

**IMPACTO FINANCIERO DE LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE
SALUD SUBSIDIADO (POS-S) EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE)
DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE CUNDINAMARCA**

**Miguel Ángel Lozano Vera
Carlos Germán Neira Linares**

Trabajo de grado para optar título de Magíster en Administración en Salud

**Diego Rodríguez Rojas
Trabajo de grado para optar título de Magíster en Dirección**

**Tutor
Alejandro José Useche Arévalo, DBA**

**Universidad del Rosario
Escuela de Administración
Bogotá, agosto de 2015**

Agradecimientos

A Dios por la vida, a nuestras familias que hicieron posible el logro y fueron partícipes de nuestros esfuerzos, aportándonos día a día lo suficiente para alcanzar el objetivo trazado con anterioridad. De igual manera, a profesores y compañeros que nos instruyeron y soportaron; también nuestra gratitud para el personal administrativo de la Universidad del Rosario que realizó la gestión pertinente para los preparativos y detalles que nos permitiera obtener el título de Magíster en Administración en Salud y Magíster en Dirección.

CONTENIDO

1	CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1	Introducción.....	12
1.2	Problema.....	14
1.2.1	Pregunta.....	14
1.2.2	Planteamiento del problema.....	14
1.3	Objetivos.....	15
1.3.1	Objetivo general.....	15
1.3.2	Objetivos específicos.....	16
2	CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1	Estado del arte.....	17
2.2	Referentes teóricos.....	21
2.2.1	Gestión financiera.....	22
2.2.1.1	Administración financiera.....	23
2.2.1.2	Estructura de la organización de la función financiera.....	25
2.2.2	Análisis financiero.....	26

2.2.2.1	Objetivo del análisis financiero	27
2.2.2.1.1	Preparación y análisis de la información financiera	27
2.2.2.1.2	Determinación de la estructura de activos	28
2.2.2.1.3	Estudio de financiamiento de la empresa o estructura financiera	29
2.2.2.2	Importancia del análisis financiero	30
2.2.2.3	Tipos de análisis financiero	31
2.2.2.3.1	Análisis vertical y análisis horizontal.....	32
2.2.2.3.2	Ratios o razones financieras.	33
2.2.3	Análisis financiero en el sector hospitalario	34
2.2.3.1	Preparación para elaborar el diagnóstico de la situación financiera	35
2.2.3.2	Indicadores o razones financieras	36
2.2.3.2.1	Uso de indicadores financieros.....	38
2.2.3.2.1.1	Indicadores de liquidez.....	39
2.2.3.2.1.2	Indicadores de operación	40
2.2.3.2.1.3	Indicadores de endeudamiento	42
2.2.3.2.1.4	Indicadores de rentabilidad.....	44
2.2.3.3	Flujo de caja.....	45
3	CAPITULO 3. MARCO LEGAL	48

3.1	Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia	50
3.2	Sentencia T-760 de 2008	55
3.3	Acuerdo 04 del 2009 de la CRES	56
3.4	Acuerdo 011 del 2010 de la CRES	57
3.5	Acuerdo 029 del 2011 de la CRES	57
3.6	Acuerdo 032 del 2012 de la CRES	58
4	CAPITULO 4. METODOLOGÍA Y RESULTADOS	62
4.1	Metodología	62
4.2	Resultados	63
4.2.1	Análisis financiero	63
4.2.1.1	Ingresos por venta de servicios	63
4.2.1.2	Ingresos reconocidos	64
4.2.1.3	Ingresos recaudados	66
4.2.1.4	Ingresos recaudados/ingresos reconocidos	69
4.2.2	Análisis de cartera por edades	71
4.2.3	Análisis de rentabilidad	78
4.2.4	Análisis de presupuesto y ejecución del efectivo	82
5	CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87

5.1	Conclusiones.....	87
5.2	Recomendaciones	89
6	BIBLIOGRAFÍA.....	91
7	APÉNDICE	97
	Apéndice 1. Relación de Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	97
	Apéndice 2. Relación de decretos sobre administradoras de Régimen Subsidiado	98
	Apéndice 3. Relacionado con Acuerdos que unifican el POS-C con el POS-S.....	98
8	ANEXOS.....	99

Índice de figuras

Figura 1. Tipos de análisis financiero	31
Figura 2. ESE- Cundinamarca- Ingresos reconocidos 2009-2012	66
Figura 3. ESE- Cundinamarca- Ingresos recaudados 2009-2012.....	69
Figura 4. ESE- Cundinamarca- Porcentaje de Ingresos Recaudados/Reconocidos 2009-2012	71
Figura 5. ESE-Cundinamarca-Cartera.....	74
Figura 6. ESE-Cundinamarca-Cartera.....	74
Figura 7. Rentabilidad sobre la inversión (ESE-Cundinamarca)	82
Figura 8. Rentabilidad sobre la operación (ESE-Cundinamarca).....	82

Índice de cuadros

Cuadro 1. Razón corriente.....	40
Cuadro 2. Prueba ácida.....	40
Cuadro 3. Indicadores de operación de cartera	41
Cuadro 4. Indicadores de operación de inventarios.....	42
Cuadro 5. Indicadores de operación de pago.....	42
Cuadro 6. Indicadores de endeudamiento	43
Cuadro 7. Rendimiento sobre la inversión	44
Cuadro 8. Rendimiento sobre la operación	44
Cuadro 9. Rendimiento sobre la inversión	45

Índice de tablas

Tabla 1. Ingresos reconocidos	64
Tabla 2. Ingresos recaudados	68
Tabla 3. Ingresos recaudados/ Ingresos reconocidos	70
Tabla 4. Cartera por edades	73
Tabla 5. Días de cobro por ventas de servicios	75
Tabla 6. Estructura de capital de trabajo y análisis consolidado	76
Tabla 7. Índices de rentabilidad	79
Tabla 8. Presupuesto y ejecución presupuestal de efectivo	83

Resumen

A partir de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia ha presentado una serie de transformaciones que buscan mejorar la prestación de los servicios y lograr cubrimiento de la población no favorecida y excluida del Plan Obligatorio de Salud (POS). Sin embargo, las Empresas sociales del Estado (ESE), en aras de dar cumplimiento a las disposiciones y normatividades que exige la ley, funcionan y prestan sus servicios acorde con los objetivos corporativos planteados por ellas mismas, a pesar de tener una gran cartera por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). El propósito de esta investigación es evaluar el impacto financiero en una muestra de cuatro hospitales públicos de Cundinamarca (las ESE San Rafael de Facatativá, Fusagasugá, Cáqueza, y el Salvador de Ubaté), luego de la aplicación del Acuerdo 032 del 2012 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Se seleccionaron cuatro hospitales públicos de mediana complejidad de Cundinamarca, por ser uno de los departamentos más representativos en hospitales de este tipo. Se encontró una mayor convergencia en términos de estructura administrativa y financiera, lo que hace posible que la información obtenida sea comparable y útil para la medición en términos de presupuesto y liquidez.

El incremento de la cartera y la disminución de la rotación de la misma, con la afectación respectiva de la liquidez y la rentabilidad, dificultan el logro de las instituciones como lo son la sostenibilidad y perdurabilidad. El cambio del pagador después de la aplicación de la norma incidió directamente en lo anterior; igualmente, traspasar la población no cubierta al régimen subsidiado eliminó el desembolso por parte de la Secretaría de Salud y lo trasladó a las EPS subsidiados, afectando directamente los tiempos de rotación de cartera como se documenta en el análisis.

Palabras clave: Impacto financiero, sostenibilidad financiera, dirección, administración, hospitales de mediana complejidad, flujos de caja y liquidez.

Abstract

Since the passage of Law 100 in 1993, the health system in Colombia has undergone a series of transformations that seek to improve the delivery of services and achieve the total coverage of the population that is excluded and disadvantaged by the Mandatory Health Plan. Nonetheless, the service-promotion entities, in the interests of fulfilling the provisions and regulations that the law requires, They operate and provide services in accordance with the corporate objectives that they themselves proposed despite having a large portfolio by the Health Promotion Entities The purpose of this investigation is to evaluate the financial impact in sample of four public hospital from Cundinamarca, (The ESE San Rafael de Facatativá, Fusagasugá, Cáqueza, and Salvador from Ubaté), subsequent to the application of regulation 032 in 2012 of the Health Regulation Commission. Four public hospitals of medium complexity were selected in Cundinamarca, being one of the most representative departments in such hospitals. A greater convergence was found in terms of administrative and financial structure, which made it possible for the obtained information to be comparable and useful for measurement in terms of budget and liquidity.

The increase of the portfolio and decreased the rotation, with the respective affectation of liquidity and profitability hinder the achievement the targets institutions such as sustainability and durability. Payer change after application of the regulation directly impacted above ; similarly, transfer the population not covered by the subsidized regime eliminated the disbursement by the Health secretary and moved to EPS subsidized, directly affecting portfolio turnover times as documented in the analysis.

Key Words: financial impact, financial sustainability, management, intermediate and high complexity hospitals, cash flow, liquidity.

CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La equidad, la solidaridad, la obligatoriedad y la calidad son los principios del modelo de seguridad social adoptado por Colombia a partir de 1993, año en el que comenzó el proceso de la construcción de los conceptos de protección social y bienestar para todos. En ese mismo año se institucionalizó el nuevo modelo de gerencia hospitalaria; se transformó el criterio para adquirir, sustentar y administrar los recursos del ámbito de la salud con la creación de la Ley 100 de 1993, que en el artículo 2 se define como principio universal del servicio público esencial de seguridad social: “(...) la garantía para todas las personas sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.”. Así mismo, la Constitución Política de Colombia, en su Artículo 48 determina que, la seguridad social es un servicio de carácter obligatorio y en principio se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.

Motivados por la inequidad en la prestación de servicios, muestra de una ineficiente administración, los usuarios interponen con mayor frecuencia en los últimos años el número de tutelas por parte de los dos regímenes contra los aseguradores y los prestadores de los servicios de salud (Sentencia T-760 de 2008). Los demandantes buscaron que se les prestara atención médica viendo desprotegido su derecho a la salud. La necesidad de responder a la cantidad de tutelas instauradas contra el sistema llevó a la Corte Constitucional, sustentada en la Constitución Política que consagra la salud como un derecho, a expedir la Sentencia T-760 de 2008, que califica en distintos apartes que “obstaculizar” el derecho a la salud y la “mala calidad” en la atención son factores que dificultan el cumplimiento a los diferentes actores del sistema. Por esto, el usuario de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) acude a la instancia judicial con el fin de llamarlas a cumplir con las responsabilidades y obligaciones que les son propias dentro de sus competencias.

En respuesta a la Sentencia T-760, el Gobierno Nacional emitió, a través de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), el Acuerdo 29 en 2011 y el 032 en 2012¹. En virtud de lo anterior, las EPS subsidiadas tendrán el poder otorgado por las decisiones del Gobierno, de autorizar a las entidades del sector público la prestación de los servicios de salud que fueron unificados, según lo referido en los citados acuerdos.

Para lograr un sistema más equitativo, mediante el Acuerdo 032 de la CRES, el Gobierno Nacional estableció medidas para unificar el plan de beneficios del Régimen Subsidiado con el Contributivo, brindando una respuesta a la inequidad de la atención y las diferencias en condiciones de servicios en salud de los dos regímenes. Con el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007 fue creada la CRES y el numeral 15 del artículo 189 de la Constitución Política faculta al presidente de la República para suprimir o fusionar entidades u organismos de la administración nacional, facultades dadas también por la Ley 489 de 1998 para liquidar instituciones del Estado cuando las evaluaciones de la gestión administrativa aconsejen suprimirlas y transferir sus funciones a otras del orden nacional. Esto llevó a la expedición del Decreto 2560 del 10 de diciembre de 2012, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual expresa en su artículo primero:

Supresión y Liquidación. Suprímase la Comisión de Regulación en Salud-CRES- creada por la Ley 1122 de 2007 como una Unidad Administrativa Especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia a partir de la vigencia del presente decreto, la entidad entrará en proceso de liquidación y utilizará para todos los efectos la denominación “Comisión de Regulación en Salud en Liquidación”. (p.2).

La unificación del plan de beneficios de los dos regímenes se puede considerar como una disminución de la inequidad en la atención en salud. Sin embargo, es importante determinar el impacto de esta medida en la sostenibilidad financiera de las instituciones de salud pública en el largo plazo, impacto que es determinado a partir de la evolución de las razones financieras antes y después de la normatividad.

¹ Los acuerdos que se citan en el documento se desarrollan en el Capítulo 3. Marco Legal.

Por esta razón, esta investigación se encargará de realizar un análisis financiero, en un periodo comprendido entre 2009 y 2012 para una muestra de cuatro instituciones de salud de mediana complejidad del departamento de Cundinamarca.

La presente investigación analiza de manera crítica el impacto de las decisiones gubernamentales, Acuerdo 032 de 2012, sobre la sostenibilidad financiera de las entidades seleccionadas, sostenibilidad que puede ser medida, principalmente, por la evolución del flujo de caja de la institución, utilizando indicadores de liquidez. Tales indicadores determinan los objetivos de un director en una organización de salud pública, ESE, dado que dentro de sus funciones están principalmente hacer efectivas las ejecuciones presupuestales, motivar el cumplimiento de las metas establecidas en el plan de gestión, obtener los recursos financieros y de personal necesarios para lograr dichos objetivos, comunicar a los usuarios internos y externos la situación financiera del ente, y supervisar constantemente los planes de acción trazados, con el propósito de medir el resultado obtenido por la organización.

Los resultados de la presente investigación son pertinentes, no sólo para la toma de decisiones por parte de las directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE), actores activos y pasivos del sistema de salud, sino como material de investigación académica para estudiantes de pregrado y posgrado en las áreas de administración privada y pública de salud.

1.2 Problema

1.2.1 Pregunta

¿Qué impacto financiero tiene la unificación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de mediana complejidad de Cundinamarca?

1.2.2 Planteamiento del problema

Con la expedición del Acuerdo 032 en 2012, por parte de la CRES, se efectuó la unificación del POS-S, con el POS-C. El problema principal en esta situación radica

esencialmente en el impacto sobre los presupuestos de los hospitales públicos del país, lo cual puede causar problemas en la perdurabilidad y funcionalidad de las instituciones.

Antes del Acuerdo 032 de 2012 de la CRES, por disposición de la Ley 715 de 2001, para la prestación de los servicios de salud que no se encontraban incluidos en el POS-S, los entes territoriales, las direcciones, seccionales o las secretarías de salud departamental o municipal tenían la potestad de contratar con las ESE o con clínicas privadas, según el caso, escenario favorable para la prestación de los servicios, y la Secretaría de Salud Departamental era la instancia que autorizaba la atención. De igual manera, los pagos a los prestadores se hacían de manera oportuna; por tanto, las ESE tenían liquidez porque la prestación de estos servicios representaba una buena fuente de ingresos.

Ahora, y como factor diferencial, la EPS subsidiada es la entidad que debe autorizar la prestación de los servicios hospitalarios y realizar el pago al prestador, con el fin de garantizar el flujo de caja en los hospitales y la mitigación de los riesgos en términos de sostenibilidad. Después de la aplicación del Acuerdo 032, a partir del 1 de julio de 2012 cambia el pagador de los servicios, función que anteriormente asumía la Secretaría de Salud de Cundinamarca; en consecuencia, las finanzas de las instituciones oficiales prestadoras de servicios de salud son afectadas por las acciones del asegurador, la EPS, y tiene la potestad de autorizar los servicios que antes estaban excluidos del POS-S. Esta situación ha influido de manera directa en la liquidez y la solvencia financiera de las ESE de mediana complejidad de Cundinamarca. Adicionalmente, estas instituciones están en la obligación de realizar y prestar sus servicios con estándares mínimos de calidad en todos los procedimientos para el bienestar y el cumplimiento de los derechos de los pacientes.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar el impacto financiero que la medida impuesta por el gobierno nacional de unificar el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) ha tenido en los hospitales San Rafael de

Facatativá, Cáqueza, Fusagasugá, y El Salvador de Ubaté, todos en el departamento de Cundinamarca, durante el periodo 2009-2012.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar el marco teórico de los principales indicadores financieros usados para medir el desempeño de una empresa.
2. Identificar el marco legal a partir del cual se unifica el plan obligatorio de salud (POS) en Colombia.
3. Desarrollar una metodología de análisis financiero que pueda ser replicable a otros hospitales.
4. Medir el impacto financiero en términos de presupuesto y liquidez, con base en un paralelo de la situación financiera antes y después de la unificación del POS, a través del Acuerdo 032 del 1 de julio de 2012 en hospitales de mediana complejidad en el departamento de Cundinamarca.
5. Generar conocimiento sobre el tema que sirva de base para nuevas investigaciones en esta línea.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del arte

A continuación se presenta una síntesis de trabajos que analizan los cambios en el ofrecimiento de servicios de salud tras la implementación de reformas en el sistema. Se encontraron algunos ejemplos en los Estados Unidos y en Colombia. Estos antecedentes servirán para comprender mejor el caso colombiano, en el cual, mediante el Acuerdo 032 de CRES, unificó el régimen subsidiado con el contributivo.

Mas (2013) realizó un estudio en los Estados Unidos donde se analiza el impacto en la reforma administrativa para aumentar la cobertura en 2010, como consecuencia de la presión financiera que se ejercía en los hospitales públicos en respuesta a la atención de los no asegurados (*charity care*). concluyendo que la aplicación del *managed care*, como cambio en el sistema de salud de los Estados Unidos en busca de la cobertura universal en la red hospitalaria pública, responde también a un aumento de la competencia de precios y a la reducción de los ingresos hospitalarios. Lo anterior llevó al aumento en el cierre de los hospitales de la red pública y a la disminución de la competitividad de los demás por el cierre de algunos servicios.

La aplicación del sistema *managed care* trajo una serie de cambios en el manejo en los hospitales debido a que la disminución del pago por paciente asegurado hizo mucho más difícil el mercado para la red de hospitales públicos encargados de la atención de los pacientes no asegurados. Por otro lado, el decrecimiento en los ingresos en los hospitales por cuenta de la atención de pacientes no asegurados afectó negativamente las finanzas, hecho que llevó a la disminución de servicios necesarios en instituciones públicas como fueron obstetricia y tratamiento contra drogas y alcohol, aquellos indispensables en la población vulnerable tratándose del adulto mayor y de sustancias psicoactivas. En síntesis, a partir del trabajo de Mas (2009) se concluye que el *managed care* trajo consigo efectos negativos en la red pública hospitalaria de los Estados Unidos; además afectó también el tipo de servicios más saturado por

la población no asegurada. La presión financiera la ejerce la red pública debido a la alta demanda de pacientes atendidos de los cuales no recibe pago directo.

En Estados Unidos existe un término llamado *Charity Care and Bad Debt* que hace referencia a la atención gratuita y las cuentas incobrables, lo cual genera un alto déficit en términos de ingresos y aumenta las cuentas por cobrar que generan detrimento y disminución de la utilidad en el hospital. De acuerdo con Rollins (2014), para contrarrestar el impacto negativo, los hospitales necesitan realizar un cambio en la forma de negociar con el pagador la prestación de los servicios, razón por la cual los hospitales deberán generar estrategias para mitigar el impacto, modificando acciones y conductas que aporten a la institución.

La administración de los hospitales en el mundo está constantemente bajo presión con temas referentes al mejoramiento de la calidad y la reducción de costos. Por ejemplo, en Francia, las decisiones adoptadas para lograr estas metas han afectado la conducta y la situación laboral de los actores en salud. El sistema adoptado por Francia en 2005 tenía como objetivo la unificación del cobro de los servicios por actividades partiendo de un diagnóstico unificado; este sistema de pago basado en actividad terminó siendo un programa que afectaba de manera negativa el tratamiento y la calidad del servicio, pues el 18% del personal médico manifestó tener presión administrativa con respecto a su decisión médica, pudiendo originar un problema de malas prácticas influenciadas por motivos financieros, y a su vez incentivar la demanda de procedimientos de operaciones rentables. Evidencia de esta situación se presentó en un informe de la “Haute Autoriti de Sante” que manifestó que las apendicetomías aparecen más frecuentemente en algunas zonas de Francia que en otras, dejando en interrogación si tal presión administrativa podría originar estas malas prácticas (Georgescu, 2013).

Shen (2013) examina el efecto de la presión financiera sobre el aspecto de la calidad, específicamente en el tratamiento para el infarto agudo de miocardio; los resultados muestran cómo la disminución del 1% en el *Price payment System*, forma de pago tarifaria por paciente, afecta directamente en el 3,21% de incremento en la mortalidad en los primeros 30 días de ingreso. Shen manifiesta que la presión financiera tiene un efecto adverso en la calidad en atención en los hospitales. Los efectos adversos son el más fuerte de los resultados en salud a

corto o mediano plazo; su magnitud disminuye con el tiempo y se vuelven estadísticamente insignificantes para la supervivencia del paciente después de un año, modificando el tiempo de longevidad.

Chen (2009) analiza el impacto en la condición financiera de los hospitales en la oferta de servicios no productivos para la población asegurada y no asegurada, concluyendo con los resultados que los hospitales sin ánimo de lucro con mejores condiciones y rendimientos financieros proveen más servicios y de mejor calidad en la población que los de menor desempeño financiero, lo que manifiesta que la mala condición financiera es un factor común en el cierre de servicios que son necesarios en la población. Como consecuencia, el hecho de no adoptar políticas de pago por parte del Estado para las entidades hospitalarias privadas como públicas reduce la capacidad de dichas instituciones de proveer cierta cantidad de servicios que no son bien compensados o no frecuentemente usados por la población no asegurada, resultado muy similar al presentado por algunos hospitales de Cundinamarca, cuyos servicios son insostenibles por la crisis financiera a las que son sometidos por la atención de la población subsidiada y por el aumento de la cartera y las cuentas por cobrar.

Otra consecuencia generada por la presión financiera a los hospitales es la privatización de estas instituciones. Ramamonjarivelo (2014) manifiesta que la privatización es una conversión de la propiedad de carácter público a bien privado con fines de lucro, o privado sin fines de lucro. Esta acción ha sido sugerida como una de las estrategias adoptadas por los gobiernos con hospitales públicos en dificultades financieras. El propósito del autor fue describir a partir de investigaciones anteriores con respecto a privatización de hospitales públicos, las acciones que pueden mejorar las condiciones financieras y evaluar si el ánimo de lucro resulta en un mejor desempeño que la razón sin ánimo de lucro. La muestra analizada de 523 hospitales, a partir de cuatro fuentes de datos; el seguimiento año a año hasta el 2009 del desempeño de los hospitales privatizados con ánimo de lucro en comparación con aquellos sin ánimo de lucro permitió que estas últimas instituciones tienen un mayor acceso a capital y a inversiones en instalaciones y tecnología, hecho que puede atraer a más pacientes y en consecuencia mejorar sus ingresos. Lo anterior no busca sugerir que la privatización es en general la mejor estrategia, pero

sí mostrar las ventajas competitivas con las que cuenta el sector privado (en este caso clínica y hospitales) y de cómo las condición de hospitales públicos en Estados Unidos los obliga a convertirse para no desaparecer.

En Colombia, el 28° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC) con corte a junio 30 de 2012, refleja la situación de 130 instituciones con una deuda de más de 4,5 billones de pesos y una cartera que rota hasta 60 días o más, con lo cual se evidencia el impacto en la deuda en términos de liquidez que produce perjuicios financieros a clínicas y hospitales del país. De dicha cartera, el 36,7% pertenece a las EPS del sistema contributivo y el 26,5% al subsidiado, antes de la aplicación de la norma (Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, 2012).

El Informe financiero 2009 realizado por la ACHC en instituciones privadas y públicas en el país halló relevante, en términos de endeudamiento, que los hospitales públicos presentan en esta variable más del 40% del activo sobre terceros, cifras críticas para la perdurabilidad de los hospitales en Colombia (Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, 2010).

