia una más autónoma, independiente y competitiva, pero sin discutir que los hospitales públicos debían permanecer orientados como empresas públicas con visión social en los que deben prevalecer los objetivos sociales, antes que los financieros.

A partir de la nueva Ley los hospitales operarían en un medio competitivo en el que no cuentan con una clientela cautiva, ni se financian con el nivel histórico de gasto, sino con la venta de servicios lo que implica que cada vez es más importante la calidad y la cantidad de los servicios que se presta.

En este sentido, la ley 100 de 1993 reglamentó la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), a las cuales se les confirió una mayor autonomía en la toma de decisiones de tipo administrativo, técnico y financiero, estableciendo además, que en lo sucesivo y de manera gradual y progresiva sus ingresos provendrán de la venta de servicios de salud que presten a las diferentes aseguradoras (EPS y EPSS), proceso de cambio que se ha denominado la transformación de los subsidios de oferta a demanda.

Sin embargo, este proceso de cambio de la forma como tradicionalmente han operado y se han financiado los hospitales públicos, hacia escenarios de eficiencia, autofinanciamiento y competencia, no estuvo exento de debilidades, dificultades y amenazas, mucho más allá de lo que se preveía en el diseño de la reforma. En primer término, los pocos estudios que existen sobre costos en hospitales en Colombia muestran como estos entes públicos en especial los de mayores niveles de complejidad y de estructura, presentan serias dificultades derivadas de sus altos costos de operación y de su baja productividad, que habrá que solucionar de manera gradual y progresiva mediante un esfuerzo coherente y consistente de varios años.

Igualmente, en muchos casos la baja productividad y los altos costos de operación que se observan en algunos hospitales públicos, obedecen a razones de tipo estructural de los mercados sobre los cuales operan, más que a ineficiencia en la gestión de sus recursos, situación que se aplica generalmente a entidades ubicadas en sitios distantes y que brindan un tipo específico de

servicios considerados como esenciales para la población. Estas especificaciones de tipo conceptual y estructural, en algunos casos han obligado a pensar en formas alternativas de financiamiento específicos para los diferentes servicios e instituciones, diferentes a la venta de servicios a entidades aseguradoras, lo que significa que es necesario estudiar particularmente cada hospital para definir sus características tanto de la institución como del mercado en el cual opera, a fin de que se conduzca en forma gradual y segura a los hospitales públicos a actuar de manera eficiente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

No obstante la reforma inicialmente presentada, ha sido objeto de modificaciones con la expedición de las Leyes 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en observancia a los cambios que se habían gestado y que requerían ajustes a la parte financiera y asistencial.

Hoy el principal reto al que se enfrentan los administradores de los hospitales públicos es el de conseguir el equilibrio fiscal y financiero para lograr que las Empresas Sociales del Estado si bien es cierto no generen rentabilidad, si presenten un equilibrio en sus finanzas que haga sostenible la entidad, libre de cualquier amenaza en contra de su funcionamiento y permanencia en el mercado, logrando de manera gradual instituciones sólidas y rentables social y económicamente que respondan de manera eficiente y con calidad a las demandas de servicios de la comunidad; situación que avoca a los hospitales a implementar un Programa de Saneamiento Fiscal Y Financiero conforme a lo contemplado en la Ley 1438 (2011) y la Ley 1608 (2013).

En el proceso de transformación de recursos de oferta a demanda y dadas las circunstancias de crisis económica de las empresas Sociales del Estado, por la cartera de difícil recaudo que presentan frente a las EPS y EPSS, se incrementó de manera desproporcionada la cartera, aunada con las condiciones del mercado, en donde las IPS privadas por su estructura vertical, están monopolizando el mercado y sacando provecho lucrativo a la situación, dejando en condiciones desfavorables a los hospitales, lo que incide negativamente en la venta y prestación de sus servicios de salud, disminuyendo notablemente sus ingresos, conduciendo inexorablemente al desfinanciamiento de estas instituciones.

1.2. La Situación de Bogotá

En el contexto de Bogotá como capital de Colombia la crisis no se hizo ajena, pues se pudo evidenciar que la red hospitalaria del Distrito Capital, también hizo crisis en la medida que las EPSS fueron dejando el mercado y entrando en liquidación forzosa, lo que conllevó a que la cartera de los hospitales se provisionara para mitigar el impacto que pudiera presentarse, una vez se estableciera que estas entidades al liquidarse, el capital resultante no cubriría las pretensiones de un sinnúmero de acreedores que estaban pendientes frente a la masa liquidataria, dentro de esas los hospitales de Distrito; llevando a los hospitales a que tal provisión incidiera directamente en el gasto, reflejando un ejercicio ineficiente, al versen reflejadas las operaciones en el estado de resultados de una manera negativa..

(Salud, 2013)Frente a esta situación y al desfinanciamiento de los hospitales y con la amenaza de posibles cierres de servicios, el gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, estableció que las Empresas Sociales del Estado, según su estado financiero se podían encontrar en riesgo alto, medio, bajo o sin riesgo; así las cosas con los 22 hospitales del Distrito, estableció según estudio de condiciones de mercado, equilibrio y viabilidad financiera a partir de sus indicadores financieros que 14 se encontraban en riesgo alto o medio, lo cual implicaba que estas entidades debían de manera obligatoria someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y financiero, donde presentaran un escenario en unas condiciones específicas, de tal forma que la ESE indicara allí las medidas que se tomarían frente a la disminución del gasto y el incremento de sus ingresos, para así en el año 2016 se pudiera contar con un equilibrio fiscal y financiero que lograra reclasificar a la ESE sin ningún tipo de riesgo o al menos en riesgo bajo.

