



**LA CRISIS FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: UN
ACERCAMIENTO DESDE LAS E.P.S.**

AUTORA

NATALIA TRUJILLO RODRIGUEZ

DIRECTORA DEL PROYECTO

MARTA CECILIA JARAMILLO MEJIA

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS

**CONTADURIA PUBLICA Y FINANZAS INTERNACIONALES/ ECONOMIA Y
NEGOCIOS INTERNACIONALES**

SANTIAGO DE CALI

NOV 2015

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	
Introducción	6
Marco teórico	7
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Hipótesis	17
Metodología	18
Tipo de estudio.....	18
Instrumentos de recopilación de información	18
Fuentes de información.....	19
Variables	19
Herramientas para el procesamiento de los datos	20
Pruebas realizadas	21
Stata.....	25
Resultados	26
Activos	26
Pasivos	30
Liquidez.....	34
Ingresos	35
Gastos y costos.....	39
Indicadores de rentabilidad	43
Análisis de la información	46
Discusión	49
Conclusiones	51
Bibliografía	52
Anexos	56
Anexo 1	56

Anexo 2.....	56
Anexo 3.....	57
Anexo 4.....	57

Tablas

Tabla 1. Indices financieros de rentabilidad.....	42
--	----

Gráficos

Grafico 1.Activos y pasivos	26
Grafico 2.Componentes del activo corriente	27
Grafico 3.Evolucion del efectivo	28
Grafico 4.Indicadores de endeudamiento	31
Grafico 5.Proveedores de servicios de salud	32
Gráfica 6.Evolución de las cuentas por pagar.....	33
Gráfica 7. Razón de liquidez	34
Gráfica 8. Evolución de los ingresos operacionales e ingresos por recobro	35
Gráfica 9.Evolucion de la UPC 2000-2012.....	37
Gráfica 10.Evolucion de los costos operacionales vs ingresos operacionales...	39
Gráfica 11.Evolucion de los gastos 2000-2012	41

LA CRISIS FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: UN ACERCAMIENTO DESDE LAS E.P.S.

RESUMEN

Objetivo y metodología: Se realizó un análisis financiero, además de identificar otros factores que evidencian la crisis financiera del sector de las Entidades Promotoras de salud en el marco de la ley 100 de 1993, para ello, se utilizó en la metodología descriptiva y analítica, los estados financieros e información de afiliación y normatividad de las principales fuentes de información del Sistema de Salud de Colombia. **Resultados y conclusiones:** El estancamiento de los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud en las cuentas de deudores, observado en el crecimiento de las cuentas por cobrar, la falta de eficiencia en costos, y la administración de los gastos afectan los márgenes de rentabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, exhibiendo así la crisis del Sector salud y la necesidad por una reforma estructural que propenda por la sostenibilidad del Sistema en el largo plazo.

Palabras clave: Sistema de Salud, liquidez, administración, flujo.

ABSTRAC

Objective and Methodology: I Realized a financial analysis, besides identify other factors that demonstrate the financial crisis of the sector of the Health Promotion Entities in the frame of the law 100 of 1993, for it, I used in the descriptive and analytical methodology, the financial statements and information of affiliation and regulation of the principal sources of information of the Health System of Colombia.

Results and Conclusions: The stagnation of the EPS's incomes in accounts receivable, observed in the growth of accounts receivable, the lack of efficiency in cost and the management of expenses affect profit margins of the Health Promotion Entities, exhibiting this way the crisis in the health sector and the need for an structural reform that aims for sustainability of the system in the long term.

Key words: Health System, liquidity, administration, flow.

INTRODUCCIÓN

La importancia de elaborar este proyecto es generar un mayor conocimiento para la comunidad universitaria y la población en general, sobre una de las políticas que presentan mayor conflicto dadas sus implicaciones sociales, a su vez encaminar las futuras modificaciones al Sistema a las verdaderas causas del problema y no solo al planteamiento de soluciones parciales que posterguen el colapso del sector de Salud.

Por tanto, el presente estudio está encaminado a señalar y describir la crisis Financiera del Sistema de Salud en Colombia, desde el punto de vista de las Entidades promotoras de salud (EPS), en la medida en que estas entidades representan un papel de vital importancia en la viabilidad financiera, tanto en el mediano como en el largo plazo del Sistema.

Se recolectó información de los estados financieros de las EPS, también datos de afiliación, tarifas de la Unidad de pago por capitación (UPC) y normatividad para un periodo comprendido entre el 2000 y 2012, del cual se escogió el año 2000, 2004, 2009 y 2012 para aplicar la mayoría de los análisis del consolidado de las EPS y algunos diferenciados por régimen, de forma que se pudieran contrastar las hipótesis planteadas.

A lo largo de este documento se encontrará el marco teórico elaborado en el anteproyecto de la investigación, los objetivos e hipótesis, la metodología, resultados, discusión y por último las conclusiones, bibliografía y anexos.

MARCO TEORICO

La Constitución de 1991 marco un cambio significativo en la historia de Colombia, para la creación de nuevas políticas (Barbosa, 2009). El gobierno entonces se consolidaba como un Estado descentralizado, una característica presente en la formulación de la reforma de la ley 100 de 1993, creada como parte de las medidas para la inversión social y el cumplimiento de los objetivos estipulados dentro de la constitución de 1991. Esta reforma creó el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) al incorporar en cuatro libros lo referente a pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios (Luis Alberto Tafur Calderón, 1996).

Con la reforma se pasaba a un sistema de salud de competencia regulada, con el objetivo de evitar que la salud fuera un monopolio en manos del Estado, y permitir un nivel de competencia por medio de la inclusión de instituciones prestadoras de salud (IPS) tanto públicas como privadas, que también contribuirían a incrementar el grado de cobertura en afiliados al sistema (Arana, 2007). Igualmente buscaba la creación de subsidios al sector para el cubrimiento de la población de escasos recursos. De esta manera la eficacia del servicio seria alcanzada, y el sistema de salud tendría un mejor manejo y utilización del capital físico y humano.

El nuevo régimen de seguridad social en salud representaba entonces una transformación del modelo utilizado hasta el momento, entre los principales cambios se encuentran: la eliminación del monopolio público de seguridad social, favoreciendo la competencia por medio de la conformación de las llamadas

entidades promotoras de salud (EPS), que estarían financiadas por el Estado; la modificación de anteriores hospitales públicos y privados en Empresas Sociales del Estado (ESE) y en IPS; la constitución de entidades reguladoras como el Consejo Nacional de Seguridad Social; la estructuración de un modelo de financiamiento basado en subsidios a la demanda, cuya responsabilidad recae en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), donde se integran todos los recursos públicos del sistema unificado de salud.

Simultáneamente se descentralizó el sistema al segregarlo en dos principales regímenes y delegar la carga de la Salud en las entidades correspondientes. El primero es el Régimen Contributivo (RC), concentrado en la población con capacidad de pago. La afiliación al RC es obligatoria para todos los trabajadores del sector formal, trabajadores del sector informal y para los pensionados. El segundo, es el Régimen Subsidiado (RS) que incorpora a la población vulnerable, a través del Sistema de Información de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) (Barbosa, 2009, pág. 111).

Existen dos esquemas adicionales, en los cuales se divide el resto de la población. Las personas que no están incluidas en alguno de los regímenes anteriores, se denomina Régimen excluido (RE). Por último el Régimen especial o privilegiado (RP), asegura a los maestros de instituciones educativas públicas, los trabajadores de universidades públicas, los militares y oficiales de policía, los trabajadores de la compañía nacional de petróleo, así como a sus familias (Congreso de la república, 1993)

Hay disparidades a nivel administrativo en la gestión de los dos regímenes principales, ya que el RC está descentralizado en las EPS, mientras el RS posee una estructura descentralizada en las autoridades locales. Por otra parte la ley estipula un paquete de beneficios, el plan obligatorio de salud (POS), el cual integra tres niveles de complejidad de servicios de salud: el nivel bajo de complejidad corresponde a la atención preventiva, de urgencias, de servicios médicos, odontológicos y de diagnóstico básicos; el nivel medio y la de alta complejidad, contemplan los cuidados especializados y de rehabilitación, hospitalización y exámenes médicos requeridos para el diagnóstico de enfermedades (Pinto & Muñoz, 2010). Para el 2012, se llegaría a una igualación parcialmente completa del POS para ambos regímenes, a excepción del valor de la UPC (Chernichovsky, Guerrero, & Martinez, 2012).

Con la ley 100 de 1993, Colombia transformó completamente el modelo de salud, sin un periodo de transición previo. Un paso bastante riesgoso pero prometedor, que respondía a las necesidades del momento, donde la afiliación de los ciudadanos a la seguridad social se encontraba alrededor de un 31,4% (Fedesarrollo, 2010). El nuevo paradigma de competencia regulada como está planteado teóricamente, lleva al cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Sin embargo, este modelo en su ejecución ha sufrido grandes desviaciones, que llevan a que los resultados obtenidos no sean satisfactorios, y exista actualmente no solo una inconformidad derivada de la calidad del servicio, sino también una crisis financiera del sistema, en la que incluso la corrupción ha estado presente (Chernichovsky et al, 2012).