En el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta, Norte de Santander, Cárdenas y Velasco 2014 realizaron un estudio de caso de una empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud, concluyen de que la liquidez se encuentra relacionada con la morosidad de cartera, por la baja rotación en las cuentas por cobrar (promedio de dos veces al año) y una alta morosidad de más de 200 días en convertirse en efectivo, liquidez con la que no ha contado el hospital, afectando el cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo.

Fedesarrollo (2012) resalta la importancia del análisis de sensibilidad contenido en el estudio de igualación de los planes obligatorios de salud en Cundinamarca. En el Informe final se afirma que:

El análisis de sensibilidad realizado, en el que se modifican únicamente las variables de porcentaje de contratación con la red pública y el valor de la UPC de unificación, indica que el equilibrio financiero de la red pública es altamente sensible a los ajustes en cualquiera de estas dos variables, ya que dependiendo de la decisión que se tome, los hospitales podrían superar su condición deficitaria o permanecer en ella. (p.39).

Castañeda, Fonseca, Núñez, Ramírez y Zapata (2012) afirma que:

La identificación de las principales fuentes de vulnerabilidad de la red pública implica considerar el efecto de los retrasos en los pagos hechos por las EPS del régimen subsidiado a los hospitales públicos, dado que las primeras están obligadas (por la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 1020 del mismo año) a contratar un 60% con los últimos. Por tal razón, no se puede dejar de lado el posible impacto que tendría la legislación más reciente, sobre la sostenibilidad financiera de los hospitales; a manera de ejemplo, el Decreto 971 de 2011 reglamenta el mecanismo de giro directo de los recursos desde el MPS -en nombre de cada entidad territorial- hacia las EPS o IPS, lo cual modificaría la dinámica financiera que ha presentado el sistema de salud en los últimos años. (p.64)

El impacto de la unificación del POS podría poner en riesgo la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos si no se vigila de cerca su nivel de contratación, así como el flujo de los recursos para cubrir el posible aumento en la demanda de servicios de salud y el incremento en la cobertura del POS subsidiado (Castañeda *et al.*, 2012).

En síntesis, existe evidencia de que el ofrecimiento en los servicios de salud se ha visto afectado por cambios en los modelos y en las políticas financieras de los sistemas que soportan su prestación. En general, el impacto ha sido negativo toda vez que las instituciones ven disminuido su flujo de caja, lo que conlleva a una reducción de la rentabilidad con la consecuente desaparición de servicios que por su baja frecuencia de utilización son suprimidos. Estas acciones administrativas se explican a partir del cumplimiento de un presupuesto anual por parte de la gerencia, acto no justificable pero inevitable debido a normativas que logran impactar negativamente la liquidez de los hospitales.

2.2 Referentes teóricos

La administración financiera es una disciplina que permite tomar las decisiones adecuadas para alcanzar los objetivos trazados, sin importar el tipo de empresa, para que los gestores sean más eficientes y eficaces en el manejo de los recursos. El administrador financiero debe determinar las fuentes que generen los recursos de manera eficiente, usarlos de manera pertinente y realizar un control acerca de la procedencia de los fondos (Wheelen y Hunger, 2007).

Las organizaciones se ven influenciadas por factores internos o externos que determinan acciones que llevan a los administradores a tomar decisiones con el fin de lograr sus metas o replantearlos. La administración es una herramienta que permite identificar a los administradores las debilidades, las fortalezas, las amenazas y las oportunidades, lo que conlleva a la creación de estrategias organizacionales con el fin de alcanzar sus metas. Con el propósito de mejorar la eficiencia de las actividades en las organizaciones, las funciones clave de la gestión, incluyen: planeación, organización, gestión del personal, dirección y control (Nowicki, 2011).

2.2.1 Gestión financiera

Según Ortiz (2011), la gestión es importante para direccionar las políticas de la empresa que orientarán la toma de decisiones para alcanzar los objetivos, con el fin de hacer el uso eficiente y eficaz de los recursos. La gestión financiera es una de las actividades más importantes de la administración, está relacionada con la toma de decisiones empresariales en función del tamaño y la composición de los activos, la estructura de la financiación y a la política de retribución, enfocándose en la creación del valor para la empresa y sus grupos de interés (*Stakeholders*). Para lograr tal objetivo, las herramientas más utilizadas son el control y el seguimiento de las actividades, estas contribuyen al cumplimiento de las estrategias fijadas por los responsables y ejecutores del plan financiero.

El objetivo de una organización del sector de la salud sin fines de lucro, es proporcionar servicios de la salud a la comunidad, sin dejar a un lado la eficiencia económica y la generación de ingresos suficientes para compensar los gastos y permitir el crecimiento (Nowicki, 2011).

En últimas, el objetivo de la gestión financiera de las empresas prestadoras de servicios de salud, consistirá en garantizar la adecuada asignación de recursos financieros, la solvencia de recursos de corto plazo, el retorno de la inversión de los activos dispuestos para su objeto y el retorno de los inversionistas, que debe ser expresada en la información contable y financiera, información que contribuye a la gestión en el cumplimiento de los objetivos de la organización; todas las organizaciones tienen al menos un objetivo en común que garantice su perdurabilidad y sostenibilidad financiera (Nowicki, 2011).

2.2.1.1 Administración financiera

Redondo (1997) define el objetivo de la administración financiera como:

(...) elevar al máximo el valor actual de la empresa, equilibrando los factores de rendimiento sobre la inversión y el riesgo, y tendiente a conservar la liquidez de la empresa y obtener, a la vez, el máximo aprovechamiento y rendimiento de sus recursos (...) (p. 44).

Gitman (2007) afirma que los administradores financieros:

Administran activamente los asuntos financieros de cualquier tipo de empresa, financiera o no, privada o pública, grande o pequeña, lucrativa o sin fines de lucro. Realizan tareas financieras tan diversas como la planificación, la extensión de crédito a clientes, la evaluación de fuertes gastos propuestos y la recaudación del dinero para financiar las operaciones de la empresa. (p. 3).

La administración financiera es importante debido a que su función principal es la consecución de recursos, su inversión y la administración óptima de estos para obtener los beneficios esperados. En toda organización existe una permanente administración financiera de los recursos para alcanzar los fines planeados. Los resultados financieros deben ser evaluados y analizados para realizar una eficiente administración de los mismos en búsqueda del logro de los objetivos de la organización (Gitman, 2007).

La administración financiera se basa en el análisis y la planeación, las decisiones de inversión y de financiamiento Gitman (2007). Las siguientes funciones deben ser ejecutadas en todas las organizaciones:

- **Análisis o planeación financiera.** Esta función es una de las principales, dado que permite a las empresas planificar la consecución de los recursos y su eficiente utilización. Esto se debe lograr bajo las políticas y directrices organizacionales que le permiten ejecutar la estrategia (planificación de largo plazo), mediante las metas a seguir (planificación de corto plazo), las cuales deben ser medibles y cuantificables por las organizaciones.
- **Decisiones de inversión.** Las decisiones de inversión se determinan en el corto y largo plazo; activos de capital de trabajo y de capital productivo. Esta mezcla se refiere a

la cantidad, en términos monetarios, de activos circulantes y fijos. Una vez establecida la mezcla, se intenta mantener los niveles óptimos o más adecuados de cada tipo de activo para cumplir con los objetivos de la empresa.

- **Decisiones de financiamiento.** Esta función trata de las decisiones que tienen que ver con el apalancamiento financiero costoso (deuda financiera) o no costoso (pasivos devengados) y el capital propio de los inversionistas que pueden tener un fin lucrativo (retorno sobre la inversión) o sin lucro, con el fin de satisfacer otro tipo de necesidades sociales. Es necesario establecer la composición más adecuada de apalancamiento que necesite en cada una de las etapas de desarrollo de la organización.

Según Nowicki (2011), existen seis objetivos, en los cuales se debe enfocar la administración financiera de las organizaciones de la salud. El primer objetivo es generar ingresos; el objetivo más importante de la administración financiera, es la generación de ingresos netos razonables, invirtiendo en activos y poniéndolos a funcionar con el propósito de mantener los servicios prestados a la comunidad. El segundo objetivo consiste en responder a las regulaciones de manera oportuna. El tercer objetivo es facilitar las relaciones con contribuyentes que están vinculados al sistema pero de manera externa (pagadores terceros²), como por ejemplo, las compañías de seguros, que pagan la totalidad o una parte de la facturación total del sistema. El cuarto objetivo consiste en influir en el método y la cantidad de pago elegida por pagadores terceros; se debe influenciar en el precio de capitación, ya que en algunos casos, los hospitales descuentan precios por debajo de los costos por paciente, con el fin de mantener la cuota de mercado y asumiendo un mayor riesgo financiero; estos hospitales pierden dinero si proporcionan cuidados que cuestan más que el pago anticipado. El quinto objetivo es monitorear la responsabilidad financiera de los médicos: se debe garantizar que los procesos que se solicitan por paciente equivalen a los que necesita; además, se debe garantizar la reducción en la exposición de riesgo legal por negligencia de los médicos. El último objetivo de la

² Un pagador tercero es una entidad que paga la asistencia en salud por otra entidad. Estos contribuyentes son llamados “terceros”, ya que no ofrecen el servicio de salud ni lo reciben.

administración financiera en salud, consiste en proteger la situación fiscal: es común, que los gobiernos requieran de nuevas fuentes de financiamiento y que la exención de impuestos sea un tema crucial en las legislaciones, por tanto, se debe proteger este estatus para entidades sin fines de lucro.

2.2.1.2 Estructura de la organización de la función financiera

Las áreas que intervienen en la función financiera son: contabilidad y finanzas. La contabilidad se divide en dos grandes áreas: la contabilidad financiera y la contabilidad administrativa. El propósito de la contabilidad financiera es proporcionar información contable a los usuarios externos; según AICPA (American Institute of Certified Public Accounts, mencionado en Nowicki, 2011) se deben presentar cuatro estados financieros: un balance consolidado, un estado de resultados, un estado de cambios en el patrimonio neto y un estado de flujos de efectivo. Por otro lado, la contabilidad administrativa, tiene como propósito proporcionar información contable a los usuarios internos; dicha información soporta las funciones de planificación y gestión de control. La contabilidad administrativa es el vínculo entre la contabilidad financiera y el gerente.

El propósito tradicional de las finanzas ha sido el de conseguir los recursos e invertir los fondos necesarios para la organización. No obstante, el propósito ha cambiado, hoy en día el propósito se concentra en analizar la información proporcionada por la contabilidad administrativa para evaluar las decisiones del pasado y tomar decisiones acertadas con respecto al futuro de la organización. Según Sherman (2011), las finanzas corporativas se concentran en cuatro elementos: llevar un registro preciso y oportuno de las transacciones, determinar a partir de la contabilidad la situación financiera actual, planificar basándose en las acciones y resultados del pasado de forma proactiva, y concentrarse en la gestión de efectivo para utilizarlo de manera eficiente.

Sin embargo, la estructura financiera de una organización no depende solamente del área de contabilidad y finanzas; la organización se debe percibir como un engranaje, y las finanzas como el eje que articula cada una de las áreas funcionales y de apoyo. En el entorno actual de la

salud, administradores y directivos no pueden suponer que otras personas, gestores financieros, sean los únicos responsables de entender y entregar, resultados financieros (Kaufman, 2009).

El propósito de la dirección es lograr que cada una de las áreas esté encaminada hacia el cumplimiento de los objetivos de la organización. En este sentido, Gitman (2007) señala que: “todas las áreas de responsabilidad de una empresa interactúan con el personal y los procedimientos financieros.” (p. 31).

En general, la principal función de las finanzas en cualquier organización de servicios de salud, al igual que los demás sectores de la economía, es la planificación para adquirir y destinar los recursos con el propósito de maximizar la eficiencia y el valor de la empresa; con tal fin, las actividades que deben desempeñar las organizaciones de servicios sanitarios son: planificación y elaboración de presupuestos, presentación de informes financieros, tomar decisiones que involucran la inversión de capital y de financiación, gestionar el capital de trabajo, gestión en la contratación de servicios a terceros y de atención medica administrada, y la gestión del riesgo financiero (Gapenski, 2012).

2.2.2 Análisis financiero

Según Ortiz (2011), el análisis financiero se define como:

(..) un proceso que comprende la recopilación, interpretación, comparación y estudio de los estados financieros y los datos operacionales de un negocio. Esto implica el cálculo y la interpretación de porcentajes, tasas, tendencias, indicadores y estados financieros, complementarios y auxiliares, los cuales sirven para evaluar el desempeño financiero y operacional de la firma, lo que ayuda de manera decisiva a los administradores, inversionistas y acreedores a tomar sus respectivas decisiones. (p.34)

El análisis financiero es la forma en que inversionistas, proveedores y gestores evalúan el pasado, el presente, y el futuro del desempeño financiero en una organización. El análisis financiero, según Berman, Kukla y Weeks (mencionado por Nowicki, 2011), debe seguir los siguientes pasos: establecer los datos de la organización, comparar los datos en un horizonte temporal, como también, compararlos con organizaciones similares, y usar el juicio para tomar decisiones dependiendo de las comparaciones realizadas.

2.2.2.1 Objetivo del análisis financiero

Según Berger (2008) los estados financieros, de acuerdo con los establecido por la FABS (Financial Accounting Standards Board), deberán proporcionar información sobre: utilidad para actuales y potenciales inversionistas y acreedores; uso y objetivo de las transacciones que se realicen con los recursos económicos; los resultados financieros del periodo; descripción de cómo se obtiene efectivo y se utiliza; información sobre endeudamiento, transacciones de capital, y sobre otros factores que pueden afectar la liquidez o solvencia de la empresa; descripción de la gestión de la empresa con el cumplimiento administrativo; y utilidad para gerentes y directores en la toma de decisiones en interés de los propietarios. En otras palabras, el objetivo del análisis financiero es permitir a las partes interesadas conocer el desempeño financiero de la organización.

El objetivo financiero tendrá que ser desarrollado por la gestión financiera y debe ser conducido hacia un fin; el propósito de maximizar el valor de la empresa será el objeto del gestor financiero. Según Ortiz (2011) este fin corresponde:

(..) al propósito de los accionistas, inversionistas o dueños de incrementar su propia riqueza, es decir, su inversión. Por excepción, cuando las acciones están muy diversificadas, el funcionario financiero puede, hasta cierto punto, sentirse con relativa libertad y trabajar solamente para mantener la riqueza de los inversionistas, dedicando parte del esfuerzo a otros propósitos personales de carácter social o de beneficio para los trabajadores (p. 31).

Para alcanzar los objetivos del análisis financiero, se deberá llevar a cabo tres funciones básicas: preparación y análisis de la información financiera, determinación de la estructura de activos y estudio de financiamiento de la empresa o estructura financiera (Ortiz, 2011).

2.2.2.1.1 Preparación y análisis de la información financiera

La contabilidad financiera se encargará, como objetivo final, entregar estados que cumplan con las características cualitativas de la información. Según la IFRS (International Financial Reporting Standard), las característica cualitativas más importantes son: “(...) la relevancia y la fiabilidad (representación fiel). Las demás características cualitativas son menos importantes pero siguen siendo altamente recomendables. Por consiguiente, aquellas

características cualitativas menos importantes (por ejemplo, comparabilidad, verificabilidad, oportunidad y comprensibilidad) suelen denominarse “características cualitativas de mejora”. (2010, p.8).

La información relevante y fiable, representa una gran herramienta para que los usuarios tomen decisiones de manera segura. Los estados financieros poseen la cualidad de la relevancia cuando estos ejercen influencia sobre las decisiones económicas. Por otra parte, la representación fiel, hace referencia a que la información debe representar fielmente las transacciones y demás hechos que se pretenden presentar en los estados financieros; esta información debe estar libre de error significativo y sesgo.

Entonces, la preparación y el análisis de la información financiera se refieren a:

la preparación adecuada y el análisis exhaustivo de los estados financieros básicos y la demás información financiera auxiliar o derivada, de manera que todo ello pueda ser utilizado para la toma de decisiones en cuanto al manejo (...) de la empresa. (Ortiz, 2011, p.29).

Además de los estados financieros (balance general, estados de resultados y flujo de efectivo) y la sección de notas, los principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (GAAP, Generally Accepted Accounting Principles) recomiendan que las organizaciones proporcionen información complementaria, por ejemplo, un sistema de salud, puede informar de los ingresos de sus filiales como datos complementarios a pesar de que las declaraciones se centran en los ingresos totales del sistema (Gapenski, 2012). El análisis de la información financiera, no solo debe enfocarse en los estados financieros, sino también, en las notas y los complementos, ya que estas dos secciones contienen información esencial para la interpretación de los estados financieros; un examen a fondo siempre considera toda la información relevante y contenida en la divulgación de informes financieros.

2.2.2.1.2 Determinación de la estructura de activos

El activo es el componente de valor que posee una empresa o negocio, según el Decreto 2649 de 1993 el activo es: “la representación financiera de un recurso obtenido por el ente económico como resultado de eventos pasados, de cuya utilización se espera que fluyan a la

empresa beneficios económicos futuros”. El gestor financiero deberá determinar qué clase, cantidad y calidad de activos requerirá la empresa para que pueda llevar a cabo su actividad. El control del activo corriente es determinante para el buen desempeño de la empresa en el corto plazo, además, deberá cumplir con los objetivos de la empresa sin generar pérdida de valor a los accionistas o inversores. Por otro lado, el gestor deberá tener pleno conocimiento de la estructura del activo total para crear valor en el largo plazo, lo que está asociado con la toma de decisiones que involucran la inversión, el reemplazo y la liquidación de activos.

La gestión eficiente de los activos deberá estar acompañada de un presupuesto de capital. Un deber de un gerente financiero es escoger inversiones con flujos de efectivo que alcancen a cubrir las necesidades de corto plazo y que generen el rendimiento; de esta manera, el gestor decidirá si la inversión vale o no la pena. Para determinar si la decisión es acertada o incorrecta deberá evaluar, comparar y seleccionar el mejor proyecto a través de un procedimiento, llamado, presupuesto de capital. El presupuesto de capital en la determinación de la estructura de activos se convierte en una herramienta administrativa que permite analizar y clasificar las posibles inversiones en activos en relación con las fuentes que generan efectivo (Wheelen y Hunger, 2007). De esta manera, el presupuesto de capital permitirá asignar la mejor alternativa, dado que los recursos son escasos en cualquier tipo de empresa.

2.2.2.1.3 Estudio de financiamiento de la empresa o estructura financiera

Cuando se conoce el presupuesto de capital, es decir, las necesidades de la compañía, es necesario realizar un plan sobre el fondeo de dichas necesidades. Es fundamental determinar las fuentes que financiarán la operación de la empresa tanto de corto como de largo plazo, pero antes del fondeo, es necesario que el gestor financiero determine la composición adecuada de las fuentes de financiamiento, sin olvidar el costo-oportunidad de cada una de ellas. De esta manera, la estructura financiera corresponde a la mezcla de recursos, tanto de corto como de largo plazo, que necesita la empresa para adquisición de activos. Según Serrano (2004), en la estructura de capital de una empresa, hay que encontrar la mezcla óptima de deuda de largo plazo y financiamiento por acciones o utilidades retenidas, la cual es aquella que minimice el costo promedio ponderado de capital.

El presupuesto de capital desempeña un papel importante para determinar la estructura óptima de capital para la empresa, pues toma en cuenta fuentes de financiamiento interno, financiamiento externo, como también el financiamiento mediante capital accionario. El financiamiento interno se obtiene a partir de las operaciones de la empresa, por ejemplo, las utilidades retenidas o las cuentas por pagar, mientras que el financiamiento externo ocurre cuando la necesidad de fondos se obtiene a partir de prestamistas o inversionistas externos (Bodie y Merton, 2003).

2.2.2.2 Importancia del análisis financiero

Según Ortiz (2011), existen personas y entidades a las que les interesa el análisis financiero y cada una de ellas lo enfoca desde el punto de vista de sus propios intereses y enfatiza sobre ciertos aspectos que considere de mayor importancia. En principio, la administración de la empresa debe ser la más interesada en los resultados de los análisis financieros. Sin embargo, los inversionistas, los bancos y acreedores, las cámaras de comercio, las bolsas de valores y la administración de impuestos, son grupos de interés que constantemente recopilan y analizan información financiera. En este sentido, el análisis financiero es un instrumento para tomar decisiones empresariales, donde se tienen en cuenta algunas características propias de la empresa y algunas variables externas que influyen en su actividad, tales como: economía mundial, situación económica interna del país, comportamiento del sector, actuación de la competencia y aspectos relacionados con la política.

Así mismo, Gapenski (2012) señala que los inversionistas y los gestores son los usuarios predominantes de información financiera. Por un lado, los inversionistas (propietarios que suministran capital propio, acreedores y comunidades), tienen un interés económico sobre la organización, ellos utilizan el análisis financiero para hacer juicios sobre el capital invertido y en ocasiones utilizan los informes financieros para crear objetivos empresariales. Por otro lado, los gestores, involucrados en la generación de los estados financieros, también son usuarios de estos reportes; utilizan estos para evaluar la situación financiera actual de la organización y formular planes para asegurar que la situación financiera futura preste apoyo a sus metas.

El análisis financiero es una herramienta para determinar la fortaleza o debilidad de las finanzas y las operaciones en la empresa. Según Ortiz (2011), el administrador financiero estará interesado en conocer acerca de la empresa:

a. Su capacidad para pagar compromisos de corto y largo plazo; b. La rentabilidad de sus operaciones; c. El valor real de sus activos; d. La naturaleza y las características de sus obligaciones; e. La habilidad para obtener sus inversiones; f. Su potencial para conseguir nuevos recursos; g. La capacidad para soportar cualquier problema de naturaleza interna o externa (pp. 35-36).

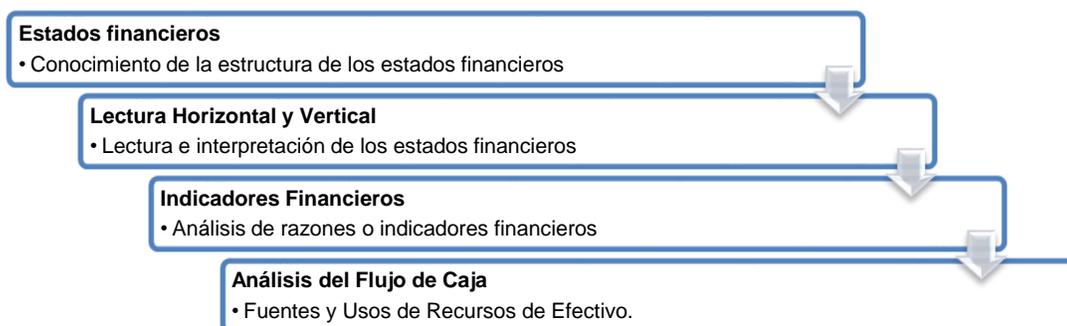
En respuesta a estos interrogantes, Ortiz (2011), afirma que los resultados del análisis constituyen una herramienta para que la administración pueda tomar las siguientes medidas:

a. Medición de costos; b. Determinación de la eficiencia relativa de las divisiones, los departamentos, los procesos y los productos; c. Capacidad de generación de caja y solvencia financiera; d. Evaluación de los funcionarios del área financiera, a quienes se han delegado responsabilidades; e. Determinación de nuevas normas de dirección y procedimientos; f. Evaluación de los sistemas de control interno; g. Establecimiento de futuros planes y procedimientos; h. Justificación de su actuación ante los inversionistas. (p. 36)

2.2.2.3 Tipos de análisis financiero

Después de que la información requerida por los estados financieros se captura, se debe seguir un procedimiento de entendimiento e interpretación de resultados. Para esto, se comparan los datos de la organización a través del tiempo con la información de otras empresas del mismo sector; este tipo de comparación se construye a partir del análisis de razones financieras, el análisis horizontal, y el análisis vertical.

Figura 1. Tipos de análisis financiero



Fuente: Elaboración propia a partir de Ortiz, 2011.