(Restrepo, 2007)Contempla: “Si la deuda pública no es sostenible, tampoco lo es ninguna política presupuestal,(...). Todos los estudios fiscales recientes que se han elaborado en Colombia coinciden –prácticamente sin excepción- en señalar que el propósito medular de las políticas hacendísticas que se pongan en marcha (ya sea que se traten de medidas tributarias, pensionales, o de reducción del gasto) debe ser el de asegurar la sostenibilidad fiscal del país y estabilizar la deuda pública de los años venideros en niveles aceptables”.

Es de resaltar que dentro de los hospitales clasificados en riesgo medio o alto, se encuentra el Hospital La Victoria por presentar un déficit para el año 2013 que requería de manera inmediata implementar un mecanismo financiero que contribuyera con la búsqueda del equilibrio fiscal y financiero y de esta manera lograr una institución viable y alejada del fantasma de la intervención y posterior liquidación por parte de la Súper Intendencia Nacional de Salud.

1.3. La Situación del Hospital La Victoria

El Hospital La Victoria es una Empresa Social del Estado, del III Nivel de Atención que en la actualidad afronta problemas estructurales tanto en la parte administrativa como en su operación, debido a factores de iliquidez y ausencia de inversión, que no está en condición de resolver por restricciones de tipo presupuestal y de flujo de fondos, si no se le apalanca con fondos adicionales para buscar su equilibrio, cubriendo sus pasivos inicialmente y amentando sus ingresos, al establecer medidas de contención en el gasto y de aumento del recaudo respectivamente.

Aunado al déficit financiero, también se presentan serios inconvenientes con la condición física de las instalaciones, las cuales presentan deterioro y amenazas a su estructura debido a la antigüedad de las edificaciones en la sede de la Victoria, junto con la sede Materno Infantil, la cual adolece también de una estructura moderna, aunado al limbo jurídico en la naturaleza de la relación jurídica con la entidad liquidadora de la Fundación San Juan de Dios, cuyas instalaciones son administradas mediante contrato de arrendamiento desde el año 2006, lo que con lleva a que el Hospital La Victoria no tenga certeza de la permanencia del contrato de arrendamiento, pues allí es donde funciona la sede materna programa bandera de esta institución.

Desde hace varios años, el Hospital ha presentado deficiencias en el pago de pasivos y en la inversión, como consecuencia de las dificultades de liquidez, caracterizadas por un incremento superior en los gastos y costos, a pesar de que se mantenga la rentabilidad de los servicios con respecto a la facturación; esta situación se ha venido presentando por la falta de oportunidad en el pago por parte de las EPS, quienes demoran el giro y lo que es más grave aún, glosan las

cuentas, generándose grandes déficit, por cuanto a pesar que el servicio se prestó, la EPS no lo reconoce.

A pesar de las condiciones planteadas la producción y la facturación en todas sus sedes presenta un significativo ascenso, constituyéndose en el centro de referencia para la atención de la población materno – perinatal de alto riesgo. Por su naturaleza y localización, el Hospital atiende fundamentalmente las necesidades de salud de la población pobre y vulnerable perteneciente al régimen subsidiado y a usuarios no asegurados.

Conforme a lo manifestado, prácticamente la totalidad de los ingresos provienen de sus propios recursos, es decir de su operación, pero por razones que son suficientemente conocidas, la cartera presenta una alta inmovilidad y el recaudo no ha podido ser normalizado ni por la legislación ni por los organismos que tienen la posibilidad y competencia de intervención; sin embargo se debe reconocer que el ente territorial (Secretaría de Salud) ha venido subsidiando a cada uno de los hospitales con recurso ordinario a través de convenios interadministrativos, lo que ha permitido que cuando el presupuesto de las ESE se vaya disminuyendo, a través de adiciones se permita la operación y la continuidad en la prestación del servicio.

Todo lo anterior conllevó a que el Hospital La Victoria de acuerdo al análisis efectuado por el Ministerio de Salud y Protección Social, fuera categorizado en riesgo medio, lo que consiguió que la entidad se viera avocada a presentar ante el organismo competente el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, buscando que en el ejercicio se disminuyeran sus gastos, se aumentara el ingreso y se pudieran pagar sus pasivos.

Lo anterior de acuerdo a la resolución (Salud, Resolución 2649 - Ministerio de Salud y de protección Social, 2012) en la cual se efectúa la “categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. Una vez comunicada por el Ministerio de Salud y Protección Social a las direcciones Departamentales, municipales y Distritales de salud, la información de categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial dentro de los (60) días calendario a dicha comunicación, las empresas categorizadas en riesgo medio o alto,

deberán adoptar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero a que se refiere el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011”.

Por todo lo manifestado, se considera necesario ajustar la estructura de gastos en la forma en que se propone en el presente estudio, con el fin de obtener un nivel de equilibrio entre los gastos e ingresos, de tal suerte que permitan que al año 2016, se obtenga el equilibrio fiscal y financiero, logrando así que el hospital sea viable financieramente, una vez implementadas las medidas.

De manera general, las estrategias que se proponen para la obtención del equilibrio durante los siguientes tres años, pretenden solucionar las deficiencias de recaudo, limitar en lo posible los gastos asociados con servicios no prioritarios e incrementar los ingresos en las áreas en que la demanda real y capacidad instalada lo permitan.

2. Cuadro de variables indicadores, fuentes e instrumentos

Tabla 1.

Variables indicadores, fuentes e instrumentos

VARIABLE	INDICADORES	FUENTES	INSTRUMENTOS
Estrategias administrativas y misionales.	Medidas implementadas frente a la ejecución de las mismas. Cuantificación de la medida. Disminución del gasto. Aumento del ingreso. Reorganización administrativa.	(SIHO) Sistema de información Hospitalaria. Secretaría de Salud. Ejecución presupuestal de la entidad.	Revisión documental. Análisis de Datos. Revisión estadística.
Equilibrio financiero. Gastos e ingresos.	Cuentas Por Cobrar vs Cuentas por Pagar. Recaudo frente a Compromisos. Presupuesto. Gestión financiera.	Estadística Hospitalaria Ejecución presupuestal de la entidad.	Revisión documental. Análisis de Datos. Revisión estadística.