El principal logro obtenido a partir del cambio del sistema, fué en términos de cobertura. Para mayo de 2015 el 90,1% de la población Colombiana está cubierta por alguno de los dos regímenes, el RC con un 42,6% de los inscritos, mientras que el RS incluye al 47,5%.²

Por otro lado con la Constitución de 1991 las contribuciones del Estado y gran parte de los recursos transferidos del Gobierno Nacional a los territorios, departamentos y municipios, se destinaron a financiar el sector de la salud. A raíz de ello y de las modificaciones realizadas mediante leyes expedidas por el Congreso de la Republica, los subsidios destinados a la salud como subsidio público, son los que presentan mayor eficiencia a la vez que implican relevantes efectos redistributivos. No obstante, el sistema también buscaba mejorar la eficiencia y calidad del servicio de salud, garantizar la buena gestión de los recursos y alcanzar la cobertura universal de forma sostenible financieramente. Es en estos aspectos donde se hacen evidentes las falencias en la ejecución del plan de reforma, que aunque ambicioso y necesario, no ha cumplido hasta el momento con los objetivos deseados. Al contrario se constituye como una de las mayores problemáticas del país.

Para empezar, el sistema se encuentra segregado y el derecho a un plan de beneficios básicos que en un principio debería ser universal, es desigual entre los diferentes regímenes ya que varía de acuerdo a la situación laboral, así como por el nivel y el tipo de aporte que realicen para el aseguramiento. Otras de las

² Los datos son cálculos propios realizados a partir de las cifras consultadas en el DANE y el Ministerio de Salud y Protección Social, para el presente año.

desviaciones presentes respecto al planteamiento inicial, son las disparidades en los mecanismos de asignación utilizados en los regímenes, la falta de efectividad en la reglamentación de los insumos médicos, ambigüedad en la reglamentación de los prestadores e intermediarios del servicio, la ausencia de un fondo común a todos los regímenes para los aportes de las diferentes fuentes de financiamiento, la falta de competencia al nivel de las EPS e IPS, entre otras (Chernichovsky et al, 2012). Sin embargo, las críticas y contra argumentaciones a la ley de Salud están concentradas en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en las cuales el gobierno delegó dos funciones primarias el aseguramiento y organización de la prestación de los servicios; en un segundo plano, estas entidades también estarían encargadas de escoger una red de prestadores, negociar tarifas, autorizar o negar servicios de acuerdo a los límites del POS y organizar la navegación del usuario a través de la red (Congreso de la república, 1993)

Lo último se hizo evidente en el 2012, año en el que fue de conocimiento público la crisis a nivel interno de la cadena de salud a causa de la corrupción, las continuas negativas de las EPS a prestar los beneficios incluidos en el POS y a realizar los pagos pertinentes a los prestadores de salud (hospitales públicos y privados) (Gómez, 2012) En adición a esta situación se encuentra uno de los vacíos que tuvo la reforma, y es la falta de previsión en la prestación de servicios no incluidos en el POS (NO POS), que con la calificación del derecho a la salud como fundamental, y ante la ausencia de una estrategia para la financiación y prestación de los servicios NO POS, por medio de la figura de la tutela, los fallos

judiciales empezaron a impartir la figura de recobro como una vía para el aseguramiento del derecho. Este mecanismo consiste en que la EPS debe aprobar y pagar el servicio y luego presentar la cuenta al gobierno para que efectúe el reembolso pertinente, obteniendo así un beneficio derivado de la tutela, al no ser responsable por el pago de las prestaciones en salud, ya que este será retribuido por el Estado. Se generan así unos incentivos por parte de las aseguradoras para obtener rentas por medio de la negación de las solicitudes del servicio, lo que deriva en fraudes en el Sistema (Soler, 2012). Junto con la negativa por parte del FOSYGA a realizar los pagos a causa de la falta de reglamentación y transparencia del recobro, se ha llegado a una crisis de recursos ya que las aseguradoras, enfrentan serios problemas de liquidez y solvencia que como intermediarios de los diferentes actores de la cadena tienen un efecto de transmisión en todo el sector, por lo cual son los primeros en ser señalados como los causantes del malestar del sector de la salud en el país (Nuñez & Zapata, 2012).

Podemos definir entonces dos aspectos de la problemática existente, el primero es el represamiento del dinero, que perjudica la prestación de los servicios; el segundo, es la falta de transparencia y rendición de cuentas por parte de las distintas entidades del sector. Estas dos facetas pueden ser vistas desde las EPS, donde se concentran la mayoría de los debates en materia de salud y oposiciones a la ley 100 (Guerrero, Proesa, 2012).

En la búsqueda de una mejor comprensión de la temática tratada se expone igualmente la teoría Económica existente, contenida en el trabajo realizado por

(Guerrero, Lambardi, & I. Prada, 2013), la cual comienza por afirmar que el mercado de salud es complejo y atípico, resultado de la actuación simultánea de múltiples actores, como por ejemplo, las EPS públicas y privadas, Hospitales, farmacéuticas, entre otros.

La dinámica de las interacciones entre los diferentes agentes se ve afectada por las llamadas fallas de mercado, que son situaciones en las que el mercado no provee de forma eficiente los bienes y servicios a los consumidores, en este caso los pacientes. Alrededor de las EPS se identifican dos relaciones principales con los demás integrantes del Sistema, la primera es la relación FOSYGA-EPS y la segunda es la relación EPS-IPS, en las cuales se hacen presentes las fallas de mercado anteriormente mencionadas.

En ambas se hace presente un problema de poder de mercado, una consecuencia que se buscaba evitar con la descentralización de la salud, sin embargo tanto las IPS como las EPS han encontrado la forma para diferenciarse explotando la diversidad de los servicios de salud, evitando la competencia directa entre ellas. La cantidad de Aseguradoras o de prestadoras en una misma zona no garantiza entonces la competencia, ya que pueden estar compitiendo por diferentes tipos de usuarios

El poder de mercado en manos de las EPS les permite pagar un precio más bajo por los servicios contratados, lo que conlleva niveles por debajo del nivel deseable de producción de servicios de salud.

Para la relación FOSYGA-EPS, se debe tener en cuenta que el primero actúa como una coaseguradora del segundo, ya que es el encargado de destinar los recursos hacia las EPS, como en el caso del régimen contributivo, por concepto de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que consiste en el monto recibido para el cubrimiento del servicio de salud por afiliado. Igualmente destina una fracción hacia las EPS del régimen subsidiado dado que de estas se encargan principalmente las entidades administrativas pertinentes a cada región. Las EPS no tienen incentivos fuertes de controlar los precios o la oferta de los servicios, al tener una mayor facilidad para aumentar las primas devengadas para el próximo año que negociar a la baja las tarifas de médicos y farmacéuticas, o vigilar el suministro de los servicios. Una respuesta de la reforma ante esta eventualidad es la limitación de las EPS para fijar la prima o incrementarla, incluir o excluir servicios y procedimientos de la cobertura del POS, ya que el regulador toma ambas decisiones.

El problema surge en el caso de las prestaciones NO POS, las cuales son ordenadas por medio de tutela por los jueces o Comités Técnico Científicos (CTC), en estos casos las EPS asumen el riesgo de liquidez al pagar la cuenta al prestador para después pedir el reembolso al FOSYGA. La presencia de estos servicios es lo que altera los incentivos del modelo inicial y desestabilizan financieramente al sistema de Salud, al aumentar la carga que tiene el Estado para la destinación de recursos al sector, además del déficit del presupuesto al ser prestaciones no contempladas dentro del POS (Guerrero, Lambardi, & I. Prada, Fallas de mercado, fallas de gobierno e incentivos perversos en el SGSSS, 2013).

Por medio del recobro las EPS evitan hacerse cargo de un porcentaje o de la mayoría de la cuenta por el servicio, puesto que el valor le será devuelto por el FOSYGA, aunque se debe tener en cuenta que ante demoras de la coaseguradora para realizar el pago el riesgo de falta de liquidez es de la EPS igualmente si algunas cuentas se glosan (auditan), asume la pérdida correspondiente. No tienen incentivos a negociar hacia abajo las tarifas de los NO POS ni a llevar un control de su utilización, puesto que sustituyen cosas del POS obteniendo un ingreso adicional liberando dinero de la UPC. Son indiferentes a la adopción de nueva tecnología y por tanto a la necesidad de actualización del POS, incluso les resulta favorable negar solicitudes que incluyan nuevas técnicas al tener la posibilidad de recobrarlas.

En la vía EPS-IPS, se supone que la competencia regulada como característica del SGSSS eliminaría los estímulos que tienen las IPS a no competir vía precios, predispone el control de gastos y gestión del riesgo al proporcionar ingresos fijos a las EPS asumiendo estas el riesgo financiero del Sistema. Pero al evitar la competencia se desvían los objetivos de la reforma, lo que conlleva a la problemática financiera actual. Así podemos clasificar a la figura del recobro como el incentivo más perverso y el principal fallo de mercado que tiene la ley 100 (Guerrero et al, 2013).

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis detallado del desempeño de las EPS en la gestión de recursos provenientes de su operación, simultáneamente, evaluar cuentas relevantes de los estados financieros y los resultados de indicadores de rentabilidad y liquidez, en el marco del Sistema de Salud General contenido en la ley 100 de 1993 para el periodo de 2000 a 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Observar la evolución de cuentas de activo, pasivo, egresos e ingresos por medio de los estados financieros para detectar la presencia o no de iliquidez en las EPS.
- II. Revisar la normatividad aplicada a las EPS y su influencia en el flujo de recursos del sistema durante el periodo de análisis.
- III. Determinar la calidad y disponibilidad de la información financiera y de gestión de las EPS, aportada por los diferentes agentes del Sistema de Seguridad Social y Salud.
- IV. Hacer una evaluación de la rentabilidad y resultados administrativos de las Entidades Promotoras de Salud.