2.2.2.3.1 *Análisis vertical y análisis horizontal*

El análisis vertical, evalúa la estructura interna de la organización, centrándose en un número de base y que muestra porcentajes de partidas importantes en relación con el número base. Por ejemplo, el análisis vertical podría mostrar qué porcentaje de los ingresos brutos son los ingresos netos, deudas, destinación contractual, entre otros. El análisis vertical es estático ya que se centra en la situación financiera en un momento determinado, sin tener en cuenta los cambios que pudieron ocurrir en un horizonte temporal.

El aspecto más importante del análisis vertical es la interpretación de los porcentajes (...). Las cifras absolutas de un balance o un estado de pérdidas y ganancias no dicen nada por sí solas, en cuanto a la importancia de cada una en la composición del respectivo estado financiero y su significado en la estructura de la empresa. Por el contrario, el porcentaje que cada cuenta representa sobre una cifra base nos dice mucho de su importancia como tal, de las políticas de la empresa, del tipo de empresa, de la estructura financiera, de los márgenes de rentabilidad, etc. (Ortiz, 2011, pp.151-152).

Por otra parte, el análisis horizontal se centra en líneas individuales de los estados financieros. Este análisis, a diferencia del vertical, es dinámico; el posible aumento o disminución de cada línea es calculado a través de dos o más periodos contables. Este tipo de análisis permite identificar los cambios de periodo a periodo, como también la tendencia en un horizonte de tiempo. Según Ortiz (2011), el análisis horizontal se debe centrar en los cambios significativos y ha de tener en cuenta las variaciones absolutas como las relativas. No obstante, presenta debilidades: según Pointer & Stillman (2004) el análisis no toma en cuenta la inflación o cambios en el tamaño o volumen de una organización a través del tiempo, además, no es adecuado para la comparación entre organizaciones.

En resumen, el análisis vertical compara muchos elementos dentro de un mismo periodo de tiempo con una base, mientras que el análisis horizontal analiza el comportamiento de una misma variable en diferentes periodos de tiempo. Este tipo de análisis se puede desarrollar en estados financieros, como por ejemplo: el estado de resultados y la hoja de balance. Las

organizaciones deberán usar estos dos análisis de manera complementaria para tomar mejores decisiones.

2.2.2.3.2 *Ratios o razones financieras.*

El *ratio* o una razón financiera es una estimación que se obtiene a partir de la relación numérica de dos cuentas de los estados financieros. El uso de las razones financieras dependerá del objetivo del analista; su interpretación permite encontrar fortalezas y debilidades de la empresa. En caso de tener un registro de las cuentas en un horizonte temporal, se podrá realizar una comparación que permitirá establecerá un comportamiento tendencial.

Las razones financieras, llamadas también *ratios*, no son simplemente cocientes para interpretar la situación de la empresa sino que son un insumo valioso para predecir el comportamiento futuro de esta misma, en aspectos como la capacidad de pago a terceros, manejo de las actividades de la empresa, efectividad de la administración financiera, y en algunos casos, estimar la probabilidad de fracaso que tiene la empresa desde el punto de vista financiero y operativo. Por esta razón, la construcción de *ratios*, permite tener una capacidad predictiva de los propios estados financieros y prever el comportamiento futuro de manera cuantitativa.

La primera persona en utilizar *ratios* para predecir el efecto de estos en la probabilidad de fracaso empresarial y que fue el punto de partida para posteriores investigaciones, fue Beaver (1966) quien con define el fracaso como la incapacidad de una empresa para pagar sus obligaciones financieras a medida que la empresa va madurando.

Para Gitman (2007), las principales razones financieras se encuentran clasificadas dentro de cinco rubros: 1) razones de rentabilidad: margen de utilidad, margen operativo, margen EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization*), rendimiento sobre la inversión, rendimiento sobre la inversión operativa, rendimiento sobre el capital contable. 2) Razones de liquidez: razón circulante, prueba de liquidez. 3) Razones de utilización de activos: rotación de cuentas por cobrar, período promedio de cobranza, rotación de inventarios, período promedio de conversión, rotación de cuentas por pagar, período de posposición, ciclo de conversión del efectivo, rotación de activos fijos, rotación de activos totales. 4) Razones de

utilización de pasivos: relación de pasivo a activos totales, apalancamiento financiero, concentración de deuda de corto plazo, número de veces que se ganaron intereses (cobertura), impacto de la carga financiera. 4) Razones de evaluación de una empresa: relación de precio a utilidades, relación de valor de mercado a valor en libros.

2.2.3 Análisis financiero en el sector hospitalario

El sector hospitalario no es ajeno al objetivo general de las organizaciones, como lo es la maximización del valor. Sin embargo, como se compone de organizaciones sin ánimo de lucro, tal meta se debe alcanzar teniendo en cuenta como mínimo algunos objetivos financieros. Según Gapenski (2012), para cumplir su misión y alcanzar su visión, los hospitales deben:

1. mantener su viabilidad financiera.
2. generar beneficios suficientes para continuar con su actual prestación de servicios de salud a la comunidad.
3. generar beneficios suficientes para invertir en nuevas tecnologías y servicios médicos a medida que se desarrollan y se necesitan.
4. evitar involucrar sus operaciones con recursos provenientes del programa o del gobierno, a pesar de que los hospitales tienen un programa de filantropía.
5. proporcionar servicios a la comunidad con el valor más económicamente posible, teniendo en cuenta las anteriores necesidades financieras.

Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2010), uno de los objetivos del análisis financiero en las instituciones hospitalarias es evaluar los puntos fuertes y débiles de la institución. Los puntos fuertes deben ser analizados y explotados al máximo, competitivamente darán ventajas si son utilizados con acierto por parte de la gerencia. Los puntos débiles también son importantes porque permitirán tomar decisiones para corregir los errores y las deficiencias en la administración de la empresa. Los pasos a seguir son:

- Emitir un diagnóstico de la situación financiera de la institución.
- Detectar debilidades y fortalezas del negocio y del sector hospitalario.

- Interpretar los estados financieros.
- Entender su contenido, clasificación de cuentas.
- Determinar la calidad de los excedentes.
- Encontrar señales de peligro o riesgo.

2.2.3.1 Preparación para elaborar el diagnóstico de la situación financiera

De acuerdo con Ortiz (2011), para elaborar el diagnóstico de la situación financiera se requiere: conocimiento de la información financiera y contable, veracidad y oportunidad de los informes.

Las bases de este proceso son:

- Características del entorno (factores externos).
- Ubicar la empresa dentro del contexto (factores internos).
- Conocer la situación del sector público hospitalario.
- Análisis DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas).

La información financiera necesaria para el diagnóstico es:

- Balance general.
- Estados de ganancias y pérdidas.
- Estado de flujo de efectivo
- Anexos (explicaciones).

La lectura de estados financieros debe comenzar con el Balance para darse una idea de la posición financiera de la ESE. Siguiendo esta lógica el orden sería:

- Analizar los activos que posee.
- Estudiar la manera como se financian.
- Analizar los grandes totales, los cuales reflejan el tamaño de la ESE.

- Observar los cambios y las tendencias (estados financieros de dos o más períodos).
- Concentrarse en las cuentas principales.
- Recordar que el costo de los bienes no vendidos aparece como inventario.
- Entender que los ingresos se reconocen en el momento en que ocurre la venta, no cuando se recibe el efectivo.
- Reconocer los gastos en el momento que se producen, no cuando se pagan.

El análisis sobre del Estado de Pérdidas y Ganancias debe darle una idea general sobre:

- Volumen y tendencia de ingresos de operación.
- Cantidad y tendencia de los gastos principales.
- Excedente neto o déficit resultante.
- Generación efectivo por la actividad.

2.2.3.2 *Indicadores o razones financieras*

Las razones financieras constituyen uno de los instrumentos más relevantes para realizar el análisis financiero de las IPS, dado que pueden medir el grado de eficacia y evaluar el comportamiento de las instituciones. Las razones presentan una perspectiva amplia de la situación financiera, precisan el grado de liquidez, de rentabilidad y de apalancamiento financiero, la cobertura y aspectos relacionados con la actividad y operación de los hospitales. Su análisis da una visión general de la situación financiera de la empresa, y con base en ella se toman los correctivos pertinentes y necesarios para lograr el objetivo básico financiero (García, 2009). En síntesis, para las ESE, el estudio de los indicadores financieros:

- Facilita análisis de la situación financiera.
- Permite detectar puntos fuertes y débiles en la situación financiera de la ESE.

- Enfoca la atención en detalles que parecen presentar anomalía.
- Permite investigación más exhaustiva solo para aquellos aspectos que lo ameriten.

Por ejemplo, la *Healthcare Financial Management Association (HFMA)*, una de las organizaciones más importantes que congrega a los líderes de las finanzas de la salud, en su publicación del año 2013 (*Financial, operating measures provide basis for assessing U.S. hospital performance*), muestra cuales son los indicadores financieros utilizados para medir el desempeño de las organizaciones en el sector de la salud, indicadores que evalúan el tratamiento de costos y de productividad de 600 hospitales en Estados Unidos. Los indicadores financieros que utiliza la HFMA (2013) son: margen operacional, margen EBITDA, deudas incobrables como porcentaje de los ingresos por paciente, rotación de efectivo, pasivo no corriente sobre patrimonio, utilidad operacional sobre total pasivo ,entre otras. Tomando en cuenta los indicadores utilizados, la HFMA concluyó que el costo medio de la operación de los hospitales se redujo, las inversiones de capital se han quedado sin fondos, y la edad media de la planta se ha incrementa, para muchos hospitales, el acceso a capital y la habilidad para renovar su activo fijo ha sido desalentador.

Coyne y Singh (2008) utilizan los indicadores financieros como una medida predictiva de fracaso para las empresas que hacen parte del sistema de salud. A partir de siete años de captura de los estados financieros para 18 sistemas de salud, 13 que entraron en la ley de bancarrota y cinco que son solventes financieramente, se utilizan los siguientes indicadores: cambio porcentual del flujo de caja operacional, flujo de caja operacional sobre ingresos netos, rotación de efectivo, flujo de caja operacional sobre pasivos, pasivo sobre patrimonio, cobertura de intereses y periodo promedio de cobro. El uso de indicadores resultó ser útil para encontrar diferencias entre los sistemas de salud que fracasaron y los que no lo hicieron; tres de los siete indicadores utilizados, resultaron ser los mejores predictores para el fracaso empresarial, estos son: cambio porcentual del flujo de caja operacional, flujo de caja operacional sobre ingresos netos y flujo de caja operacional sobre pasivos. Coyne y Singh (2008) concluyen que la quiebra financiera del sistema de salud es muy sensible a la reducción en la gestión del flujo de caja, por

esta razón, sugieren una mayor gestión y eficiencia del manejo del efectivo en estas instituciones a partir de la tendencia y la variación de los indicadores financieros.

La razón corriente, como indicador de liquidez, es ampliamente utilizada como medida de la capacidad para transformar activos corrientes en efectivo, con el fin de pagar pasivos en el corto plazo. Según Bem, Ucieklak-Jeż y Prędkiewicz (2014) es el indicador de liquidez más utilizado para medir la liquidez en el sector de la salud.

En resumen, los indicadores clave para analizar el estado financiero de las empresas son: indicadores de liquidez, de operación, de endeudamiento y de rentabilidad (García, 2009). Estos indicadores financieros se utilizarán en el presente documento para evaluar el comportamiento de las ESE de Cundinamarca.

2.2.3.2.1 Uso de indicadores financieros

El primer paso para analizar la situación financiera de una organización es examinar sus estados financieros y a partir de ellos calcular e interpretar las razones financieras, las cuales permiten evaluar la condición financiera de un negocio y, quizás más importante, identificar los factores de la operación que llevaron a esta situación.

Gaufman (2012), señala que el uso de indicadores financieros es relevante para medir el desempeño financiero de una empresa; el reto para los gestores financieros y de la gestión en general, consistirá en seleccionar indicadores que permitan capturar las fortalezas y debilidades financieras en la organización, además de vigilar estos indicadores a través del tiempo.

En el sector de la salud los indicadores financieros se utilizan para:

- Comparar características financieras de una ESE en diferentes períodos.
- Tener una base de comparación con una ESE del mismo sector.
- Definir comportamientos promedio en la evaluación de resultados históricos.
- Establecer tendencias y proyectar resultados futuros.

El resultado de cada indicador debe ser comparado con los resultados de diferentes años, otras ESE, con el sector público o privado de la salud, según sea el caso. La cantidad y calidad de información disponible definen el análisis del resultado. El análisis por medio de razones financieras compara:

- El comportamiento de algunas cuentas con otras de interés.
- El tamaño de algunos grupos de cuentas con otros.
- La situación financiera de un momento comparada con la de períodos anteriores.
- La situación financiera real frente a la planeada.
- La situación con respecto a la competencia o sector.

2.2.3.2.1.1 *Indicadores de liquidez*

Tienen como objetivo medir la capacidad de la ESE para cubrir obligaciones de corto plazo, establecer qué tan fácil se convierten los activos corrientes en efectivo para solventar las necesidades del pasivo corriente.

Por lo general, las ESE financian parte de su operación de corto plazo con pasivos de largo plazo. Entonces, el Activo Circulante debe superar Pasivo Circulante. La *razón corriente* mide el número de veces que el Activo Circulante “cubre” el Pasivo Circulante. (Ver Cuadro 1). Una razón corriente de dos o mayor es una buena señal de liquidez para la empresa, por otro lado, una relación por debajo de uno es una señal de advertencia, detalla que el nivel de capital de trabajo es un problema y que la empresa podría tener problemas para cumplir con sus obligaciones de manera oportuna (Thomsett, 2010).

Sin embargo, es un indicador inusual cuando la empresa tiene un enfoque agresivo para costear sus inventarios; también puede mostrar una razón baja cuando los saldos en caja se mantienen en un mínimo, consecuencia de una línea de crédito, y solo se repone el dinero en efectivo cuando es absolutamente necesario pagar los pasivos (Bragg, 2007).

Según Bem *et al.* (2014) el nivel recomendado del indicador financiero (razón corriente), para hospitales, debe ser aproximadamente 2; esto quiere decir, que no difiere del nivel de liquidez recomendado para las empresas comerciales.

Cuadro 1. Razón corriente

Razón Corriente =	Activo Corriente / Pasivo Corriente
--------------------------	--

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

La *prueba ácida*, prueba de fuego o razón rápida, es una medida de liquidez drástica. Consiste en tener en cuenta únicamente los activos más líquidos para ver el cubrimiento que se tiene sobre los pasivos corrientes.

Al eliminar los componentes que tienen un efecto de liquidez en el mediano plazo (inventarios, pagos anticipados corrientes y pagos anticipados), esta razón captura de una mejor manera la liquidez de la empresa, ya que por algunas razones estacionales, los inventarios aumentan o disminuyen, afectando la razón corriente y, por tanto, el análisis financiero (Thomsett, 2010).

Existen diferentes formas de calcularla. Por lo general, las ESE depuran sus activos corrientes, excluyendo la cartera con alto grado de mora o cartera no reconocida. La liquidez de una ESE que comercializa servicios, se centra en los servicios que autorizan las EPS. (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Prueba ácida

Prueba ácida =	(Activos Corrientes – Inventarios) / Pasivos Corrientes
Prueba ácida =	(Activos Corrientes - Inventarios - Pagos Anticipados) / (Pasivos Corrientes – Pagos Anticipados)
Prueba ácida =	(Efectivo + Inv. Temporales + Cartera Comercial) / Pasivos Corrientes

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

2.2.3.2.1.2 Indicadores de operación

Los indicadores de operación miden eficiencia en el uso de activos y la velocidad de recuperación del capital de trabajo y de inversión.

Los indicadores de cartera permiten tener un punto de referencia de la eficacia con la que se gestionan las cuentas por cobrar; es de esperar que cuando se tomen medidas para acelerar el cobro de estas cuentas pendientes, el periodo de cobro se reduzca. Cuando el periodo de cobro aumenta, especialmente durante los periodos de expansión de los ingresos, es una señal de advertencia de que el capital de trabajo no está siendo bien administrado (Thomsett, 2010).

Este indicador de cartera se utilizará en el presente trabajo para analizar las Cuentas por Cobrar Comerciales con las EPS. Las ESE, con frecuencia, venden a crédito sus servicios y recaudan el pago posteriormente. Es importante excluir otros deudores no comerciales. Adicionalmente, estos indicadores se utilizan para conocer: el ciclo del negocio con clientes y su estacionalidad, el ciclo de cartera, el otorgamiento de política de crédito y cancelación del mismo, la rotación de cartera (medida por el número veces que se cumple el ciclo en un período), el período de cobro (contado por número días entre la venta y el recaudo), y los períodos de cobro altos como indicador de ineficiencias en la recuperación de la cartera, toda vez que a mayores períodos, mayores costos financieros por apalancamiento de capital de trabajo. (Ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Indicadores de operación de cartera

Rotación de Cartera(Veces)=	Ventas / Cuentas por Cobrar
Período de Cobro (Días) =	Cuentas por Cobrar x 365 / Ventas

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

Los indicadores de inventarios corresponden a una medida de eficiencia de procesos productivos. Los inventarios se venden o hacen parte del servicio prestado y se reponen en un período determinado por la prestación del servicio. La rotación de inventarios es el número de veces que el inventario se vende o utiliza en un período (promedio). Una baja rotación de inventarios es igual a altos niveles de inventarios, causante de mayores costos de manejo y pérdidas por obsolescencia, por ejemplo en medicamentos. Una alta rotación de inventarios es igual a mayores ventas, inventarios óptimos para atender pacientes (demanda de servicios hospitalarios). (Ver Cuadro 4).

El método de valoración que esté utilizando el inventario puede afectar la estimación de la rotación de inventarios; sin embargo, se debe llevar un registro histórico de la rotación,

independientemente del método de valoración, con el propósito de evaluar si la rotación se ha reducido y tomar medidas correctivas para eliminar la posible existencia en excedentes de inventario (Bragg, 2007)

Cuadro 4. Indicadores de operación de inventarios

Rotación de inventarios (Veces)=	Costo de Ventas / Inventario
Período de reposición (Días) =	Inventario x 365 / Costo de Ventas

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

Los indicadores de pago muestran la capacidad que tiene la empresa para pagar sus cuentas a tiempo (Ver Cuadro 5). Por ejemplo, si el periodo de pago es excesivamente largo, es una señal de que la empresa no tiene suficiente flujo de efectivo para pagar sus cuentas; por otro lado, si el periodo de pago es corto, la empresa está tomando ventaja de descuentos por pronto pago o simplemente pagando sus cuentas antes del periodo establecido comercialmente o en factura (Bragg, 2007).

En las **cuentas por pagar**, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Rotación, medida como el número de veces que se cumple el proceso de compra de mercancías a crédito y el pago de las mismas, durante un período.
- Considerar solo obligaciones contraídas por la operación.
- Período de pago. Tiempo promedio (en días) para cancelación de compras y costos de operación directa e indirecta.

Cuadro 5. Indicadores de operación de pago

Rotación de Cuentas x Pagar (Veces)=	Compras / Cuentas por Pagar
Período de Pago (Días) =	Cuentas por Pagar x 365 / Compras

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

2.2.3.2.1.3 Indicadores de endeudamiento

Los indicadores de endeudamiento permiten visualizar los riesgos asumidos por los agentes involucrados en la empresa. El endeudamiento genera riesgos (riesgo financiero). Estos indicadores cuantifican la participación del endeudamiento en las fuentes de financiación de la empresa, la capacidad de pago en el corto plazo para cubrir obligaciones. En el largo plazo,

sirven para analizar la capacidad de generación de recursos de la empresa en periodos futuros y la capacidad de generar utilidad operativa para cubrir el servicio de la deuda (Ver Cuadro 6).

El nivel de endeudamiento es un indicador que muestra el grado en que los activos son financiados por recursos de terceros. Es necesario tener cuidado con el uso de este indicador, ya que cualquier cambio en alguna de sus dos partidas puede afectar y quizás distorsionar el comportamiento histórico de este, por ejemplo: en el caso de producirse una venta de un activo de capital por encima de su valor en libros, la cuenta de activo total se incrementará a causa del ingreso en efectivo (Thomsett, 2010).

El apalancamiento, según Bragg (2007), es el indicador más utilizado por acreedores e inversionistas, revela el grado en que la empresa financia sus operaciones con deuda, en lugar de capital propio. Para los acreedores, un resultado elevado de este indicador, puede implicar un mayor riesgo en la recuperación del préstamo otorgado, mientras que para los dueños puede significar que se está creando valor siempre y cuando el efecto sobre la rentabilidad sea mayor que la tasa de interés del préstamo (Ortiz, 2011).

La concentración de endeudamiento en el corto plazo se utiliza para determinar la proporción del total de pasivos que están por vencerse en un periodo no mayor a un año; este indicador, se percibe como una medida aproximada de liquidez, ya que ayuda a diagnosticar la capacidad de pago de la empresa.

Por su parte, el indicador de cubrimiento de intereses captura el efecto que tienen los gastos financieros, medido a través de los intereses pagados, sobre las utilidades de la empresa. A priori, entre mayor sea este indicador mejor será para la empresa, ya que indica que su utilidad operativa, tiene mayor capacidad para cubrir el costo del servicio de la deuda. (Ortiz, 2011).

Cuadro 6. Indicadores de endeudamiento

Nivel de Endeudamiento =	Total Pasivo / Total Activo
Apalancamiento =	Pasivo Total / Patrimonio
Concentración de Endeudamiento a Corto Plazo =	Pasivo Corriente / Pasivo Total

Cubrimiento Intereses	Utilidad Operacional / Intereses Pagados
------------------------------	---

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

2.2.3.2.1.4 Indicadores de rentabilidad

Según Gapenski y Pink (2011), la rentabilidad es el resultado neto de un gran número de políticas y decisiones de gestión, por lo que los indicadores de rentabilidad son una medida de desempeño financiero de un negocio.

Los **indicadores de rentabilidad** analizan aspectos como:

a **la inversión** (ver Cuadro 7):

- Miden la capacidad de la administración para generar excedentes.
- El retorno sobre la inversión en activos.

Cuadro 7. Rendimiento sobre la inversión

Rendimiento del Patrimonio =	Utilidad Neta / Patrimonio
Rendimiento del Activo Total =	Utilidad Neta / Total Activos
Rendimiento Operativo del Activo =	NOPAT / Capital Operativo Invertido

Nota: NOPAT= Utilidad operativa ajustada por los impuestos (por sus siglas en inglés, *Net Operating Profit Adjusted Taxes*)
Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

b **la operación** (ver Cuadro 8):

- Miden la capacidad para convertir ventas en excedentes.
- Efectividad de la administración de las ESE para controlar costos y gastos.
- Capacidad de generar excedentes operativos para cubrir costos financieros e impuestos (margen EBIT, por sus siglas en inglés, *Earnings Before Interest and Taxes*).

Cuadro 8. Rendimiento sobre la operación

Margen Bruto (de Utilidad) =	Utilidad Bruta / Ventas Netas
Margen Operacional (de Utilidad) =	Utilidad Operacional/ Ventas Netas
Margen Neto (de Utilidad) =	Utilidad Neta / Ventas Netas

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

Otro enfoque para analizar la rentabilidad es el denominado sistema Dupont, el cual:

- Relaciona indicadores de operación con indicadores de rentabilidad.
- Responde a la pregunta de dónde proviene el rendimiento en una inversión.
- Brinda información sobre si la empresa obtiene excedentes porque vende mucho o genera excedente porque el negocio es de amplios márgenes.

Cuadro 9. Rendimiento sobre la inversión

Rendimiento Inversión =	(Utilidad Neta / Activo Total) X (Ventas / Activo Total)
--------------------------------	---

Fuente: Bragg (2007), Thomsett (2010) y Ortiz (2011).

El análisis financiero es una herramienta que no se puede ver como un cálculo frío de indicadores o una interpretación aislada de la realidad, por el contrario:

debe estar enmarcado dentro de los conjuntos de hechos y situaciones que forman el medio ambiente en el cual se ubica y opera la empresa. (...) no podemos considerar a la empresa como un ente aislado, sino más bien como un organismo viviente y dinámico que forma parte de una economía con características especiales (...). (Ortiz, 2011, p. 38).

