

T.O.
0021

**IMPACTO DEL CAMBIO DEL SUBSIDIO A LA OFERTA, AL SUBSIDIO A LA
DEMANDA EN EL HOSPITAL "SAN FRANCISCO" DE GACHETA**

**LUIS CARLOS DIAZ PERDOMO
LIZ ANYURY LEON LAGOS
JAVIER ALFONSO MENESES PLAZA**

**Director
DR. EDUARDO ARIAS OSORIO**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
POSTGRADO DE GERENCIA DE INSTITUCIONES EN SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL**

SANTA FE DE BOGOTA, D.C., JUNIO DE 1997

**IMPACTO DEL CAMBIO DEL SUBSIDIO A LA OFERTA, AL SUBSIDIO A LA
DEMANDA EN EL HOSPITAL “SAN FRANCISCO” DE GACHETA**

**LUIS CARLOS DIAZ PERDOMO
LIZ ANYURY LEON LAGOS
JAVIER ALFONSO MENESES PLAZA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
POSTGRADO DE GERENCIA DE INSTITUCIONES EN SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL**

SANTA FE DE BOGOTA, D.C., JUNIO DE 1997

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santa Fe de Bogotá, D.C. junio de 1997

**A Ricardo, Marta Lucia, Olga Lucia y
nuestros hijos que nos brindaron con su
amor el apoyo y la comprensión en cada
instante en que estuvimos ausentes a lo
largo de estos años para lograr culminar
con éxito el fruto de nuestro esfuerzo.**

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Guillermo Restrepo Chavarriaga, Exdirector del Postgrado de Gerencia de Instituciones de Salud y Seguridad Social, por su valiosa orientación en los primeros semestres.

Al Dr. Eduardo Arias Osorio, Actual director del Postgrado de Gerencia de Instituciones de Salud y Seguridad Social, por sus enseñanzas, consejos y por haber continuado orientándonos con el ánimo de que lográramos culminar satisfactoriamente nuestros estudios.

A la Dra. Nohora Aydeé Ramírez, docente durante el postgrado, y quien estuvo asesorándonos en forma clara y con gran voluntad en la metodología del trabajo de grado.

Especialmente, al Dr. Jhony García, docente y asesor financiero porque estuvo guiándonos siempre y dedicó gran parte de su tiempo y de sus conocimientos para lograr los resultados finales del trabajo.

Al Dr. Carlos Arturo María Julio, Gerente del Hospital “San Francisco” de Gachetá por todo el apoyo brindado.

Al Hospital “San Francisco” de Gachetá, por ser la base donde edificamos nuestro trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACION	16
4. OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5. MARCO TEÓRICO	18
5.1 MARCO LEGAL	18
5.2 MARCO CONCEPTUAL	19
6. DISEÑO Y METODO DE INVESTIGACION	27
7. LIMITACIONES	28
8. PROCEDIMIENTO	29
9. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	31
10. CONCLUSIONES	34
11. RECOMENDACIONES	36

BIBLIOGRAFIA

39

ANEXOS

RESUMEN

En vista de lo reciente de la normatividad legal de la ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios se hace necesario evaluar el impacto de esta ley en el Hospital “San Francisco” ubicado en el municipio de Gachetá (Cundinamarca), nivel II de atención, teniendo en cuenta su baja concentración poblacional y su alto índice de necesidades básicas insatisfechas.

El objetivo general pretendió analizar de acuerdo con la información suministrada por la administración del hospital, una tendencia histórica acerca de el cambio del subsidio a la oferta la subsidio a la demanda, acerca de los movimientos financieros de ingresos y egresos causados en los años 1994, 1995 y 1996.

Por medio de un modelo lineal se proyectaron estos rubros al año 2001, cuando el hospital deberá estar funcionando como Empresa Social del Estado, siendo autosuficientes económicamente.

De acuerdo con las proyecciones logramos concluir que el hospital “San Francisco” podrá subsistir por sus propios recursos ejerciendo un control en la nómina, buscando una mayor productividad e implementando procedimientos adecuados de facturación y contabilización de los servicios.

Finalmente brindamos a las directivas del hospital herramientas de juicio, para permitirles tener una visión, más clara acerca de su funcionamiento al año 2001.

INTRODUCCIÓN

Antes de la implementación de la Ley 100, los Hospitales públicos presentaban a la Secretaría de Salud y ésta a su vez al Ministerio de Salud, el proyecto del presupuesto de la vigencia fiscal siguiente que se requería para su funcionamiento.

El Ministerio de Salud después de evaluar el proyecto lo aprobaba con algunas modificaciones y giraba el dinero a los hospitales de acuerdo al presupuesto aprobado. Esto es lo que se llama el subsidio a la oferta; los recursos llegaban antes de prestar los servicios de salud, sin importar como se prestaran.

La Ley 100 de 1993 por medio de su normatividad cambia el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, este último conlleva a que los hospitales primero presten los servicios de salud a los usuarios y posteriormente el hospital debe presentar una cuenta de cobro a los diferentes organismos que manejan estos recursos tales como: FOSYGA, FONSAT, EPS y ARS. Esto hace que el dinero venga detrás del paciente y no como ocurría antes de la implementación de esta Ley.

De acuerdo con el impacto que ha tenido la nueva ley de Seguridad Social en Salud, y en vista de la carencia de estudios previos, decidimos realizar en el Hospital “San Francisco de Gachetá” ubicado en el suroriente de Cundinamarca, un análisis cuantitativo global de la

forma como este ente venía manejando los recursos, teniendo en cuenta que está en una zona de baja concentración poblacional, con índices de pobreza absoluta, y prestando un nivel II de atención.

Con el presente estudio se pretende contribuir para que los hospitales públicos evalúen su comportamiento en los diferentes rubros que son afectados por el cambio del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda y determinar si estos van a lograr financiar sus competencias con sus propios recursos a partir del año 2001 cuando deberán estar funcionando como Empresas Sociales del Estado (E.S.E.).

Por último se presentan las recomendaciones para que el Hospital San Francisco de Gachetá o cualquier ente público tenga un elemento más de juicio y analice las alternativas de viabilidad que posee para reducir gastos y lograr sobrevivir ante la competencia, ofreciendo calidad, oportunidad, rapidez y eficiencia en la prestación de los diferentes servicios.



1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Esta investigación se realizó en el Hospital “San Francisco” de Gachetá, ubicado al oriente del Departamento de Cundinamarca, en la provincia del Guavio, y más específicamente en el municipio de Gachetá. Es un organismo público de nivel II de atención, dependiente de la Secretaría de Salud de Cundinamarca que tienen como misión ofrecer servicios de salud a la comunidad. Del Hospital depende en salud los siguientes municipios con centros de salud y puestos de salud. Junín (centro de salud) y puestos de salud los de las inspecciones de Sueva, Claraval, Chuscales, Ubalá (centro de salud) y puestos de salud, los de las inspecciones de Mámbita, Laguna Azul, y Santa Rosa. Gachalá (centro de salud), y Gama (centro de salud). Tiene como referencia al Hospital de la Samaritana que es de nivel III y a donde se remiten todas las patologías que no se pueden atender en el Hospital.

En dicha región se empezó a contar con atención en salud en los primeros años del siglo XX, gracias a las donaciones que un grupo de vecinos hicieron para la fundación de un hospital, el que quedó constituido en 1.905 con el carácter de particular, con el fin de prestar asistencia social a las personas desposeídas de recursos.

Por ordenanza 43 del 15 de Mayo de 1.933, se ordena la construcción del Hospital de Gachetá cuyo nombre fue Hospital Distrital San Antonio. Posteriormente el 20 de Julio de

1.954 este nombre fue cambiado por el de “San Francisco” en reconocimiento al Dr. Francisco Ortega, Síndico Gerente de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca, por sus aportes en auxilios a esta institución. En 1977 recibió el nombre de Hospital Regional “San Francisco” de Gachetá y en 1.994 recibe el nombre de Hospital Nivel II “San Francisco” de Gachetá atendiendo a las nuevas leyes en salud.

Gachetá se encuentra ubicado a una distancia aproximada de 86 Kilómetros del Distrito Capital Santafé de Bogotá. Según el censo de 1993 la totalidad de habitantes de la regional del Guavio, es aproximadamente de 62.000. Se distribuyen en 5 municipios, caracterizados por tener una población rural, agrícola, minifundista, con un alto índice de analfabetismo. Es ésta una población dispersa y catalogada con un alto índice de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas).

El Hospital cuenta con 4 servicios básicos de Medicina: Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía General. Cuenta además con Laboratorio Clínico, Departamento de Rayos X, de Ecografía y servicio de Gastroenterología e Imagenología. También con Urología, Ortopedia y Oftalmología, hay también servicio de consulta externa, un área de hospitalización en pensionados, servicio de Odontología General, Trabajo Social, Nutrición, Almacén, taller de mantenimiento y un área de servicios de hotelería.

Su estructura administrativa está constituida por una Junta Directiva, un Gerente General y tres subgerencias: administrativa, de servicios hospitalarios y de promoción y prevención. De

la primera depende lo correspondiente a finanzas, suministros y compras, recursos humanos, servicios generales y mantenimiento, servicio de información y transporte.

De la segunda se deriva lo relacionado con los servicios de hospitalización, servicios ambulatorios, servicios de ayuda diagnóstica y tratamiento.

De la tercera se deriva todo el servicio de vigilancia epidemiológica, programas de cumplimiento obligatorio a nivel nacional (control prenatal, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, lactancia materna, control de cáncer de cérvix, hipertensión arterial, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, programas médicos especiales, programa de inmunizaciones); educación individual y colectiva y promoción y prevención de la enfermedad. De esta área dependen los centros y puestos de salud de los diferentes municipios tanto administrativa como científicamente.

Cuenta además con una serie de comités que tienen el carácter de asesores tales como: Comité técnico, científico, COVE, de personal, de emergencias, de compras, de Bienestar social y de auditoría médica.

El Hospital cuenta con un manual de funciones muy concreto para todo el personal que labora en la Institución. El de procedimientos está en elaboración y el de inducción se encuentra por áreas.

Los recursos, están determinados en tres grupos: Humanos, Físicos y Financieros. En cuanto a los recursos humanos el hospital está muy por debajo, en cuanto a su mínimo de requisitos para un hospital Nivel II.

Los recursos físicos con que cuenta el hospital están mal distribuidos y algunos son demasiado estrechos e incómodos que necesitan adecuarse a los tiempos actuales. Tiene en la actualidad 68 camas y 8 consultorios de consulta externa la cual se ha quedado corto, por lo tanto se piensa ampliar para dar mejor atención al usuario.

El Hospital está regido por las normas dadas en la ley 100 de diciembre de 1993 y las distribuciones dadas en la ley 60 del 12 de agosto de 1993, cumpliendo así con las normas dadas en la ley 10 principalmente en sus artículos 11 y 12 para financiar y realizar las acciones de fomento de la prevención de la enfermedad y garantizar la prestación de los servicios de fomento, prevención tratamiento y rehabilitación correspondientes al Nivel I, II, III de atención de la comunidad, directamente a través de entidades descentralizadas de conformidad con los artículos 4 y 6 de la ley 10 de 1990.

Con la ley 60 de agosto 12 de 1993 con su distribución del situado fiscal en cada departamento y municipio para la prestación de servicios, con las reglas especiales para la

descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud por parte de los municipios¹.