HIPÓTESIS

- I. Diferencia en el nivel de iliquidez entre las EPS del régimen contributivo y el régimen subsidiado.
 - II. Las EPS presentan ineficiencias, no solo en la administración de los recursos, sino también en el desempeño de su operación.
 - III. Incremento significativo de los ingresos por recobro y cuentas por cobrar, consistente con el crecimiento de las tutelas impuestas por violación al derecho de salud.
 - IV. Saldos de cuentas por pagar cada vez mayores, relacionados con la ausencia de recursos en las IPS.
 - V. Diferencia en el gasto por afiliado en las EPS del régimen contributivo y subsidiado, siendo los segundos más bajos al presentar más obstáculos a la prestación de los servicios de salud.
 - VI. Márgenes de utilidad bajos incluso negativos, a partir de los cuales se evidencia que la figura de las EPS es poco rentable e induce perturbaciones al sistema de salud.
- Dificultades en la recopilación y calidad de la información, muestra de la ausencia de control para la rendición de cuentas de las entidades promotoras de salud.

METODOLÓGIA

1. Tipo de estudio.

El presente estudio es de metodología analítica y descriptiva. En la medida en que se identificaran las principales variables involucradas en la situación financiera actual de las EPS, sus implicaciones y manifestaciones. El estudio es retrospectivo y se ubica a partir de la implementación de la ley 100 en 1993, para ello se tomo un periodo del año 2000 a 2013 y se utilizaran variables relevantes de los Estados financieros de las EPS, a partir de las cuales se harán los respectivos cálculos de indicadores financieros, Estadística descriptiva y análisis econométrico. Para este último se construirá una base de datos con la información recolectada.

A continuación se hace una descripción de los elementos involucrados en la metodología.

2. Instrumentos de recopilación de información.

Los instrumentos utilizados para la recopilación de la información cuantitativa serán los Estados Financieros y reportes de cuentas realizados por las EPS. Adicionalmente datos sobre cobertura, afiliación y evolución de la UPC.

Para la información cualitativa se harán las respectivas consultas de la normatividad aplicada a las EPS, al igual que de documentos académicos y noticias que brinden un contexto del debate existente alrededor del sistema de salud en Colombia.

Una vez se reunió toda la información se determinaron 4 años para la mayoría de los análisis, para los cuales se tenía la información más completa. Se eligieron entonces el año 2000, 2004, 2009 y 2012.

Fuentes de información.

Se consultaran las siguientes fuentes de información:

- I. La superintendencia Nacional de Salud.
- II. Fondo de Seguridad y Garantía.
- III. Ministerio de Salud y Protección Social
- IV. Defensoría del pueblo.

3. Variables.

Las variables que se consideraron relevantes para los diferentes análisis y la construcción de la base de datos, están resumidas a continuación:

- I. Cuentas de activo total, activo corriente, pasivo total y pasivo corriente.
- II. Cuentas de egresos e ingresos asociadas a la operación de las EPS.

Cuentas de egreso: se consideraron los costos operacionales, que abarcan los costos asociados a la operación directa realizadas a las EPS. Gastos de administración y gastos de ventas.

Ingreso UPC: El ingreso por unidad de capitación utilizado en este trabajo fue calculado como el producto entre el número de afiliados a corte de junio para las

EPS que reportaron y el valor de la UPC para el año y régimen respectivo. Igualmente se hizo una comparación con el ingreso UPC registrado por las EPS en los Estados financieros para el año 2010, para ver el margen de diferencia, que en promedio es de un 14% aproximadamente, siendo el ingreso UPC de los estados financieros de las EPS mayor al calculado en este trabajo.

La situación anterior es acorde a lo esperado, ya que los recursos por UPC de las EPS están afectados por las cuotas diferenciales por edad que obedecen a las medidas dictadas por la CRES que buscan alcanzar la unificación del POS, un ejemplo de ello es el acuerdo 27 del 11 de octubre de 2011, en el cual se dictamina la unificación de la UPC para las personas mayores de 60 años. Por otra parte, muchas de las EPS no reportaron el valor del ingreso UPC en los Estados Financieros.

Por último, un factor que también lleva a que existan diferencias entre los ingresos UPC es la gestión de los afiliados.

III. Afiliados al sistema de salud y valor de la UPC.

Solo se tomaron en cuenta los afiliados activos en el sistema a los cortes de junio para 2010, 2011 y 2012.

En los diferentes análisis para el régimen contributivo también se incluyeron los montos pertenecientes a los regímenes especiales para todas las cuentas.

4. Herramientas para el procesamiento de datos.

Para procesar los datos obtenidos se utilizaran las herramientas de las hojas electrónicas Microsoft Excel y Stata, organizándolos de acuerdo a las necesidades de información para realizar las pruebas estadísticas pertinentes.

5. Pruebas realizadas.

5.1. Tendencia

Se utilizaron líneas de tendencia lineal y exponencial para observar la evolución y posibles relaciones de las diferentes cuentas de Balance y Estado de resultados, con el fin de identificar efectos de la normatividad en el flujo de fondos y desempeño de las EPS. Las líneas de tendencia muestran las ecuaciones de la regresión lineal o la regresión lineal exponencial, esta última lo que muestra es el porcentaje de variación porcentual entre los periodos definidos anteriormente en esta sección.

Igualmente se observó el R^2 para hacer inferencias sobre el comportamiento de los datos de las respectivas cuentas, ya que este muestra el porcentaje de la variable dependiente que es explicado con las variables independientes.

También se utilizaron gráficos de barras para hacer un análisis comparativo entre cuentas de la misma naturaleza en los diferentes periodos.

5.2. Razones Financieras

Se tomaron en cuenta los siguientes índices:

I. Razón corriente o de liquidez:

El indicador de liquidez nos permite medir la capacidad que tienen las EPS para cubrir sus obligaciones a corto plazo, a partir de los activos corrientes. Se interpreta como los activos corrientes disponibles por cada peso de pasivo corriente, y se calcula como sigue:

$$\text{Razón de liquidez} = \frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$$

II. Razón de endeudamiento:

Este indicador muestra la participación de los diferentes acreedores dentro de los activos de la entidad, para el caso de las EPS dentro de este grupo se encuentran los proveedores de servicios como las IPS, proveedores de medicamentos, entre otras deudas adquiridas. La fórmula utilizada se muestra a continuación:

$$\text{Razón de endeudamiento} = \frac{\text{Activo Total}}{\text{Pasivo Total}}$$

III. Deuda con prestadores de servicio de salud.

Exhibe la participación de la deuda con los prestadores de servicios de salud dentro del pasivo total de la entidad. Formula:

$$\text{Participación \% prestadores de svcios de salud} = \frac{\text{Deudas prestadores de svcios de salud}}{\text{Pasivo Total}}$$

IV. Indicadores de rentabilidad:

Margen operacional:

Este indicador permite determinar la fracción de excedente de los ingresos una vez deducidos los costos y gastos operacionales, igualmente muestra si la entidad es rentable en si misma, por su sola operación y el porcentaje restante de los ingresos disponibles para cubrir los gastos no operacionales, los impuestos y generar utilidades para la entidad

Formula:

$$\text{Margen Operacional} = \frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Ingresos Operacionales}}$$

Margen bruto:

Señala la fracción de los ingresos operacionales disponibles para cubrir los gastos operacionales, entre otros.

Para el cálculo de la utilidad bruta se hizo la diferencia entre los ingresos operacionales y los costos operacionales para cada una de las EPS.

Formula:

$$\text{Margen Bruto} = \frac{\text{Utilidad Bruta}}{\text{Ingresos Operacionales}}$$

Margen neto:

Indica el porcentaje de los ingresos que quedo como utilidad del ejercicio y por tanto la rentabilidad neta de la entidad. Formula:

$$\text{Margen Neto} = \frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Ingresos Operacionales}}$$

V. Índice DUPONT

El Índice Dupont sirve para determinar que tan rentable ha sido una entidad. Para esto utiliza el margen de utilidad sobre los ingresos operacionales y la eficiencia en la utilización de los activos.

Formula:

$$\text{Indice DUPONT} = \frac{\text{Ingresos Operacionales}}{\text{Activo total}} * \frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Ingresos Operacionales}}$$

5.3.Participación de los gastos de administración totales en los ingresos operacionales.

Formula:

$$\text{Participación \% de los gastos de administracion} = \frac{\text{Gastos totales de administración}}{\text{Activo total Ingresos Operacionales}}$$

Se calculó una variable que indica la participación de los gastos de administración totales dentro de los ingresos recibidos por la operación de las EPS. El criterio de evaluación es el otorgado por la Sentencia C-262, 2013, en la cual se indica que los gastos de administración no deben exceder el 10% de los ingresos operacionales. Este indicador permite entonces realizar afirmaciones sobre la gestión de los recursos realizada por las EPS ya que si incumplen con el límite estarían destinando recursos de la salud, para usos distintos a la prestación de servicios, es decir que el otro 90% de los ingresos operacionales que tendrían que cubrir los costos de prestación de servicios presentaría un déficit para dicho propósito.

A continuación se hará una descripción de las cuentas utilizadas:

Ingresos operacionales: Incluyen los ingresos por UPC, dividendos e intereses de inversiones que hayan sido realizadas con recursos de la salud, entre otros por la administración del régimen de seguridad social en salud.

Gastos de administración totales: Se tomo el rubro de gastos operacionales totales ya que incluyen egresos por el concepto de administración, de ventas y servicios, además de otros gastos diferentes a la función principal de las EPS, que es la contratación de servicios de salud y la afiliación.

Cabe resaltar que estos gastos totales también incluyen una cuenta de pérdidas y ganancias correspondiente a la eliminación de los saldos del periodo cuyo propósito es realizar el cierre para establecer la utilidad o pérdida del ejercicio (Resolución número 00724 de 2008, 2008), identificada con el código 59, la cual afecta el saldo de los gastos totales.