3. Instrumentos

- 3.1.Revisión Documental. Con base en los datos estadísticos de años anteriores, se debe establecer cuáles son las estrategias administrativas y misionales que se van a implementar, pudiendo cuantificar su impacto tanto en los ingresos como en los gastos de la entidad con la revisión documental, adicionalmente revisar las ejecuciones presupuestales de cada mes y vigencia, para poder establecer cuál es el porcentaje de ejecución presupuestal.
- 3.2.Revisión Estadística. Revisar los datos estadísticos de años anteriores, la información del SIHO, pudiendo efectuar una comparación cada año y así poder establecer frente a las medidas, cuales se deben implementar para aumentar el ingreso y cuales se deben restringir para disminuir el gasto, por otra parte efectuar un diagnóstico de la situación histórica del hospital frente a la situación actual en aspectos financieros, administrativos, prestación de servicios y análisis de mercado con la revisión de documentos.
- 3.3.Análisis de Datos. Teniendo en cuenta toda la información que reposa en los documentos de la entidad frente a la producción de la prestación de servicios de salud y el funcionamiento de la parte administrativa, se efectuará una proyección, con base en el presupuesto asignado, el aumento de los ingresos y la disminución del gasto, para así poder conseguir el equilibrio fiscal y financiero.

4. Análisis de Resultados

Para la construcción del escenario financiero, se deben tomar cada una de las medidas y cuantificarlas, estableciendo en cada una de ellas cual es el impacto ya sea en aumento de ingresos o en disminución del gasto; para implementarlas, se debe mostrar la información financiera retrospectivamente de las vigencias 2008 al 2012, estableciendo la situación que se presentaba en ese momento, en donde se identificara que el déficit presupuestal correspondía a la falta de mesura en la contención del gasto y luego de esto proyectar el beneficio de la medidas desde junio de 2013 hasta el 2016.a precios constantes del año 2012 y así poder referenciar las variables.

De otra parte, el Hospital ha mantenido un relativo equilibrio desde el punto de vista de la facturación en comparación con los costos y gastos de las vigencias; sin embargo al revisar el flujo de efectivo donde se contempla únicamente el recaudo corriente de las diferentes vigencias comparado con el costo y el gasto corriente, se genera un déficit, soportado en la falta de pago por la venta de servicios a los diferentes pagadores (EPSS), principalmente en el régimen subsidiado.

Teniendo en cuenta el comportamiento de las vigencias anteriores, el Hospital La Victoria III Nivel, planteó un escenario financiero, donde aplicando las diferentes estrategias plasmadas en las medidas, se evidencia que con este ejercicio se da al Hospital la mayor viabilidad para alcanzar el equilibrio financiero en el año 2017, por facturación y recaudo y disminución del gasto.

Para la implementación del escenario financiero, se tuvo en cuenta lo siguiente:

4.1. Medidas aplicadas en la parte asistencial

4.1.1. Reorganización servicio de ginecología y obstetricia

La organización del servicio de ginecología y obstetricia en la sede Victoria se debe efectuar para mejorar la ocupación y así los ingresos, y de esta manera responde a las actividades de internación, sala de partos, procedimientos quirúrgicos y consulta con permanencia de dos especialistas 24 horas y las horas adicionales para dar cubrimiento a consulta y cirugía; la ocupación del servicio de hospitalización para el año 2013 es de 87%, giro cama de 10 y el promedio estancia de 2,8 días. En la sede Materno Infantil se organiza la oferta de las mismas actividades con presencia de especialistas, médicos generales y residentes, con una ocupación de 87%, giro cama de 13 y un promedio estancia de 2,2 días.

Tabla2.**Gestión de servicios de ginecología y obstetricia****SEDE VICTORIA**

EGRESOS	2012				2013			
	Egresos	Prom Estancia	% de Ocupacion	GIRO CAMA	Egresos	Prom Estancia	% de Ocupacion	GIRO CAMA
GINECOLOGIA	870	3,6	93%	10	596	3,1	87%	9
OBSTETRICIA	3.311	2,6			2270	2,5		

SEDE MATERNO INFANTIL

EGRESOS	2012				2013			
	Egresos	Prom Estancia	% de Ocupacion	GIRO CAMA	Egresos	Prom Estancia	% de Ocupacion	GIRO CAMA
GINECOLOGIA	612	1,9	87%	13	219	2,5	87%	13
OBSTETRICIA	5195	1,8			4074	2,0		

Fuente: Estadísticas Hospital la Victoria

4.1.2. Reorganización servicio de cuidado intermedio pediátrico

El servicio de cuidado intermedio pediátrico cuenta con 6 camas y presenta una ocupación del 45% para corte septiembre de 2013; sin embargo, el comportamiento del servicio está dado por los picos epidemiológicos por enfermedad respiratoria que se presentan en los meses de abril – mayo y septiembre – octubre, donde la ocupación sube al 71% .

Tabla3.**Gestión del servicio de cuidado intermedio pediátrico**

EGRESOS	2012				A SEPTIEMBRE 2013			
	Egresos	Prom Estancia	% de Ocupacion	GIRO CAMA	Egresos	Prom Estancia	% de Ocupacion	GIRO CAMA
UNIDAD INTERMEDIOS PEDIATRICO	215	3,7	36%	36	213	3,5	45%	36

Fuente: Estadísticas Hospital la Victoria

Considerando la anterior situación en la unidad de cuidado intermedio pediátrico y para aumentar los ingresos y optimizar el servicio, con el compromiso institucional de brindar una respuesta a las necesidades de la población infantil usuaria, el Hospital reorganizará la oferta de la unidad de cuidado intermedio pediátrico para prestar el servicio solo durante los meses referidos, trasladando las camas durante el resto del año al servicio de pediatría general y así lograr mayor porcentaje de ocupación aumentando los ingresos.