En 1985, el Ministerio de Salud denominó a las Unidades Regionales de Salud, como Unidades Básica de Administración, basándose en los criterios de eficiencia y efectividad de las actividades; adecuando la oferta de los servicios y la demanda real de la población, buscando su fortalecimiento, y mejorando así sus capacidades en el proceso administrativo y por ende en la calidad de prestación de servicios.

Hasta 1.985 el hospital tuvo un crecimiento muy lento y mostraba un atraso general en su tecnología.

A partir del año 1.986 se inició la modernización del hospital y se trajo por servicios prestados a especialistas en Oftalmología y Cirugía Plástica hoy en día se cuenta con especialistas de Planta en Cirugía General, Gastroenterología, Imagenología y adscritos de Ortopedia, Urología y Oftalmología, acompañados de una tecnología acorde con las especialidades, además la planta de personal se ha incrementado con médicos, internos rotatorios, bacteriólogas y enfermeras.

¹ Capítulo II, artículo 8, 9, 10, de la Ley 10/90.

El área administrativa se han dictado cursos de capacitación en computadores y se cuenta con algunas áreas sistematizadas como nóminas, costos, kárdex de farmacia, presupuesto y contabilidad y se está en vía de sistematización las demás áreas del hospital.

Posteriormente en 1.987 llega la reforma administrativa, fundamentada en la descentralización política, fiscal y administrativa dando autonomía a los municipios en la prestación de los servicios públicos que obligan a tener un nuevo enfoque en la prestación de los servicios de salud.

Esto se refuerza con la sanción de la ley 10 del 10 de Enero de 1.990, que establece la reorganización del Sistema Nacional de Salud, exigiendo un adecuado control de gestión, acciones participativas, mejora de la cobertura de servicios y calidad de prestación de los mismos en toda institución de Salud; según el artículo 2º del Decreto N° 0412 de 1.992².

Posteriormente la ley 60 de 1.993 da a los municipios más autonomía con la distribución de competencias y recursos.

Ante la falta de mayor cobertura en Salud, el gobierno del Presidente Cesar Gaviria reforma en Colombia el Sistema Nacional de Salud, mediante la ley 100 de diciembre de 1993; Sistema General de Seguridad Social en Salud donde se establecen los mecanismos para

² De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2º de la ley 10 de 1.990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia, independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio

brindar un mejor servicio de salud por parte de todos los entes privados, públicos o mixtos y entes territoriales por parte de los municipios.

Este cambio se hace principalmente para ofrecer una atención integral (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), para los afiliados al Régimen Contributivo y progresivamente a los del régimen subsidiado.

La orientación general busca que toda la estructura administrativa y de servicios esté organizada en Entidades Promotoras de Salud, EPS Entidades Sociales del Estado, E.S.E. Instituciones Prestadoras de Salud, IPS

Actualmente el hospital tiene contrato para la prestación de servicios con Convida, Castillos y Asociados, Unimec, Instituto de Seguros Sociales ISS, la E.S.S. de Gachetá, Ubalá, Insponal, Batallón Baraya , Cajanal y Otras.

La demanda de servicios en el Hospital “San Francisco” de Gachetá en su gran mayoría ha hacen los usuarios campesinos de muy bajo nivel cultural, y en su gran mayoría de pobreza absoluta pertenecientes al régimen Subsidiado y mayormente el Vinculado. Un pequeño porcentaje de usuarios se hace a los afiliados al régimen Contributivo.

De esta forma se produce un cambio del régimen subsidiado a la oferta de un régimen que subsidia la demanda, con el fin de promover la competencia y la libre escogencia para conseguir calidad, y eficiencia en la atención en salud.

Es básico resaltar la importancia de la imagen, objetivo que debe existir en cada institución de Salud, dirigida siempre a brindar una mejor oferta de servicios a través de una buena calidad de atención, que muchas veces se ve afectada por la inadecuada utilización de los recursos, por la falta de motivación del trabajador de la salud para realizar sus actividades, influyendo en la aceptación que la comunidad tenga de estos servicios.

En el momento de la normatización de la ley 100, solamente el 50% de los asalariados estaban afiliados al Sistema Nacional de Salud, de los cuales solamente el 18% tenía cobertura familiar, por lo tanto el cubrimiento hasta ese entonces era de 6.5 millones de Colombianos; con el nuevo régimen de Seguridad Social se pretende cubrir los 35 millones de habitantes del Territorio Nacional.

El Hospital “San Francisco” de Gachetá, obtiene su subsidio a la oferta de parte de Gobierno Nacional en un 25%, del Gobierno Departamental en un 65%, siendo este el de mayor apoyo para su subsistencia; las rentas propias son de sólo el 7.94% y los recursos de balance (deudores de venta de algunos inventarios) el 2.25%.

De esta forma viene funcionando en el sistema actual, por lo que el Hospital “San Francisco” de Gachetá viene prestando una labor más social que lucrativa siendo este su verdadero objetivo; pero la ley lo obliga a vivir con sus propios recursos³ de su nómina, faltando los

³ como lo reglamenta la ley 10 de 1990 en sus artículos 10, 11, 12, 19, los cuales escasamente cubren el 70%,

insumos, tecnología y otro recurso humano, para funcionar como el verdadero segundo nivel de atención.

Esta institución localizada en dicha área tiene que hacer los ajustes y los cambios a partir prácticamente de la fecha, puesto que en el año de 1997 el subsidio a la oferta irá disminuyendo hasta llegar al 2001 donde desaparecerá este aporte. Por tres años el hospital mantendrá el presupuesto a través de las transferencias o aportes que disminuirán paulatinamente⁴.

A partir de 1996 el hospital “San Francisco” de Gachetá comenzó a aplicar las tarifas SOAT en la prestación de los servicios de salud, que son de cumplimiento obligatorio a nivel Nacional, esto causó un gran impacto en la comunidad puesto que comenzaron a cobrarse y a facturarse grandes cuentas por los servicios que se prestan; causando esto una disminución en los servicios ofrecidos.

Las personas del régimen subsidiado cancelan el 5% o 10% según estratificación 1 y 2, el 30% para el estrato 3 según el estudio SISBEN, pero éste estrato aún no está reglamentado, sin embargo el paciente vinculado (que no tiene ningún seguro) se le clasificó dentro de este 30%, tal vez por esta razón se presentó el fenómeno de la inasistencia por haber creado una confusión en la comunidad, igualmente el personal encargado de guiar este proceso en el municipio de Gachetá tuvo las mismas confusiones.

⁴ según los artículos 32,33,34,36,37, ley 10, artículos 10 de ley 60

Los pacientes del estrato 1 y 2 cancelaban al Hospital inclusive menos que en el régimen anterior. El régimen contributivo nunca tuvo problemas puesto que se le cancelaba el 100% de sus servicios⁵.

El Hospital comenzó a hacer contratos con las diferentes EPS y E.S.S. viéndose en la necesidad de crear un sistema de costos y un sistema de facturación óptimo o por lo menos que comenzara a desarrollarse para poder facturar todas sus actividades.

Lo anterior causa gran impacto en el mismo trabajador del hospital puesto que el cree que por los servicios de hospitalización y demás, el paciente tendría que cancelar su totalidad, esto crea una resistencia al cambio debido a que no entiende las aplicaciones el nuevo Sistema de Seguridad Social.

De igual manera esto permite realizar una gran labor en el personal capacitándolo para optimización de los recursos, mejorando la productividad y logrando facturar el mayor número de actividades, y permitiendo un eficaz recaudo de los fondos del Hospital, para cumplir con el reto impuesto por la ley 100.

⁵ Decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995, capítulo IV, art. 17 y 18.

Los servicios de segundo nivel para 1996 no obtuvieron los resultados que se esperaban puesto que el hospital no contaba con una prestación de servicios por parte de las especialidades en jornada continua, lo que influyó para se vieran afectados, estos índices de hospitalización, rotación cama, costo cama, cancelación de cirugías, y no fueran los mejores para este año. Igualmente el subregistro de la información hace que se vean afectados éstos índices y por lo tanto afectada la gestión técnica.

En lo corrido que va de este año se cuentan con todas las especialidades básicas, que cubren el 90% del tiempo, controlando el subregistro, se ha podido observar una mejoría en los índices anteriormente anotados, donde el porcentaje ocupacional a pasado al 62.7%.

En el año 96 tuvo un 42% de ocupación, el promedio estancia es de 7 días, el giro cama es de 3% y el de cancelación de cirugías es del 30% estos califican la gestión técnica y reflejan la recuperación económica por segundo nivel. Las tasas de mortalidad en menos de 48 horas son del 1%, la mortalidad mayor de 48 horas es del 3%, la mortalidad perinatal es del 2.5%, la de infección intrahospitalaria es del 1%.

El porcentaje de rentas propias alcanza el 35%, alcanzando picos en algunos meses, lo cual puede ser por la depuración lenta de la facturación al régimen subsidiado y contributivo, pero el gran monto de facturación se la lleva el vinculado, el cual va contra la cuenta del situado fiscal que le llega al Hospital, lo que indica que este recurso se lo lleva todo este régimen.

Sin embargo la ley dice: al pasar la facturación del situado fiscal que llega al Hospital el Fosyga lo cubre.

El índice de servicios personales demuestra que los recursos alcanzan para cubrir escasamente la nómina en 80%, que los suministros se llevan el 15%, los gastos generales el 5% quedando copado el presupuesto, por lo tanto no queda para inversión en mejoras de planta física y para el aumento de la tecnología, ver anexo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al cambio del subsidio de la oferta al subsidio a la demanda se hace necesario conocer el comportamiento de los ingresos y egresos, tomando como base los años 94, 95 y 96 para proyectarlos hasta el año 2001 cuando el Hospital San Francisco de Gachetá deberá ser autosuficiente.

3. JUSTIFICACION

La Ley 100 hace necesario desarrollar un modelo de proyección cuantitativo para analizar el comportamiento financiero y de esta manera darle herramientas a las directivas del hospital en la toma de decisiones a futuro.



4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si el Hospital San Francisco de Gachetá podrá subsistir con la generación de sus propios recursos a partir del año 2001, teniendo en cuenta el cambio del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Analizar los ingresos con egresos del hospital “ San Francisco”, con base en los años 1994, 1995 y 1996.
- b. Proyectar ingresos y egresos del Hospital desde el año 1997 al 2001 por medio de un modelo lineal, basados en la tendencia histórica de los años 1994, 1995 y 1996.
- c. Brindar recomendaciones de interés que conduzcan a implementar procesos administrativos para definir las condiciones propias del hospital a fin de garantizar su subsistencia.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO LEGAL

La ley 10 de enero de 1990 descentraliza la administración de los servicios de salud, estableciéndose las juntas directivas en los hospitales públicos y los comités de participación comunitaria para el caso de los centros de salud.

En esta ley se declaran los “Servicios de Salud” como un servicio público de obligatoria prestación por parte del Estado e intervenidos por éste en los controles técnicos de los servicios y sus tarifas cuando se pagan con los dineros públicos.

Además esta norma moderniza la administración hospitalaria exigiendo el manejo estricto de la contabilidad de costos y sistemas de control de gestión, incorporando además la participación comunitaria y municipalidad en sus organismos de dirección. Uno de los puntos más relevantes y de especial connotación para los municipios, hace referencia al artículo 37 de la ley 10/90 que señala los requisitos exigidos para poder asignar, a nivel municipal los recursos del situado fiscal.