6. Stata

6.1. Evaluación de economías de escala.

Tomando la cuenta de costos operacionales y el número de afiliados para 2010, 2011 y 2012, se realizó una regresión lineal para verificar la existencia de economías de escala por medio de la interpretación del coeficiente encontrado asociado a la variable independiente.

6.2. Comportamiento de los datos.

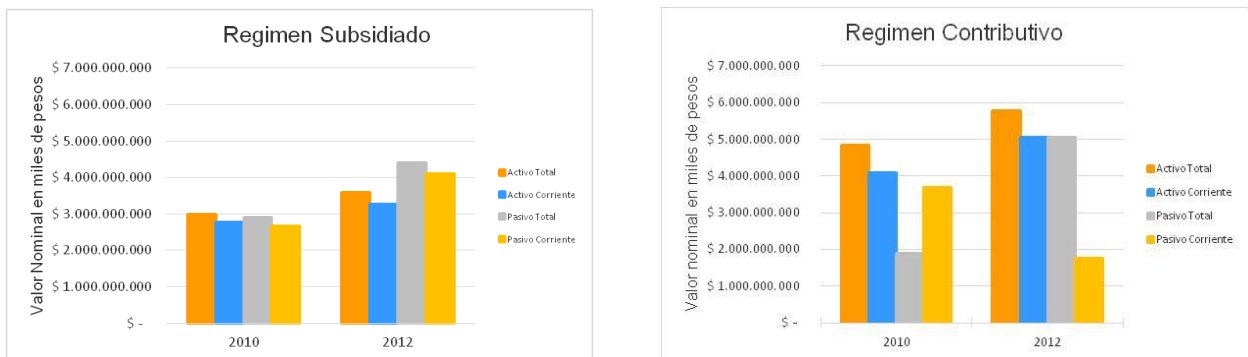
Se hizo una revisión de los datos por medio de una matriz de correlaciones, utilizando el comando *correlate* (Ver anexo 4), con el propósito de identificar las relaciones entre la utilidad neta y algunas variables como las cuentas por cobrar por recobro, ingresos por UPC, ingresos por recobro y deudores, sin embargo, los resultados no son significativos desde el punto de vista explicativo a causa de la falta de datos para algunas de las cuentas, por lo cual no se considera pertinente mostrarlos dentro de la sección de resultados de este trabajo.

RESULTADOS

1. Activos

Los activos reportados por las EPS del régimen contributivo ascienden al valor de \$4,839 y \$5,780 miles de millones de pesos, para 2010 y 2012 respectivamente. Para las EPS del régimen subsidiado estos saldos ascienden a \$2,995 y \$3,591 miles de millones de pesos para los mismos años.

Grafico 1. Activos y pasivos



Fuente, Supersalud.

1.1. Activos corrientes

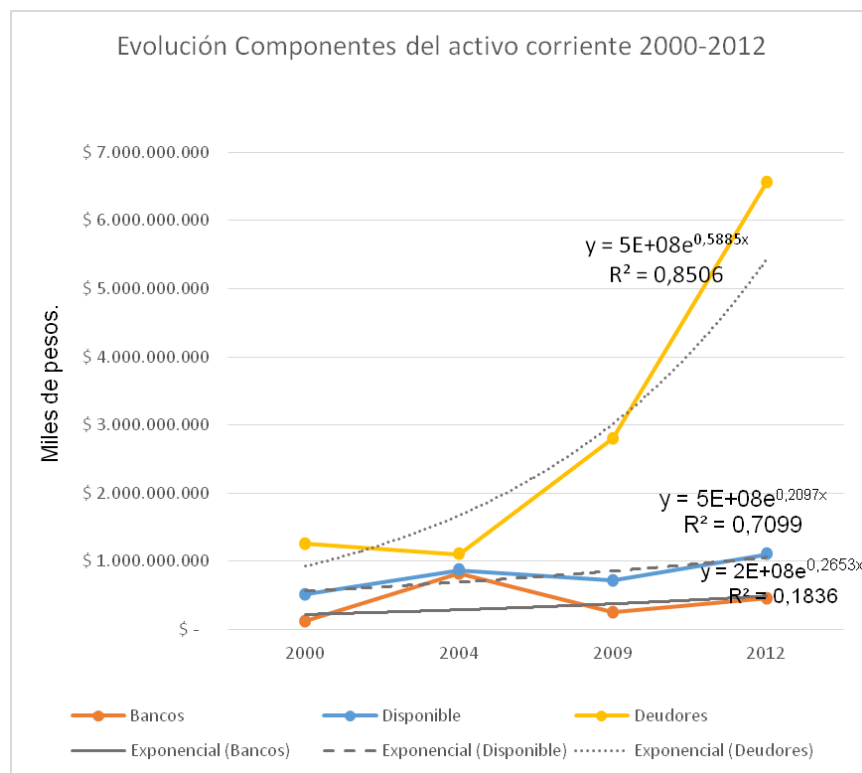
Los activos corrientes reportados en el 2010 y 2012 para las EPS del régimen contributivo alcanzaron los \$4,081 y \$5,055 miles de millones de pesos, mientras que para las EPS del régimen subsidiado alcanzaron los \$2,775 y \$3,271 miles de millones de pesos. Estos saldos representan aquellos recursos

de las entidades susceptibles de convertirse en efectivo en un periodo menor a un año, es decir la liquidez³ que disponen las EPS en el periodo del reporte.

Se aprecia un aumento generalizado de los saldos de activos de 2010 a 2012 para ambos regímenes, además de una diferencia significativa entre los saldos, evidenciando mayores recursos provenientes de las EPS del régimen contributivo.

1.1.1. Composición del activo corriente

Grafico 2. Componentes del activo corriente



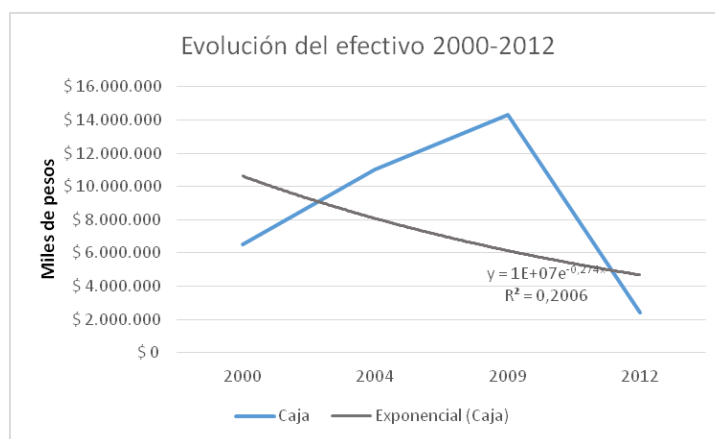
Fuente, Supersalud.

³ Capacidad de un bien de ser fácilmente transformado en dinero efectivo, igualmente se entiende como la capacidad que tiene una persona o entidad para hacer frente a sus obligaciones financieras.

La cuenta disponible resume el efectivo poseído por la entidad, abarca tanto la caja como la cuenta de bancos, en la cual se encuentran los depósitos realizados a las cuentas bancarias. A partir de la gráfica 2, se observa que la cuenta bancos determina el comportamiento de la cuenta disponible, ya que es la más representativa dentro del rubro.

La cuenta deudores se consolida como la cuenta con mayor participación dentro de los activos corrientes, en el año 2000 el saldo de deudores asciende a \$ 1,257,629,739 miles de millones de pesos, mientras que en 2012 asciende a \$ 6,562,222,645 miles de millones de pesos, a partir del 2004 se ve una tendencia ascendente en el saldo de la cuenta, explicada por una línea de tendencia exponencial con un $R^2=0.85$ lo que la hace una buena estimación del comportamiento de los datos ya que presentan un comportamiento muy variable. De esta línea podemos inferir que por periodo hay un cambio de las cuentas por cobrar de aproximadamente 5.9%.

Grafico 3. Evolución del efectivo



Fuente, Supersalud.

El efectivo muestra el dinero disponible en la caja menor de una entidad, los saldos reportados por las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado reportan valores marginales para esta cuenta, incluso de cero. Entre 2000 y 2009 los saldos de efectivo para las EPS estaban aumentando, sin embargo, de 2009 a 2012 se ve un deterioro marcado de la caja menor, que contrasta con el aumento acelerado de las cuentas por cobrar. Se utilizó una línea de tendencia exponencial para observar el comportamiento de la caja, la cual arroja un R^2 de 0.2 por lo que no es un buen acercamiento de los datos, esto se debe a que los saldos de la cuenta fluctúan mucho entre EPS y entre periodos.

Lo anterior refleja, que para 2012 las EPS si bien muestran un crecimiento de los activos corrientes y de los activos totales, en gran parte es explicado por el aumento de la cuenta deudores o también llamada cuentas por cobrar, con una participación dentro de los activos del 78.8% y el 70.0% respectivamente. Dentro de esta cuenta están abarcados los saldos pendientes de cobro al FOSYGA que es el principal deudor de las EPS del régimen contributivo, para las EPS del régimen subsidiado serían las entidades territoriales, además de otros participantes del sistema, por lo cual refleja, no solo un problema de gestión de las EPS en materia de otorgación de créditos, si no que muestra gran parte de los ingresos retenidos en cuentas de crédito, que incluyen tanto ingresos por recobro que para el 30 de junio de 2012 tienen un valor neto de \$3 billones que representan el 55.4% del total del Activo para las EPS del régimen contributivo (supersalud, 2012), así como otros ingresos.