Con esta organización del servicio se realiza una disminución en el costo de \$ 367.632.000 durante los 8 meses del año en recurso humano. Como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 4.**Reducción de costos servicios asistenciales**

DESCRIPCION	AHORRO MENSUAL ESPERADO	AHORRO ANUAL (En 8 Meses)
Pediatra Cuidado Intermedio Pediatrico	22.140.000	177.120.000
Enfermera Jefe	4.248.000	33.984.000
Aux Enfermeria	4.248.000	33.984.000
TOTAL AÑO	50.976.000	407.808.000

Fuente: Proyecciones Hospital la Victoria

Con esta organización del servicio se realiza una disminución en el costo de \$ 367.632.000 durante los 8 meses del año en recurso humano.

4.1.3. Cierre servicio ambulatorio de rehabilitación

De acuerdo al trabajo integrado con la red Centro Oriente y a la baja complejidad en los servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje, el Hospital realizará el cierre de la oferta de consulta externa para estos servicios, orientando a los usuarios para acceder a los mismos en los Hospitales de Rafael Uribe. Las actividades de apoyo terapéutico en hospitalización, y plan canguro seguirán siendo ofertadas. Así las cosas se evidencia un ahorro de \$ 6.844.000 al dejar de prestar el servicio y habilitarlo para otros servicios como se evidencia en la tabla siguiente:

Tabla 5.

Reducción de costos servicios asistenciales

Costo servicio de rehabilitación ambulatorio actual Anual	\$ 82.128.000		
Costo servicio de rehabilitación ambulatorio proyectado	\$ -		
Disminución del costo Anual	\$ 82.128.000		
	horas/mes	valor hora	Total Mes
Terapeuta	580	11.800	6.844.000

Fuente: Proyecciones Hospital la Victoria

4.1.4. Cierre hospital día.

A raíz de la entrada en vigencia del acuerdo 029 de la Comisión de Regulación en Salud de 2011 donde se modifican las características del aseguramiento y líneas de pago para los servicios de salud mental, el Hospital viene presentado una decreciente demanda para el servicio de hospital día; por este motivo se debe cerrar el servicio y habilitarlo para otras áreas.

De acuerdo al personal asignado al programa la disminución de costos se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 6.**Reducción de costos servicios asistenciales**

Costo servicio Hospital Dia Mensual		\$ 10.663.480	
Costo servicio Hospita Dia proyectado Mensual		\$ -	
Disminución del costo Anual		\$ 127.961.760	
Recurso Humano	% Disponibilidad	Valor Mes	Total Mes
Terapeuta ocupacional	63%	\$ 6.217.354	\$ 3.885.846
Sicologo	87%	\$ 6.584.670	\$ 5.719.234
Siquiatra	100%	\$ 964.000	\$ 964.000
Trabajo Social	100%	\$ 94.400	\$ 94.400

Fuente: Proyecciones Hospital la Victoria

De esta forma, dentro de las proyecciones se considera el cierre del servicio de hospital día de salud mental direccionando los pacientes al Hospital San Blas. La disminución del costo mensual está en el orden de \$10.633.480 anualmente corresponde a \$ 127.961.760.

4.1.5. Disminución horas infectología

Actualmente el Hospital oferta el servicio de consulta externa de infectología con una intensidad de 40 horas, considerando los costos de la consulta y el valor de mercado que se paga por la misma, no se ve reflejado el equilibrio en el ejercicio; de igual manera, el número de usuarios demandante no es significativo, 19 en el mes, y además no hace parte de los servicios enfatizados misionalmente por la institución. La demanda de éste servicio puede ser canalizada al Hospital Santa Clara fortaleciendo el trabajo en red.

Las actividades de infectología en hospitalización, estudio de casos en vigilancia epidemiológica, e interconsultas se continúa prestando; pero disminuyendo las horas, evidenciándose un ahorro significativo conforme a la siguiente tabla:

Tabla 7.**Reducción de costos asistenciales**

Costo Infectología actual Anual		\$	103.320.000
Costo Infectología ambulatorio actual Anual proyectado		\$	73.800.000
Disminución del costo Anual		\$	29.520.000
	horas/mes	valor hora	Total Mes
Infectología Ambulatorio	40	61.500	2.460.000

Fuente: Proyecciones Hospital la Victoria

4.1.6. Reducción tarifas empresas servicios Asistenciales**Tabla 8.****Reducción tarifas empresas prestadoras de servicios asistenciales**

Prestadores de Servicios Asistenciales	Costos Total Mes	Valor Facturado Mes	Excedente	Rentabilidad HLV
CRONICOS	175.100.000	234.600.000	59.500.000	25%
SONOGYN	100.335.557	138.384.219	38.048.662	27%
ROBERT NAVARRO PEREZ EU	46.203.517	89.299.460	43.095.943	48%
CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO SAS	37.626.299	70.142.310	32.516.011	46%
OFTALMOGE E.U.	15.897.505	35.693.580	19.796.075	55%
CONSORCIO MEDICAL DIAGNOSTIC	106.216.711	149.774.948	43.558.237	29%
FRESENIUS MEDICAL CARE	12.100.109	16.618.956	4.518.847	27%
FUNDACION LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA	74.833	82.983	8.150	10%
SOLUCIONES DE TRABAJO S.A.S.	326.782.969	342.555.243	15.772.274	5%
AMBULANCIAS VID MEDICA	194.481.972	223.928.580	29.446.608	13,15%
TOTAL MES	1.014.819.471	1.301.080.279	286.260.808	
TOTAL AÑO	12.177.833.655	15.612.963.345	3.435.129.690	

Fuente: Proyecciones Hospital la Victoria

En la actualidad el Hospital contrata con prestadores que representan \$1.014.819.471/mes en el costo frente a un valor facturado mes de \$1.301.080.279, lo que significa para la ESE un excedente de \$286.260.808/mes que al año se convierte en \$ 3.435.129.690.