Las normas de costos tendrá como marco de referencia fundamental la necesidad de desarrollar técnicas de carácter financiero, para procurar un mejor aprovechamiento de los recursos en las áreas de atención a las persona, atención al ambiente y servicios generales, de tal manera que provean al Hospital “San Francisco” de una herramienta útil para la toma de decisiones y coadyuven en una mayor eficiencia de la gestión en salud.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

Como el Hospital “San Francisco” de Gachetá, está localizado en una región de baja concentración poblacional con necesidades básicas insatisfechas NBI, a continuación se presentan los indicadores que lo definen:

- a. Vivienda inadecuada (según los materiales con que estén hechos las paredes, techos y pisos)
- b. Falta de acceso a los servicios públicos (electricidad, agua potable y saneamiento)
- c. La alta densidad de ocupación del hogar (siendo límite más de tres personas por habitación)
- d. Niños en edad escolar que no asisten a plantel educativo

e. La alta tasa de dependencia (siendo el límite más de tres personas por ocupado)

El hogar se define como pobre si adolece de cualquiera de las cinco condiciones.

Como el índice de precios al consumidor no se calcula para las zonas rurales, se usa el componente alimentario de IPC nacional correspondiente a los estratos de bajos ingresos.

A través del acuerdo 009 de 1994 recogido por el Decreto 1895 de 1994, el CNSSS determinó que el instrumento para tal fin será del SISBEN, Sistema de Identificación de Beneficiarios, instrumento creado por la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

El SISBEN como instrumento de focalización, combina variables como el índice de necesidades básicas insatisfechas, el cual detecta necesidades de infraestructura (composición de vivienda, etc.), servicios (acueducto, alcantarillado, etc.), y otras variables que se relaciona con el concepto de “Línea de pobreza” definición muy usada para medir los ingresos y la capacidad para generarlos, por ejemplo la educación promedio de la familia y la educación de los jefes de familia.

En el desarrollo de esta investigación hemos usado como marco teórico y conceptual las siguientes definiciones financieras:

El objetivo básico financiero es la maximización del valor de la empresa. Desde ahora hay que tener en cuenta que cuando se habla de empresa nos referimos al Hospital “San Francisco de Gachetá”

Se supone que si el valor de la empresa aumenta es muestra de que se están logrando sus objetivos: hay permanencia en el mercado, crecimiento de la participación del mercado, eficiencia en la prestación de servicios, satisfacción del personal, y del usuario.

La rentabilidad es uno de los factores más importantes para cualquier empresa pero para el Hospital “San Francisco” de Gachetá, el rendimiento financiero va directamente relacionado al servicio social.

En el estado de ganancias y pérdidas, es donde se presenta o muestra el resultado del ejercicio, se muestra en forma ordenada los ingresos, costos y los gastos causados en un período.

Los ingresos son en general, los recibidos por venta de servicios que denominaremos ingresos operacionales o ingresos ordinarios provenientes de la realización del objeto de la empresa y otros ingresos extraordinarios que son los que no provienen de las operaciones de la empresa como, el situado fiscal y los ingresos corrientes de la nación.

Los ingresos se clasifican en operacionales y no operacionales.

5.2.1 INGRESOS OPERACIONALES: Comprenden los valores recibidos y/o causados como resultado de las actividades desarrollados en cumplimiento de su objeto social mediante la entrega de bienes o servicios, así como los dividendos, participaciones y demás ingresos por concepto de intermediación financiera, siempre y cuando se identifique con el objeto social principal del ente económico. Ej. Ingresos sociales y de salud.

5.2.2. INGRESOS NO OPERACIONALES: Son ingresos provenientes de transacciones diferentes a los del objeto social o giro normal de los negocios del ente económico que incluye entre otros, los relacionados con operaciones de carácter-financiero en moneda nacional o extranjera, arrendamientos, servicios, honorarios, utilidad en venta de propiedades, planta y equipo e inversiones, dividendos y participaciones, indemnizaciones, recuperaciones de deducciones e ingresos de ejercicios anteriores.

5.2.3.GASTOS. Cuentas que representan los cargos operativos y financieros en que incurre el ente económico en el desarrollo del giro normal de su actividad en un ejercicio determinado. Mediante el sistema de causación se registrará con cargo a las cuentas del estado de resultados los gastos causados pendientes de pago.

Se entiende causado un gasto cuando nace la obligación de pagarlo aunque no se haya hecho efectivo el pago. Al final del ejercicio las cuentas de gastos, se cancelarán con cargo a la cuenta de ganancias y pérdidas. Los gastos se clasifican en Operacionales, no operacionales, impuesto de renta y complementarios, ganancias y pérdidas.

5.2.4 GASTOS OPERACIONALES DE ADMINISTRACIÓN: Son los ocasionados en el desarrollo del objeto social principal del ente económico y registran las sumas o valores en que se incurre durante el ejercicio, directamente relacionados con gestión administrativa encaminada a la dirección, planeación, organización de las políticas establecidas para el desarrollo de la actividad operativa del ente económico incluyendo básicamente las áreas ejecutiva, financiera, comercial, legal y administrativa.

Se clasifican como gastos operacionales de administración entre otros los siguientes: Gastos de personal, honorarios, impuestos, arrendamientos, contribuciones y afiliaciones, seguros, servicios, gastos legales, mantenimiento y reparaciones, adecuación e instalación, gastos de viaje, depreciaciones, amortizaciones, provisiones, gastos diversos.

5.2.5. GASTOS OPERACIONALES DE VENTAS: Son gastos ocasionados en el desarrollo principal del objeto social y que están directamente relacionados con la gestión de ventas incluyendo básicamente las incurridas en el área ejecutiva, de distribución, mercadeo, comercialización, promoción, publicidad y ventas. Se clasifican bajo los conceptos de: gastos de personal, honorarios, arrendamientos, contribuciones y afiliaciones, seguros, servicios, gastos legales, mantenimiento y reparaciones, adecuación e instalación, gastos de viaje, gastos diversos.

5.2.6 GASTOS NO OPERACIONALES. Comprenden los gastos no relacionados directamente con la explotación del objeto social del ente económico. Comprenden

conceptos tales como: gastos financieros, pérdida en venta y retiro de bienes, gastos extraordinarios, gastos diversos.

5.2.7.COSTO DE VENTAS. Representan la acumulación de los costos directos e indirectos necesarios en la elaboración de productos y/o prestación de los servicios vendidos, de acuerdo con la actividad social desarrollada por el ente económico. Al final del ejercicio los saldos de las cuentas de costos de ventas se cancelarán con cargo a la cuenta ganancias y pérdidas.

5.2.8.COSTO DE VENTAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Representa el monto asignado por el ente económico a los artículos y productos vendidos y a los servicios prestados durante el ejercicio contable. Comprende los servicios sociales y de salud.

Dentro de los gastos generales para que marche el hospital se consideran los gastos administrativos de ventas, tributarios, financieros y promociones, etc. Los ingresos son la recuperación de los gastos; las empresas de servicios, están representados por la venta de servicios.

Los gastos y costos son aplicaciones de capital para obtener el cumplimiento de la función operativa de la empresa, se gasta para producir y mantener el hospital.

Gastos de administración, son aquellos distintos a los de la venta de servicios, como el sueldo del Gerente, de la secretaria, del mensajero y del contador, la papelería los útiles de oficina y publicidad, etc.

Para lograr analizar las cuentas es necesario realizar el análisis vertical de estas. Consiste en relacionar cada una de las partidas de un estado financiero en relación a una cuenta de base cuyo valor se hace igual al 100%, en el balance general. En nuestro caso tomamos los rubros de ingresos y egresos que son como encontramos los estados financieros en la contabilidad de este hospital.

Se debe hacer el análisis vertical de cada uno de los rubros individuales y calcular qué porcentaje corresponde al total.

El porcentaje que cada cuenta representa sobre una cifra base nos dice mucho de su importancia como tal, de las políticas de la empresa, de la estructura financiera, de los márgenes de rentabilidad.

Para analizar las cuentas a través de los años, se realiza el análisis horizontal que consiste en tomar el saldo de cualquier cuenta de varios años y dando por año el valor del ciento por ciento, para el año base y relacionado el valor de tal cuenta de ese año, con los valores de la misma en los demás años considerados.

Como puede apreciarse este método no solo deja ver las tendencias en sí, de la cuenta, sino también las variaciones, aumentos o disminuciones en el valor de la misma, a través del tiempo.

6. DISEÑO Y METODO DE INVESTIGACION

Para el presente estudio decidimos efectuar un tipo de investigación de campo, de carácter descriptivo y evaluativo. El universo fue tomado del Hospital “San Francisco” de Gachetá y su área de influencia. Teniendo en cuenta los servicios prestados por el Nivel II de atención en el área, la muestra se tomó de los datos y antecedentes históricos contables y estadísticos del funcionamiento administrativo del hospital.

7. LIMITACIONES

La contabilidad y el proceso de organización de la información tomada para el presente estudio carecía de soporte técnico necesario, esto implicó que se debieran tomar fuentes secundarias para justificar y sustentar el análisis de la información.

Por la magnitud del tema esta investigación se limita a recomendar en la profundización del análisis de ingresos y egresos del hospital.

8. PROCEDIMIENTO

Se tomaron en cuenta los rubros más importantes financieramente de ingresos y egresos, se realizó un análisis horizontal para determinar la tendencia de estas cuentas. Igualmente aplicamos un modelo de proyección lineal, Anexo 13, con base en los años 94, 95, 96 para determinar si con éstos ingresos y egresos el hospital podría funcionar con su venta de servicios a partir del año 2001.

Hay varios métodos para proyectar la venta de servicios; tradicionalmente se exponen dos enfoques: uno causal y otro no causal. El primero se fundamenta en la realidad de la venta de servicios con relación a lo presupuestado y el segundo conformado únicamente por datos históricos que muestran las tendencias de ejercicios anteriores.

En nuestro caso exponemos la “línea de tendencia” de la venta de servicios con respecto al tiempo para predecir a futuro (2001). Se observa que las predicciones hechas al utilizar este método dependen exclusivamente de los movimientos anteriores.

Se usó la siguiente ecuación:

$$Y = a + bX$$

$$a = \text{suma } Y / n$$

$$b = \text{suma } XY / \text{suma } X^2$$

donde

n = a la cantidad de años examinados,

osea $n=3$



9. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

- a. Los costos fijos que incluyen pago de nómina, personal supernumerario, transferencias y todo el pasivo prestacional han venido incrementándose y en el año 96 equivalen al 71% de los gastos, Anexos 1, 3, 4 y 5.
- b. Los suministros en el rubro de productos farmacéuticos, material de odontología, laboratorio y rayos x han tenido un incremento importante en los años analizados. Esto es el resultado de que la venta de estos servicios también se ha incrementado, Anexos 1 y 9.
- c. En el ítem de gastos generales encontramos una alta concentración y un significativo aumento de los gastos de seguros, impresos y publicaciones, servicios públicos, viáticos y gastos de viaje, Anexos 1 y 8.
- d. Los egresos han venido incrementándose en cada vigencia fiscal, Anexo 6.
- e. Los gastos de inversión (este concepto se refiere a la capacitación de los funcionarios y de la comunidad) vienen en aumento y principalmente en el año 96, Anexo 1.

- f. El ingreso más representativo en el año 96 es el que viene aprobado por la secretaría de salud y Ministerio de Salud, (Situado Fiscal e Ingresos Corrientes de la Nación) el cual comienza a recortarse en 1997 hasta desaparecer al año 2001, Anexo 2, 7, 10 y 11.
- g. El rubro de rentas propias por venta de bienes y servicios viene aumentando, como el proceso de transformación al que se deben adaptar los ingresos del hospital. Sólo el 50% de los anteriores ingresos obedece al paciente vinculado, el cual al 2001 puede convertirse en afiliado, Anexo 2 y 12.