Cabe resaltar que dentro de esta cuenta también se incluyen aquellos saldos pendientes de radicar al FOSYGA y a las Entidades territoriales, por lo que no muestran en realidad la cartera a cargo en ambos casos, igualmente la calidad de la cuenta esta afectada por las deudas de difícil cobro o “cuentas malas”, que son la fracción de las cuentas por cobrar que no serán recibidas. Lo anterior se da debido a que el FOSYGA determina que hay una porción del recobro que debe estar a cargo de las EPS y por tanto no realiza el giro del 100% de la cuenta por cobrar. En vista de esta situación para 2011 el gobierno implemento un ajuste normativo para agilizar el flujo de recursos y garantizar el pago de las deudas tanto por concepto de recobros, como por la financiación del Régimen Subsidiado, dentro de este se encuentra el Decreto 1700 de 2011 que reglamentó el giro directo a las EPS y a las IPS, eliminando el paso del flujo de efectivo por la Entidad Territorial, igualmente la Ley 1450 de 2011 (Plan de Desarrollo) y la 1485 de 2011 (Ley de Presupuesto 2012), en las cuales el Gobierno Nacional estableció mecanismos para garantizar el pago de las deudas del régimen subsidiado.

2. Pasivos

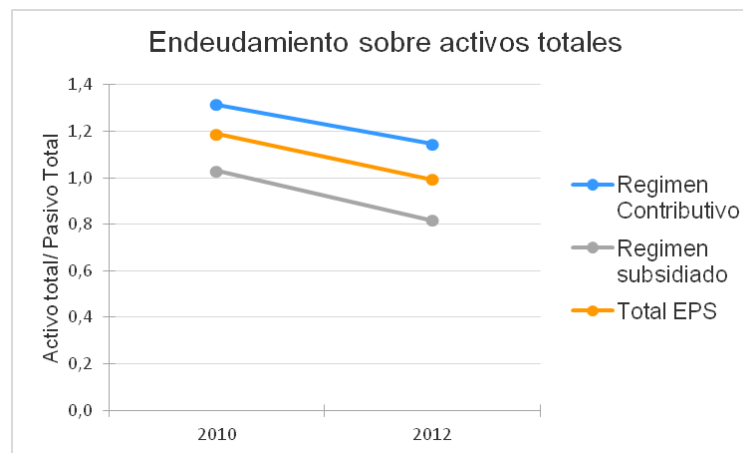
Las obligaciones económicas están resumidas en las cuentas del pasivo. Las EPS del régimen contributivo reportan un pasivo total de \$ 1,898 y \$ 5,051 miles de millones de pesos para 2010 y 2012 respectivamente, además de un pasivo corriente de \$ 3,685 y \$ 1,752 miles de millones de pesos para los mismos años. Las EPS del régimen subsidiado presentaron en el pasivo total \$2,908 y \$ 4,394 miles de millones pesos en el 2010 y 2012 mientras que en el pasivo

corriente los valores ascendieron a \$ 2,666 y \$ 4,096 miles de millones de pesos en los mismos años.

En la Gráfica 1, se observa que en el régimen subsidiado tanto las deudas de largo plazo como las deudas de corto plazo aumentaron entre 2010 y 2012. Para el régimen contributivo, el pasivo total aumenta de 2010 a 2012, sin embargo el pasivo corriente disminuye, por lo cual se infiere la adquisición de endeudamiento de largo plazo para estas entidades que llevo al aumento del saldo total del pasivo.

2.1. Indicadores de endeudamiento

Grafico 4. Razón de endeudamiento sobre activos totales



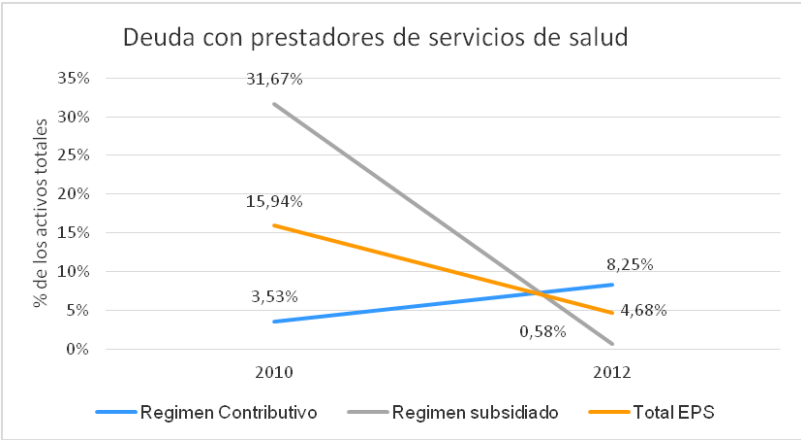
Fuente, Supersalud.

Para 2010 el régimen contributivo adeudaba \$1.3 pesos por cada peso de activo en su balance, en el 2012 este indicador bajo a \$1.1 pesos. Para el régimen subsidiado paso en el 2010 de deber \$1 peso por cada peso de activo a deber \$0.8 pesos en el 2012.

Es notorio que las EPS en el periodo de dos años a partir de 2010 realizaron una mejor gestión del financiamiento de sus activos con deuda de terceros, no obstante es necesario mirar el comportamiento de la deuda con los proveedores de servicios de salud y la evolución de las cuentas por pagar.

2.2. Proveedores de servicios de salud.

Grafico 5. Proveedores de servicios de salud.

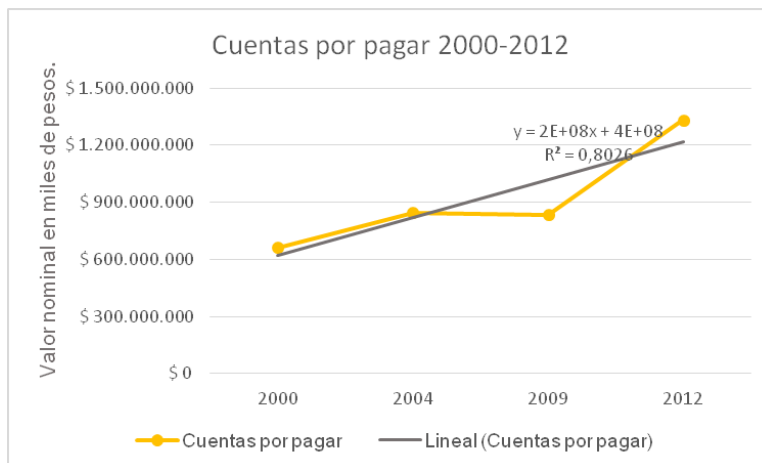


Fuente, Supersalud.

El análisis de la participación de la deuda con proveedores de servicios de salud en los pasivos totales de la empresa, arrojo para el régimen subsidiado una disminución de 31 puntos porcentuales aproximadamente. Para el régimen contributivo hubo un aumento de 4.7 puntos porcentuales. Sin embargo, la información utilizada presenta varias dificultades que no permiten realizar afirmaciones respecto a los resultados, ya que muy pocas EPS reportaban datos para la cuenta de proveedores de servicios de salud.

2.3. Cuentas por pagar.

Gráfica 6. Evolución de las cuentas por pagar.

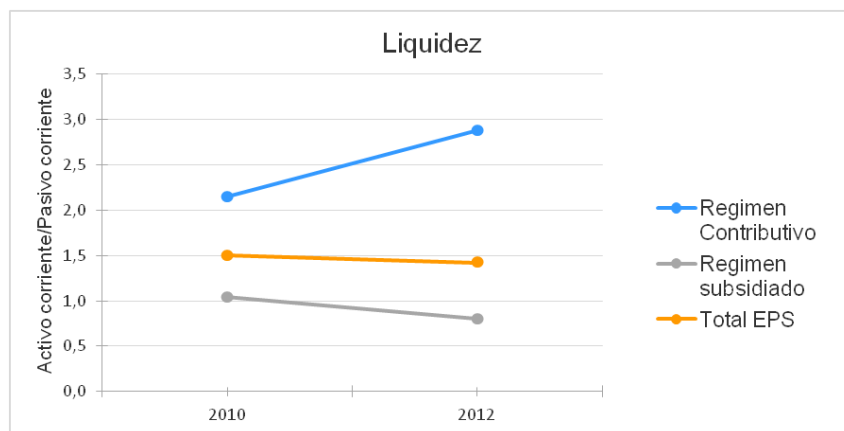


Fuente, Supersalud.

Las cuentas por pagar surgen de operaciones de compra realizadas por las EPS, que serán pagaderas en un periodo menor a un año. Utilizando una línea de tendencia lineal, podemos ver que esta cuenta tiene una tendencia ascendente, aunque de 2004 a 2009 permaneció estable, para 2012 ascendió a \$1,331 millones de pesos. Tanto el régimen contributivo como el régimen subsidiado reportaron saldos más altos por cuentas por cobrar para 2012.

3. Liquidez

Gráfica 7. Razón de liquidez



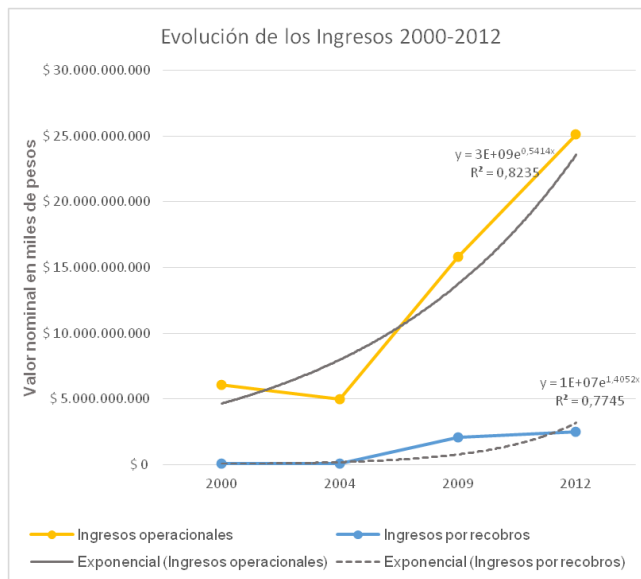
Fuente, Supersalud.