Para mejorar la diferencia a favor de la ESE, se realizará renegociación de tarifas con cada uno de prestadores enunciados, con lo cual el Hospital alcanzara una disminución de \$1.200.000.000 en el costo, lo cual se evidencia en la tabla siguiente

Tabla 9.**Negociación de servicios Asistenciales**

Prestadores de Servicios Asistenciales	Costos Total Mes	Valor Facturado Mes	Excedente Mes	Rentabilidad HLV	% Reduccion Costo	Valor de Contención del Costo Mes
CRONICOS	157.636.189	259.039.234	101.403.045	39%	10%	17.463.816
SONOGYN	90.302.001	138.384.219	48.082.218	35%	10%	10.007.092
ROBERT NAVARRO PEREZ EU	44.605.080	89.299.460	44.694.380	50%	3%	4.608.165
CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO SAS	35.071.155	70.142.310	35.071.155	50%	7%	3.752.706
OFTALMOGE E.U.	15.897.505	35.693.580	19.796.075	55%	0%	1.585.557
CONSORCIO MEDICAL DIAGNOSTIC	106.216.711	149.774.948	43.558.237	29%	0%	10.593.656
FRESENIUS MEDICAL CARE	12.100.109	16.618.956	4.518.847	27%	0%	-
FUNDACION LIGA CENTRAL CONTRA LA EPILEPSIA	74.833	82.983	8.150	10%	0%	-
SOLUCIONES DE TRABAJO S.A.S.	308.299.719	342.555.243	34.255.524	10%	6%	32.592.106
AMBULANCIAS VID MEDICA	185.341.319	223.928.580	38.587.261	17%	5%	19.396.902
TOTAL MES	955.544.621	1.325.519.513	369.974.892			100.000.000
TOTAL AÑO	11.466.535.452	15.906.234.153	4.439.698.701			1.200.000.000

Fuente: Proyecciones financieras Hospital la Victoria

Esta medida será implementada a partir del 1 de enero de 2014.

4.1.7. Reducción tarifas empresas servicios de Apoyo

El Hospital tiene contratados servicios de apoyo logístico como Aseo, Lavandería y Seguridad para la sede 1 Victoria y la sede 2 Materno Infantil, servicios que sirven como apoyo de la operación diaria a la prestación de servicios de salud. El costo de estos servicios al mes representa para la ESE \$ 291.616.386; sin embargo con la contención del costo tal y como se representa en la tabla siguiente, el ahorro por el año pudiera llegar a \$ 349.939.663.

Tabla 10.**Contención del costo**

EMPRESA	SERVICIO	SEDE	COSTO MES	Valor de Contención del Costo
JDR ASISTENCIAMOS E U	LAVANDERIA	HLV	43.440.000	4.344.000
JDR ASISTENCIAMOS E U	LAVANDERIA	IMI	19.548.000	1.954.800
JDR ASISTENCIAMOS E U	ASEO	HLV	65.601.096	6.560.110
JDR ASISTENCIAMOS E U	ASEO	IMI	50.165.544	5.016.554
BUHO SEGURIDAD LTDA	VIGILANCIA	HLV	61.766.646	6.176.665
BUHO SEGURIDAD LTDA	VIGILANCIA	IMI	51.095.100	5.109.510
TOTAL MES			291.616.386	29.161.639
TOTAL AÑO			3.499.396.628	349.939.663

Fuente: Proyecciones financieras Hospital la Victoria

Para realizar una reducción en costo del 10% la ESE realizara una renegociación por empresa así:

- **Lavandería:** Disminución del 10% menos del valor pactado.
- **Aseo:** Teniendo en cuenta la adherencia al manual de bioseguridad en los servicios asistenciales el cual parametriza las normas y delimita los cruces del personal en las zonas asépticas y antisépticas, el Hospital puede optimizar el uso de operarios de aseo para reducir el 10 % del costo mensual.
- **Vigilancia:** La sede 2 Materno Infantil tiene porterías o accesos a la infraestructura con refuerzo de vigilancia mitigando los riesgos de seguridad asociados a la obra de tras milenio por carrera 10ª, teniendo en cuenta que la troncal entra en operación completa para la vigencia 2013, se racionalizara la asignación de vigilantes para la sede 2.

4.1.8. Reducción cánones de arrendamiento.

En la ESE anualmente se suscriben contratos de arrendamiento de equipo biomédico, planta eléctrica para la sede 1 Victoria. Se realizara una reducción del valor de los cánones de arrendamientos por \$24.000.000 mensuales para un ahorro de \$288.000.000 al año, la anterior reducción se soporta en un convenio interadministrativo con la SDS de inversión que se ejecutara

en el 2013 para la compra de la planta eléctrica de la sede 1 Victoria lo cual generará un ahorro de \$ 12 millones mensuales, y una reducción de tarifas en los arrendamientos de equipo biomédico lo que representa un ahorro mensual de \$ 12 millones adicionales, expresado en la tabla siguiente:

Tabla 11.