Lo anterior podría beneficiar al hospital, porque esta franja tendrá que estar afiliada al año 2001. El hospital recibe por el situado fiscal 1.886.427 millones, lo que corresponde al 21.26% de los ingresos del hospital, por el departamento recibe el 79% y solo recupera el 39%.

El comportamiento lineal de las proyecciones de los ingresos y egresos muestra la tendencia mayor de crecimiento de los costos sobre los ingresos a pesar de que existe una diferencia de crecimiento proyectado (ingresos 26%, egresos 24%) en 2%, la tendencia y el análisis del entorno demuestra que los egresos tienen un marcado comportamiento en aquellos rubros estables que dentro del análisis de todas las variables tales como gastos de nómina y costos de materiales, resultan más seguros en el crecimiento; por otra parte los conceptos o componentes del ingresos que hacen parte de la proyección de esta institución, son menos seguros o estables, ya que estos cargos dependen de la prestación de los servicios del hospital y en último son los que encontramos en el estudio no garantizan la continuidad y

estabilidad de los mismos frente al comportamiento de los egresos, estos va a traer dificultades en el flujo de tesorería del proyecto, en la liquidez necesaria para el giro normal del hospital y a la necesidad de financiamiento que es sinónimo de sobre costos de los egresos por el costos de los recursos necesarios, determinados por la mayor y marcada estabilidad de los egresos frente a los ingresos, Anexos 13 y 14.

10. CONCLUSIONES

- a. El rubro de nómina es el que más ha aumentado en los tres años analizados produciendo las mayores erogaciones. Este comportamiento viene mostrando un riesgo creciente debido a la estabilidad y a la liquidez que demandan este concepto.
- b. Los rubros de productos farmacéuticos, materiales de odontología, laboratorio y rayos X, logran una recuperación considerable permitiendo mejorar los ingresos por venta de estos servicios.
- c. Debido a la necesidad de obtener una mayor tecnología por la mayor competitividad en el mercado, se han venido adquiriendo mayores compromisos, haciendo que gastos generales tales como gastos en seguros aparezcan cíclicos y no continuos.
- d. Los gastos de inversión nos muestran una tendencia al alza de los rubros de los programas de capacitación, proyectos de educación continuada. Por otra parte los rubros de gastos de inversión correspondientes a los programas de saneamiento, proyectos de acueducto y proyecto de tasas sanitarias van a desaparecer.

- e. Hay que tener en cuenta que el rubro de transferencias dado por el situados fiscal e ingresos corrientes de la nación irá disminuyendo gradualmente hasta el año 2001, cuando el hospital tendrá que realizar su propio presupuesto por su venta de servicios.
- f. Una amenaza encontrada en el análisis del entorno, es la baja concentración poblaciones y un NBI muy alto.
- g. Una gran oportunidad encontrada en el análisis del entorno, es que el hospital actualmente no tiene competencia para el segundo nivel de atención, ya que es el único en la región.
- h. Encontramos en el análisis del entorno, una amenaza representada en las empresas solidarias de salud de primer nivel de atención que funciona en el área de influencia del municipio de Gachetá.

11. RECOMENDACIONES

- a. Ejercer un mayor control en la nómina, buscando la productividad a través de la creación de perfiles adecuados por cargos como la elaboración de manuales de funciones y de procedimientos, análisis de tiempos y movimientos, de tal forma que nos lleven a buscar la mayor productividad que compense los cargos de este rubro.
- b. Implementar esquemas que cambien el tipo de remuneración, que vayan directamente ligados a la productividad y al rendimiento.
- c. Implementar procedimientos adecuados para la facturación y contabilización de los servicios de apoyo. Al depender los ingresos de los servicios prestados, esto es consecuencia del aumento de inventarios, de los productos farmacéuticos, materiales de odontología, laboratorios y rayos x; por lo tanto se deben crear centros de costos para el mejor manejo y aprovechamiento de estos.
- d. Programar la cobertura del mercado, el crecimiento tecnológico, y el posible aumento de la capacidad instalada, puesto que esto llevaría a aumentar los gastos generales.

- e. Buscar estrategias adecuadas de capacitación del recurso humano que correspondan a las necesidades del hospital y su región.
- f. Es necesario buscar un liderazgo en los nuevos conceptos de ingresos del hospital, para poder lograr sustituir la alta concentración que en este momento tiene el subsidio a la oferta, debido a la desaparición programada al año 2001.
- g. Al tener que depender totalmente de rentas propias por venta de bienes y servicios es necesario, buscar el montaje de una estructura que garantiza los ingresos a través de un buen proceso de facturación y la recuperación de la cartera facturada.
- h. La amenaza de la baja concentración poblacional implica el diseño de estrategias encaminadas hacia la prestación de un buen servicio, que mantenga los usuarios actuales para que puedan garantizar los ingresos futuros. Debido a que no será fácil conseguir un mayor número de clientes.
- i. Se hace necesaria la definición de un portafolio claro de servicios de segundo nivel para que pueda permanecer esa oportunidad y pueda ser convertida en fortaleza, lo cual debe ser estar representado en la maximización del valor del hospital.
- j. El hospital deberá fortalecer su primer nivel de atención, buscando diferenciación del servicio en cuanto a calidad, oportunidad y atención al usuario.

- k. Desarrollar programas de motivación con el cliente interno a aumentar la productividad, incentivando al personal de la empresa económicamente, sin afectar la calidad del servicio.
- l. Implementar un paquete contable que determine un sistema de costos, que sea lo más exacto posible para poder establecer tarifas apropiadas alas condiciones del entorno.
- m. Desarrollar un sistema de información gerencial, para la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFIA

ALLEN SWEENEY, H.W., RACHLIN, Robert. Manual de Presupuestos.

Constitución Política de Colombia. 1991.

DANE. Censo del municipio de Gachetá. 1993

FRED, R. David. La Gerencia Estratégica. Serie empresarial. Legis. 1991.

GARCIA, J. J., Teoría de los Estados Financieros, informes sin editar, 1996.

Hospital San Francisco de Gachetá, Informe Financiero de Ingresos y Egresos. 1994-1996.

LEY 10 de 1990, MINSALUD.

LEY 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social, 1993.

LEY 60 de 1993, MINSALUD.

OSORIO, V., Ej. Manual de Gerencia Financiero. Ed. USTA, 1991.

Secretaría de Salud de Cundinamarca, Departamento Administrativo Resolución 4155,
1994.



LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Ejecución Presupuestal de Gastos durante 1994, 1995 y 1996.

ANEXO 2. Ejecución Presupuestal de Ingresos durante 1994, 1995 y 1996.

ANEXO 3. Porcentaje de Gastos por Nómina frente a Presupuesto de 1994.

ANEXO 4. Porcentaje de Gastos por Nómina frente a Presupuesto de 1995.

ANEXO 5. Porcentaje de Gastos por Nómina frente a Presupuesto de 1996.

ANEXO 6. Gastos por Vigencia Fiscal 1994-1996.

ANEXO 7. Ingresos por Vigencia Fiscal 1994-1996.

ANEXO 8. Comportamiento de Gastos Generales 1994-1996.

ANEXO 9. Comportamiento de Gastos en Suministros 1994-1996.

ANEXO 10. Ingresos por Situado Fiscal 1994-1996.

ANEXO 11. Ingresos Corrientes de la Nación.

ANEXO 12. Ingresos por Rentas Propias 1994-1996.

ANEXO 13. Cuadro Comparativo de Proyecciones de Ingresos y Egresos.

ANEXO 14. Proyecciones de Ingresos y Egresos al año 2001.

ANEXO 1
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE GACHETÁ"
EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS DURANTE 1994-1996