Para el consolidado del régimen contributivo vemos una mejoría en este indicador ya que en 2010 por cada peso de pasivo corriente contaba con \$2.1 pesos para cubrirlo, en 2012 ascendió a \$2.9 pesos.

Por otra parte el consolidado del régimen subsidiado reporta un deterioro de este indicador pasando de \$1 peso de activo corriente a \$0.8 pesos por cada peso del pasivo corriente. Lo anterior es consistente con la hipótesis que plantea las diferencias en nivel de liquidez entre los regímenes, de esta forma vemos que el régimen subsidiado puede estar siendo afectado en sus operaciones por la falta de liquidez, en cuanto afecta su competencia para cubrir las operaciones de compra del periodo. Además de que la capacidad de pago está comprometida para respaldar el aumento que hubo de 2010 a 2012 de los pasivos corrientes en el régimen subsidiado.

4. Ingresos.

Gráfica 8. Evolución de los ingresos operacionales e ingresos por recobro.



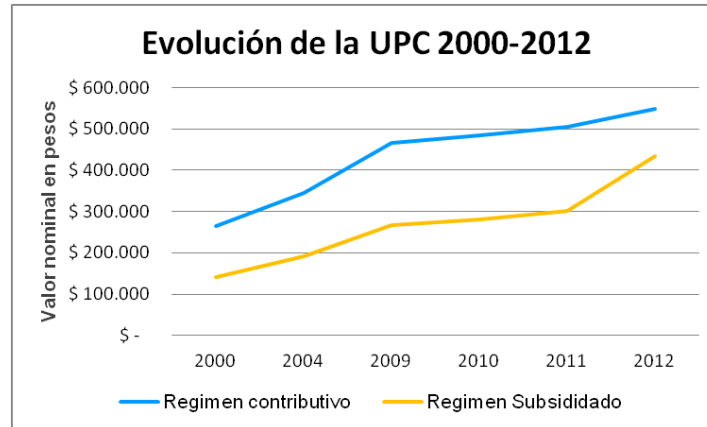
Fuente, Supersalud.

El total de ingresos operacionales para el consolidado de las EPS en el 2000 eran de \$ 6,061 mientras que para el 2012 ascendieron a \$ 25,099 miles de millones de pesos, mostrando un crecimiento acelerado a partir del 2004. Los ingresos por recobro tuvieron una tendencia similar a partir de 2004 pasando de \$ 78 en el año 2000 a \$ 2,513 miles de millones de pesos en el 2012. Se utilizaron líneas de tendencia exponencial, debido a la dispersión de los datos, lo que ilustra las diferencias existentes entre EPS y entre regímenes. A partir de estas líneas también podemos decir que para los ingresos operacionales hay un cambio aproximado entre periodos de 5.4%.

Los resultados anteriores exponen los efectos del *Decreto 3260 de 2004* por el cual se adoptaron medidas encaminadas a optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como el giro directo del Sistema General de Participaciones y del Fosyga a las Administradoras de Régimen Subsidiado cuando las administraciones territoriales o locales incumplan los plazos en los pagos o presenten impedimentos para efectuarlos. Igualmente el crecimiento de la Unidad de pago por capitación (UPC) y el mejoramiento de cobertura, contribuyen al crecimiento de los ingresos operacionales recibidos. En el caso de los ingresos por recobro el aumento del número de tutelas que invocan el derecho a la salud ha sido la variable determinante para el crecimiento de esta cuenta, en la evolución de las tutelas se observa una tendencia alcista del año 2000 al 2008, entre 2009 y 2012 el número de tutelas impuestas ha sido estable (Defensoria del pueblo, 2014), lo que es consistente con el comportamiento de los ingresos por recobro.

4.1. Unidad de pago por capitación.

Gráfica 9. Evolución de la UPC 2000-2012



Fuente, (Asi vamos en salud)

El valor de la UPC para el 2000 correspondía a \$ 265,734 pesos para el régimen contributivo y a \$ 141.480 pesos para el régimen subsidiado con una brecha del 87.8% entre los dos regímenes. Para 2012 la UPC fijada por la CRES⁴ es de \$547,639 y \$ 433,666 pesos para el régimen contributivo y el régimen subsidiado respectivamente, la brecha entre ambos regímenes es del 26.3%, esta diferencia continua siendo importante a pesar de que durante el 2012 el gobierno Nacional anuncio la Unificación del POS, el cual trajo implicaciones para la determinación de la UPC, sobre todo en el régimen subsidiado que fue el beneficiado con la medida. No obstante, se hacen notorios los esfuerzos del Estado por disminuir la desigualdad entre los dos regímenes.

⁴ Comisión de Regulación en Salud, uno de los organismos gubernamentales del sector de la salud en Colombia.

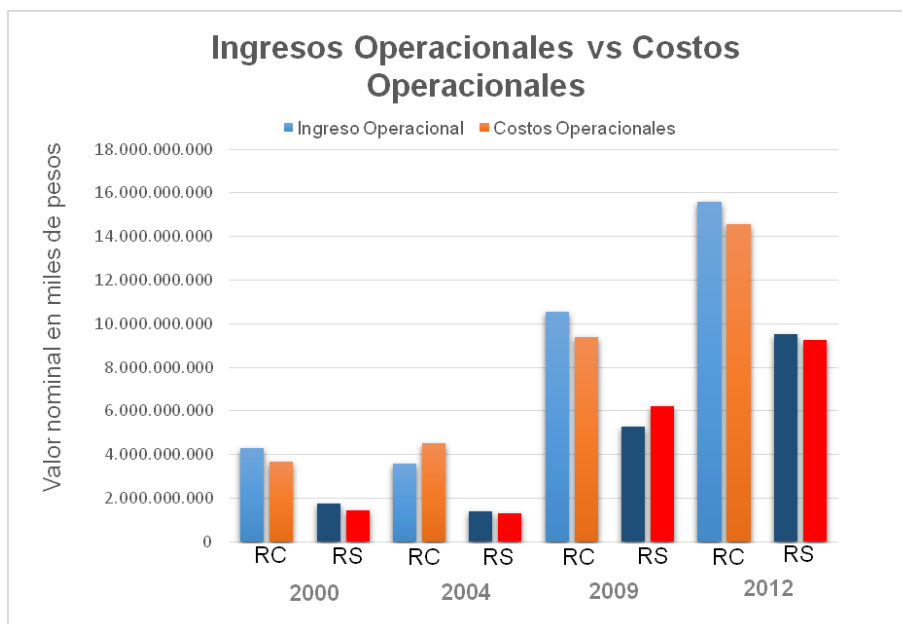
La situación anterior tiene un efecto directo sobre los Ingresos por UPC recibidos por las Entidades promotoras de Salud. La entidad que recibió los ingresos más altos por concepto de UPC en el periodo de 2010 a 2012 fue la EPS Saludcoop del régimen contributivo, a su vez es la EPS que presenta el mayor número de afiliados para cada periodo. Esta entidad más tarde sería el centro de atención de uno de los mayores escándalos del sector salud, al protagonizar al que probablemente fue el juicio fiscal más grande del país por el desvío de 1,4 billones de pesos de recursos de la salud.

La entidad que reporto el menor monto por ingresos UPC fue Empresas Publicas de Medellín del régimen contributivo entre 2010 y 2012.

5. Gastos y costos

5.1. Costos operacionales

Gráfica 10. Evolución de los costos operacionales vs Ingresos operacionales



Fuente, Supersalud.

Los costos operacionales de las entidades prestadores de salud resumen aquellos costos asociados a la operación de intermediarios que realizan como administradores de los recursos de salud, entre ellos se encuentran los costos de venta y prestación de servicios, como los contratos.

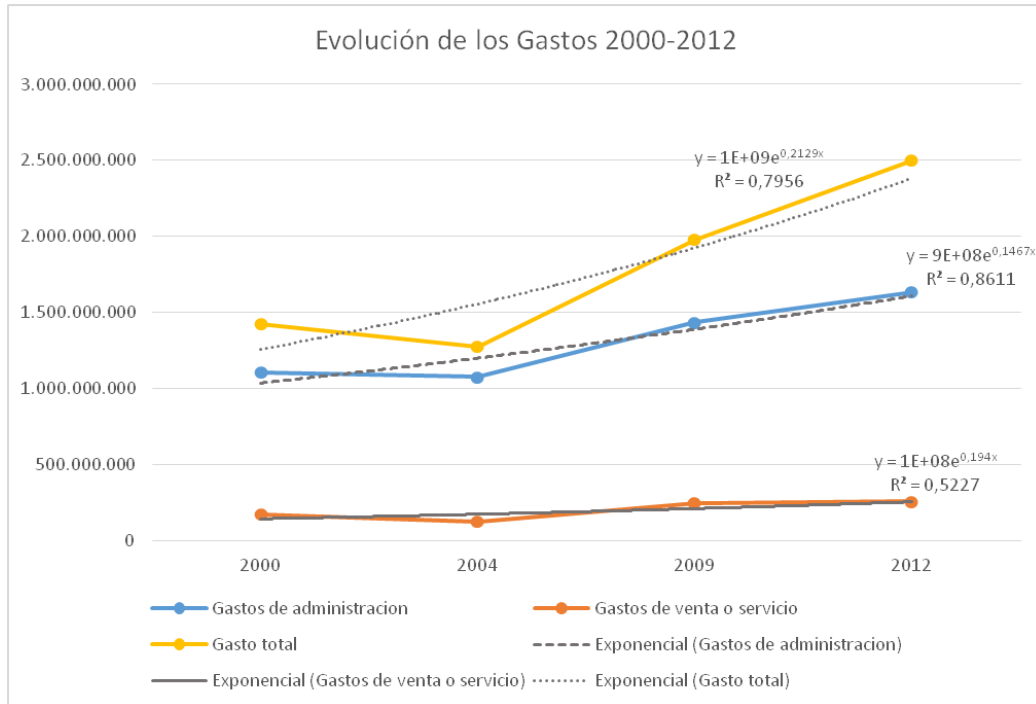
De acuerdo a la Gráfica 10, se observa un crecimiento significativo en los costos operacionales a partir de 2004 en ambos regímenes el cual puede estar ocasionado por el ascendente aumento del número de afiliados al sistema entre 2004 y 2009, que para 2011 y 2012 presento un crecimiento más estable

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Hay una marcada diferencia entre el nivel de costos operacionales e ingresos operacionales del régimen contributivo y el régimen subsidiado, siendo los primeros más altos.