Estos principios y conceptos financieros son la base del análisis cuantitativo realizado en esta investigación. Junto con ellos, la situación del sector es una de las variables a analizar, ya que de esta dependerán muchos de los resultados financieros de las organizaciones.

2.2.3.3 Flujo de caja

El balance general y el estado de resultados son estados financieros, que como tal, no necesariamente reflejan movimientos de tesorería. El estado de resultados no refleja en rigor los movimientos del efectivo, ya que es realizado con base en el principio de devengo (causación): por ejemplo, es posible que la utilidad neta no incluya las ventas y los gastos que se materializan en efectivo. Mientras tanto, el balance general solamente muestra la posición financiera de la empresa en un determinado tiempo base. Por esta razón, uno de los requerimientos en la presentación de los estados financieros, es el de presentar un estado de flujos de efectivo, que responde a la pregunta sobre la generación de fondos y la forma en que estos han sido utilizados.

La FASB (Financial Accounting Standards Board) en 1987 emitió el FASB 95, relacionado con el estado de flujos de efectivo. Mediante la FASB 95 se requiere presentar,

conjuntamente con el balance general y el estado de resultados, un estado de flujos de efectivo en sustitución del estado de cambios en la posición financiera. Las principales causas para establecer como requerimiento este nuevo estado financiero, según Manus (1995), fueron las siguientes: “demanda por información sobre flujo de efectivo, la necesidad de precisar la definición de fondos y el requerimiento del Financial Accounting Standards Board por mayor aclaración (...)” (p. 181).

De acuerdo con Ortiz (2011), el flujo de caja presenta de manera dinámica la entrada y la salida de efectivo de una empresa, en un periodo determinado, y la situación del mismo al final del mismo periodo. Es importante resaltar que el concepto de efectivo no solo se refiere al disponible de las cuentas más líquidas del activo corriente, sino que también toma en cuenta las inversiones temporales, como depósitos a la vista o documentos de tesorería o comerciales que se pueden convertir inmediatamente en efectivo. Este debe prepararse para periodos de un año, un semestre o un mes; debe reflejar sobre todo el ciclo del negocio, para realizar los análisis de la operación.

El flujo de caja tiene primordialmente los siguientes propósitos: Ortiz (2011)

- Determinar las entradas y salidas de flujo de efectivo en el periodo objeto a analizar.
- Evaluar e identificar la habilidad de la institución de generar fuentes de recursos de efectivo y la eficiencia en la utilización de los mismos.
- Prever las necesidades de efectivo y la forma de las cubrir las de manera adecuada y oportuna.
- Planificar adecuadamente la utilización de los excesos temporales de efectivo, de tal manera que sincronice los momentos de déficit que puedan existir.
- Planificar el pago de las obligaciones financieras, laborales y con proveedores del negocio.
- Planificar las inversiones de capital de trabajo o de capital productivo, y su financiación con el fin mejorar la situación financiera de la institución.
- Analizar la viabilidad de retribuir o realizar repartos futuros de utilidades o dividendos. En el caso de las ESE, esta política es más compleja de aplicar debido a que son

entidades sin ánimo de lucro, es decir no se reparte utilidades o excedentes (Ortiz, 2011).

CAPITULO 3. MARCO LEGAL

La Constitución Política de 1991, en su artículo 1, define a Colombia como un Estado Social de Derecho. Este concepto fue elaborado por el jurista alemán Herman Heller en 1930 como alternativa para garantizar la igualdad de los derechos de las personas, debido a que un Estado insuficiente discriminaba en términos de poder y relega el derecho a las manifestaciones jerárquicas en la sociedad, las cuales están determinadas por la autoridad y su poder (Villar, 2007). Es el Estado Social el que propende por la igualdad, diferencia los derechos civiles y políticos de los sociales, con carácter obligatorio.

Este concepto de Estado Social vincula la necesidad de proteger a las personas y garantizarles derechos al acceso de vivienda, educación, cultura, libre desarrollo y salud, entre otros, como una obligación del Estado. Este concepto se aplicó por primera vez en la Constitución alemana de Weimar en 1919 bajo la gran influencia de Heller y fue aplicada en el resto de países como principio para la conformación de Estado (Villar, 2007).

Gracias a esta gran influencia se propagó en casi todas las constituciones del mundo el concepto del llamado Estado de Bienestar.

Esto trae como consecuencia la obligación de consagrar y proteger derechos tales como el empleo, el de la mujer y juventud, el de seguridad social y asistencia médica, el de la educación y el de la salud. Como ya se dijo, algunos de estos derechos tienen una historia anterior, pero la novedad está en la tipificación de una forma de Estado, Estado Social de Derecho (Villar, 2007, p. 83).

Sin embargo, para conformar un Estado Social de Derecho no es suficiente la sola Constitución Política que plasma en letras los principios y conceptos fundamentales que garanticen los derechos sociales, pues esto puede quedar sin aplicación. También debe haber una política legislativa manifestada que obligue a la aplicación de la misma y se materialice en la sociedad tal como lo hace en el caso colombiano la Corte Constitucional con sus sentencias en respuesta a las demandas de la fuerza social.

Entendido el origen y la aplicación del concepto de Estado Social de Derecho y a qué responde su aparición, la acepción de la palabra Estado debe ser muy clara para diferenciarla del gobierno. El Estado está conformado por un territorio y su pueblo mientras el gobierno: “Es un cuerpo intermediario establecido entre los súbditos y el soberano para su mutua comunicación, encargado de la ejecución de las leyes y del mantenimiento de la libertad tanto civil como política” (Rousseau, 1999, p. 53).

Son las dos fuerzas políticas —la rama Legislativa y la rama Ejecutiva— las que permiten la aplicación y realización de los actos aplicados al pueblo respectivamente; con lo anterior, se entiende la deuda que tenían los gobiernos con todas las personas en condiciones vulnerables que demandaban mejor condición y servicios de salud para su desarrollo y libertad que les permitiera desempeñarse en sus contextos.

En el pacto social de Rousseau (1999) es donde se entiende de manera clara, que el individuo como parte del soberano en un Estado se reconoce como ciudadano, y ejerciendo su rol como tal, exige sus derechos, así, mediante el poder Legislativo se manifiesta. Para las entidades públicas y privadas su cumplimiento es obligación. Un ejemplo claro lo constituye la unificación del Plan Obligatorio en Salud mediante el acuerdo 032, el cual fue impuesto por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 y aplicada por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en julio de 2012, tal como se analizará más adelante.

En síntesis, Colombia como Estado Social de Derecho aplica el principio de la igualdad para los derechos sociales de las personas. Si bien la salud no es considerada por la Constitución de 1991 como derecho fundamental, son imperativos los servicios y la atención en salud por su relación directa con la vida, hecho que fue objeto de discusión en la Corte Constitucional por hacer parte de la dignidad de las personas como derecho fundamental (Sentencia 760, 2008). Por tanto, es una obligación del Estado plantear los lineamientos que regirán el sistema que garantizará la protección de la población en el sentido del riesgo social por encontrarse en peligro de caer en pobreza y miseria.

3.1 Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia

La Ley 100 de 1993 define para Colombia que el aseguramiento en salud se concibe desde dos postulados: el derecho a la salud de la población y la obligatoriedad como servicio público. Inicialmente se esperaba que en el año 2000 se llegara a la universalidad en afiliación y a la unificación en plan de beneficios; sin embargo, como es conocido, aunque se dieron importantes avances, estas metas no se lograron. De otra parte, el aseguramiento en salud puesto en marcha para el Régimen Subsidiado le implica al Estado colombiano garantizar a la población con mayor riesgo social y de salud, acceso y coberturas expresamente definidas por ley: las gestantes hasta el término del embarazo y los niños menores de un año, según el Acuerdo 306 de 2005; los menores de 13 años, a partir de esa fecha, por el Acuerdo 3 de 2009; y los menores de 18 años, según lo exigió la Honorable Corte Constitucional. Igualmente define mediante los acuerdos mencionados para el Régimen Subsidiado una cobertura de servicios con actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y guías de atención para determinados grupos poblacionales, patologías, casos y eventos.

Sin embargo, la Ley 100 deja por fuera —y no precisa en los planes de beneficios de ambos regímenes— los insumos, materiales, equipos y dispositivos biomédicos, y la tecnología apropiada que hacen parte de cada actividad, procedimiento o intervención descritos en dichos planes. Además, indica que las guías de atención integral que los constituyen pueden ser utilizadas o no por los responsables del sistema, tanto del contributivo como del subsidiado. Asimetría que con el tiempo, al no ser actualizado el contenido del plan de beneficios expreso en las funciones de la comisión de Regulación en Salud (CRES), produjo como consecuencia de esta limitación estructural el gasto por servicios de salud No POS-S y No POS, que debería estar cubierto en gran parte por el plan de beneficios de cada régimen, si hubiera estado actualizado, generándose incremento en servicios y costos, tanto por requerimientos de los profesionales de la salud a través de los Comités Técnico Científicos (CTC), como de los jueces mediante las tutelas; con efectos negativos de todo tipo para el sector de la salud.

Para hacer aún más compleja la situación anterior, los departamentos y municipios certificados en salud mediante la resolución 5334 de 2008, quedaron a cargo de la atención en

salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado No POS-S, de los afiliados al Régimen Subsidiado. Siendo también responsables por la prestación de los servicios de salud de la población aún no asegurada, conocida como vinculada, la cual y, paradójicamente, al no tener plan de beneficios expresamente definidos por ley, cuando son atendidos, no tienen límites en los servicios que reciben.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reglamentado en Colombia por la Ley 100 de 1993, diseñó como meta la cobertura universal en salud y la unificación en el tiempo de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado (para este último, mediante el artículo 162 Ley 100). La Ley 1122 de 2007 establece en su artículo 9 la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sistema de identificación de beneficiarios de Sistema de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBÉN) de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema, como la obligación del Estado para el acercamiento progresivo de los planes de los dos regímenes.

El Régimen Subsidiado —normado desde la Ley 100 y reglamentado mediante los decretos 1895 de 1994 y 2357 de 1995 (Apéndice 1), los acuerdos 23 y 27 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) (Apéndice 2), y el Acuerdo 415 del 2009 este último modifica la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado, con el fin de financiar y garantizar el acceso a la afiliación y a la prestación de los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable que no tiene capacidad de pago.

De manera necesaria, y fundamentados en la importancia de la normativa, la Corte Constitucional manifiesta que el derecho a la salud es considerado fundamental en términos de dignidad humana y que por esa razón se debe garantizar el cumplimiento absoluto del mismo, teniendo en cuenta que “(i) son fundamentales todos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo” (Sentencia T-227 de 2003, p. 19).

La Corte Constitucional avaló la existencia de dos planes de beneficios de carácter obligatorio que garantizarían el derecho de la salud de los colombianos. Se habla del Plan Obligatorio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado con beneficios particulares, pero diferenciales para la población con ingresos y un trabajo formal, y para aquella población vulnerable y sin ingresos formales. En 2008, la Corte Constitucional promulga en sus demandas la unificación y la actualización formal, con base en el contexto demográfico, de los planes de beneficios. Con esta medida, buscaba garantizar el derecho de la salud, ya que la estratificación de los servicios estaría en contra de un derecho social de los ciudadanos y se atentaría contra la dignidad, además de que constituiría un factor inequitativo para la población menos favorecida, factor que la condenaría a la desigualdad y la pobreza. A pesar de ser un país democrático en el que la atención de la salud y de muchos otros servicios dependen de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos, la Corte Constitucional manifiesta que esto ha de ser temporal. Como se ha reconocido internacionalmente, el derecho a la salud es propio de la persona humana³.

Contrastar la norma que garantizaría los derechos y el acceso de los servicios con la realidad es un acto necesario. La experiencia práctica de los autores del presente documento es la afirman que lo declarado por la Corte Constitucional, más la Ley 1438 de 2011, la segunda reforma de la salud, son letras que no se cumplían, siendo un factor diferencial de los regímenes en la atención en salud. Aspecto desigual en la atención que los profesionales asistenciales y los directivos de hospitales conocían con anterioridad.

La unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) surgió como obligación basada en el principio constitucional de universalidad y equidad siguiendo el Artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Por tanto, Colombia tiene la obligación de garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna, incluyendo motivos de posición económica.

³ Sentencia T-760 2008. “Si bien es constitucional que democráticamente se establezca un trato diferencial en el goce efectivo del derecho a la salud entre aquellos que contribuyen al sistema de salud y aquellos que son beneficiarios por solidaridad, en razón a las capacidades financieras y administrativas de la sociedad y el Estado, este ha de ser temporal como se ha reconocido internacionalmente, el derecho a la salud se *‘desprende de la dignidad inherente’* de la persona humana. No es posible, por lo tanto, aceptar indefinidamente que a las personas que menos recursos tienen en la sociedad sólo se les garantice el acceso a algunos de los servicios de salud que se consideran básicos.” (p. 85)

Es necesario mencionar la labor invisible del Estado para el cumplimiento de las sentencias y las normas en el tema de salud. Debieron pasar casi cuatro años después de la Sentencia T-760 de 2008 para la unificación del POS, obedeciendo a que el cumplimiento de la misma debería hacerse con el tiempo, debido a que las modificaciones y los cambios lo demandarían lo declarado también por la Corte Constitucional.

Pasado este tiempo y aplicada la unificación del POS para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se tendría que ver la rectoría del Estado a través de los actores competentes para garantizar a los ciudadanos que los aseguradores y prestadores de servicios de salud mantengan su posición y presten los servicios según lo establecido en el Acuerdo 032 del 2012, respuesta a lo declarado por la Corte Constitucional en 2008, mencionado anteriormente. Además, a la CRES, por la Ley 1122 de 2007 se le atribuyó esta competencia en los siguientes términos:

Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones: 1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios (Ley 1122 de 2007, art 7).

La CRES hizo una revisión integral de los POS, garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Adicionalmente, la Corte demandó esta revisión de los POS por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (artículo 162 de la Ley 100), de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema. Después de cumplido el papel por la CRES, preocupa la vigilancia y el control que se les realiza a las EPS y las IPS con el fin de garantizar la prestación de los servicios, cumpliendo con los principios pactados de equidad y universalidad y con lo declarado por la norma objeto de estudio.

Dentro de las normativas que sustentaron el orden respecto al comportamiento en salud referente al Régimen Subsidiado y la atención del No POS, se debe mencionar la Ley 715 de 2001, la cual establece las competencias en materia de salud en cabeza de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales certificadas en salud. La norma citada

dispone que corresponde a la entidad territorial gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no cubierta (no afiliada) con subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado en lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS-S), que resida en su jurisdicción. Estos servicios los deben ofrecer las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos o privadas que hagan parte de su red de servicios de salud. Su financiación se debe hacer con los recursos del Sistema General de Participaciones del sector salud, y los demás recursos previstos en las normas legales vigentes, garantizando el goce efectivo del derecho a la salud de esta población.

El artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen modificaciones en el SGSSS, consagra la obligación para las entidades territoriales de contratar la atención de la población pobre no asegurada y la no cubierta por subsidios a la demanda con Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas. Igualmente establece que cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de Protección Social o quien este delegue, podrá contratar con otras IPS debidamente habilitada.

El artículo 10 del Acuerdo 294 de 2005, expedido por el CNSSS, reemplazado por la CRES, decreta que con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a los servicios no cubiertos por el Régimen Subsidiado, las EPS del Régimen Subsidiado, en coordinación con las entidades territoriales, desarrollarán mecanismos que procuren la eficiente prestación de dichos servicios. Señala, además, que la responsabilidad de la prestación de estos servicios de manera oportuna, está a cargo de la entidad territorial respectiva.

La Sentencia T-760 de 2008 establece:

Se advierte que los reembolsos al Fosyga únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el Régimen Contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al Régimen Subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda. (p 221).

3.2 Sentencia T-760 de 2008

Esta sentencia demanda la protección del derecho a la salud, en relación con aspectos como pagos moderadores, criterio médico particular, plan complementario y aumento de procesos de tutelas en la Corte Constitucional, entre otros derechos plasmados en la Constitución. Con la sentencia también se buscó adoptar los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado-No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado por parte de las entidades departamentales.

La Corte Constitucional detectó problemas jurídicos de carácter específico y general, por ejemplo, el desconocimiento por parte de administradoras y prestadores de los servicios de salud de los derechos plenos de los usuarios; este desconocimiento viola los derechos de las personas, poniendo en riesgo su salud y hasta la vida de los pacientes. Otras violaciones más se presentan con frecuencia por parte de quienes tienen la misión inherente a su vocación, como lo son curar o mitigar enfermedades y salvar vidas. Por ejemplo, casos de personas que han quedado con secuelas e impedimentos físicos porque le fueron aplicados tratamientos médicos de manera tardía o deficientes.

La Sentencia T-60 afirma que se vulneran los derechos de los ciudadanos cuando se pone en riesgo la vida de las personas; así, un procedimiento médico invasivo o no invasivo, o un medicamento que se niega al paciente porque no está contemplado en el POS, afecta de manera integral el derecho a la salud.

Igualmente establece que se violan los derechos cuando por errores del sistema no se les prestan servicios médicos vitales a las personas.

En reiteradas veces, el órgano rector, Ministerio de Salud y Protección Social y los órganos de control, no toman medidas suficientemente completas y severas para castigar o sancionar a quienes violan reiteradamente los derechos de los usuarios demandantes en la prestación de servicios de salud, siendo esto una responsabilidad del Estado delegado a las EPS. Es evidente la pérdida de confianza en el Estado, porque en ocasiones, se ha hecho recobros al

Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) por servicios prestados a pacientes por eventos no POS, o no afiliados al sistema, y esa entidad no paga o demora la cancelación de estas obligaciones.

Por estas y muchas razones más, la Corte profirió la Sentencia T-760, ordenando que se corrijan estas anomalías detectadas en la gran cantidad de tutelas impuestas por los accionantes que reclamaban que se les respetaran sus derechos, especialmente a la salud, con los criterios mínimos de calidad y con los principios que el sistema ordena.

La Corte Constitucional manifiesta que el derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental; lo ha protegido por tres vías como lo manifiesta en la Sentencia 760. La primera, estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana; el segundo, referente al sujeto en condiciones particulares, en las cuales se le debe brindar especial protección en términos de vulnerabilidad; y la tercera vía en relación con una vida digna, consignada en la Constitución Política, los planes y las leyes que buscan garantizar los servicios de salud. Además, la Corte señala que:

(...) les corresponde al Estado y a los particulares que obran en su nombre, diseñar estrategias con el propósito de conferirle primacía a la garantía de efectividad de los derechos de las personas más necesitadas por cuanto ellas y ellos carecen, por lo general, de los medios indispensables para hacer viable la realización de sus propios proyectos de vida en condiciones de dignidad (Sentencia 760 de 2008, p. 25).

Más adelante, la misma sentencia observa:

(...) que la salud no solamente tiene el carácter de fundamental en los casos en los que “se relaciona de manera directa y grave con el derecho a la vida”, sino “también en aquellas situaciones en las cuales se afecte de manera directa y grave el mínimo vital necesario para el desempeño físico y social en condiciones normales” (Sentencia T-597 ,1993).

3.3 Acuerdo 04 del 2009 de la CRES

Acuerdo con el cual se inicia el cumplimiento por parte de la comisión de regulación en salud, con respecto a lo ordenado por la Corte Constitucional en su sentencia T-760 del 2008, en la unificación del plan de beneficios de las niñas y niños entre los cero (0) a los doce (12) años

afiliados al Régimen Subsidiado con respecto al plan de beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo, decreto que entro en vigencia a partir del 1 de enero del 2009. Acto inicial para terminar en la unificación posterior en el 2012 del plan de beneficios para toda la población en Colombia.

3.4 Acuerdo 011 del 2010 de la CRES

Nuevamente en el año 2010 la CRES amplía el cubrimiento con respecto a los términos de la Sentencia T-760 de 2008. Según este, el plan de beneficios también se aplicará para mayores de (12) años y menores de 18 años de edad que estén afiliados al Régimen Subsidiado. La unificación de los planes de beneficios para las dos poblaciones se fueron desarrollando progresivamente por año hasta llegar al total de la población en Colombia

3.5 Acuerdo 029 del 2011 de la CRES

Sustituye el Acuerdo 028 y el Acuerdo 029 del 2011. Tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del POS de los regímenes contributivo y subsidiado que deberán ser aplicados por las EPS y los prestadores de servicios de salud a los afiliados. El POS se construyó como herramienta para brindar beneficios que garanticen el derecho a la salud, los cuales serán ofertados por las entidades a través de su red, direccionados a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normativa vigente.

El POS se define como el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al SGSSS y cuya prestación debe ser garantizada por las EPS.

Para efectos de garantizar el cumplimiento de la aplicación de las tecnologías de salud con unos criterios mínimos de calidad y aplicados al contexto colombiano, se pactan lo principios para su comportamiento: integralidad, territorialidad, complementariedad, pertinencia demográfica y epidemiológica, costo efectividad, eficiencia y sostenibilidad financiera, participación, transparencia, competencia, corresponsabilidad, calidad.

Para la presente investigación, la eficiencia, la sostenibilidad financiera y la calidad serán los principios fundamentales debido que son inherentes a un plan de beneficios que incluya la solidaridad y el cubrimiento de la población más vulnerable donde la Unidad de Pago por Capitación (UPC) tenga valor e ingreso económico en el sistema que debe garantizar la cobertura y la sostenibilidad y calidad.

El Acuerdo 029 determina que se excluirá del POS toda tecnología de salud considerada como estética y cosmética, salvo la atención de urgencias por complicaciones de la práctica de las mismas; tecnologías de carácter experimental que no tengan evidencia científica; y tecnologías en salud que no tengan evidencia de efectividad, entre otras. Todas las EPS deberán garantizar el acceso efectivo al derecho en salud a través de la prestación de las tecnologías en salud incluidas en este Acuerdo.

En atención al proceso de unificación del plan obligatorio de salud definido en la norma vigente, y conforme a lo ordenado en la sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional, todas aquellas tecnologías en salud que sean objeto de inclusión en la actualización integral del POS tendrán cobertura en los dos regímenes.

3.6 Acuerdo 032 del 2012 de la CRES

Respondiendo a las demandas de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, la cual ordenaba a la CRES, creada mediante la Ley 1122 del 2007, adoptar medidas que correspondieran a la unificación y la atención universal de la población mediante un plan de beneficios unificado para los regímenes subsidiado y contributivo. De esta manera se buscó la universalidad de la atención en salud como derecho de los ciudadanos independientemente de su condición socioeconómica. La CRES responde a las demandas del artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, el cual establece la cobertura universal y la unificación del POS y el POS-C a más tardar en 2015. Además, responde al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, el cual dispuso que el gobierno nacional definiera las acciones, las metas y los indicadores para la unificación del POS.

A partir del 1 de julio del 2012, a CRES unificó la prestación de servicios asistenciales de salud para la población entre 18 y 59 de años afiliada al Régimen Subsidiado, que serán las

mismas contenidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo. Lo anterior soportado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, siendo compatible con el Marco Fiscal en términos de financiación, algo que se discutió durante la presente investigación, toda vez que resulta difícil garantizar la atención cuando se tiene que financiar los estándares asistenciales en igualdad de condiciones para los dos regímenes cuando aún se evidenciaban crisis debido a que el POS subsidiado es de menor costo.

En respuesta al tema de financiación, el Acuerdo 032 dicta un nuevo valor de la UPC subsidiada, correspondiente a la suma de \$433.666, lo que equivale a un valor diario de \$1.204,63 y que se deberá aplicar a partir de la fecha establecida. También reconoce una prima del 11,47% para los departamentos más vulnerables y del 7,5% para ciudades como Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín, igual que para los municipios conurbados de Soledad, Soacha, Bello, Itagüí, Envigado y Sabaneta. Por tanto, su UPC queda en \$466,192 para el valor diario de \$1.294,98. Para el Régimen Contributivo, la UPC quedó en un valor de \$547.639,20 más el 10% en regiones vulnerables como Chocó, Meta, Casanare. (Acuerdo 030 de 2012, artículo 1).