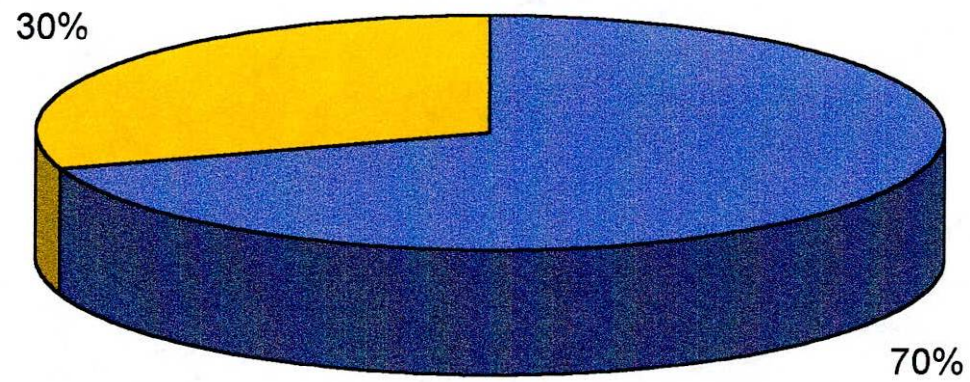
Código	Denominación del rubro	1994	1995	1996	ANALISIS 95-94		ANALISIS 96-95	
					VR ABS	VR RELAT	VR ABS	VR RELAT
200000	GASTOS	1.282.915	2.002.938	3.433.783	720.023	56%	1.430.845	71%
210000	Gastos de funcionamiento	1.247.561	1.988.390	3.358.237	740.829	59%	1.369.847	69%
211000	SERVICIO PERSONAL	553.771	926.565	1.621.576	372.794	67%	695.011	75%
211010	SUELDO /NOMINA	341.204	547.507	839.344	206.303	60%	291.837	53%
211020	GASTOS DE REPRESENT	0	428		428	100%	-428	-100%
211030	PERSONAL Supernumerario	3.869	14.134	27.141	10.265	265%	13.007	92%
211040	PRIMA TECNICA	2.219	20.904	26.062	18.685	842%	5.158	25%
211060	HORAS EXT.FES.REC.NOC	43.320	86.168	129.464	42.848	99%	43.296	50%
211070	PRIMA DE VACACIONES	22.815	38.715	63.389	15.900	70%	24.674	64%
211080	BONIF. POR SERV PREST.	13.455	21.401	32.711	7.946	59%	11.310	53%
211090	BONIF. ESPEC. DE RECRE	1.168	1.943	3.413	775	66%	1.470	76%
211100	PRIMA DE SERVICIOS	25.454	40.113	60.380	14.659	58%	20.267	51%
211110	PRIMA DE NAVIDAD	36.724	59.786	89.874	23.062	63%	30.088	50%
211130	SUBSIDIO DE ALIM Y TTE.	57.000	69.488	94.641	12.488	22%	25.153	36%
211160	INDEMNIZACION POR VAC	4.041	7.978	11.007	3.937	97%	3.029	38%
211170	HONORARIOS	2.500	3.000	40.719	500	20%	37.719	1257%
211180	REMUNERACION SER TEC	0	15.000		15.000	100%	-15.000	-100%
211200	OTROS GASTOS EN S.PERS	341.204	0		-341.204	-100%	0	0%
212000	SUMINISTROS	179.684	269.683	469.602	89.999	50%	199.919	74%
212010	PRODUCTOS FARMACEUT	60.239	89.116	181.342	28.877	48%	92.226	103%
212020	MATERIAL MEDICOQUIRU	59.042	93.000	137.855	33.958	58%	44.855	48%
212030	MATERIAL PARA ODONTO	8.345	13.311	26.229	4.966	60%	12.918	97%
212040	MATERIAL PARA LABORAT	16.169	28.956	55.385	12.787	79%	26.429	91%
212050	MATERIAL PARA RAYOS X	5.000	6.300	9.943	1.300	26%	3.643	58%
212060	ALIMENTACION	30.889	39.000	58.848	8.111	26%	19.848	51%
213000	GASTOS GENERALES	322.606	340.330	572.420	17.724	5%	232.090	68%
213010	COMPRA DE EQUIPO	51.147	75.608	44.259	24.461	48%	-31.349	-41%
213020	COMPRA DE EQUIPO/INST	105.516	21.972	162.445	-83.544	-79%	140.473	639%
213030	MATERIALES	44.584	60.100	80.267	15.516	35%	20.167	34%
213040	MANTENIMIENTO	59.895	101.146	147.279	41.251	69%	46.133	46%
213050	SEGUROS	2.441	12.992	23.290	10.551	432%	10.298	79%
213060	IMPRESOS Y PUBLICACION	11.200	14.800	37.843	3.600	32%	23.043	156%
213070	SERVICIOS PUBLICOS	13.199	10.849	27.550	-2.350	-18%	16.701	154%
213080	COMUNICACIONES Y TTE	771	738	896	-33	-4%	158	21%
213090	VIATICOS Y GASTOS DE V	30.181	36.871	43.367	6.690	22%	6.496	18%
213120	VIGILANCIA Y ASEO	3.127	3.451	4.264	324	10%	813	24%
213130	GASTOS IMPREVISTOS	545	1.803	960	1.258	231%	-843	-47%
214000	TRANSFERENCIAS	175.085	402.893	634.818	227.808	130%	231.925	58%
214010	PATRONALES	175.085	401.228	634.818	226.143	129%	233.590	58%
214011	PENSIONES Y JUBILACION	0	0	0	0	0%	0	0%
214012	CESANT INT CESANTIAS	51.170	179.121	226.442	127.951	250%	47.321	26%
214012-1	APORT.CESANT.Sin.sit,fond	0	40.201	225.521	40.201	100%	185.320	461%
214012-3	CESANTIAS PAGO DIRECT	0	506	921	506	100%	415	82%
214013	INS.COLOMB.DE. BIENEST	13.797	20.298	33.884	6.501	47%	13.586	67%
214014	SENA	9.198	13.532	22.590	4.334	47%	9.058	67%
214017	BENESTAR SOCIAL	34.587	56.908	83.192	22.321	65%	26.284	46%
214918	CAJA DE COMP. FAMILIAR	18.395	27.062	45.180	8.667	47%	18.118	67%
214019	PREVISION SOCIAL	47.396	104.307	223.150	56.911	120%	118.843	114%
214019-1	SERVICIO MEDICO	0	52.324	84.450	52.324	100%	32.126	61%
214019-2	Reserv.Pens.Sin.Sit, Fond	0	16.829	113.359	16.829	100%	96.530	574%
214019-4	ATEP	0	6.585	25.341	6.585	100%	18.756	285%
214040	A OTRAS ENTIDADES	0	1.665	0	1.665	100%	-1.665	-100%
214041	COOPERATIVA DE SALUD	0	1.665	0	1.665	100%	-1.665	-100%
214200	VIG.EXPIR.DE TRANSFER	0	0	380	0	0%	380	0%
215000	PROGRAMAS ESPECIAL	16.415	48.919	59.821	32.504	198%	10.902	22%
215010	SALUD OCUPACIONAL	14.325	22.704	30.599	8.379	58%	7.895	35%
215020	VACUNACION	1.400	0	1.403	-1.400	-100%	1.403	0%
215030	VIGILANCIA Y CONT. EPID	690	0	521	-690	-100%	521	0%
215040	Mat.Inf.Proy.1.Des.y	0		300	0	0%	300	0%
215050	PREV.SALUDYPREVENF.	0	25.251	24.939	25.251	100%	-312	-1%
215060	PROGRAMA SISVAN	0	964	1.767	964	100%	803	83%
215070	PROG.SALUD VISUAL	0	0	292	0	0%	292	0%
215080	PROYECTO Prom/prev/aten.	21.042	0	0	-21.042	-100%	0	0%
220000	GASTOS DE INVERSION	35.354	14.548	75.546	-20.806	-59%	60.998	419%
222000	PROGRAMA CAPACITACION	3.603	10.000	13.546	6.397	178%	3.546	35%
222010	PROYECTO 1 Educ. continua	0	10.000	13.546	10.000	100%	3.546	35%
221021	PROYECTO 1 curso actual	3.603	0	2.000	-3.603	-100%	2.000	0%
221040	PROGRAMA DE SANEAMI	10.709	4.548	2.000	-6.161	-58%	-2.548	-56%
221041	PROYECTO 1 Const.p.acue	6.250	0	0	-6.250	-100%	0	0%
221042	PROYECTO 2 Ins,tasa,sanit	4.463	4.548	0	85	2%	-4.548	-100%
225000	OTROS PROGRAMAS	0	0	60.000	0	0%	60.000	0%
225010	PROYECTO 1, fortale, pediat	0	0	60.000	0	0%	60.000	0%
	TOTALES	1.282.915	2.002.938	3.433.783	720.023	56%	1.430.845	71%

ANEXO 2
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE GACHETÁ"
EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS DURANTE 1994-1996

Código	Denominación del rubro	1994	1995	1996	ANALISIS 95-94		ANALISIS 96-95	
					VR ABS	VR RELAT	VR ABS	VR RELAT
100000	INGRESOS	1.294.106	2.219.673	4.011.549	925.567	72%	1.791.876	81%
110000	RENTAS	1.294.106	2.132.827	0	838.721	165%	-2.132.827	-100%
110000	NO TRIBUTARIOS	0	0	3.819.133	0	0%	3.819.133	100%
111000	APORTES	331.484	403.099	955.448	71.615	22%	552.349	137%
111010	SITUADO FISCAL	329.184	372.099	862.680	42.915	13%	490.581	132%
111011	SIN APORTE PATRONAL	0	315.069	505.462	315.069	0%	190.393	60%
111012	APORT. PAT. SIN. SIT. FOND	0	57.030	357.218	57.030	0%	300.188	526%
111020	TRANSFER. O AYUDA FIN	2.300	31.000	92.798	28.700	1248%	61.798	199%
111021	DE LA NACION	2.300	31.000	68.269	28.700	1248%	37.269	120%
111022	DEL DEPARTAMENTO	0	0	0	0	0%	0	0%
112000	RENTAS CED. Y DEST. ESP	867.288	1.556.948	1.208.239	689.660	80%	-348.709	-22%
112010	IMP. VENTA. LIC Y ALCOHOL	232.454	395.024	292.108	162.570	70%	-102.916	-26%
112020	IMP. CONSUMO CERVEZA	175.844	230.842	209.134	54.998	31%	-21.708	-9%
112040	IMP. PRODUCIDO LOTERIA	85.937	338.444	307.267	252.507	294%	-31.177	-9%
112041	IMP A GANADORES LOTER	27.936	63.558	38.969	35.622	128%	-24.589	-39%
112042	IMP A. LOT FORANEAS	0	149.050	117.127	149.050	100%	-31.923	-21%
112043	UTILID DE SORTEOS ORDI	27.994	110.352	114.299	82.358	294%	3.947	4%
112044	UTILD DE SORTEOS EXTRA	30.007	14.351	36.872	-15.656	-52%	22.521	157%
112045	OTROS	0	1.133	0	1.133	100%	-1.133	-100%
112050	ING. JUEGO APUESTA PER	8.595	33.374	55.306	24.779	288%	21.932	66%
112070	IMPUEST REGIS Y NOT	364.458	559.264	375.557	194.806	53%	-183.707	-33%
112071	DEL SERVICIO	330.850	515.370	362.943	184.520	56%	-152.427	-30%
112072	DEL MUNICIPIO	0	0	12.614	0	0%	12.614	0%
112072	DEL HOSPITAL	33.608	43.894	0	10.286	31%	-43.894	-100%
113000	RENTAS PROPIAS	95.334	172.780	1.028.161	77.446	81%	855.381	495%
113010	VENTA DE BIENES Y SERV	95.334	172.780	1.028.161	77.446	81%	855.381	495%
113011	PACIENTES ASISTENCIAL	38.767	67.167	512.065	28.400	73%	444.898	662%
113012	PARTICULARES O PENSIO	18.983	25.153	24.015	6.170	33%	-1.138	-5%
113013	EMPRESAS	25.527	39.539	241.432	14.012	55%	201.893	511%
113014	ING. POR. CONCEP DE URG	3.399	0	0	-3.399	-100%	0	0%
113014	EPS-REGIMEN SUBSIDIAD	0	16.800	212.694	16.800	100%	195.894	1166%
113015	ING. POR CONCEPTO URG	0	6.969	19.831	6.969	100%	12.862	185%
113015	ING x CONCEPTO SEG OBL	976	0	1.849	-976	-100%	1.849	100%
113016	ING X CONCEPTO SEG OBL	0	3.195	0	3.195	100%	-3.195	0%
113017	OTROS	7.682	0	0	-7.682	-100%	0	0%
113018	OTROS	0	13.957	16.275	13.957	100%	2.318	17%
114000	FONDO SOLIDAR Y GARAN	0	0	325.510	0	0%	325.510	100%
114020	SOLIDARIDAD	0	0	325.510	0	0%	325.510	100%
120000	RECURSOS DE CAPITAL	0	86.846	192.416	86.846	100%	105.570	122%
122000	RECURSOS DEL BALANCE	0	0	184.988	0	0%	184.988	100%
122010	SUPERAVIT	0	86.846	142.834	86.846	-100%	55.988	64%
122015	POR REGIST. Y ANOTACION	0	8.608	0	8.608	-100%	-8.608	-100%
122016	POR RENTAS PROPIAS	0	39.892	0	39.892	-100%	-39.892	-100%
122017	POR OTROS CONCEPTOS	0	38.346	0	38.346	-100%	-38.346	-100%
122020	CANCELACION DE RESER	0	0	42.154	0	0%	42.154	100%
	TOTALES	1.294.106	2.219.673	4.011.549	925.567	72%	1.791.876	81%