En promedio para el consolidado por régimen, la participación de los costos operacionales en los ingresos operacionales recibidos es mayor al 80.0%. Para el 2004 el régimen contributivo arrojó incluso costos operacionales por arriba de sus ingresos, a partir de lo cual se intuye que estos fueron compensados con ingresos provenientes de fuentes diferentes a la operación de las entidades, el mismo caso se presenta en el 2009 para el régimen subsidiado. Los resultados anteriores muestran una debilidad en la gestión de las EPS para el control de la estructura de costos, reafirmada por la ausencia de economías de escala en el sector, ya que de acuerdo al planteamiento inicial del mercado de las EPS la competencia directa entre las múltiples entidades existentes sería un incentivo para lograr la eficiencia en el sector, sin embargo la realidad es que las EPS lograron encontrar la forma no solo de evitar competir directamente, sino también de asegurarse el poder de mercado, lo que lleva a que no existan incentivos para la formación de economías de escala, que implican que a medida que las EPS amplían su cobertura en afiliados los costos operacionales por afiliado disminuyan. De hecho, de acuerdo a los resultados obtenidos, se encuentra para el consolidado de EPS que por cada afiliado nuevo al sistema, los costos operacionales aumentan en \$539,196 pesos aproximadamente (Ver Anexo 1) Lo hallado anteriormente es consistente con la hipótesis II propuesta en otra sección de este documento.

5.2. Gastos

Gráfica 11. Evolución de los gastos 2000-2012



Fuente, Supersalud.

Observando la evolución de los gastos totales se observa una tendencia ascendente a partir del 2004 determinada en buena medida por el comportamiento de los gastos de administración, esto se explica por el aumento del número de afiliados en el sistema durante estos años, además de pagos realizados para su posterior recobro al FOSYGA, además del incremento del gasto del régimen subsidiado como consecuencia del proceso de unificación del POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

5.2.1. Gastos de administración.

A partir del escándalo del caso de la EPS Saludcoop por malversación de recursos públicos para la salud (Revista Semana, 2011), la Corte constitucional expidió la Sentencia C-262/13 por la cual se regulan los gastos de administración de las entidades promotoras de salud, para prohibir la utilización de los recursos del sector salud para la adquisición de activos fijos o en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. En el artículo 23 de esta sentencia se determina que los gastos de administración no pueden superar el 10.0% de los ingresos por UPC, los criterios utilizados para la fijación de este porcentaje fueron la eficiencia, estudios actuariales y financieros.

Tomando en cuenta lo anterior, se consideró pertinente realizar una evaluación de la participación de los gastos de administración totales, como están definidos en la metodología, en los ingresos operacionales utilizando la herramienta Stata. Los resultados arrojaron que para el 25.0% de las EPS los gastos de administración totales representan un 7.5% o menos de los ingresos operacionales, para el 50% de las EPS un 9.2% o menos por lo cual estarían cumpliendo con el límite impuesto por la sentencia. No obstante, para el 75.0% de los EPS encontramos que estas destinan alrededor de un 14.9% o menos de los ingresos operacionales para el pago de los gastos de administración totales, es decir que entre un 25.0% y 50.0% de las EPS estarían utilizando más recursos de los ingresos operacionales (recursos de la salud) para cubrir los gastos diferentes a la salud, lo que crea un déficit para la cobertura de los egresos que realizan las EPS destinados a la salud. Esto evidencia la falta de eficiencia por parte de estas

entidades en la gestión de los fondos de la salud, además del uso inadecuado de los ingresos y la existencia de un déficit en el sector de la salud. (Ver anexo 2)

5.2.2. Gasto per cápita.

El promedio de gasto per cápita encontrado para el consolidado de las EPS evaluadas de 2010 a 2012 es de \$139,326 pesos (Ver Anexo 3). Se notaron diferencias en el gasto por afiliado entre el régimen contributivo y subsidiado siendo los segundos más bajos que los primeros.

Los resultados obtenidos de este análisis están afectados por problemas de la información encontrada, como ausencia de reporte de algunas de las entidades, además de la determinación contable de la cuenta Gasto total (Resolución número 724 de 2008).

6. Indicadores de Rentabilidad

Tabla 1. Índices Financieros de rentabilidad

	Régimen Contributivo			
	2000	2004	2009	2012
Margen Operacional	-3.8%	-8.1%	5.8%	0.0%
Margen Bruto	17.1%	10.7%	19.5%	8.5%
Margen Neto	-4.0%	4.7%	0.1%	-1.5%
	Régimen Subsidiado			
	2000	2004	2009	2012
Margen Operacional	-1.8%	-1.4%	3.2%	3.3%
Margen Bruto	19.2%	6.6%	11.8%	9.1%
Margen Neto	-2.2%	-0.2%	-0.3%	-3.3%

	Rentabilidad Neta del Activo (DUPONT)	
	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
2000	-7.4%	-4.7%
2010	0.3%	-5.0%
2012	-4.1%	-8.6%

Fuente, Supersalud.

6.1. Margen Operacional

Tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado se observan márgenes negativos. En el consolidado del régimen contributivo se observa para 2009 un margen de utilidad operacional del 5.8% mientras que el régimen subsidiado en este mismo año es de 3.2% y para el 2012 de 3.3%. Lo anterior señala que, la operación realizada por las EPS no es rentable, en el sentido de que los resultados de su objeto de negocio no contribuyen al posterior pago de los gastos no operacionales y de los impuestos, además de que no generan utilidad si no perdida.

6.2. Margen Bruto

Denota la eficiencia o ineficiencia respecto a los costos operacionales. Se utiliza para conocer el rendimiento de las entidades antes de los gastos de operación.

Tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado se tienen márgenes positivos. Sin embargo, en ambos casos hay un deterioro del indicador respecto al año 2000, en los años 2004 y 2012, mientras que el resultado es

superior en el 2009 respecto al mismo año. Observando los resultados del margen operacional en la gráfica 10, podemos determinar que la mayor fracción de los ingresos son absorbidos por los costos y que el saldo restante no es suficiente para cubrir los gastos del periodo correspondientes a la operación por lo cual los márgenes operativos no arrojan resultados satisfactorios.

6.3. Margen Neto

El régimen subsidiado muestra un margen neto negativo para los cuatro años analizados, de esta forma se confirma la ausencia de rentabilidad de este régimen y su contribución a la crisis financiera del Sector, igualmente se hace evidente el impacto de otros gastos diferentes a la operación que absorben los ingresos percibidos por estas entidades. Para el régimen contributivo se obtienen resultados positivos en 2004 y 2009 sin embargo hay un deterioro del indicador a partir de 2004, retornando a márgenes negativos en 2012, por lo cual a pesar de que el régimen contributivo perciba los ingresos de los cotizantes del Sistema, vemos que en general no son entidades rentables a causa de la falta de eficiencia en la gestión de la estructura de costos asociadas a la operación principal de estas organizaciones. La situación anterior evidencia la insostenibilidad del sistema de no existir cambios significativos en las EPS además de que comprueba la hipótesis VI planteada en este trabajo.

6.4. Índice DUPONT

Este indicador nos dice que tan eficientes han sido las EPS en la administración de sus activos, es decir cuáles son las ganancias obtenidos de los diferentes

activos que poseen. En este orden de ideas se destaca que el total del régimen subsidiado obtiene resultados negativos para los tres años analizados, a diferencia el régimen contributivo presentó rentabilidad en el 2010 aunque en el año 2000 y 2012 también obtuvo márgenes negativos(Ver tabla 1). Esto permite reforzar la afirmación de la falta de eficiencia de estas entidades en la gestión de sus recursos.

7. Análisis de la información

La información utilizada para los distintos análisis de este documento presentan varios inconvenientes que afectan los resultados obtenidos, en este orden de ideas la calidad de la información encontrada es bastante cuestionable y trasluce la ausencia de control a las Entidades Prestadoras de Salud en su obligación por mantener la transparencia durante su ejercicio y rendir cuentas mediante los estados financieros entregados a la Supersalud. Igualmente la falta de uniformidad de los Estados financieros consolidados dificulta el proceso de rastreo de las cuentas a lo largo del periodo analizado. Otro obstáculo importante es la ausencia de información pública en los diferentes portales de entidades del sector, en años anteriores al 2010. A continuación se hará mención de los principales inconvenientes encontrados durante el proceso de recopilación de datos.