Aquí se encuentra otro cuestionamiento en el tema de la salud financiera del sistema de salud en Colombia, toda vez que si se modifica el presupuesto, se tendrá que velar porque sea suficiente para el cubrimiento de toda la población subsidiada en temas de prestación de servicios, y en la salud financiera del Fosyga, para evitar una nueva crisis en el sistema.

Respecto a la Sentencia T-760, es importante destacar algunos apartes, entre los cuales podemos mencionar que la salud es un Derecho Fundamental, que comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, los cuales tienen que ser respetados por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud (EPS e IPS). Los órganos de regulación y vigilancia del sistema tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud.

No se había realizado ninguna acción pertinente con respecto a la unificación del plan de beneficios de los dos regímenes, la Ley 100, en su artículo 162, manifiesta que a partir de 2001 todos los afiliados del SGSS, sin importar el régimen al que pertenezcan, debían acceder al

mismo listado de servicios, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que es actualmente la Comisión de Regulación de la Salud (CRES), tampoco asumían el reto ni adoptaban medidas pertinentes para el caso, así como tampoco el Ministerio de Protección Social ni la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Fue estrictamente necesario la intervención de la Corte Constitucional con la esperada Sentencia T-760 de 2008, siete años después según lo manifestado por la Ley 100 y cuatro antes de la aplicación de la norma, para forzar a la CRES en su función imperativa de regulación a implementar la normativa de unificación con el objetivo de proteger el derecho a la salud para la atención médica de la enfermedad general.

La Corte Constitucional dispuso la adopción de medidas para unificar los planes de beneficios (POS-C y POS-S), primero en el caso de los niños y, luego, progresivamente en el caso de los adultos, teniendo en cuenta su adecuada financiación. Adicionalmente, ordenó adoptar medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que se encuentran incluidos en el POS. Igualmente, expresa que el Comité Técnico Científico de cada EPS debe pronunciarse respecto a si se aprueban o niegan solicitudes de servicios médicos diferentes a medicamentos en cualquiera de los regímenes.

Así mismo, la Corte Constitucional establece corregir los obstáculos en el sistema de cobros y las llamadas “glosas”. Señaló que se debe proteger el derecho a la información, mediante la distribución a las personas afiliadas de una carta de derechos de los usuarios y una carta de desempeño de las entidades del sector de la salud. Igualmente ordenó que los indicadores de gestión y de resultados en el ámbito de la salud deban incorporar la medición del goce efectivo del derecho a la salud por parte de las personas. Por todo lo anterior, la Corte Constitucional dictamina hacer una reforma, la actualización periódica y la adecuación para que el POS-C y el POS-S respondan a las necesidades de salud de la población colombiana.

Además, estableció la existencia de un sistema de salud que garantice el acceso a los servicios de salud, de manera oportuna y eficaz. Se debe ofrecer la información adecuada y necesaria para acceder a los servicios de salud con libertad y autonomía. Dictaminó que debe

existir un concepto científico del médico tratante, principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud. Frente a los pagos dispone que, además de ser razonables, no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos; que las entidades del sector de la salud no pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud, para obtener el pago del servicio.

Igualmente se refirió al principio de integralidad y a la obligación de prestar los servicios de manera oportuna, eficiente y con calidad; así mismo, el deber de garantizar el acceso a los servicios de salud, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios. Dijo que el derecho a la salud comprende acceder a los servicios que se requieran con necesidad, especialmente para las personas que padecen enfermedades catastróficas o de alto costo.

Existe la obligación de responder de manera oportuna, en especial si la petición va orientada a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de afiliados y beneficiarios del sistema. De igual manera, acotó que es un deber tener en cuenta los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. También infirió sobre la declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, e hizo énfasis en que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí, y que se tiene que proveer los medios necesarios para que una persona vinculada acceda a un servicio de salud en lugar distinto a su domicilio. Con todo esto requirió que se debe hacer la unificación del plan de beneficios de los dos regímenes.

La normatividad relacionada a esta investigación viene numerada en los siguientes apéndices:

Apéndice No. 1 Relación de Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Apéndice No. 2 Relación de decretos sobre administradoras de Régimen Subsidiado

Apéndice No. 3 Relacionado con Acuerdos que unifican el POS-C con el POS-S

CAPITULO 4. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.7 Metodología

Para efectos de analizar el impacto de la unificación del POS-S en las ESE de mediana complejidad de Cundinamarca se tomó información de la página Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) del Ministerio de Protección Social y se utiliza el método de muestreo por conveniencia por la estricta similitud en términos de complejidad, manejo presupuestal y acceso geográfico desde la capital. El método utilizado permite obtener datos en forma selección, con el fin de obtener las muestras que permiten un análisis más detallado de los datos; además, permite tomar los criterios de idoneidad para los fines a que está destinado.

El análisis financiero es una técnica de comportamiento operativo de una entidad o empresa, que permite diagnosticar la situación actual y tratar de predecir eventos futuros; en consecuencia, se orienta a objetivos previamente establecidos. Igualmente, se define como el proceso que permite obtener datos por medio de formulaciones para resolver interrogantes y satisfacer criterios con el resultado del análisis.

En el presente trabajo se llevó a cabo un estudio de caso descriptivo de las ESE San Rafael de Facatativá, Fusagasugá, Cáqueza, y el Salvador de Ubaté, adscritas a la Secretaría de Salud de Cundinamarca. El objetivo fue conocer el impacto financiero generado por el Acuerdo 032 de 2012 (unificación del POS) pos aplicación de la norma (1 de Julio del 2012) hasta el segundo semestre del 2012 en los hospitales ya mencionados del departamento de Cundinamarca, los datos responden a los reportes que deben efectuar de manera trimestral los hospitales, según lo establecido en el decreto 2193 de 2004 del Ministerio de la Protección Social.

Los datos obtenidos de las ESE se tabularon en hojas de Excel, para realizar el análisis correspondiente. Esto permitió comparar los resultados obtenidos de la facturación, de la

producción de servicios, de la rotación de cartera; además sirven para analizar la situación financiera de los hospitales objeto del estudio.

Después de obtener los resultados de la situación financiera de los hospitales, antes y después de la aplicación de la norma, se presenta en gráficas en forma de barras para observar con facilidad la situación de los indicadores objeto de análisis y la comparación de las instituciones en el aspecto financiero. De esta manera se lograron identificar los aspectos más relevantes en los resultados.

Adicionalmente, esta investigación viene acompañada de un Anexo que contiene los archivos que fueron necesarios para el desarrollo del análisis financiero, este Anexo contiene cuatro carpetas correspondientes a las ESE: Cáqueza, Facatativá, Fusagasugá y Ubaté, y su debida diligencia respecto a los estados financieros.

3.8 Resultados

3.8.1 Análisis financiero

El análisis financiero constituye uno de los instrumentos de la gerencia y la directiva de las entidades hospitalarias para medir la eficiencia y la eficacia en el manejo de los recursos financieros, muy escasos en los hospitales del sector público, lo cual incide directamente en la liquidez, la rentabilidad, el apalancamiento financiero y operativo, la actividad y operación. Estos elementos le dan al gerente una visión general de la situación financiera de la ESE; con base en ella se toman decisiones preventivas o correctivas para mantener la sostenibilidad y el equilibrio financiero de la institución.

3.8.1.1 Ingresos por venta de servicios

En las ESE se evidenciaron manejos que debían ser autorizados o avalados por los diferentes entes del sistema de salud (EPS, Secretaría de Salud, seguros privados o medicinas prepagadas, entre otros). Estos ingresos por cobrar se identifican bajo la estructura financiera como ingresos reconocidos y fueron los que estas entidades cancelaron bajo sus políticas de pago.

Dado el complejo manejo de pagos que estas entidades realizan a los prestadores de servicio de salud, es común ver bajo el análisis financiero en diversos vencimientos, como por ejemplo: menores de 60 días, de 61 a 360 días, y mayores a 360 días. Sobre los ingresos reconocidos, estos se denotan como los ingresos recaudados.

El propósito de esta investigación fue determinar el impacto financiero en lo que se refiere a la liquidez y rentabilidad de las ESE de Cundinamarca, según el acuerdo 032 de la CRES, que persigue que la Población Pobre sin Cobertura No Afiliada (PPNA), dentro del sistema de salud tenga una cobertura equivalente al Régimen Subsidiado, situación que, de acuerdo con el estudio, puede ser favorable para los usuarios del sistema de salud, pero desfavorable para las ESE, dado que los pagos del Régimen Subsidiado son realizados por la Entidades Promotoras de Servicios de Salud(EPS) que se toman más tiempo para realizar los pagos a las ESE.

Es importante recordar que la atención de salud a la PPNA era responsabilidad de los entes territoriales (Secretaría de Salud), los pagos de este ente a las ESE eran más oportunos de lo que actualmente son los de las EPS; situación que, como se sustenta a continuación, desfavorece el equilibrio financiero de las ESE.

3.8.1.2 Ingresos reconocidos

La Tabla 1 muestra la distribución de los ingresos por el Régimen Subsidiado y por la PPNA por los regímenes de salud por cada una de las ESE objeto del estudio, y un consolidado de estas mismas.

Tabla 1. Ingresos reconocidos

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	16.093.057	15.409.939	15.556.547	6.551.681
.....Régimen Subsidiado	10.154.587	14.750.612	19.021.466	27.029.821

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	2.856.744	3.279.843	3.342.204	1.234.671
.....Régimen Subsidiado	5.207.736	5.575.962	5.426.943	7.570.099

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	10.010.219	8.543.584	8.832.206	3.141.761
.....Régimen Subsidiado	9.646.149	10.841.194	12.388.854	19.348.580

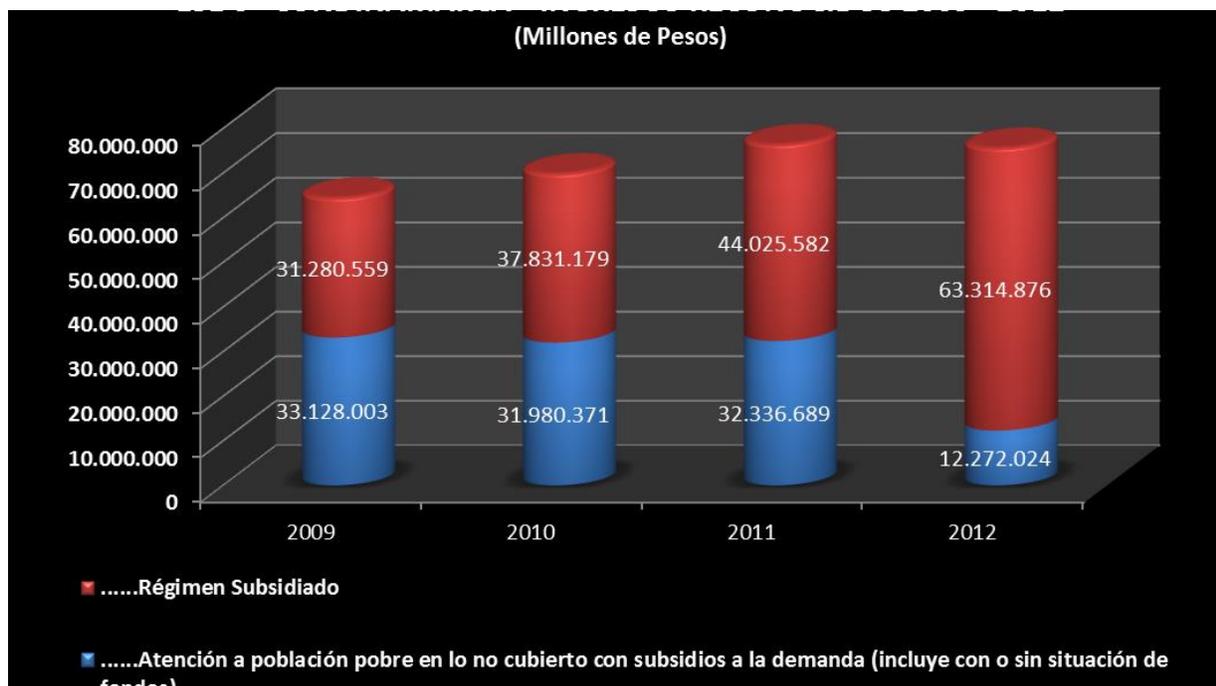
ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	4.167.983	4.747.005	4.605.732	1.343.911
.....Régimen Subsidiado	6.272.087	6.663.411	7.188.319	9.366.376

ESE,s HOSPITALES DE CUNDINAMARCA				
INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	33.128.003	31.980.371	32.336.689	12.272.024
.....Régimen Subsidiado	31.280.559	37.831.179	44.025.582	63.314.876

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

Como se evidencia en cada una de las ESE y en la consolidación de las mismas, gran parte de la PPNA está siendo atendida bajo el Régimen Subsidiado a partir del 1 de julio año 2012. En la Figura 2 se presenta la comparación de prestación de servicios por estos conceptos entre 2009 y 2012. Se aprecia una afectación general, siendo más representativa en el hospital de Facatativá, cuyos ingresos pasaron de \$15 mil millones a \$6 mil millones entre el 2011 y 2012 en ingresos reconocidos por venta de servicios a la PPNA. En cuanto a los ingresos reconocidos por el Régimen Subsidiado en esta misma fecha, se observó un incremento de \$8 mil millones, siendo el consolidado de los cuatro hospitales un total de ingresos reconocidos por la PPNA aproximadamente de \$32 mil millones para el año 2011 y de \$12 mil millones de pesos para el 2012. Esto representa una disminución aproximada de \$20 mil millones, mientras que los ingresos reconocidos por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) pasó de \$44 mil millones a \$63 mil millones en el mismo periodo. Se observaría un impacto negativo de mil millones de pesos por la diferencia en el recaudo entre las dos poblaciones, en estos respectivos años. La diferencia del impacto se explica en la Tabla 2 .

Figura 2. ESE- Cundinamarca- Ingresos reconocidos 2009-2012



Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

Como se mencionó anteriormente, los ingresos reconocidos no se recaudan inmediatamente sino de acuerdo con las políticas de las EPS, la Secretaría de Salud u otros entes autorizadores de los servicios prestados.

3.8.1.3 Ingresos recaudados

La Tabla 2 muestra la diferencia del recaudo para el año 2011 que fue de \$30 mil millones de los \$32 mil millones reconocidos (Tabla 1), disminuyendo para el año 2012 a \$12 mil millones reconocidos, de los cuales se recaudaron \$11 mil millones para la población PPNA dando una diferencia de \$20 mil millones que se reconocían en un 91 % aproximadamente por el pagador; esa diferencia se manifiesta en la población subsidiada, segmento en el que de \$44 mil millones vendidos en el 2011 se recaudaron \$30 mil millones resultando una cuenta por cobrar de \$14 mil millones aproximadamente. Ahora en el 2012 con solo seis meses de aplicación de la norma aumentaron las cuentas por cobrar en \$21 mil millones, hecho explicado por un recaudo

de \$42 mil millones de un total de \$63 mil millones reconocidos, representando un aumento de casi el 50% en comparación con las cuentas por cobrar del año 2011 y en un 66% de recaudo frente a lo reconocido por el pagador.

Respecto a lo analizado hasta el momento, las cuentas por cobrar tienen un comportamiento ascendente en periodo analizado en un monto aproximado de \$33 mil millones hasta 2012. Lo anterior altera directamente el flujo de caja de los hospitales objeto de estudio. El impacto negativo en este último ítem llega a tal magnitud que afecta el cumplimiento de las obligaciones de orden laboral, prestacional y con proveedores, fundamental para el funcionamiento de las ESE. Tal como se muestra en las tabla 6. “Estructura de Capital de trabajo” y tabla 12 “Presupuesto y ejecución presupuestal del efectivo”.

Tabla 2. Ingresos recaudados

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	14.719.158	13.831.126	13.964.126	6.159.852
.....Régimen Subsidiado	7.550.207	8.113.751	11.239.303	16.695.648

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	2.586.120	3.054.899	3.280.884	1.229.530
.....Régimen Subsidiado	5.020.693	5.087.895	5.128.240	6.335.124

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	9.742.760	8.017.437	8.738.233	2.493.309
.....Régimen Subsidiado	6.958.264	8.601.927	8.405.736	12.466.718

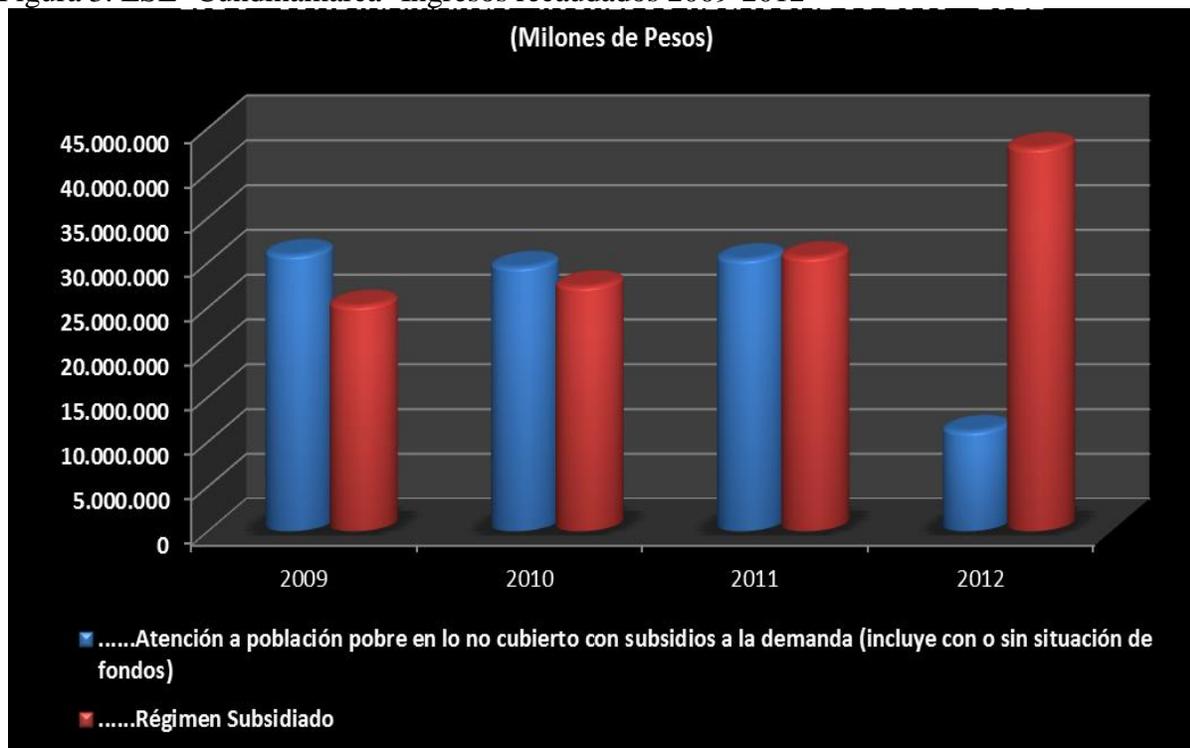
ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	3.793.987	4.587.004	4.376.312	1.291.706
.....Régimen Subsidiado	5.632.050	5.516.194	5.811.211	7.271.636

ESE,s HOSPITALES DE CUNDINAMARCA				
INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	30.842.025	29.490.466	30.359.555	11.174.397
.....Régimen Subsidiado	25.161.214	27.319.767	30.584.490	42.769.126

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

La Figura 3 muestra la transición de prestación de servicios en el año 2012, comparado con los tres años anteriores.

Figura 3. ESE- Cundinamarca- Ingresos recaudados 2009-2012



Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

De acuerdo con los ingresos percibidos por prestación de servicios de la PPNA que se transfieren al Régimen Subsidiado, estos fueron cancelados por las EPS. Se encontró que los días de pago por parte de estas instituciones aumento de \$44 mil millones de pesos a \$63 millones de pesos, mientras los que realizó la Secretaría de Salud de Cundinamarca, disminuyo de \$ 32 mil millones a \$ 12 mil millones. Situación que afecta notablemente la liquidez y la rentabilidad de las entidades prestadoras de salud públicas.

3.8.1.4 Ingresos recaudados/ingresos reconocidos

La Tabla 3 muestra el porcentaje de recaudo realizado sobre los ingresos reconocidos. Esto evidenció que el recaudo de los servicios prestados a la población pobre no cubierta por subsidios era más eficiente respecto al Régimen Subsidiado, y que ese menor valor de recaudo incide en el incremento de cartera y en los índices de capital de trabajo y de rentabilidad de las ESE.

Tabla 3. Ingresos recaudados/ Ingresos reconocidos

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS/INGRESOS RECONOCIDOS (%)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	91,46	89,75	89,76	94,02
.....Régimen Subsidiado	74,35	55,01	59,09	61,77

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS/INGRESOS RECONOCIDOS (%)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	90,53	93,14	98,17	99,58
.....Régimen Subsidiado	96,41	91,25	94,50	83,69

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS/INGRESOS RECONOCIDOS (%)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	97,33	93,84	98,94	79,36
.....Régimen Subsidiado	72,14	79,34	67,85	64,43

ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)				
INGRESOS RECAUDADOS/INGRESOS RECONOCIDOS (%)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	91,03	96,63	95,02	96,12
.....Régimen Subsidiado	89,80	82,78	80,84	77,64

ESE,s HOSPITALES DE CUNDINAMARCA				
INGRESOS RECAUDADOS/INGRESOS RECONOCIDOS (%)				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	92,6	93,3	95,5	92,3
.....Régimen Subsidiado	83,2	77,1	75,6	71,9

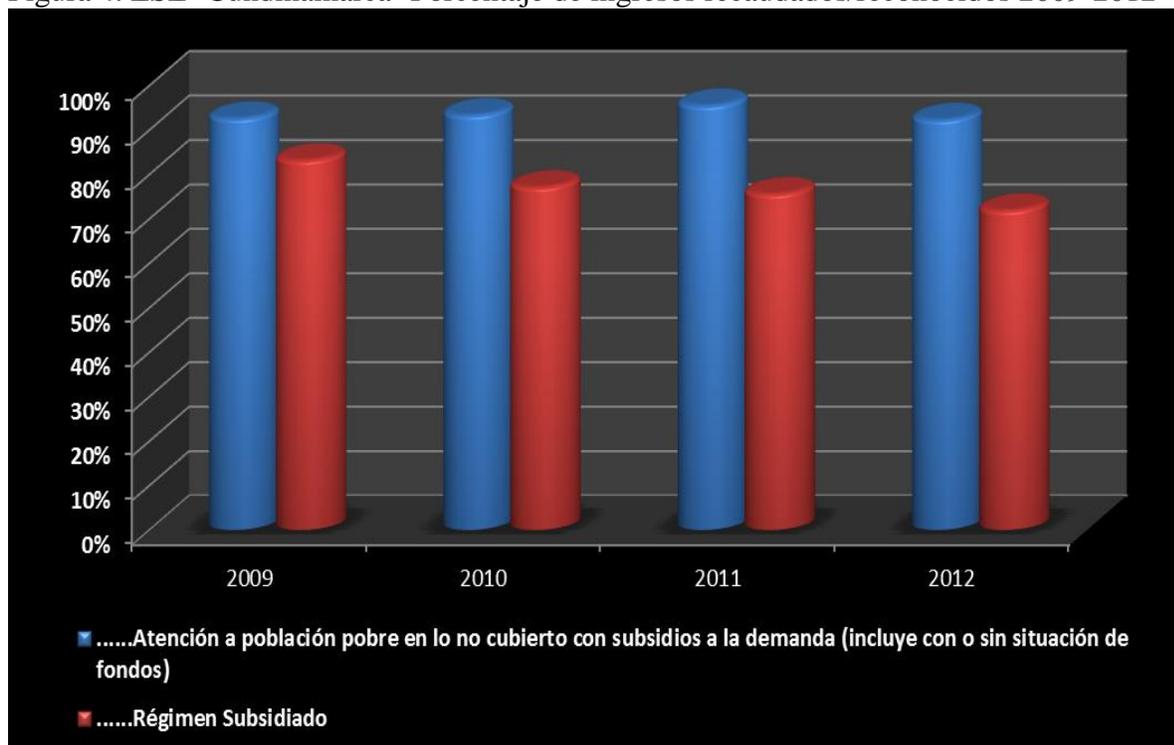
Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

La Tabla 3 consolida la tendencia de las cuatro ESE analizadas en este estudio. Se evidenció que los recaudos de los años 2009-2012 por la prestación de servicios de prestación de servicios a la PPNA son del 93,4%, en promedio, y del Régimen Subsidiado es del 76,9%. Dado

que el promedio de recaudo de los tres años previos a la aplicación del Acuerdo 032 de 2012, en la prestación de servicios de la PPNA era de \$30 mil millones para estas cuatro ESE, y entrado en vigencia el acuerdo dejó de recaudar \$6 mil millones, teniendo en cuenta que este acuerdo entró a regir a partir del 1° de julio de 2012.