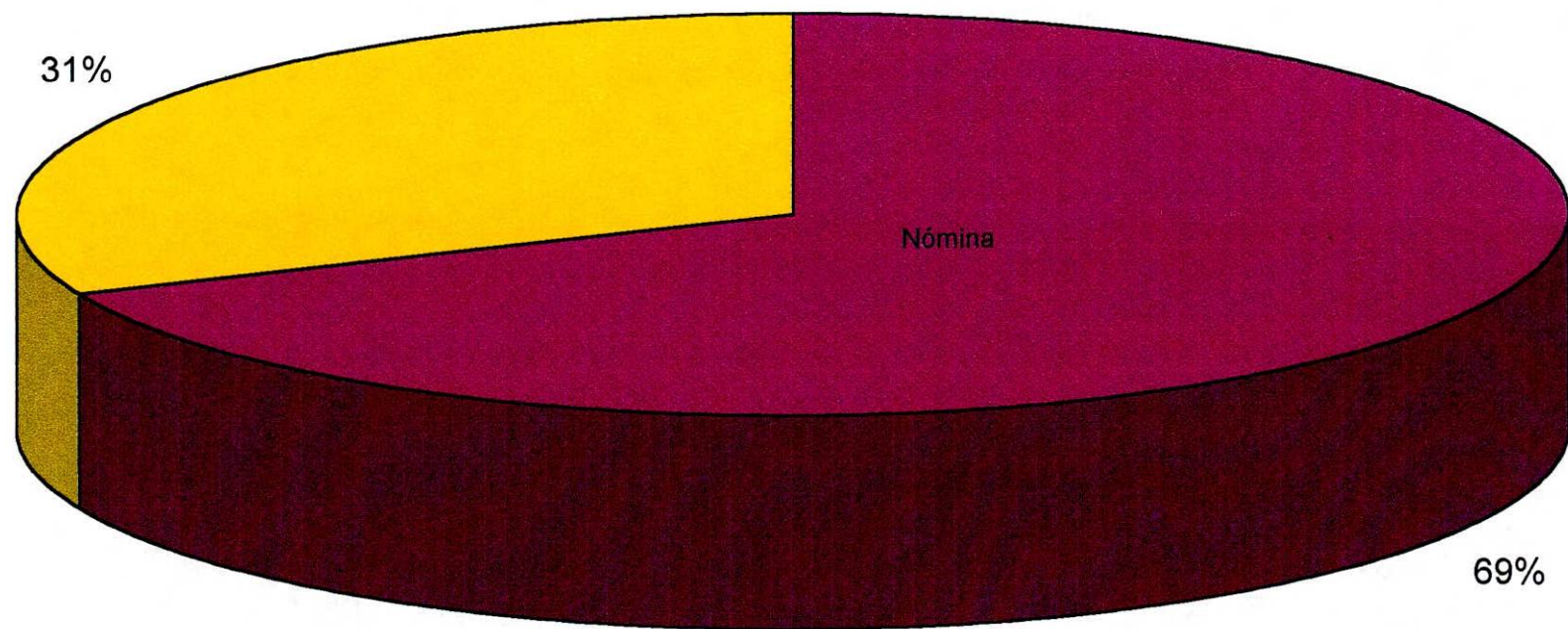
ANEXO 3.

Porcentaje de Gastos por Nomina Frente a Presupuesto de 1994.