Reducción del valor de arrendamientos

ARRENDAMIENTOS	VALOR MES	Valor de Contención del Costo Mes
PLANTA ELECTRICA	12.000.000	12.000.000
EQUIPO BIOMEDICO	120.000.000	12.000.000
TOTAL MES		24.000.000
TOTAL AÑO		288.000.000

Fuente: Proyecciones financieras Hospital la Victoria

4.1.9. Reducción del costo de la contratación de recurso humano por prestación de servicios

Tabla 12.

Contratación asistencial y administrativa mensual

CONTRATACION	VALOR MES 2013	Valor de Contención del Costo Mes
CONTRATACION ADMINISTRATIVA	200.000.000	6.000.000
CONTRATACION ASISTENCIAL	1.600.000.000	48.000.000
TOTAL MES		54.000.000
TOTAL AÑO		648.000.000

Fuente: Proyecciones financieras Hospital la Victoria

Anualmente se estima un incremento del 3% en el valor de la contratación asociado al crecimiento del IPC; sin embargo por la necesidad de contener el costo el Hospital proyecta mantener el valor de la contratación del recurso humano durante la vigencia del PSFF, lo que anualmente representa un ahorro de \$ 648.000.000.

De otra parte los estudios de reorganización administrativa y análisis de cargas de trabajo que lideró la Secretaria Distrital de Salud se determinó reducir el personal asignado para la ejecución de algunas actividades de apoyo administrativo y financiero, obteniéndose una reducción de \$ 483.480.000 anuales, en la forma en que se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 13.
Reducción en remuneración

AREA	OBJETO DEL CONTRATO	MENSUALIDAD	RECURSO HUMANO ACTUAL	TOTAL MES	REDUCCION RECURSO HUMANO	AHORRO
ALMACEN	TECNICO 1-TECNICO DE ALMACEN Y BODEGAS	1.250.000	2	2.500.000	1	1.250.000
ALMACEN	TECNICO 4-TECNICO EN COMPRAS	1.700.000	2	3.400.000	1	1.700.000
CARTERA	TECNOLOGO 1-ANALISTA DE CUENTAS	1.800.000	4	7.200.000	4	7.200.000
CONTABILIDAD Y COSTOS	TECNOLOGO 1-CONTABILIDAD	1.800.000	1	1.800.000	1	1.800.000
FACTURACION Y AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	TECNICO 1-TECNICO DE FACTURACION Y CARTERA	1.250.000	15	18.750.000	5	6.250.000
HISTORIAS CLINICAS	TECNICO 1-GESTION DOCUMENTAL ARCHIVO	1.250.000	14	17.500.000	4	5.000.000
MANTENIMIENTO	TECNICO 1-TECNICO EN MANTENIMIENTO	1.250.000	6	7.500.000	3	3.750.000
PLANEACION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	CATEGORIA I-APOYO TECNICO EN REGISTRADURIA	1.050.000	1	1.050.000	1	1.050.000
PRESUPUESTO	PROFESIONAL 6- COORDINADORA AREA DE PRESUPUESTO Y CUENTAS POR PAGAR	4.150.000	1	4.150.000	1	4.150.000
PRESUPUESTO	TECNOLOGO 1-TECNOLOGO PRESUPUESTO Y CUENTAS POR PAGAR	1.800.000	2	3.600.000	1	1.800.000
PROGRAMAS DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN	PROFESIONAL 3-CALIDAD	2.300.000	2	4.600.000	1	2.300.000
RECURSOS FISICOS	PROFESIONAL 2-PROFESIONAL PROPIEDAD	2.200.000	1	2.200.000	0,2	440.000
RECURSOS FISICOS	TECNOLOGO 1-TECNOLOGO EN COMPRAS	1.800.000	2	3.600.000	1	1.800.000
TALENTO HUMANO	TECNOLOGO 1-	1.800.000	1	1.800.000	1	1.800.000
TOTAL			54	79.650.000	25	40.290.000

TOTAL AÑO	483.480.000
------------------	--------------------

Fuente: Proyecciones financieras Hospital la Victoria

La disminución se origina en la medición real del tiempo requerido para realizar en forma eficiente el volumen de actividades asignadas para cumplir con un proceso requerido por la organización. Como resultado de esta valoración se reasignarán algunas labores, se simplificaron, en lo posible, trámites y requisitos que aumentaban los requerimientos de recursos humano, se redujeron algunos niveles de supervisión y control que no eran indispensables y se redistribuyeron actividades dentro de las áreas funcionales con énfasis en la organización por procesos y en la promoción de la eficiencia.

4.1.10. Diminución costo medicamentos y dispositivos médicos

El presupuesto de compras de medicamentos y dispositivos médicos aprobado en el Plan Financiero de la vigencia 2014 se reduce en el 15% con respecto al año 2013 con fundamento en los siguientes aspectos:

- Negociación con importadores directos de medicamentos de alto costo y dispositivos lo cual se ha venido aplicando desde le presente año.
- Participación en negociaciones conjuntas con otros hospitales de la Red Centro-Oriente, obteniendo, precios inferiores y mayores periodos de estabilidad en las tarifas.
- Compra de medicamentos por la Asociación Publica Cooperativa de Hospitales del Distrito.
- Racionalización de los procedimientos de reposición y adquisición de inventarios con la correspondiente reducción del costo de la inversión.
- Sustitución de medicamentos que en casos certificados por el área científica y los comités de Farmacia se adquirirían en presentación comercial por formulas y presentaciones genéricas.
- Para el primer año el costo total de medicamentos y dispositivos médicos se reduce en \$ 2.100.000.000

4.2. Medidas aplicadas en la parte administrativa

4.2.1. Facturación.

- Se proyecta incrementar la facturación en un 4.14% en el año 2013, llegando a una facturación en la vigencia 2013 de \$76.657 millones.
- El incremento para el año 2014 se presenta principalmente en el régimen subsidiado, con un incremento del 4% en capital salud por mayor producción y reajuste tarifario de SOAT menos 25% a SOAT menos 18%, y del 3,5% en los otros pagadores de este régimen.
- En el régimen contributivo se proyecta un 4% por producción, respecto a la facturación del Fondo Financiero Distrital de Salud se considera una disminución del 4% respecto de la vigencia anterior.