En la Figura 4 se muestra el nivel de participación de recaudo sobre los ingresos reconocidos:

Figura 4. ESE- Cundinamarca- Porcentaje de ingresos recaudados/reconocidos 2009-2012



Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

En la Figura 4 se observa para los años 2009 y 2012 una diferencia porcentual en lo referente a lo recaudado sobre reconocido de 11,3%, evidente en la Tabla 3, hecho que deja una diferencia de alrededor de \$6 mil millones, como se afirmó anteriormente.

3.8.2 Análisis de cartera por edades

Debido al menor valor de los ingresos recaudados, se evidenció un incremento de la cartera representativamente en las ESE.

La Tabla 4 muestra el saldo de la cartera, la composición por edades de cada año y el incremento de esta en el año 2012, posterior a la entrada en vigencia el acuerdo 032 de la CRES. Es de notar el incremento de cartera y la concentración en la escala de 61 a 360 días, situación que se evidencia en cada una de las ESE, lo que representa un incremento en un año del 57% en el consolidado de estas, donde la concentración de 61 a 360 pasa del año 2011 de \$ 10.205.871 a \$ 21.100.905 para el año 2012 para el Régimen Subsidiado; es decir un incremento del 107% de la cartera entre estos dos años y el cual proviene de los ingresos de la población pobre no asegurada que ahora es cubierta por el Régimen Subsidiado.

Tabla 4. Cartera por edades

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)				
CARTERA POR EDADES POR VENTA DE SERVICIOS				
Variable	2009	2010	2011	2012
Población Pobre No Asegurada	6.710.937	2.167.853	2.221.102	820.812
< 60 días	920.839	944.625	378.676	1.723
61 a 360 días	453.592	634.188	1.198.934	390.106
> 360 días	5.336.506	589.040	643.492	428.983
Régimen Subsidiado	3.990.303	9.300.309	12.544.698	19.228.336
< 60 días	1.190.966	2.408.950	2.131.196	1.036.676
61 a 360 días	1.406.193	4.882.493	5.682.769	14.618.462
> 360 días	1.393.144	2.008.866	4.730.733	3.573.198

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)				
CARTERA POR EDADES POR VENTA DE SERVICIOS				
Variable	2009	2010	2011	2012
Población Pobre No Asegurada	586.673	338.763	202.123	14.963
< 60 días	167.685	224.943	201.753	2.654
61 a 360 días	102.939	0	370	10.484
> 360 días	316.049	113.820	0	1.825
Régimen Subsidiado	227.024	558.810	204.344	1.023.975
< 60 días	86.868	240.550	13.537	279.100
61 a 360 días	99.193	275.676	144.503	656.671
> 360 días	40.963	42.584	46.304	88.203

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)				
CARTERA POR EDADES POR VENTA DE SERVICIOS				
Variable	2009	2010	2011	2012
Población Pobre No Asegurada	603.010	573.692	263.644	700.660
< 60 días	386.029	442.800	132.092	74.177
61 a 360 días	51.541	83.348	66.960	519.877
> 360 días	165.440	47.544	64.592	106.607
Régimen Subsidiado	3.964.007	3.350.074	5.221.943	9.751.877
< 60 días	881.034	629.500	497.418	2.046.268
61 a 360 días	1.795.165	1.593.003	3.495.700	4.443.560
> 360 días	1.287.808	1.127.572	1.228.825	3.262.050

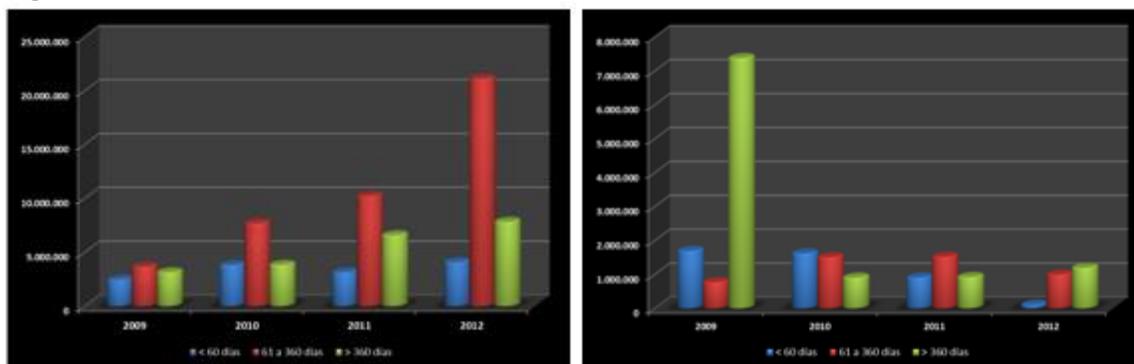
ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)				
CARTERA POR EDADES POR VENTA DE SERVICIOS				
Variable	2009	2010	2011	2012
Población Pobre No Asegurada	1.936.618	940.826	655.583	753.541
< 60 días	218.282	2.737	193.433	23.052
61 a 360 días	161.526	788.068	252.309	74.906
> 360 días	1.556.810	150.020	209.842	655.583
Régimen Subsidiado	1.052.394	2.082.738	1.945.028	2.989.149
< 60 días	296.866	515.844	494.208	712.529
61 a 360 días	342.110	928.800	882.899	1.382.212
> 360 días	413.418	638.094	567.921	894.408

ESE,s HOSPITALES DE CUNDINAMARCA				
CARTERA POR EDADES POR VENTA DE SERVICIOS				
Variable	2009	2010	2011	2012
Población Pobre No Asegurada	9.837.238	4.021.134	3.342.452	2.289.976
< 60 días	1.692.835	1.615.105	905.954	101.606
61 a 360 días	769.598	1.505.604	1.518.573	995.373
> 360 días	7.374.805	900.424	917.926	1.192.998
Régimen Subsidiado	9.233.728	15.291.931	19.916.013	32.993.337
< 60 días	2.455.734	3.794.844	3.136.359	4.074.573
61 a 360 días	3.642.661	7.679.972	10.205.871	21.100.905
> 360 días	3.135.333	3.817.116	6.573.783	7.817.859

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

La Figura 5 y la Figura 6 muestran la evolución de la cartera y su composición por la prestación de servicios a la PPNA y a la población subsidiada.

Figura 5. Población Pobre no Asegurada Figura 6. Régimen Subsidiado según edad Grupo según edad



Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

Para el análisis financiero se toman en cuenta las razones financieras de operación o actividad; esto permite a los gerentes de las entidades prestadoras de servicios realizar acciones correctivas o definir políticas de recuperación de los servicios prestados a los intermediarios del sistema de salud.

La Tabla 5 muestra el análisis horizontal de estos indicadores con el fin de establecer el período de cobro o rotación de las cuentas por cobrar durante una vigencia anual.

Tabla 5. Días de cobro por ventas de servicios

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)				
DIAS DE COBRO PROMEDIO DE VENTAS DE SERVICIO				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	166,4	57,2	58,1	48,6
.....Régimen Subsidiado	192,9	418,4	407,4	420,4

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)				
DIAS DE COBRO PROMEDIO DE VENTAS DE SERVICIO				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	82,8	40,5	22,5	4,4
.....Régimen Subsidiado	16,5	40,1	14,5	59,0

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)				
DIAS DE COBRO PROMEDIO DE VENTAS DE SERVICIO				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	22,6	26,1	11,0	102,6
.....Régimen Subsidiado	207,9	142,2	226,8	285,5

ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)				
DIAS DE COBRO PROMEDIO DE VENTAS DE SERVICIO				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	186,3	74,9	54,7	212,9
.....Régimen Subsidiado	68,2	137,8	122,2	150,0

ESE,s HOSPITALES DE CUNDINAMARCA				
DIAS DE COBRO PROMEDIO DE VENTAS DE SERVICIO				
Variable	2009	2010	2011	2012
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (incluye con o sin situación de fondos)	114,5	49,7	36,6	92,1
.....Régimen Subsidiado	121,4	184,6	192,7	228,7

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

El análisis de este indicador financiero de operación se puede determinar por los días promedio de cobro o la rotación de esta para una vigencia anual (365/días promedio de cobro). En la Tabla 5 se observa un incremento en este indicador del 192,7 días a 228,7 días en la cartera del Régimen Subsidiado debido a la aplicación del acuerdo 032 de la CRES.

En la ESE de Cundinamarca los días de cobro refleja un promedio del Régimen Subsidiado de 192,7 días promedio para el año 2011 y 228,7 días promedio para el año 2012, lo que evidencia un incremento promedio de 36 días en este régimen.

Tabla 6. Estructura de capital de trabajo y análisis consolidado

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)						
COMPARATIVO ACTIVOS CORRIENTES VS PASIVOS CORRIENTES 2011 - 2012						
BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE:	miles de pesos corrientes		ANALISIS VERTICAL %		ANALISIS HORIZONTAL	
	2.011	2012	2.011	2012	Absoluto	%
Efectivo	1.348.185.949	219.525.872	2,8%	0,5%	-1.128.660.077	-83,7%
Inversiones e instrumentos derivados de CP	63.203.414	68.870.414	0,1%	0,1%	5.667.000	9,0%
Deudores CP	14.893.762.591	18.130.863.891	31,3%	38,6%	3.237.101.300	21,7%
Inventarios de Suministros	1.260.307.856	1.259.387.960	2,6%	2,7%	-919.896	-0,1%
Otros Activos de CP	507.870.622	374.109.628	1,1%	0,8%	-133.760.994	-26,3%
(=) Activo Corriente	18.073.330.432	20.052.757.765	37,9%	42,7%	1.979.427.333	11,0%
Cuentas por Pagar	11.401.469.680	10.738.550.578	23,9%	22,9%	-662.919.102	-5,8%
Obligaciones Laborales y Seguridad Social	647.077.424	332.009.779	1,4%	0,7%	-315.067.645	-48,7%
Pasivos Estimados	153.447.386	1.611.336.043	0,3%	3,4%	1.457.888.657	950,1%
Recaudos a favor de terceros	122.618.647	110.968.773	0,3%	0,2%	-11.649.874	-9,5%
(=) Pasivo Corriente	12.324.613.137	12.792.865.173	25,9%	27,2%	468.252.036	3,8%

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)						
COMPARATIVO ACTIVOS CORRIENTES VS PASIVOS CORRIENTES 2011 - 2012						
BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE:	miles de pesos corrientes		ANALISIS VERTICAL %		ANALISIS HORIZONTAL	
	2.011	2012	2.011	2012	Absoluto	%
Efectivo	105.543.000	959.383.704	1,1%	8,3%	853.840.704	809,0%
Inversiones e instrumentos derivados de CP	554.896.000	60.562.214	5,7%	0,5%	-494.333.786	-89,1%
Deudores CP	1.433.929.557	1.989.561.979	14,8%	17,2%	555.632.422	38,7%
Inventarios de Suministros	368.075.000	432.164.273	3,8%	3,7%	64.089.273	17,4%
Otros Activos de CP	4.204.000	1.896.430.661	0,0%	16,4%	1.892.226.661	45010,1%
(=) Activo Corriente	2.466.647.557	5.338.102.831	25,4%	46,3%	2.871.455.274	116,4%
Cuentas por Pagar	377.601.221	1.229.602.992	3,9%	10,7%	852.001.771	225,6%
Obligaciones Laborales y Seguridad Social	0	105.305.100	0,0%	0,9%	105.305.100	0,0%
Pasivos Estimados	530.240.979	213.412.999	5,5%	1,8%	-316.827.980	-59,8%
Recaudos a favor de terceros	0	319.451.356	0,0%	2,8%	319.451.356	0,0%
(=) Pasivo Corriente	907.842.200	1.867.772.447	9,4%	16,2%	959.930.247	105,7%

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)						
COMPARATIVO ACTIVOS CORRIENTES VS PASIVOS CORRIENTES 2011 - 2012						
BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE:	miles de pesos corrientes		ANALISIS VERTICAL %		ANALISIS HORIZONTAL	
	2.011	2012	2.011	2012	Absoluto	%
Efectivo	390.790.558	1.022.372.469	0,9%	2,2%	631.581.911	161,6%
Inversiones e instrumentos derivados de CP	65.112.991	87.647.220	0,1%	0,2%	22.534.229	34,6%
Deudores CP	14.543.321.747	15.287.062.080	32,0%	33,0%	743.740.333	5,1%
Inventarios de Suministros	825.045.789	1.045.372.654	1,8%	2,3%	220.326.865	26,7%
Otros Activos de CP	0	0	0,0%	0,0%	0	0,0%
(=) Activo Corriente	15.824.271.085	17.442.454.423	34,8%	37,6%	1.618.183.338	10,2%
Cuentas por Pagar	3.944.752.659	5.738.967.818	8,7%	12,4%	1.794.215.159	45,5%
Obligaciones Laborales y Seguridad Social	4.463.881.743	3.199.725.893	9,8%	6,9%	-1.264.155.850	-28,3%
Pasivos Estimados	3.099.770.949	2.599.845.715	6,8%	5,6%	-499.925.234	-16,1%
Recaudos a favor de terceros	6.928.550	0	0,0%	0,0%	-6.928.550	-100,0%
(=) Pasivo Corriente	11.515.333.901	11.538.539.426	25,3%	24,9%	23.205.525	0,2%

ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)
 COMPARATIVO ACTIVOS CORRIENTES VS PASIVOS CORRIENTES 2011 - 2012

BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE:	miles de pesos corrientes		ANALISIS VERTICAL %		ANALISIS HORIZONTAL	
	2.011	2012	2.011	2012	Absoluto	%
Efectivo	635.484.740	577.215.780	3,7%	2,7%	-58.268.960	-9,2%
Inversiones e instrumentos derivados de CP	60.914.123	66.658.124	0,4%	0,3%	5.744.001	9,4%
Deudores CP	4.309.689.129	8.387.848.890	25,3%	39,9%	4.078.159.761	94,6%
Inventarios de Suministros	563.230.769	553.621.741	3,3%	2,6%	-9.609.028	-1,7%
Otros Activos de CP	0	0	0,0%	0,0%	0	0,0%
(=) Activo Corriente	5.569.318.761	9.585.344.535	32,7%	45,6%	4.016.025.774	72,1%
Cuentas por Pagar	3.234.326.082	3.082.230.848	19,0%	14,7%	-152.095.234	-4,7%
Obligaciones Laborales y Seguridad Social	1.278.420.650	1.770.982.090	7,5%	8,4%	492.561.440	38,5%
Pasivos Estimados	0	0	0,0%	0,0%	0	0,0%
Recaudos a favor de terceros	0	926.708.219	0,0%	4,4%	926.708.219	0,0%
(=) Pasivo Corriente	4.512.746.732	5.779.921.157	26,5%	27,5%	1.267.174.425	28,1%

ESE 's HOSPITALES DE - (CUNDINAMARCA)
 COMPARATIVO ACTIVOS CORRIENTES VS PASIVOS CORRIENTES 2011 - 2012

BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DE:	miles de pesos corrientes		ANALISIS VERTICAL %		ANALISIS HORIZONTAL	
	2.011	2012	2.011	2012	Absoluto	%
Efectivo	2.480.004.247	2.778.497.825	2,1%	3,4%	298.493.578	12,0%
Inversiones e instrumentos derivados de CP	744.126.528	283.737.972	1,6%	0,3%	-460.388.556	-61,9%
Deudores CP	35.180.703.024	43.795.336.840	25,8%	32,2%	8.614.633.816	24,5%
Inventarios de Suministros	3.016.659.414	3.290.546.628	2,9%	2,8%	273.887.214	9,1%
Otros Activos de CP	512.074.622	2.270.540.289	0,3%	4,3%	1.758.465.667	343,4%
(=) Activo Corriente	41.933.567.835	52.418.659.554	32,7%	43,0%	10.485.091.719	25,0%
Cuentas por Pagar	18.958.149.642	20.789.352.236	13,9%	15,1%	1.831.202.594	9,7%
Obligaciones Laborales y Seguridad Social	6.389.379.817	5.408.022.862	4,7%	4,2%	-981.356.955	-15,4%
Pasivos Estimados	3.783.459.314	4.424.594.757	3,2%	2,7%	641.135.443	16,9%
Recaudos a favor de terceros	129.547.197	1.357.128.348	0,1%	1,9%	1.227.581.151	947,6%
(=) Pasivo Corriente	29.260.535.970	31.979.098.203	21,8%	23,9%	2.718.562.233	9,3%

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

Como se puede observar en la

Tabla 6, el activo circulante en cada ESE presentó un incremento superior en el año 2012, con respecto al año 2011; significativamente en el rubro Deudores de Corto Plazo. Lo que es coherente con los análisis de cartera e índice de días de cobro explicados anteriormente, al haber entrado en vigencia el acuerdo 032 de la CRES.

En la ESE de Cundinamarca se observa un rubro de cartera de \$ 35.180.703.024 para el año 2011 y de \$ 43.795.336.840 para el año 2012, lo que refleja un incremento de \$ 8.614.633.816 para el año 2012, equivalente al 24.5% respecto del año 2011.

3.8.3 Análisis de rentabilidad

La rentabilidad de las instituciones hospitalarias objeto de este análisis presentó una tendencia similar en su comportamiento, lo que refleja el impacto de la norma en la situación financiera de las ESE y esta, a su vez, evidencia el efecto colateral en la rentabilidad tanto operativa como de la inversión de capital de trabajo y productivo.

En estos dos sentidos, el análisis de la ESE de Cundinamarca abarca los comportamientos de rentabilidad, en lo que concierne a la eficiencia de los activos para generar beneficios. La rentabilidad operativa del activo (ROA, *Return on Assets*) muestra una disminución del 9,0% al 6,1% entre 2011 y 2012; la rentabilidad del patrimonio (ROE, *Return on Equity*,) presenta una reducción del 12,2% al 8,4%; y la rentabilidad operativa del activo operativo invertido (ROIC, *Returns on Invested Capital*,) evidencia un efecto contrario a los dos anteriores del -14,4% al 10,1%. Lo anterior indica que los activos operativos propios de la actividad hospitalaria de la ESE generan utilidad operativa de forma más eficiente; sin embargo, la rentabilidad de operación indica que ha disminuido de 2011 a 2012, de 18,7% a 17,9% en su margen bruto de operación, de 10,9% a 7,3%, en su margen neto.

Un indicador que merece un análisis más detallado es el Margen EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization*), el cual muestra la capacidad en que los hospitales generan beneficio operativo de caja, es decir, el efectivo suficiente de la operación y su capacidad para costos y gastos de operación de efectivo. Dicha observación se profundizará bajo el presupuesto y ejecución del efectivo; sin embargo, este indicador se debe observar de manera independiente para cada hospital, dado el manejo operativo de cada una de estas.

En la ESE de Cáqueza y Ubaté se presenta una disminución considerable del efectivo generado operativo del 10,4% al 0,1% y del -5,7% al -11,4% respectivamente, mientras que la de Facatativá refleja un comportamiento sostenible de la generación de efectivo operativo del 2,6% al 2,7%, y la de Fusagasugá un mejoramiento de la generación del efectivo operativo del -9,9% al 13,3%. El consolidado de las cuatro ESE analizadas muestra una baja generación de efectivo

operativo del -0.6 al 1.1% en la operación propia de la actividad hospitalaria pública del departamento de Cundinamarca.

La Tabla 7 muestra el comparativo de los índices de rentabilidad tanto de la inversión como de la operación por cada una de las ESE y el consolidado de las mismas.

Tabla 7. Índices de rentabilidad

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATIVÁ - (CUNDINAMARCA)		
DE RENTABILIDAD:		
De Inversión:	2.011	2012
Rentabilidad del Activo - ROA	4,1%	-3,5%
Rentabilidad del Capital Invertido - ROIC	-1,3%	-1,9%
Rentabilidad del Patrimonio - ROE	6,1%	-5,4%
Rentabilidad del Capital de Trabajo - ROAct	19,9%	16,7%
De Operación:	2.011	2012
Margen Bruto	15,9%	14,7%
Margen EBITDA	2,7%	2,6%
Margen Operativo - EBIT	-1,1%	-1,4%
Margen Neto	4,5%	-3,5%

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)		
DE RENTABILIDAD:		
De Inversión:	2.011	2012
Rentabilidad del Activo - ROA	11,7%	9,6%
Rentabilidad del Capital Invertido - ROIC	15,5%	0,1%
Rentabilidad del Patrimonio - ROE	14,4%	12,5%
Rentabilidad del Capital de Trabajo - ROAct	88,5%	0,4%
De Operación:	2.011	2012
Margen Bruto	25,8%	17,1%
Margen EBITDA	10,4%	0,1%
Margen Operativo - EBIT	10,3%	0,1%
Margen Neto	8,6%	9,5%

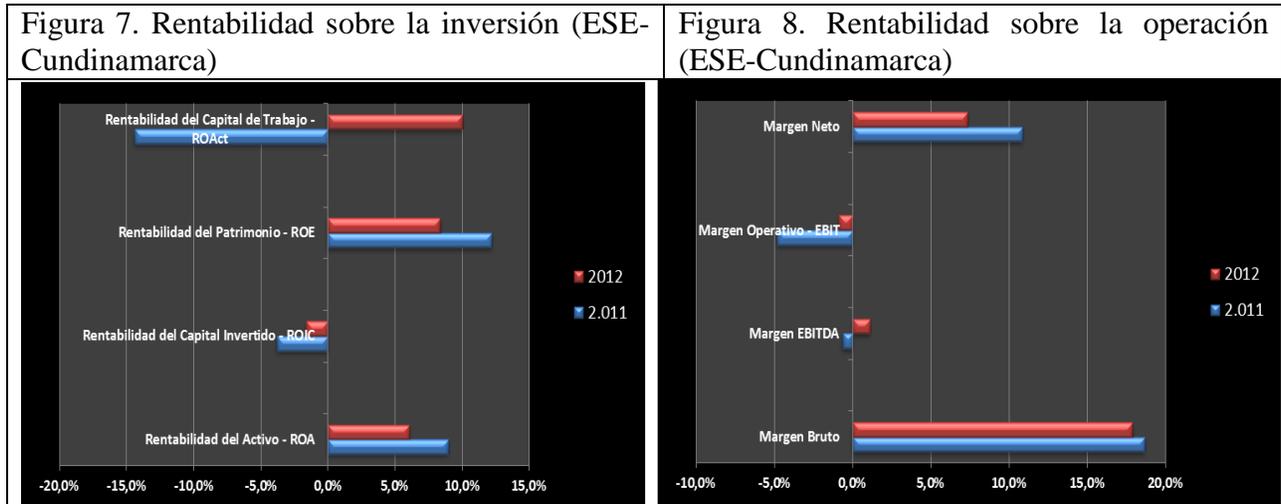
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)		
DE RENTABILIDAD:		
De Inversión:	2.011	2012
Rentabilidad del Activo - ROA	19,1%	10,7%
Rentabilidad del Capital Invertido - ROIC	-17,8%	12,0%
Rentabilidad del Patrimonio - ROE	27,0%	15,5%
Rentabilidad del Capital de Trabajo - ROAct	-68,0%	76,3%
De Operación:	2.011	2012
Margen Bruto	25,6%	34,6%
Margen EBITDA	-9,9%	13,3%
Margen Operativo - EBIT	-20,4%	12,3%
Margen Neto	29,3%	14,6%

ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)		
DE RENTABILIDAD:		
De Inversión:	2.011	2012
Rentabilidad del Activo - ROA	1,1%	7,4%
Rentabilidad del Capital Invertido - ROIC	-11,6%	-16,7%
Rentabilidad del Patrimonio - ROE	1,4%	11,0%
Rentabilidad del Capital de Trabajo - ROAct	-97,9%	-53,2%
De Operación:	2.011	2012
Margen Bruto	7,5%	5,3%
Margen EBITDA	-5,7%	-11,4%
Margen Operativo - EBIT	-8,0%	-14,4%
Margen Neto	1,0%	8,8%

ESE,s HOSPITALES DE - (CUNDINAMARCA)		
DE RENTABILIDAD:		
De Inversión:	2.011	2012
Rentabilidad del Activo - ROA	9,0%	6,1%
Rentabilidad del Capital Invertido - ROIC	-3,8%	-1,6%
Rentabilidad del Patrimonio - ROE	12,2%	8,4%
Rentabilidad del Capital de Trabajo - ROAct	-14,4%	10,1%
De Operación:	2.011	2012
Margen Bruto	18,7%	17,9%
Margen EBITDA	-0,6%	1,1%
Margen Operativo - EBIT	-4,8%	-0,9%
Margen Neto	10,9%	7,3%

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

La Figura 7 y Figura 8 presentan el comparativo de los índices de rentabilidad desde el punto de vista de la inversión y de la operación que presentan las ESE, para los años 2011 y 2012. Lo que evidencia para el año 2012 una disminución en los indicadores o ratios de rentabilidad, año en el cual entró en aplicación el Acuerdo 032 de la CRES.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos tomados Ministerio de Salud y Protección Social, Gestión de Hospitales Públicos.