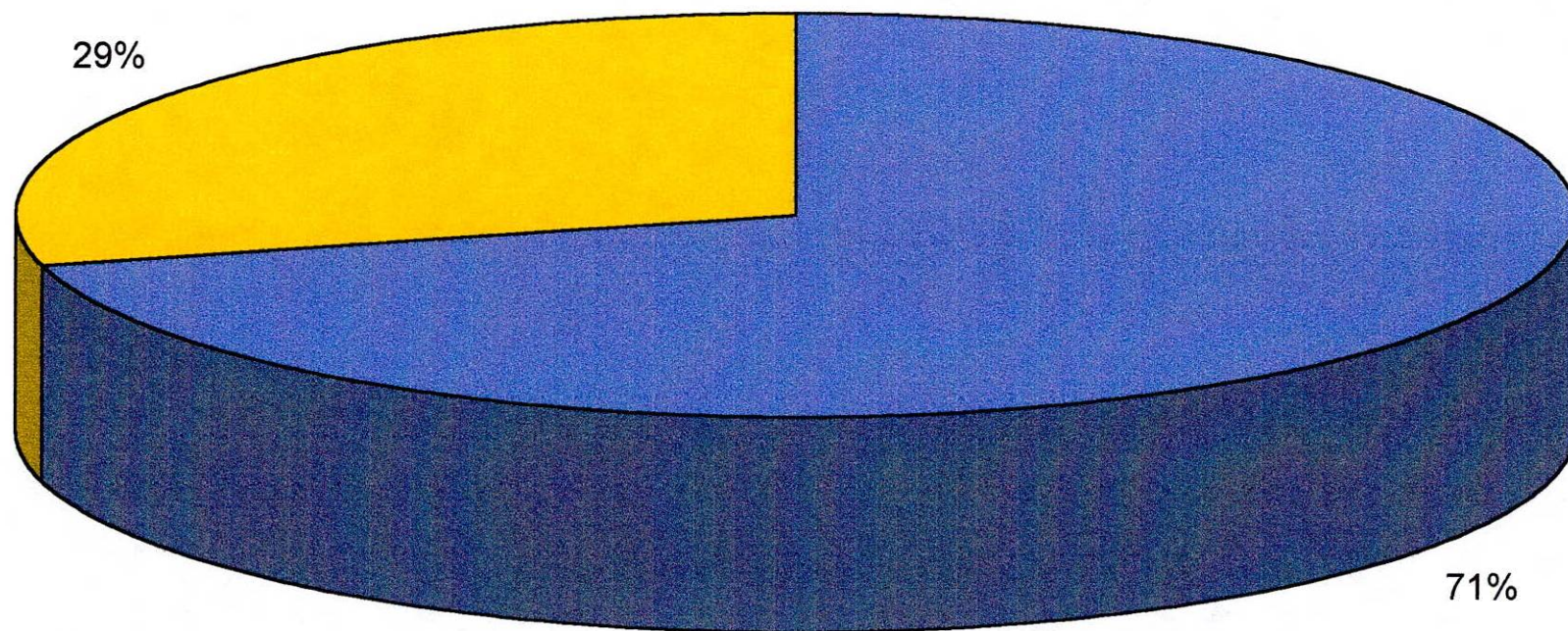


ANEXO 4

Porcentaje de Gastos por Nómina frente a Presupuesto de 1995

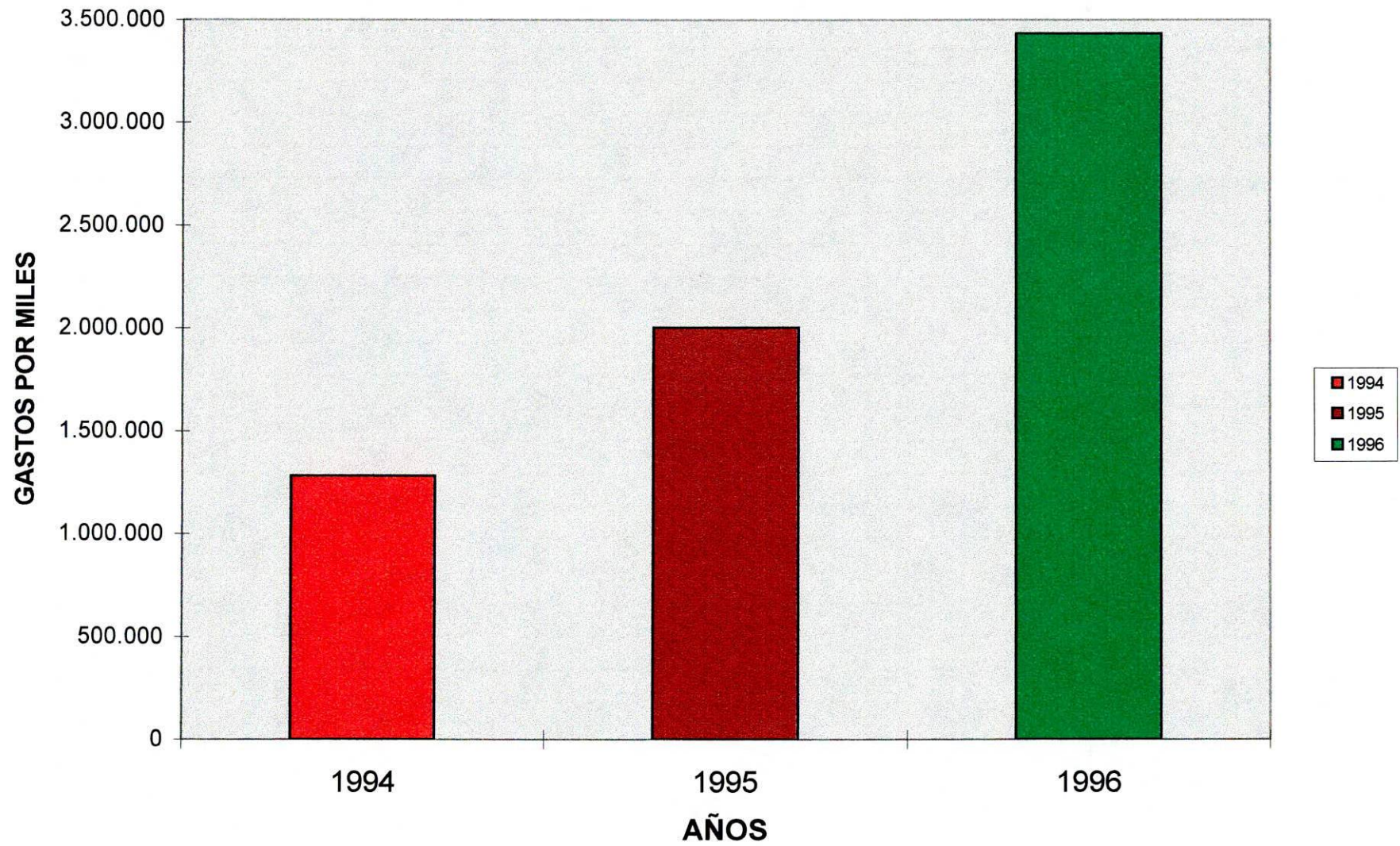


ANEXO 5
Porcentaje de Gastos por Nómina frente a Presupuesto 1996

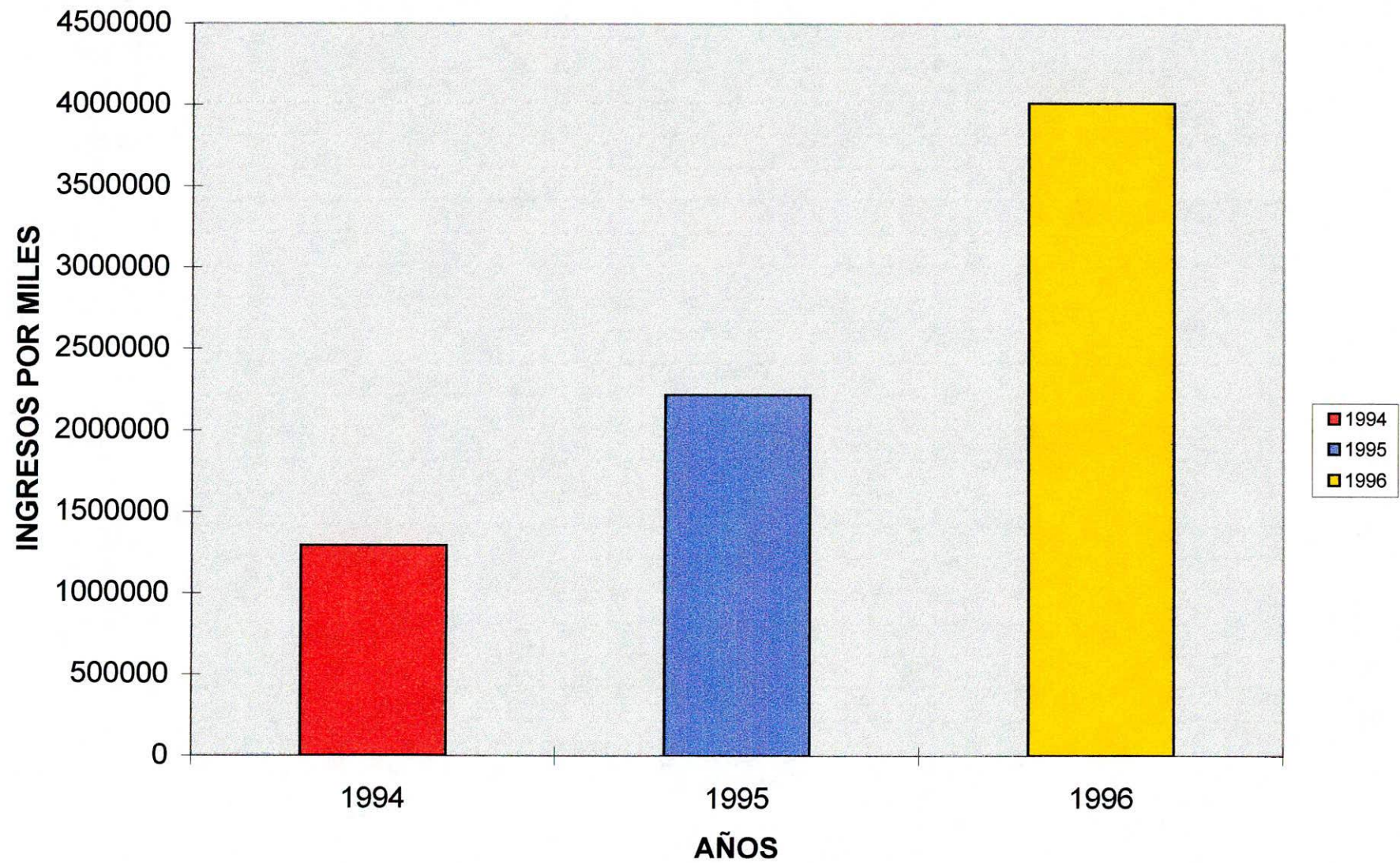


Presupuesto

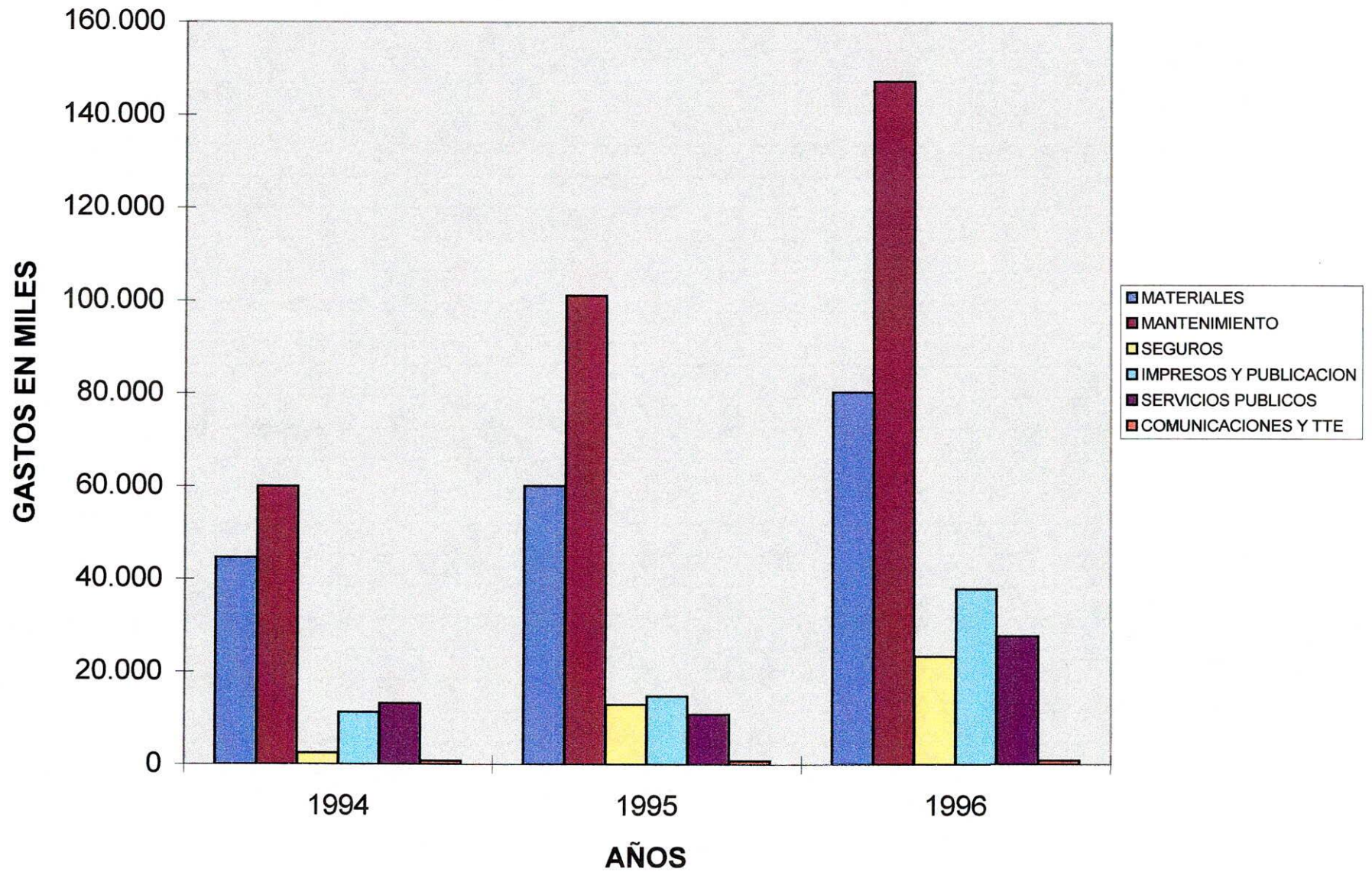
ANEXO 6
GASTOS POR VIGENCIA FISCAL 1994-1996