- Con base en lo anterior se llega así a una facturación total de \$80.368 millones con un incremento promedio del 4.84% para el año 2014.
- Para la vigencia 2015 se presenta incremento del 4% en el régimen subsidiado y contributivo, llegando a una facturación total en el año de \$82.507 millones con un incremento promedio del 2.66%.
- Para la vigencia 2016 se presenta incremento del 4% en el régimen subsidiado en Capital Salud, quedando los demás regímenes y pagadores con la facturación igual a la del año 2015 llegando a un valor de \$83.820 millones presentando un incremento del 1.59% respecto del año 2015.

4.2.2. Recaudo.

- Incrementar el nivel de recaudo correspondiente a cada vigencia en un porcentaje que inicia en el 2013 con el 72%, estimando en el 2014 un 81% de acuerdo con los parámetros de pago con las EPSS.
- Para las vigencias 2015 y subsiguientes el 84% de recaudo, al lograr una estabilidad en el pago por los diferentes clientes y la gestión de cartera por parte del Hospital logrando que el Fondo Financiero Distrital de Salud cancele el 95% del valor facturado por efecto de la disminución de la reserva de glosa y el régimen subsidiado el 80%, como regularización del pago de cartera.

4.2.3. Costos y gastos.

- En la vigencia 2014 se estimó el Índice de Precios al Consumidor del 3% más el 1.5% según lo convenido por la Alcaldía, para las demás vigencias se estimó el IPC del 3%.
- La contratación de servicios de personal asistencial y administrativo se mantendrán.
- Los gastos generales como son los gastos de aseo, vigilancia, lavandería, se plantea una disminución del 10%.
- La adquisición de medicamentos e insumos medico quirúrgicos se reducirá en valor en un 15% tomando las medidas de negociación conjunta y renegociación con proveedores.
- La contratación de empresas de servicios de salud se reducirá en un 10%.

5. Escenario final alcanzado

Conforme se ha venido contemplando con las diferentes medidas aplicadas de contención del gasto e incremento de los ingresos, se puede presentar un escenario en el cual, se observa claramente que las medidas aplicadas surtieron su efecto casi de forma inmediata, por cuanto a pesar que se pretendía conseguir un equilibrio fiscal y financiero para el año 2017, el mismo se consigue en el año 2014. Así las cosas, el escenario presentado, tiene que ser muy riguroso en su ejecución, por cuanto tal y como quedó consignado, se debe aplicar al pie de la letra, para de esta manera conseguir la viabilidad del Hospital la Victoria, frente a un ejercicio serio y de mucho sacrificio, que conllevará a que la comunidad de la Victoria, pueda seguir contando con esta institución que les brinda los servicios de salud como servicio público esencial.

Con las medidas implementadas en el ejercicio, se observa un escenario donde se proyecta el equilibrio fiscal y financiero, resultante de las medias desarrolladas, las cuales impactaron notoriamente en los ingresos corrientes y los gastos corrientes de cada vigencia, al igual que los ingresos totales y gastos totales incluyendo las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar.

Una vez se desarrolla el ejercicio en su totalidad, se observa que el Hospital La Victoria III Nivel ESE, llegaría al equilibrio en la vigencia 2014, con un saldo a favor de \$7.994 millones con la operación de la vigencia, cancelando en su totalidad las cuentas por pagar y las obligaciones de la misma vigencia, dando así cumplimiento al escenario planteado.

De acuerdo a lo anterior, las cifras y medidas se ven reflejadas, en la siguiente gráfica donde se presenta el escenario final, evidenciándose el tan anhelado equilibrio, el cual se hace visible en el año 2014 a saber:

Tabla 14.
Escenario final

ESCENARIO PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO ESE						
(en millones de \$)						
INGRESOS	Año N (2012)	Año 1 (2013)	Año 2 (2014)	Año 3 (2015)	Año 4 (2016)	Año 5 (2017)
A. Total Ingresos Corrientes (1+2)	48.244	61.059	69.758	69.334	70.565	70.565
1. Venta de Servicios de Salud	47.934	55.150	65.059	68.857	70.088	70.088
Regimen Subsidiado	21.461	30.146	39.011	41.612	42.663	42.663
Régimen Contributivo	1.371	1.297	1.695	1.979	2.158	2.158
Departamento/Distrito - PPNA y NO POS	20.348	15.792	16.439	17.352	17.352	17.352
SOAT - Accidentes de Tránsito Cías de Seguros	455	332	332	332	332	332
FOSYGA- ECAT Accidentes de Tránsito	0	102	102	102	102	102
Otras ventas de servicios de salud	4.300	7.480	7.480	7.480	7.480	7.480
2. Otros ingresos corrientes	310	5.909	4.699	477	477	477
Aportes Permanentes del Departamento/Distrito	0	4.200	4.222	0	0	0
Rendimientos financieros (especificar cuenta de ahorros, bonos, etc)	71	84	15	15	15	15
Otros Ingresos no Tributarios	239	1.626	462	462	462	462
Convenios Docente-Asistenciales	0	0	0	0	0	0
B. Ingresos No Corrientes	9.238	10.425	0	0	0	-
Convenios Del Departamento o Distrito	9.238	10.017	0	0	0	0
Disponibilidad Inicial Ocasional - Especificar		408				
C. Recaudo cartera - Rezago Vigencia Anterior	14.015	17.597	15.473	12.393	11.392	11.483
D. TOTAL INGRESOS (A+B+C)	71.497	89.080	85.232	81.727	81.956	82.048
GASTOS	Año N (2012)	Año 1 (2013)	Año 2 (2014)	Año 3 (2015)	Año 4 (2016)	Año 5 (2017)
E. Gastos Fijos Administrativos	6.341	6.841	6.458	6.467	6.339	6.214
Servicios Personales (Planta)	2.019	2.021	2.050	2.050	2.050	2.050
Otros Gastos Asociados a Personal	0	0	0	0	0	0
Gastos Generales	4.321	4.820	4.408	4.417	4.289	4.164
F. Gastos Variables Administrativos	8.661	9.590	8.711	8.453	8.237	8.075
Servicios Personales	3.114	3.231	2.666	2.592	2.519	2.496
Gastos Generales	5.547	6.359	6.045	5.861	5.718	5.579
G. Gastos Fijos Operacionales	13.741	13.919	14.121	14.120	14.120	14.119
Servicios Personales	13.741	13.897	14.099	14.099	14.099	14.099
Gastos Generales	0	22	22	21	20	20
H. Gastos Variables Operacionales	44.536	49.270	41.842	41.866	40.683	39.861
Servicios Personales	18.241	20.029	18.439	18.561	18.057	17.894
Gastos Generales	25.632	27.528	23.402	23.305	22.626	21.967
Inversión	664	1.713	0	0	0	0
I. Cuentas por Pagar - Rezago Vigencia Anterior	14.810	15.566	6.106	0	0	0
J. TOTAL GASTOS (E+F+G+H+I)	88.089	95.187	77.238	70.907	69.379	68.269
K. EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIÓN CORRIENTE (INGRESOS MENOS GASTOS) (D-J)	-16.592	-6.106	7.994	10.820	12.577	13.779