3.8.4 Análisis de presupuesto y ejecución del efectivo

La liquidez y la solvencia de una entidad hospitalaria ESE se determina no solo con los indicadores expuestos anteriormente; la ejecución presupuestal del efectivo permite identificar los recursos reconocidos de efectivo por cada una de las actividades directas e indirectas de la institución y la aplicación de estos dentro de la operación del periodo a analizar.

La Tabla 8 hasta la Tabla 12 muestran el comparativo de los presupuestos de efectivo aprobado, reconocido y recaudado de cada una de las ESE y un consolidado de estas, para los periodos 2011 y 2012. Se busca mostrar el impacto del efectivo reconocido y recaudado del rubro de Régimen Subsidiado del año 2012, año en que se aplicó el Acuerdo 032, respecto al año 2011.

Tabla 8. Presupuesto y ejecución presupuestal de efectivo (San Rafael de Facatativá)

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ - (CUNDINAMARCA)										
PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE EFECTIVO 2011 Y 2012										
Análisis de Ingresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%
Disponibilidad al Inicio del Periodo	221.917.000	221.917.000	100,0%	221.917.000	100,0%	1.348.185.949	1.348.185.949	100,0%	1.348.185.949	100,0%
Ingresos Corrientes:										
Regimen Subdiado	19.630.121.000	19.021.466.000	96,9%	11.239.303.000	59,1%	20.103.363.000	27.029.821.000	134,5%	16.695.648.000	61,8%
Regimen Contributivo	6.701.787.000	5.904.748.000	88,1%	2.790.981.000	47,3%	6.435.258.000	8.363.541.000	130,0%	4.731.393.000	56,6%
Vinculados	13.966.032.000	15.556.547.000	111,4%	13.964.126.000	89,8%	12.553.753.307	6.551.681.307	52,2%	6.159.852.307	94,0%
SOAT	1.860.476.000	1.902.105.000	102,2%	821.608.000	43,2%	2.009.618.000	2.327.058.000	115,8%	1.696.865.000	72,9%
FOSYGA	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%
Plan de Intervenciones Colectivas	128.412.000	0	0,0%	0	0,0%	128.412.000	14.643.000	11,4%	0	0,0%
Otras ventas de servicios de salud	1.941.225.000	2.151.286.000	110,8%	924.828.000	43,0%	2.435.030.000	1.741.785.000	71,5%	1.197.264.000	68,7%
(=) Ingresos Corrientes	44.228.053.000	44.536.152.000	100,7%	29.740.846.000	66,8%	43.665.434.307	46.028.529.307	105,4%	30.481.022.307	66,2%
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	149.475.000	149.475.000	100,0%	149.475.000	100,0%	1.568.584.693	1.568.584.693	100,0%	1.568.584.693	100,0%
Otros ingresos corrientes	385.014.000	425.401.000	110,5%	124.715.000	29,3%	386.836.000	301.983.000	78,1%	160.995.000	53,3%
Ingresos de Capital	17.922.000	20.734.000	115,7%	20.734.000	100,0%	0	12.704.000	0,0%	12.704.000	100,0%
Cuentas x cobrar otras vigencias	11.916.396.000	9.411.667.000	79,0%	9.411.667.000	100,0%	14.555.180.000	10.770.679.000	74,0%	10.770.679.000	100,0%
(=) Total Ingresos	56.918.777.000	54.765.346.000	96,2%	39.669.354.000	72,4%	61.524.220.949	60.030.665.949	97,6%	44.342.170.949	73,9%
Análisis de Egresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	1.440.385.000	0,0%	1.348.185.949	93,6%	0	2.107.770.949	0,0%	219.525.872	10,4%
Gastos de Funcionamiento:										
Gastos de Personal de Planta	5.512.765.000	5.404.294.000	98,0%	5.404.294.000	100,0%	5.526.438.000	5.490.279.000	99,3%	5.450.333.000	99,3%
Servicios de Personal Indirectos	25.049.367.000	24.968.604.000	99,7%	18.271.194.000	73,2%	25.752.300.000	25.212.864.000	97,9%	20.213.645.000	80,2%
Gastos de Generales	8.449.043.000	6.585.993.000	77,9%	4.709.251.000	71,5%	7.693.137.000	5.843.087.000	76,0%	4.239.121.000	72,5%
Transferencias Corrientes	492.472.000	75.899.000	15,4%	74.897.000	98,7%	391.725.000	105.362.000	26,9%	105.362.000	100,0%
(=) Gastos de Funcionamiento	39.503.647.000	37.034.790.000	93,8%	28.459.636.000	76,8%	39.363.600.000	36.651.592.000	93,1%	30.008.461.000	81,9%
Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios	8.258.667.000	7.724.432.000	93,5%	1.911.671.000	24,7%	8.163.249.000	8.010.766.000	98,1%	2.024.881.000	25,3%
Inversión	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%
Cuentas x Pagar (Vigencias Anteriores)	9.156.463.000	8.565.739.000	93,5%	7.949.861.051	92,8%	13.997.371.949	13.260.537.000	94,7%	12.089.303.077	91,2%
(=) Total Egresos	56.918.777.000	53.324.961.000	93,7%	38.321.168.051	71,9%	61.524.220.949	57.922.895.000	94,1%	44.122.645.077	76,2%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	1.440.385.000	0,0%	1.348.185.949	93,6%	0	2.107.770.949	0,0%	219.525.872	10,4%

Tabla 9. Presupuesto y ejecución presupuestal de efectivo (San Rafael de Caqueza)

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA - (CUNDINAMARCA)										
PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE EFECTIVO 2011 Y 2012										
Análisis de Ingresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%
Disponibilidad al Inicio del Periodo	777.789.729	777.789.729	100,0%	777.789.729	100,0%	105.543.000	105.543.000	100,0%	105.543.000	100,0%
Ingresos Corrientes:										
Regimen Subdiado	5.905.198.000	5.426.942.514	91,9%	5.128.240.359	94,5%	7.548.740.000	7.570.099.285	100,3%	6.335.123.801	87,7%
Regimen Contributivo	932.766.000	992.242.851	106,4%	683.500.571	68,9%	1.064.715.000	1.139.305.876	107,0%	605.742.199	53,2%
Vinculados	3.523.379.031	3.342.204.383	94,9%	3.280.883.792	98,2%	1.170.016.688	1.234.670.541	105,5%	1.229.530.076	99,6%
SOAT	114.621.889	133.602.599	116,6%	108.581.013	81,3%	151.446.960	158.766.252	104,8%	102.963.109	69,9%
FOSYGA	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%
Plan de Intervenciones Colectivas	366.140.770	554.696.448	151,5%	350.050.885	63,1%	463.585.750	176.293.094	38,0%	118.362.158	67,1%
Otras ventas de servicios de salud	433.676.000	469.444.398	108,2%	403.822.666	86,0%	515.303.280	359.606.195	69,8%	273.732.391	76,1%
(=) Ingresos Corrientes	11.275.781.690	10.919.133.193	96,8%	9.955.079.286	91,2%	10.913.807.678	10.638.741.243	97,5%	8.665.453.734	81,5%
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	1.054.100.000	1.054.100.000	100,0%	1.054.100.000	100,0%	1.586.165.312	1.605.728.712	101,2%	1.605.728.712	100,0%
Otros ingresos corrientes	465.182.000	544.974.426	117,2%	512.829.631	94,1%	241.185.150	178.189.846	73,9%	178.189.846	100,0%
Ingresos de Capital	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%
Cuentas x cobrar otras vigencias	1.294.482.862	1.291.652.539	99,8%	1.291.652.539	100,0%	1.070.199.739	1.025.302.771	95,8%	1.025.302.771	100,0%
(=) Total Ingresos	14.867.336.281	14.587.649.887	98,1%	13.591.451.185	93,2%	13.916.900.879	13.553.505.572	97,4%	11.580.218.063	85,4%
Análisis de Egresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	75.072.115	0,0%	105.543.000	140,6%	0	265.403.085	0,0%	959.383.704	361,5%
Gastos de Funcionamiento:										
Gastos de Personal de Planta	3.221.995.654	3.177.515.803	98,6%	3.177.515.803	100,0%	3.314.970.322	3.278.702.216	98,9%	3.269.150.288	99,7%
Servicios de Personal Indirectos	5.732.436.159	5.686.673.098	99,2%	5.536.638.382	97,4%	5.784.458.963	5.756.636.644	99,5%	5.390.036.269	93,6%
Gastos de Generales	2.059.975.455	1.903.156.900	92,4%	1.721.386.530	90,4%	1.809.554.119	1.580.662.930	87,4%	277.504.700	17,6%
Transferencias Corrientes	98.371.520	51.308.399	52,2%	30.312.120	59,1%	57.220.856	46.645.581	81,5%	33.697.752	72,2%
(=) Gastos de Funcionamiento	11.112.778.788	10.818.654.200	97,4%	10.465.852.835	96,7%	10.966.204.260	10.662.647.371	97,2%	8.970.389.009	84,1%
Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios	1.769.688.896	1.723.748.255	97,4%	1.600.793.279	92,9%	1.608.698.601	1.355.739.543	84,3%	901.524.041	66,5%
Inversión	1.207.840.156	1.207.740.669	100,0%	516.718.252	42,8%	0	0	0,0%	0	0,0%
Cuentas x Pagar (Vigencias Anteriores)	777.028.441	762.434.648	98,1%	902.543.819	118,4%	1.341.998.018	1.269.715.573	94,6%	748.921.309	59,0%
(=) Total Egresos	14.867.336.281	14.512.577.772	97,6%	13.485.908.185	92,9%	13.916.900.879	13.288.102.487	95,5%	10.620.834.359	79,9%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	75.072.115	0,0%	105.543.000	140,6%	0	265.403.085	0,0%	959.383.704	361,5%

Tabla 10. Presupuesto y ejecución presupuestal de efectivo (San Rafael de Fusagasugá)

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)										
PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE EFECTIVO 2011 Y 2012										
Análisis de Ingresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%
Disponibilidad al Inicio del Periodo	300.669.000	300.669.000	100,0%	300.669.000	100,0%	390.790.379	390.790.379	100,0%	390.790.379	100,0%
Ingresos Corrientes:										
Regimen Subdiado	11.769.550.000	12.388.853.967	105,3%	8.405.736.062	67,8%	17.647.081.000	19.348.580.358	109,6%	12.466.717.972	64,4%
Regimen Contributivo	5.385.520.000	5.371.238.732	99,7%	3.291.669.272	61,3%	5.555.533.000	6.628.562.245	119,3%	3.043.246.398	45,9%
Vinculados	8.197.454.000	8.832.206.000	107,7%	8.738.233.000	98,9%	3.309.864.858	3.141.760.820	94,9%	2.493.308.537	79,4%
SOAT	749.530.000	776.938.373	103,7%	433.646.491	55,8%	900.500.000	849.658.916	94,4%	458.344.298	53,9%
FOSYGA	0	110.897.242	0,0%	0	0,0%	0	139.996.198	0,0%	13.193.931	9,4%
Plan de Intervenciones Colectivas	430.132.000	369.174.979	85,8%	343.630.649	93,1%	250.557.538	122.785.332	49,0%	106.500.540	86,4%
Otras ventas de servicios de salud	2.530.026.000	2.242.608.670	88,6%	1.736.821.000	77,4%	1.803.856.000	2.069.839.271	114,7%	1.461.243.555	70,6%
(=) Ingresos Corrientes	29.062.212.000	30.091.917.963	103,5%	22.949.736.474	76,3%	29.467.392.396	32.301.183.140	109,6%	20.042.105.231	62,0%
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	22.470.896.000	22.470.896.000	100,0%	14.907.243.000	66,3%	2.299.710.557	2.606.741.813	113,4%	2.606.741.813	100,0%
Otros ingresos corrientes	118.556.000	93.556.000	78,9%	93.556.000	100,0%	120.423.981	119.046.785	98,9%	119.046.785	100,0%
Ingresos de Capital	1.800.000	4.129.000	229,4%	4.129.000	100,0%	1.800.000	3.050.944	169,5%	3.050.944	100,0%
Cuentas x cobrar otras vigencias	4.328.084.000	4.130.414.456	95,4%	4.130.414.456	100,0%	13.035.447.694	10.308.223.069	79,1%	10.308.223.069	100,0%
(=) Total Ingresos	56.282.217.000	57.091.582.419	101,4%	42.385.747.930	74,2%	45.315.565.007	45.729.036.130	100,9%	33.469.958.221	73,2%
Análisis de Egresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%
Gastos de Funcionamiento:										
Gastos de Personal de Planta	26.953.321.000	24.446.084.000	90,7%	16.752.442.000	68,5%	6.877.680.415	6.775.566.415	98,5%	6.669.431.415	98,4%
Servicios de Personal Indirectos	11.964.533.000	11.934.151.000	99,7%	9.671.618.000	81,0%	14.252.433.706	14.212.564.000	99,7%	11.588.754.000	81,5%
Gastos de Generales	3.581.518.000	2.956.845.000	82,6%	2.257.868.000	76,4%	4.638.033.946	3.586.404.000	77,3%	2.330.135.000	60,0%
Transferencias Corrientes	594.826.000	285.160.000	47,9%	137.157.000	48,1%	602.629.000	499.206.000	82,8%	203.009.000	40,7%
(=) Gastos de Funcionamiento	43.094.198.000	39.622.240.000	91,9%	28.819.085.000	72,7%	26.370.777.067	25.073.740.415	95,1%	20.791.329.415	82,9%
Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios	4.950.152.000	4.930.246.000	99,6%	4.982.734.372	101,1%	5.862.133.000	5.735.477.000	97,8%	5.735.477.000	97,8%
Inversión	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%
Cuentas x Pagar (Vigencias Anteriores)	8.237.867.000	8.193.138.000	99,5%	8.193.138.000	100,0%	13.082.654.940	9.456.201.000	72,3%	9.456.201.000	100,0%
(=) Total Egresos	56.282.217.000	52.745.624.000	93,7%	41.994.957.372	79,6%	45.315.565.007	40.265.418.415	88,9%	32.447.585.752	80,6%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	4.345.958.419	0,0%	390.790.558	9,0%	0	5.463.617.715	0,0%	1.022.372.469	18,7%

Tabla 11. Presupuesto y ejecución presupuestal de efectivo (Salvador de Ubaté)

ESE HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE - (CUNDINAMARCA)										
PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE EFECTIVO 2011 Y 2012										
Análisis de Ingresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%
Disponibilidad al Inicio del Periodo	15.622.135	15.622.135	100,0%	15.622.135	100,0%	635.484.740	635.484.740	100,0%	635.484.740	100,0%
Ingresos Corrientes:										
Regimen Subdiado	6.812.266.000	7.188.318.587	105,5%	5.811.211.378	80,8%	10.218.738.000	9.366.376.210	91,7%	7.271.635.963	77,6%
Regimen Contributivo	4.068.774.000	4.044.479.567	99,4%	2.467.542.066	61,0%	4.425.633.000	4.471.614.499	101,0%	2.177.112.000	48,7%
Vinculados	4.301.665.705	4.605.732.332	107,1%	4.376.312.114	95,0%	513.174.330	1.343.910.804	261,9%	1.291.706.218	96,1%
SOAT	322.899.098	339.067.117	105,0%	231.353.259	68,2%	325.063.000	358.453.358	110,3%	179.473.851	50,1%
FOSYGA	30.418.000	33.851.172	111,3%	0	0,0%	47.391.000	58.782.941	124,0%	0	0,0%
Plan de Intervenciones Colectivas	742.389.750	691.831.559	93,2%	576.641.444	83,3%	572.387.956	577.203.006	100,8%	509.157.651	88,2%
Otras ventas de servicios de salud	1.333.581.000	1.491.689.079	111,9%	1.237.901.982	83,0%	1.622.190.000	1.285.312.165	79,2%	1.069.388.169	83,2%
(=) Ingresos Corrientes	17.611.993.553	18.394.969.413	104,4%	14.700.962.243	79,9%	17.724.577.286	17.461.652.983	98,5%	12.498.473.852	71,6%
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	46.272.800	46.272.800	100,0%	46.272.800	100,0%	2.586.785.014	3.208.916.612	124,1%	3.208.540.612	100,0%
Otros ingresos corrientes	341.758.000	484.106.912	141,7%	123.469.679	25,5%	357.778.000	397.373.644	111,1%	380.959.849	95,9%
Ingresos de Capital	1.439.000.000	1.442.570.421	100,2%	1.442.570.421	100,0%	0	15.612.032	0,0%	15.612.032	100,0%
Cuentas x cobrar otras vigencias	3.807.385.562	2.722.505.932	71,5%	2.722.505.932	100,0%	3.590.283.757	3.093.346.238	86,2%	3.093.346.238	100,0%
(=) Total Ingresos	23.262.032.050	23.106.047.613	99,3%	19.051.403.210	82,5%	24.894.908.797	24.812.386.249	99,7%	19.832.417.323	79,9%
Análisis de Egresos de Caja:										
	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%	Ptto. Aprobado	Comprometido	%	Pagado	%
Gastos de Funcionamiento:										
Gastos de Personal de Planta	9.238.958.784	9.074.837.111	98,2%	8.601.788.270	94,8%	9.748.424.071	9.453.187.055	97,0%	9.151.607.333	96,8%
Servicios de Personal Indirectos	4.197.990.875	3.972.151.026	94,6%	3.434.669.076	86,5%	4.514.874.811	4.417.856.365	97,9%	3.318.591.069	75,1%
Gastos de Generales	3.024.355.221	2.871.770.462	95,0%	2.194.550.413	76,4%	3.190.954.344	2.669.458.907	83,7%	1.897.743.941	71,1%
Transferencias Corrientes	32.652.414	32.485.412	99,5%	32.485.412	100,0%	158.782.757	158.595.072	99,9%	158.595.072	100,0%
(=) Gastos de Funcionamiento	16.493.957.294	15.951.244.011	96,7%	14.263.493.171	89,4%	17.613.035.983	16.699.097.399	94,8%	14.526.537.415	87,0%
Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios	3.507.193.000	3.342.204.950	95,3%	1.740.471.155	52,1%	3.462.409.000	2.954.409.233	85,3%	1.203.274.438	40,7%
Inversión	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%
Cuentas x Pagar (Vigencias Anteriores)	3.260.881.756	2.941.927.043	90,2%	2.411.954.144	82,0%	3.819.463.814	3.622.270.081	94,8%	3.525.389.690	97,3%
(=) Total Egresos	23.262.032.050	22.235.376.004	95,6%	18.415.918.470	82,8%	24.894.908.797	23.275.776.713	93,5%	19.255.201.543	82,7%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	870.671.609	0,0%	635.484.740	73,0%	0	1.536.609.536	0,0%	577.215.780	37,6%

Tabla 12. Presupuesto y ejecución presupuestal de efectivo (Cundinamarca)

ESE 's HOSPITALES DE - (CUNDINAMARCA)										
PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE EFECTIVO 2011 Y 2012										
Análisis de Ingresos de Caja:	miles de pesos corrientes (Año 2011)					miles de pesos corrientes (Año 2012)				
	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%	Ptto. Aprobado	Reconocidos	%	Recaudado	%
Disponibilidad al Inicio del Periodo	1.315.997.864	1.315.997.864	100,0%	1.315.997.864	100,0%	2.480.004.068	2.480.004.068	100,0%	2.480.004.068	100,0%
Ingresos Corrientes:										
Regimen Subsidiado	44.117.135.000	44.025.581.068	99,8%	30.584.490.799	69,5%	55.517.922.000	63.314.876.853	114,0%	42.769.125.736	67,5%
Regimen Contributivo	17.088.847.000	16.312.709.150	95,5%	9.233.692.909	56,6%	17.481.139.000	20.603.023.620	117,9%	10.557.493.597	51,2%
Vinculados	29.988.530.736	32.336.689.715	107,8%	30.359.554.906	93,9%	17.546.809.183	12.272.023.472	69,9%	11.174.397.138	91,1%
SQAT	3.047.526.987	3.151.713.089	103,4%	1.595.188.763	50,6%	3.386.627.960	3.693.936.526	109,1%	2.437.646.258	66,0%
FOSYGA	30.418.000	144.748.414	475,9%	0	0,0%	47.391.000	198.779.139	419,4%	13.193.931	6,6%
Plan de Intervenciones Colectivas	1.667.074.520	1.615.702.986	96,9%	1.270.322.978	78,6%	1.414.943.244	890.924.432	63,0%	733.570.349	82,3%
Otras ventas de servicios de salud	6.238.508.000	6.355.028.147	101,9%	4.303.373.648	67,7%	6.376.379.280	5.456.542.631	85,6%	4.001.628.115	73,3%
(=) Ingresos Corrientes	102.178.040.243	103.942.172.569	101,7%	77.346.624.003	74,4%	101.771.211.667	106.430.106.673	104,6%	71.687.055.124	67,4%
Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)	23.720.743.800	23.720.743.800	100,0%	16.157.090.800	68,1%	8.041.245.576	8.989.971.830	111,8%	8.989.595.830	100,0%
Otros ingresos corrientes	1.310.510.000	1.548.038.338	118,1%	854.570.310	55,2%	1.106.223.131	996.593.275	90,1%	839.191.480	84,2%
Ingresos de Capital	1.458.722.000	1.467.433.421	100,6%	1.467.433.421	100,0%	1.800.000	31.366.976	1742,6%	31.366.976	100,0%
Cuentas x cobrar otras vigencias	21.346.348.424	17.556.239.927	82,2%	17.556.239.927	100,0%	32.251.111.190	25.197.551.078	78,1%	25.197.551.078	100,0%
(=) Total Ingresos	151.330.362.331	149.550.625.919	98,8%	114.697.956.325	76,7%	145.651.595.632	144.125.593.900	99,0%	109.224.764.556	75,8%
Análisis de Egresos de Caja:										
Gastos de Funcionamiento:										
Gastos de Personal de Planta	44.927.040.438	42.102.730.914	93,7%	33.936.040.073	80,6%	25.467.512.808	24.997.734.686	98,2%	24.540.522.036	98,2%
Servicios de Personal Indirectos	46.944.327.034	46.561.579.124	99,2%	36.914.119.458	79,3%	50.304.067.480	49.599.921.009	98,6%	40.511.026.338	81,7%
Gastos de Generales	17.114.891.676	14.317.765.362	83,7%	10.883.055.943	76,0%	17.331.679.409	13.679.612.837	78,9%	8.744.504.641	63,9%
Transferencias Corrientes	1.218.321.934	444.852.811	36,5%	274.851.532	61,8%	1.210.357.613	809.808.653	66,9%	500.663.824	61,8%
(=) Gastos de Funcionamiento	110.204.581.082	103.426.928.211	93,8%	82.008.067.006	79,3%	94.313.617.310	89.087.077.185	94,5%	74.296.716.839	83,4%
Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios	18.485.700.896	17.720.631.205	95,9%	10.235.669.806	57,8%	19.096.489.601	18.056.391.776	94,6%	6.329.734.816	35,1%
Inversión	1.207.840.156	1.207.740.669	100,0%	516.718.252	42,8%	0	0	0,0%	0	0,0%
Cuentas x Pagar (Vigencias Anteriores)	21.432.240.197	20.463.238.691	95,5%	19.457.497.014	95,1%	32.241.488.721	27.608.723.654	85,6%	25.819.815.076	93,5%
(=) Total Egresos	151.330.362.331	142.818.538.776	94,4%	112.217.952.078	78,6%	145.651.595.632	134.752.192.615	92,5%	106.446.266.731	79,0%
Disponibilidad al Final del Periodo	0	6.732.087.143	0,0%	2.480.004.247	36,8%	0	9.373.401.285	0,0%	2.778.497.825	29,6%

Fuente: Elaboración propia basado en información del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO, 2014).