ANEXO 7
INGRESOS POR VIGENCIA FISCAL 1994-1996

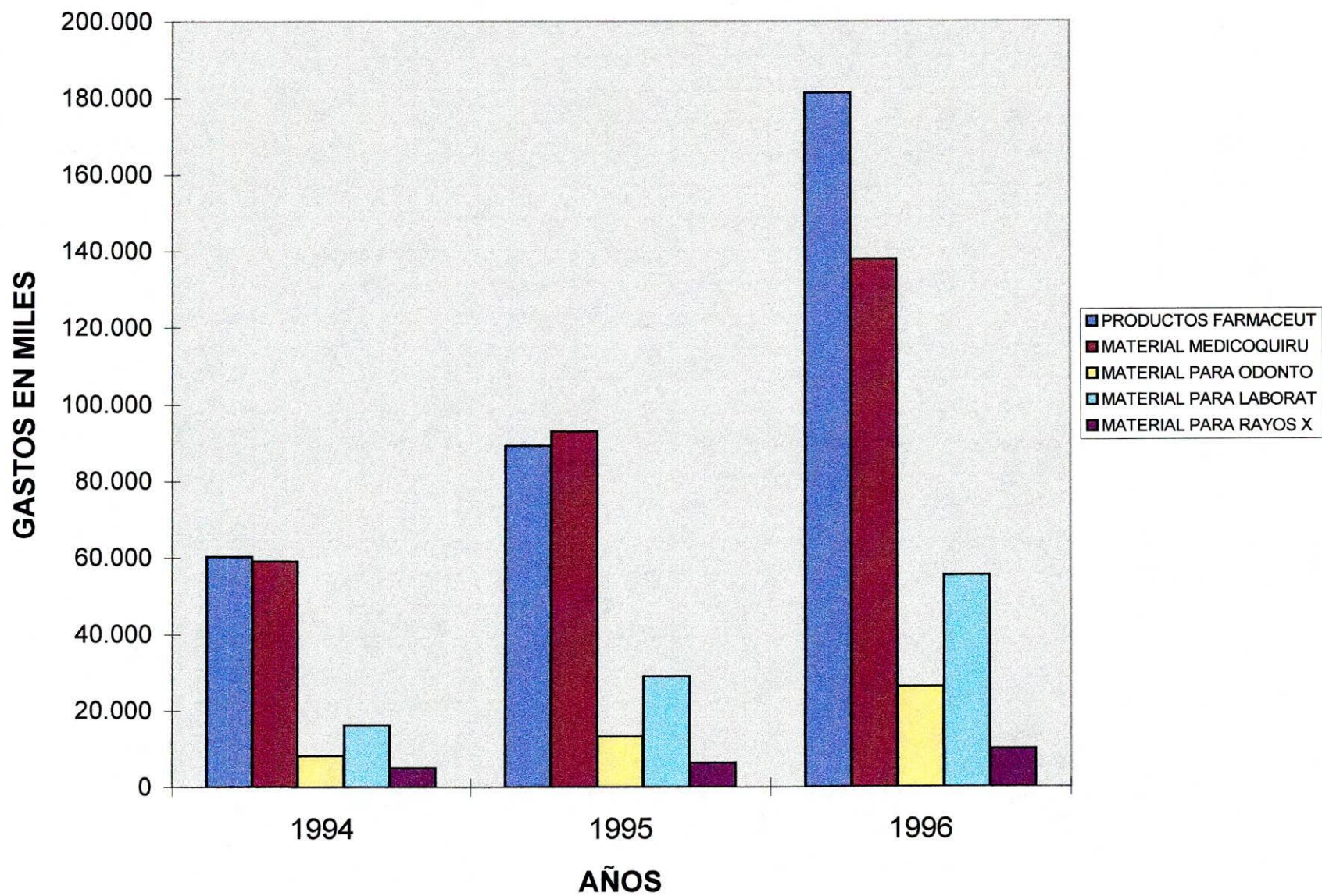


ANEXO 8
Comportamiento de Gastos Generales 1994-1996

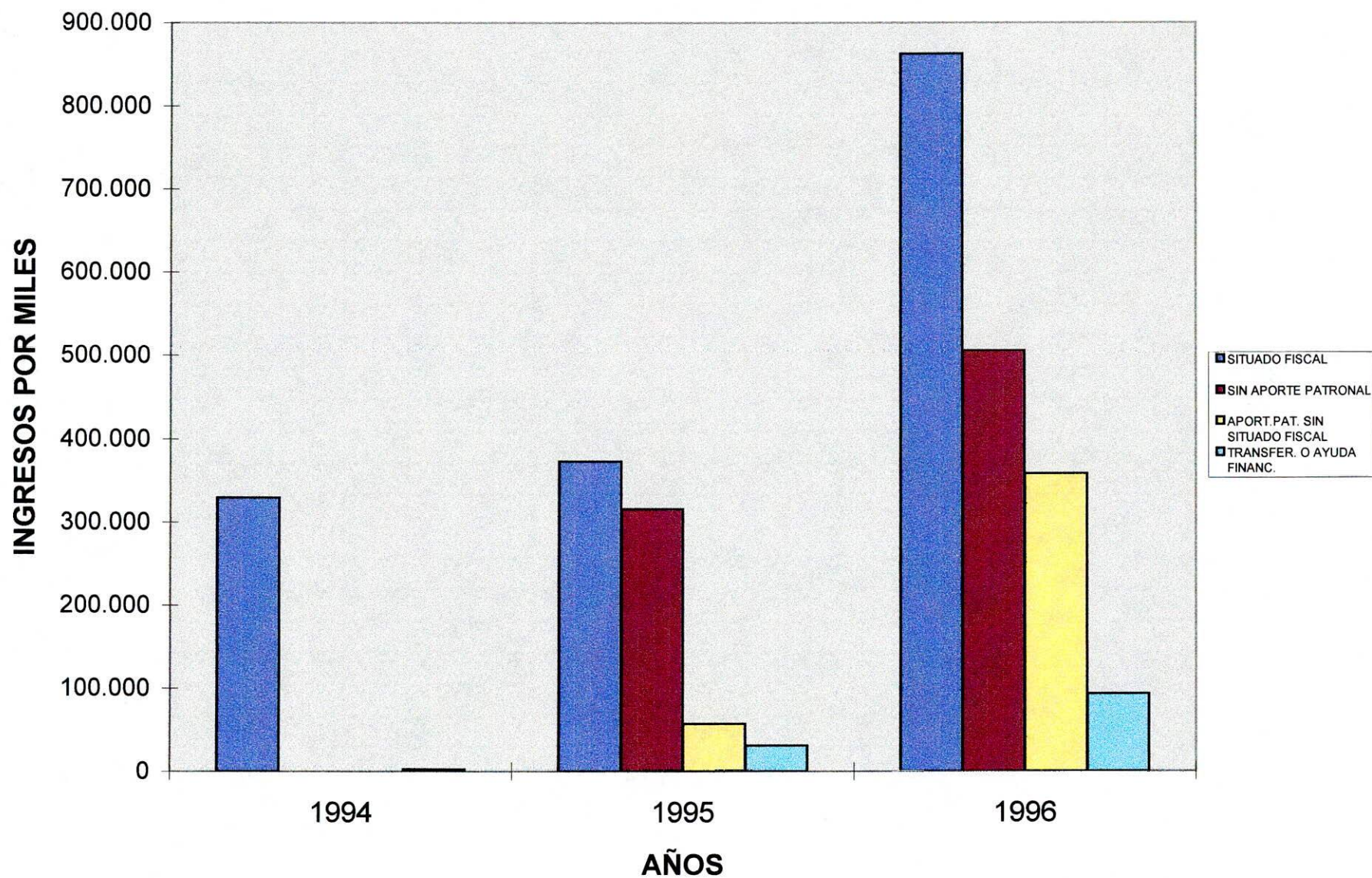


ANEXO 9

Comportamiento de Gastos en Suministros 1994-1996

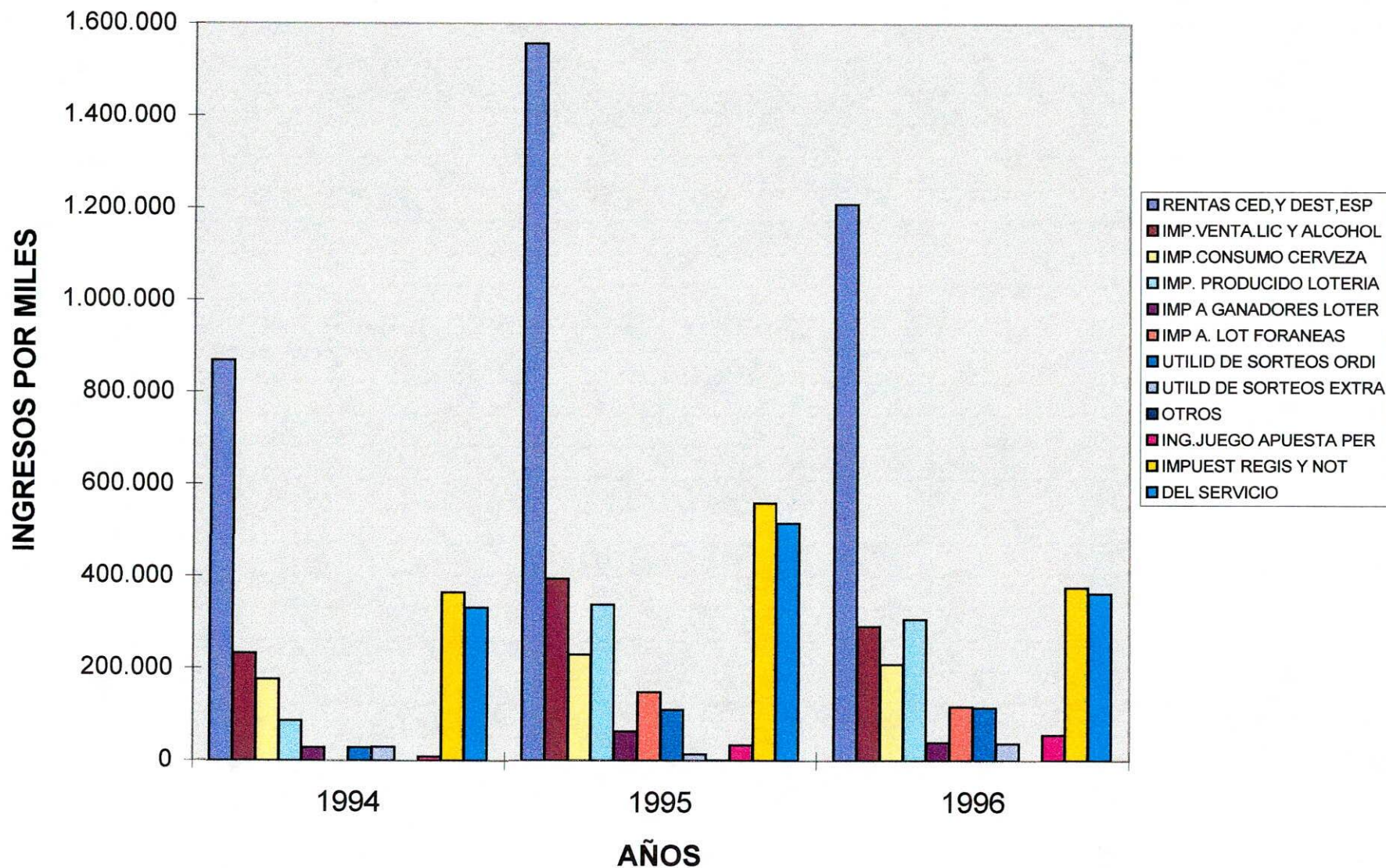


ANEXO 10
Ingresos por Situado Fiscal 1994-1996

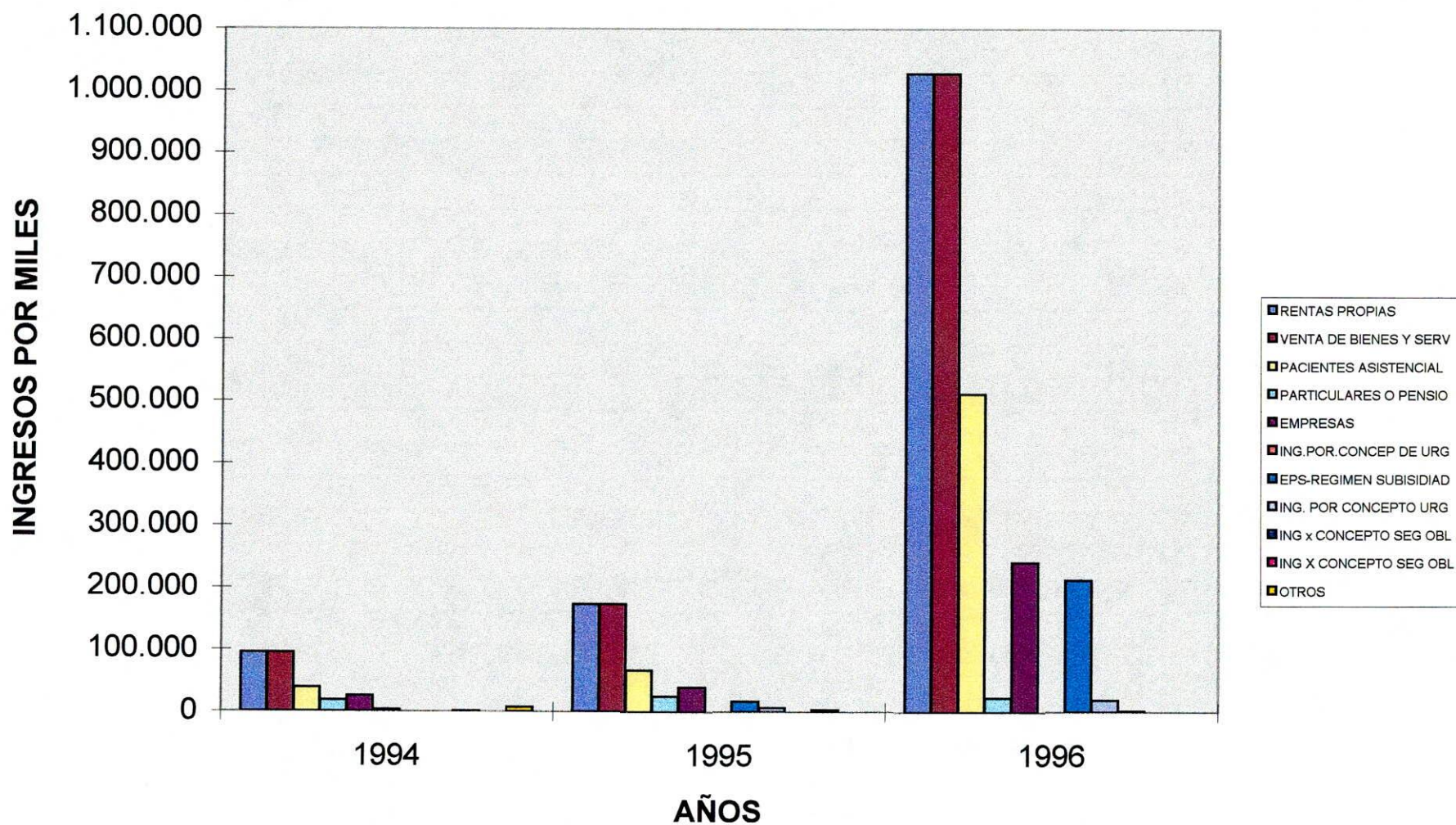


ANEXO 11

Ingresos Corrientes de la Nación



ANEXO 12
INGRESOS POR RENTAS PROPIAS 1994-1996



ANEXO 13
CUADRO COMPARATIVO DE PROYECCIONES DE INGRESOS
Y EGRESOS

PROYECCION DE LOS INGRESOS				
AÑO	INGRESOS (Y)	(X)	(XY)	(X'2)
1994	1.294.106	-1	-1.294.106	1
1995	2.002.938	0	0	0
1996	4.011.549	1	4.011.549	1
	7.308.593		2.717.443	2
$y = a + bX$				
$n=3$				
$a = \sum Y/n$		2.436.198		
$b = \sum XY/\sum x^2$		1.358.722		

PROYECCION DE 5 AÑOS			
AÑO	(X)	INGRESOS PROYECTADOS	INCREMENTO
1997	2	5.153.641	
1998	3	6.512.362	26%
1999	4	7.871.084	
2000	5	9.229.805	
2001	6	10.588.527	

PROYECCION DE LOS GASTOS TOTALES				
AÑO	EGRESOS (Y)	(X)	(XY)	(X'2)
1994	1.282.915	-1	-1.282.915	1
1995	2.002.938	0	0	0
1996	3.433.783	1	3.433.783	1
	6.719.636		2.150.868	2
$y = a + bX$				
$n=3$				
$a = \sum Y/n$		2.239.879		
$b = \sum XY/\sum x^2$		1.075.434		

PROYECCION DE 5 AÑOS			
AÑO	(X)	EGRESOS PROYECTADOS	INCREMENTO
1997	2	4.390.747	
1998	3	5.466.181	24%
1999	4	6.541.615	
2000	5	7.617.049	
2001	6	8.692.483	

ANEXO 14
PROYECCIONES DE INGRESOS Y EGRESOS AL 2001