Fuente: Grupo de Saneamiento Hospital La Victoria.

Una vez implementadas las medidas, se puede establecer que las mismas contribuyen ostensiblemente en la generación de un escenario que permite lograr el equilibrio, el cual es bastante favorable, en la medida que si bien es cierto se pensaba lograr un equilibrio en el año 2017, el mismo con este escenario se consigue en el año 2014, de acuerdo como se presenta el escenario final.

Frente a las cuentas por pagar, estas se han tenido en cuenta en cada una de las vigencias ejecutadas y proyectadas, dichas cuentas se han venido cancelando en la siguiente vigencia con respaldo de las cuentas por cobrar recaudadas en cada vigencia. Las cuentas por pagar generadas de la operación corriente a partir de la vigencia 2013, se están reflejando en la vigencia 2014 y así sucesivamente en cada vigencia, estas cuentas por pagar se contemplan cubrir con el recaudo de la cartera de la vigencia 2014 y así sucesivamente, de tal manera que las cuentas por pagar de vigencias anteriores quedarían cubiertas hasta la vigencia 2016, cubriendo adicionalmente las cuentas de la vigencia corriente.

Con el ejercicio desarrollado, se logra determinar la situación económica de la institución, para obtener el equilibrio entre los ingresos recaudados y los gastos comprometidos durante las diferentes vigencias, para dar una continuidad operativa y financiera a la institución.

CONCLUSIONES

- La ESE debe fortalecer el nivel de recaudo, llevándolo del 72% en el 2013 y generar un equilibrio en los años siguientes hasta lograr el 87% en el 2017, mediante la radicación oportuna de la facturación, dentro de los 20 primeros días del mes siguiente y quincenal cuando la empresa la reciba.
- El Hospital La Victoria requiere incrementar la facturación a través de los servicios que sean más rentables para la institución, obteniendo mayor nivel de eficiencia y aprovechamiento del recurso tanto humano como físico y negociación en el mejoramiento de tarifas para la venta de servicios, redireccionando los servicios que no generan buena rentabilidad.
- Para lograr el equilibrio, es necesario controlar y disminuir el costo y gasto de la institución, a través del seguimiento y contención de estos, con la implementación de programas de ahorro en servicios, contención de horas extras, recargos, honorarios, compras conjuntas, negociaciones con proveedores, redistribución de servicios, optimización del recurso humano.

RECOMENDACIONES

- Se debe mantener siempre un diagnóstico real de la situación financiera y de producción de la institución, donde se determinen las causas y consecuencias por las cuales se encuentra en desequilibrio financiero y en riesgo de no continuar en marcha la institución, para poder tomar las medidas a que haya lugar.
- Es necesario efectuar una nueva investigación, pero que esté dirigida a conocer las necesidades de la comunidad hospitalaria y así poder contribuir con la mejora en los ingresos de la ESE.
- Para mantener el equilibrio y la efectividad en las medidas, se debe efectuar un control mensual en la ejecución presupuestal, para de esta manera poder evidenciar algún cambio que amenace el equilibrio y así tomar las medidas del caso.
- Efectuar capacitaciones a los funcionarios responsables del manejo financiero de la ESE incluyendo desde los auxiliares, hasta el Subgerente administrativo y Financiero y el Gerente.

BIBLIOGRAFIA

Ley 100 de 1993. Régimen jurídico. Artículo 195. Tomado de:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Ministerio de Salud y de Protección Social. 2013. Decreto 1141. Categorización de riesgo.
Artículo 13.

Ministerio de Salud y de Protección Social. 2012. Comunicación de la categorización del riesgo
de las Empresas Sociales del Estado. Resolución 2649

Ministerio de Salud y de Protección Social. 2011. Ley 1438. Determinación del riesgo de las
Empresas Sociales del Estado. Artículo 80 y 81

Ministerio de Salud y de Protección Social. 2013. Ley 1608. Programas de saneamiento y
fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado. Artículo 8.

Restrepo, Juan camilo. (2007). Derecho presupuestal. Editorial Legis. p. 47