En la Tabla 12, correspondiente a la ESE de Cundinamarca, se observa que para 2011, el efectivo reconocido por concepto de vinculados sobre el presupuestado era del 107,8%, sobre un monto de \$29.988 millones, y a un recaudo efectivo del 93,9% del efectivo reconocido. Entrada en vigencia el Acuerdo 032 de 2012, se observa para 2012, el porcentaje de efectivo reconocido sobre el efectivo presupuestado es del 69,9%, sobre un monto de \$30,360 millones, y a un recaudo del 91,1% del efectivo reconocido. Estas cifras evidencian que el efectivo que se reconocía sobre lo presupuestado era superior al 100% y el efectivo que se recaudaba era superior al 90% de este efectivo reconocido.

Ahora bien, dado que el Acuerdo 032 de 2012 estipula la unificación de los vinculados al Régimen Subsidiado, es de resaltar que la dinámica de efectivo reconocido sobre el efectivo presupuestado del Régimen Subsidiado alcanzó el 114,0%; sin embargo, el efectivo recaudado obtuvo el 67,5% del efectivo reconocido. Esta situación permite determinar que los ingresos de efectivo reconocidos se incrementaron en el año 2012, pero el efectivo recaudado se mantuvo en el mismo periodo, es decir, que los ingresos de vinculados que se canalizaron por el Régimen Subsidiado, se demoran en retornar dentro de ciclo de conversión del efectivo de las ESE estudiadas. En términos nominales, esto afectaría un efectivo que no se percibe en el periodo

2012, y que, por ende, alteró la ejecución presupuestal de salidas de efectivo, la situación financiera de las instituciones hospitalarias y la rentabilidad operativa y de inversión expuesta en la Tabla 7.

De igual manera, se analizó cada una de las instituciones: ESE San Rafael de Facatativá, ESE hospitalaria San Rafael de Cáqueza, ESE hospitalaria de San Rafael de Fusagasugá y ESE hospitalaria de San Salvador de Ubaté. El resultado presenta una tendencia similar a cada uno de sus pares y al consolidado de estas, siendo muy similar en términos nominales y porcentuales las ESE de Facatativá y Fusagasugá; así mismo las ESE de Cáqueza y Ubaté, dado el monto de sus operaciones y composición de Activos (Ver

Tabla 6 y Tabla 8-Tabla 12).

Consecuente con este análisis y con los resultados obtenidos en el presupuesto y la ejecución presupuestal de efectivo de las instituciones hospitalarias ESE, se evidencia una reducción en la ejecución presupuestal del año 2011 al año 2012 en los ingresos recaudados corrientes del 74.4% al 67.4% respectivamente, los egresos de funcionamiento de efectivo pagados del 79.3% al 83.4%, que aumenta, pero sin embargo por los ingresos recaudados disminuidos, afectó el efectivo neto generado del año 2011 al 2012 en 36.8% al 29.6% respectivamente. (Ver Tabla 8-Tabla 12).

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El objetivo de este estudio fue analizar el impacto financiero por la unificación del Plan Obligatorio de Salud de los dos regímenes (contributivo y subsidiado) en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de Cundinamarca que fueron: San Rafael de Facatativá, Fusagasugá, Cáqueza, y el Salvador de Ubaté bajo normatividades que buscan fórmulas de mejoramiento del servicio en salud-en prestación y cobertura- subestimando el impacto sobre la liquidez, la rentabilidad y el presupuesto de efectivo con la entrada en vigencia del acuerdo 032 de la CRES.

Para los hospitales públicos, la iliquidez es un problema que se evidencia desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993. Las grandes sumas de cartera vencida, y los tiempos de rotación se convirtieron en un problema para los gerentes y administrativos en su tarea por mantener la funcionalidad en las instituciones. Se han adoptado medidas en el sistema de salud en busca de la calidad y equidad en temas de prestación de servicios como la unificación del POS (Acuerdo 032 del 2011). No obstante, debido al comportamiento de pagos que actualmente existe y la manera como lo realizan las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS-S) y (EPS-C), la situación financiera de estas entidades se ha visto afectada.

Esta investigación aporta evidencia sobre las dificultades financieras para los hospitales públicos, dificultades que se incrementaron con la unificación del POS y la ampliación de la cobertura a la PPNA. El antiguo pagador (Secretaría de Salud) para los llamados vinculados, asumía antes éstas obligaciones en un tiempo menor a los 100 días promedio para las ESE analizadas, con el análisis se evidencia un aumento en los días de cobro en el Régimen Subsidiado de 192.7 días promedio para el año 2011 a 228.7 días promedio para el año 2012, es decir, un incremento de 36 días.

El pago de características más ágiles y oportunas para los hospitales cambió con la aplicación del Acuerdo 032 del 2012 que unificó el plan de beneficios llamado POS de la EPS-S con la EPS-C, la transformación de los recursos de oferta a demanda, es decir, afiliación al Régimen Subsidiado de la población llamada vinculada o PPNA en un 100%, a la vez, el traslado de los recursos a las EPS-S para el pago de la prestación de los servicio de la nueva población subsidiada (antes vinculados) modifica el contexto y afecta la liquidez de las instituciones. Dicha situación, llevo a que el índice de rotación de cartera en días de cobro superara los 228 días en promedio de las ESE.

El efecto negativo se evidenció en la disminución del recaudo y el incremento de la cartera, hecho que incide en la rentabilidad sobre la inversión y la rentabilidad de la operación. La rentabilidad del activo – ROA, presentada por las ESE consolidadas disminuyó del 9.0% al 6,1% del año 2011 respecto al año 2012, de igual manera se observó una disminución de la rentabilidad del patrimonio – ROE del 12.2% al 8.4% del año 2011 al 2012, esto debido a que aunque el margen operativo de las ESE aumentó del -4.8% al 0.9% del año 2011 al 2012, el margen neto disminuyó del 10.9% al 7.3% respectivamente.

Del mismo modo, es evidente la disminución en la generación de efectivo en 2012 respecto a 2011, debido a la menor rotación de cuentas por cobrar que tiene el régimen simplificado en comparación con la rotación que venía presentando la PPNA, con el aumento de los ingresos reconocidos del Régimen Subsidiado de \$ 44.025.581.068 del año 2011 a \$ 63.314.876.853 para el año 2012. Sin embargo, se presentó una disminución de los ingresos recaudados del 69,5% al 67.5% que incidió en un menor valor de efectivo del 36.8% al 29.6%, del año 2011 al año 2012.

Es importante resaltar que la estrategia implementada por el Estado busca brindar una mejor cobertura en la presentación de servicios de salud a la PPNA, no obstante, es responsabilidad de estos entes o de las mismas instituciones garantizar la sostenibilidad financiera en aspectos de solvencia, rentabilidad y presupuesto del efectivo.

Los administradores, gerentes y directores de los hospitales públicos, en busca de un equilibrio financiero se ven amenazados por la normativa que formaliza el manejo del recaudo de los recursos, lo que conlleva a generar algunas ineficiencias en los hospitales públicos y que no alcancen una sostenibilidad en sus actividades. Lo anterior, deja pocas herramientas de negociación a los gerentes y administradores que se ven obligados a cumplir metas y a tomar decisiones para la supervivencia de sus entidades.

4.2 Recomendaciones

Se debe propender por la unificación del sistema de salud a todas las poblaciones; sin embargo, es importante que el Estado como ente regulador de este fundamental servicio, realice un estudio de evaluación de impacto, no solamente en la prestación de los servicios, sino también, los impactos económicos que conlleva aplicar estas medidas en instituciones tan frágiles en su manejo presupuestal. Por este motivo, es importante que las próximas reformas de salud garanticen al sistema una eficiente prestación del servicio de salud pública y una sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de estos servicios.

En este contexto, es necesario por parte de la dirección de estas instituciones hospitalarias del estado implementar estrategias financieras, operativas y de gestión para la prestación más eficiente de los servicios de salud. Dichas estrategias no deben orientarse únicamente a tácticas de recuperación de cartera y manejo de su generación de efectivo, sino concentrarse en garantizar una efectiva operación y gestión en el mejoramiento de sus productos y la ampliación de nuevos servicios que contribuyan al mejoramiento de la solvencia, la rentabilidad y el manejo de efectivo. La gestión debe estar orientada a la aplicación de la normatividad y la regulación vigente que aplica en el sector de servicios de salud en hospitales públicos, sin embargo, la dirección de estas instituciones deben tener una participación más activa con el gobierno, esto con el fin de proponer y propender que la regulación o normatividad este en consenso.

Es importante resaltar que esta investigación midió los impactos inmediatos en la situación financiera de las ESE de estudio, bajo la aplicación de la normatividad (POS aplicación de la Norma 032), sin embargo, este estudio presenta limitaciones que se podrían

mitigar hacia futuros estudios y que ayudarían a los grupos de interés del sector de la salud a mejorar su gestión y sobre todo su sostenibilidad financiera, estas limitaciones son:

- Análisis de un periodo más amplio, con el fin de medir el impacto a mediano y largo plazo.
- Tomar una muestra más amplia de ESE de la región de Cundinamarca o de otros departamentos que le den más sustento a este estudio.
- Medir bajo modelos cualitativos el impacto social a las poblaciones favorecidas por esta normatividad.
- Medir bajo modelos cuantitativos tales como programación lineal (regresiones) o TOC (*Theory of Constraints*), que permitan analizar y ser base de toma de decisiones por parte del estado y de las mismas ESE.
- Comparar otras normas aplicadas por el estado con la aplicada en este estudio, con el fin de medir los impactos en la sostenibilidad financiera de cada una de estas.

Adicionalmente, los nuevos estudios pueden orientarse en los temas sobre normatividad que ha sido implementada para mitigar el problema de liquidez de los hospitales por la baja rotación de cartera y el recaudo; factores que afectan significativamente el objetivo de sostenibilidad financiera en los hospitales del Estado.

En resumen, la nueva dirección financiera debe concentrar sus esfuerzos en la perdurabilidad de este tipo de instituciones con base en la competitividad no solo en la demanda de servicios —ya que estas son necesidades fundamentales de los usuarios y es poca la oferta que cubre dicha prestación de servicios— sino en una competitividad con base en el manejo eficiente de los recursos, dado que de este dependerá la buena prestación de servicios a los usuarios del sistema de salud pública de Cundinamarca y de Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2010). Informe Financiero 2009. *Estudios Técnicos: Área de investigación y proyectos*. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/financiero/7.ESTUDIO%20FINANCIERO%20IPS%202009.pdf>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2012). 28° informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2012. *Estudios Técnicos: Área de investigación y proyectos*, 1-24. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: http://achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/cartera/28.INFORME_CARTERA_A_JUNIO_DE_2012.pdf.
- Beaver, W. (1966). Financial Ratios as Predictors of Failure. *Accounting Research Center* 4, 71-111.
- Bem, A., Ucieklak-Jeż, P., y Prędkiewicz, P. (2014). INCOME PER BED AS A DETERMINANT OF HOSPITAL'S FINANCIAL LIQUIDITY. *Problems of Management in the 21 Century* 9(2), 124-131.
- Berger, S. (2008). *Fundamentals of Health Care Financial Management: A practical guide to fiscal issues and activities* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Bodie, Z., y Merton, R. C. (2003). *Finanzas* (1a Ed.). México: Pearson Educación.
- Bragg, S. (2007). *Business Ratios and Formulas: a comprehensive guide* (2nd Ed). John Wiley & Sons. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://160592857366.free.fr/joe/ebooks/tech/Wiley%20Business%20Ratios%20and%20Formulas%20A%20Comprehensive%20Guide.pdf>
- Brigham, E. F., y Houston, J. F. (2005). *Fundamentos de administración financiera* (10a ed.). México: Thomson.

- Cárdenas, M., y Velasco, B. M. (2014). Incidencia de la morosidad de las cuentas por cobrar en la rentabilidad y la liquidez: estudio de caso de una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*. 32(1), pp. 16-25. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a03.pdf>
- Castañeda, C., Fonseca, M., Núñez, J., Ramírez, J., y Zapata, J. G. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano*. (1a ed.). Bogotá: FEDESARROLLO. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>.
- Chen, H. F., Bazzoli, G., y Hsieh, H.-M. (2009). Hospital financial condition and the provision of Unprofitable Services. *Atlantic Economic Journal* 37(3), 259-277.
- Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 04, Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional (30 septiembre 2009).
- Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 11, Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional (29 enero 2010).
- Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 028, Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (30 noviembre 2011).
- Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 29, Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (28 diciembre 2011).
- Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 030, Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012 (28 diciembre de 2011).
- Colombia, Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 032, Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado (17 mayo 2012).
- Colombia, Congreso de la República. Constitución Política de Colombia (1991).

Colombia, Congreso de la República. Ley 100, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (23 diciembre 1993).

Colombia, Congreso de la República. Ley 715, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros (21 diciembre 2001).

Colombia, Congreso de la República. Ley 1122, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (9 enero 2007).

Colombia, Congreso de la República. Ley 1393, Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones (12 julio 2010).

Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (19 enero 2011).

Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760, (2008).

Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-597, (1993).

Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (3 abril 2006).

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2560, Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud-CRES, se ordena su liquidación y se trasladan sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones (10 diciembre 2012).

Colombia, Presidencia de la República. Decreto 2649, Por el cual se reglamenta la Contabilidad en General y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia (29 diciembre 1993).

Colombia, Presidencia de la República. Decreto 2193, Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003 (8 julio 2004).

Coyne, J., y Singh, S. (2008). The Early Indicators of Financial failure: A study of bankrupt and solvent health systems. *Journal of Healthcare Management* 53(5), 333-346.

Fedesarrollo (2012). Igualación de los planes obligatorios de salud en Cundinamarca: estrategias para garantizar la sostenibilidad financiera de la red de hospitales públicos del departamento, En: *Informe final: Evaluación del impacto de la igualación de los Planes Obligatorios de Salud y análisis de sensibilidad*. [Informe presentando a la Secretaria de Salud de Cundinamarca]. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/07/La-sostenibilidad-financiera-del-sistema-de-salud-Juan-G-Zapata-y-Jairo-N-Fedesarrollo.pdf>

Gapenski, L., y Pink, G. H. (2011). *Understanding Healthcare Financial Management* (6th ed.). Chicago: Health Administration Press.

Gapenski, L. C. (2012). *Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management*. Chicago: Health Administration Press.

García, O. L. (2009). *Administración financiera Fundamentos y Aplicaciones* (4a ed.). Cali: Oscar León García.

Georgescu, I., y Hartmann, F. (2013). Sources of financial pressure and up coding behavior in French public hospital. *Health Policy* 110(2), 156-163.

Gitman, L. J. (2007). *Principios de Administración Financiera* (11a ed.). México: Editorial Pearson Educación.

Healthcare Financial Management (2013). Financial, operating measures provide basis for assessing U.S. hospital performance. *Healthcare Financial Management* 67(10), 106-107.

IFRS. (2010). *Fundación IFRS: Material de formación sobre NIIF para las PYMES*. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: http://www.ifrs.org/Documents/2_ConceptosyPrincipiosGenerales.pdf.

- Kaufman, F. (2009). *A Primer on Hospital Accounting and Finance* (4th ed.). Skokie: Hall & Associates.
 Obtenido el 13 septiembre 2015 de:
<https://academics.ochsner.org/uploadedFiles/Education/Library/Portals/F5.pdf>
- Manus, C. A. (1995). Estado de flujos de efectivo. *Cuadernos de estudios empresariales* 5, 179-205.
- Mas, N. (2009). *Hospital financial pressures and the health of the uninsured. Who gets hurts? The case of California*. University of Navarra, IESE BUSINESS SCHOOL. Barcelona: IESE BUSINESS SCHOOL. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0789-E.pdf>
- Mas, N. (2013). Responding to financial pressures. The effect of managed care on hospitals' provision of charity care. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 13(2), pp. 95-114.
- Nowicki, M. (2011). *Introduction to the Financial Management of Healthcare Organizations*. Chicago: Health Administration Press.
- Ortiz, H. (2011). *Análisis financiero aplicado y principios de administración financiera* (14a Ed.). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Pointer, D., y Stillman, D. (2004). *Essentials of Health Care Organization Finance: A Primer for Board Members*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ramamonjiarivelo, Z. H. (January de 2014). Is privatization the solution to the financial distress of public hospitals? *Academy of Management Proceedings* 2014(1), 654-659.
- Redondo Hinojosa, J. (1997). *Compendio de Términos Usuales en la Administración*. México: Talleres de Diseño Gráfico Mundial.
- Rollins, R. (2014). Projecting the financial impact of healthcare reform. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association* 68(11), 100-108.
- Serrano R, J. (2004). *Mercados financieros: visión del sistema financiero colombiano y de los principales mercados financieros internacionales*. Bogotá: Planeta, Ediciones Uniandes, Facultad de Administración.

- Rousseau, J. J. (1999). *El Contrato Social o Principios de Derecho Político*. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://www.enxarxa.com/biblioteca/ROUSSEAU%20El%20Contrato%20Social.pdf>
- Shen, Y.C. (2003). The effects of financial pressure on the quality of care in hospitals. *Journal of Health Economics* 22(2), 243-269.
- Sherman, E. (2011). *Finance and Accounting for Nonfinancial Managers* (3rd ed.). New York: American Management Association.
- SIHO (2014). *Gestión de Hospitales Públicos, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria*. Obtenido el 13 septiembre 2015 de: <http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>.
- Thomsett, M. (2010). *The Manager's Pocket Calculator: A Quick Guide to Essential Business Formulas and Ratios*. American Management Association.
- Van Horne, J., y Wachowicz, J. M. (2010). *Fundamentos de Administración Financiera* (13a ed.). México: Pearson.
- Villar, L. (2007). Estado de Derecho y Estado Social de Derecho. *Revista Derecho del Estado*, 20, 73-96.
- Wheelen, T. L., y Hunger, J. (2007). *Administración estratégica y política de negocios. Conceptos y casos* (10a Edición). México: Pearson Prentice Hall.

APÉNDICE

PRINCIPALES NORMAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Apéndice 1. Relación de Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Tema y Contenido	Acuerdos No
Del CNSSS	01, 31, 97, 101, 181, 194, 200, 219
Del CTSSS	02, 25, 57
Del POS-C	08, 226, 254, 259, 282
Del POS-S	003, 23, 49, 72, 74, 226, 254, 259, 282
De P y P, Promoción y Prevención en el RS de la UPC-S	29, 33, 56, 62, 77, 81, 114, 117, 125, 143, 158, 229, 249
De los medicamentos	83, 106, 110, 228, 236, 282
Comité técnico de medicamentos y evaluación de tecnología	232, 246
Copagos en el Régimen Subsidiado	11, 30, 61, 260
De los aspectos generales del Régimen Subsidiado	23, 32, 77, 199, 192, 217, 221, 223, 225, 244, 242, 252, 253, 258, 262, 267, 268, 270, 273, 274
Política atención integral de patología de alto costo	245, 248
Régimen Subsidiado Fosyga, recursos	28, 32, 36, 48, 55, 58, 63, 69, 73, 76, 87, 89, 100, 113, 123, 128, 132, 136, 138, 139, 146, 164, 167, 168, 174, 176, 195, 202, 203, 210, 213, 214, 222, 230, 235, 262, 264, 270, 275
Saldos no ejecutados, ni comprometidos	207
Ampliación coberturas de afiliación, excedentes liquidación, contratos de aseguramiento	253
Ampliación coberturas de afiliación con recursos del decreto 3353 de 2003	261
Autorización ampliación de coberturas de afiliación	197
Población migratoria	41, 69
Población desmovilizada reinsertada	138
Grupos familiares de madres comunitarias	176
Población ROM	273
Cofinanciación del régimen subsidiado	274
Niveles 3 del SISBÉN	40, 131, 190, 233, 267, 272
Subsidios parciales	190, 233, 267, 272
Valor UPC-S prestación de servicios RS	56, 77, 81, 114, 117, 125, 143, 158, 244, 262
Interventoría y auditoría RS	77, 114, 133, 142, 244
Carnetización en el Régimen Subsidiado	77, 192, 223, 225, 244
Duración contratos de aseguramiento y terminación	77, 111, 244, 198
Ampliación período de contratación	223
Autorización menor tiempo de contratación de aseguramiento	201, 277, 280
Nuevo período de contratación en el Régimen Subsidiado	266
Selección, identificación, afiliación y contratación RS a cargo de los gobernadores, en coordinación	145

con las autoridades de las divisiones y de las autoridades indígenas	
EPT esfuerzo propio territorial en el RS	100, 123, 139, 164, 174, 262, 264, 270, 275
CCF cajas de compensación familiar ARS	77, 95, 104, 123, 128, 132, 136, 149, 164, 167, 175, 176
Reemplazos y múltiple afiliación al RS	77, 131, 244, 258
Documento de identidad afiliados al RS	166, 177, 244

Nota: Fosyga= Fondo de Solidaridad y Garantía; SISBÉN= Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales; UPC= Unidad de Pago por Capitación; RS= Régimen Subsidiado; EPT=Esfuerzo Propio Territorial en el RS; CCF= Cajas de Compensación Familiar.

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice 2. Relación de decretos sobre administradoras de Régimen Subsidiado

Tema y contenido	Decretos No.
De ARS	1895 y 2491 de 1994, 2357 de 1995, 1804 de 1999, 046 y 047 de 2000, 783 de 2000, 574 de 2003, 163 de 2004, 515 de 2004
Generales de Régimen Subsidiado	1895 y 2491 de 1994, 2357 de 1995, 806 de 1998, 1804 de 1999, 046 y 047 de 2000, 783 de 2000, 1703 y 2400 de 2002, 574 de 2003, 163 de 2004, 515 de 2004
De habilitación de prestadores de servicios.	2309 de 2002

Nota: ARS= Administradoras de Régimen subsidiado.

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice 3. Relacionado con Acuerdos que unifican el POS-C con el POS-S

Tema y contenido	Acuerdo No.
Se unifica el plan de atención entre la población de 0 a 12 años y de 12 años a los 18 años respectivamente.	04 del 2009, 011 del 2010
Acuerdos que definen, aclaran y actualizan el POS.	Acuerdo 028 2011, 029 del 2011
Se unifica los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y subsidiado a nivel nacional.	Acuerdo 032 del 2012

Nota: SNS= Superintendencia Nacional de Salud

Fuente: Elaboración propia.

ANEXOS

Este anexo está contenido en formato digital (Cd-Rom) con la información financiera del sistema de gestión de hospitales públicos (SIHO, 2014) ESE de Cundinamarca.