7.1. Información incompleta

No todas las EPS reportan información financiera, inclusive aparecieron entidades que reportaban Balance general pero no entregaban información respecto al Estado de resultados para el mismo periodo. Igualmente, dentro del mismo

Balance en algunas ocasiones las EPS no presentaban datos para ciertas cuentas indispensables como caja, gastos, entre otras, las cuales se trataron en la construcción de la base de datos como *missings*.⁵

7.2. Ausencia de uniformidad

Los formatos utilizados para la construcción de los estados financieros consolidados por régimen para las EPS varían de acuerdo al año. Esto dificulta el rastreo de ciertas cuentas, ya que el nivel de desagregación y especificación de las cuentas es distinto para cada año. Además que en ciertos casos se encontró que se utilizaron códigos diferentes para una misma cuenta.

7.3. Cambios en la composición del sector.

Las distintas fusiones, liquidaciones y adquisiciones en el sector son difíciles de determinar por medio de la información aportada por los Estados financieros, como por ejemplo, la compra de Cafesalud realizada por Saludcoop en el 2003 (El tiempo, 2003). Estas estrategias son importantes en la medida en que afectan directamente los resultados financieros obtenidos por las EPS.

7.4. Cambios en la normatividad.

Existe una diferencia importante entre los reportes entregados a partir del 2010 y los anteriores a este año, caracterizados por una mejora del formato entregado, que lo hace mucho más cómodo para su utilización en diferentes análisis, además de que presentan una consistencia en la estructura de los balances. Una

⁵ Valores perdidos o faltantes.

explicación posible ante este hallazgo es el impacto del gobierno del actual presidente Juan Manuel Santos, el cual implemento una mayor vigilancia en el uso de los recursos públicos manejados por las EPS, de la cual se derivaron instrumentos de control y auditoria, dando como resultado una mayor supervisión de la información entregada por estas entidades y por tanto de balances financieros mucho más completos, que cumplan criterios de uniformidad y permitan hacer un seguimiento del desempeño de las EPS.

DISCUSIÓN

En relación a la liquidez del sistema, se resalta el crecimiento acelerado de las cuentas por cobrar a partir del 2004, ya que representan el estancamiento del flujo de recursos de la salud. Esta situación es preocupante en cuanto no solo afecta el desempeño de las EPS, si no también de los demás agentes del sistema de salud. El aumento de las cuentas por cobrar es explicado por la morosidad en el pago, especialmente por parte del fosal (Procuraduría general de la nación, 2012) y las entidades territoriales.

Por otra parte, el flujo de los recursos se ha visto afectado por las leyes y decretos complementarios de la ley 100 de 1993, en la medida en que determinan tarifas como la UPC, si no también en la medida en que establecen los agentes encargados del pago y autorización de los mismos. Estas modificaciones de la normatividad se configuran entonces como afectaciones exógenas a la ley 100 de 1993 y a los diferentes participantes del Sistema de salud (Bermudez, y otros, 2011)

Otro aspecto preocupante del sector de las EPS, en cuanto a las implicaciones de sostenibilidad del sistema es la presencia de bajos márgenes de utilidad o márgenes de utilidad negativos, que reflejan la baja rentabilidad de las EPS, causada por la falta de eficiencia en la operación y la mala gestión de los gastos de administración totales realizada por aproximadamente un 50.0% de las EPS que sobrepasan el 10.0% de participación de estos gastos dentro de los ingresos operacionales. Igualmente este resultado se apoya en lo encontrado en el trabajo

de Gilberto Baron-Leguizamon (Gasto Nacional en salud de Colombia 1993-2003:Composicion y tendencias, 2007) .

Un agravante de las fallas administrativas de las EPS es la poca efectividad de las herramientas de control y seguimiento, aplicadas a estas entidades, que durante la realización de este trabajo se pudo ver manifestado en los problemas de información encontrados, como la ausencia de EPS en los reportes, estados financieros incompletos entre otros. Así la disponibilidad de información se convierte en uno de los principales obstáculos para la comparabilidad temporal y el seguimiento de la gestión financiera de las EPS (Nuñez & Zapata, 2012).

CONCLUSIONES

La crisis financiera del sistema de salud está reflejada en el sector de las EPS a través de los diferentes análisis realizados en este trabajo, no obstante se identifica que el principal problema no es la usencia de recursos ya que los ingresos han ido en aumento para el periodo analizado, si no la gestión de los mismos. Por lo cual, se plantea la necesidad por una reforma estructural del sistema de salud y no la creación de soluciones parciales de corto plazo. Esta reforma debe ir encaminada a asegurar la sostenibilidad del sistema, garantizando la distribución fluida y adecuada de los recursos por medio de los diferentes agentes.

Igualmente se considera pertinente incluir medidas para el control interno, que abarquen la evaluación y seguimiento de la situación financiera de los diferentes actores, que identifique problemáticas de las cuentas por cobrar, la rentabilidad, liquidez, estructura de gastos y el mal uso de los recursos de la salud; para aplicar las sanciones pertinentes a aquellas entidades que incumplan con los criterios de eficiencia y buena administración definidos por el gobierno, además de mejorar la calidad de información disponible para la realización de futuros trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Anónimo. (s.f.). *Así vamos en salud*. Obtenido de <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/financiamiento/gráfica.ver/46>
- Arana, M. I. (26 de 11 de 2007). *Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza*. Obtenido de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>
- Arias Cogollos, S. José (2011). *¿Tutelas o Comités Técnico Científicos, cuál es la verdadera causa del problema? Revista de Derecho Público*.
- Barbosa, W. G. (2009). El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. *Revista EAN*, 110.
- Barbosa, W. G. (2009). El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. *Revista EAN*, 111.
- Barón-Leguizamón, Gilberto (2006). *Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. Rev. Salud Pública*.
- Bermudez, E., Santamaria, C., Niño, E., Malaver, N., Quintero, J. J., & Rivera, H. A. (2011). *Turbulencia Empresarial: Sector de las EPS en Colombia*. Bogota: Universidad del Rosario.
- Chernichovsky, Dov, Guerrero, R., & Martínez, Gabriel (2012). *La sinfonía incompleta: La reforma al Sistema de Salud en Colombia*.

- Comisión de regulación en salud. (11 de octubre de 2011).
- Congreso de la república. (1993). *Ley 100 de 1993*.
- Corte Constitucional. (8 de mayo de 2013). *Corte Constitucional Republica de Colombia*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-262-13.htm>
- Defensoría del pueblo. (2014). *La tutela, los derechos a la salud y a la seguridad social*.
- El tiempo. (13 de mayo de 2003). Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-984422>
- Fedesarrollo. (2010). *Efectos de la Ley 100 en salud Propuestas de reforma*. Bogota: Mauricio Santa María.
- Gómez, F. R. (19 de julio de 2012). *Los tres males del sistema de salud*. Obtenido de El espectador: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-tres-males-del-sistema-de-salud-articulo-361405>
- Guerrero, R. (27 de julio de 2012). *Proesa*. Obtenido de <https://proesablog.wordpress.com/2012/07/27/dos-problemas-de-fondo-del-sistema-de-salud-de-colombia-y-sus-soluciones/>
- Guerrero, R., Lambardi, G., & I. Prada, S. (2013). Fallas de mercado, fallas de gobierno e incentivos perversos en el SGSSS. *FESCOL*.

- Leguizamon, G. B. (2007). Gasto Nacional en salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. *Revista de salud pública*, 167-179.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cifras Financieras del sector salud: Gasto en Salud de Colombia 2004-2011*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Comportamientos variables del proceso de compensación 2002-2013*.
- Nuñez, J., & Zapata, J. G. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano*. Bogotá D.C.: Fedesarrollo.
- Pinto, D., Muñoz A. Lucía (2010). *Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011-2014*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Procuraduría general de la nación. (2012). *Financiamiento del Sistema General de seguridad social en salud. Seguimiento y control preventivo de las políticas públicas*. Ecoe ediciones Ltda.
- Revista Semana. (04 de mayo de 2011). *Semana*. Obtenido de Saludcoop la caída de un imperio: <http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-caida-imperio/239794-3>
- *Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.* (1993). Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Soler, J. J. (2012). cómo el método del “recobro”, fue empleado al interior del FOSYGA para desfalcarse al sistema de salud. Santa Fe de Bogotá.

- Superintendencia Nacional de Salud. (10 de junio de 2008). Resolución número 00724 de 2008. *Plan único de cuentas para las EPS.*
- Superintendencia Nacional de Salud. (2008). Resolución número 724 de 2008. *PUC del sector salud.*
- supersalud. (2012). *Informe situación financiera.*
- supersalud. (2012). *Informe situación financiera.*
- Tafur Calderón, Luis Alberto (1996). *El sistema de Salud de Colombia.* Corporación Editora Médica del Valle.

ANEXOS

Anexo 1

1. Regresión Lineal: Costos operacionales, Número de afiliados

Source	SS	df	MS			
Model	2.6753e+19	1	2.6753e+19	Number of obs =	181	
Residual	6.3330e+18	179	3.5380e+16	F(1, 179) =	756.17	
Total	3.3086e+19	180	1.8381e+17	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.8086	
				Adj R-squared =	0.8075	
				Root MSE =	1.9e+08	

COSTOS_OP	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
NUM_AFILIADOS	539.1961	19.60823	27.50	0.000	500.5031	577.8892
_cons	-1.56e+07	1.80e+07	-0.87	0.387	-5.12e+07	2.00e+07

Fuente propia, utilizando Stata

Anexo 2

Se utilizó el comando *summarize (P_GTOTOTAL_INGOP), detail* para obtener las medidas de tendencia central y de dispersión de los datos de la participación de los gastos totales dentro de los ingresos operacionales.

P_GTOTOTAL_INGOP					
	Percentiles	Smallest			
1%	-.0616665	-.2207663			
5%	.0396258	-.1105557			
10%	.0619606	-.075112	Obs		325
25%	.0749463	-.0616665	Sum of Wgt.		325
50%	.0923799		Mean		269020.1
		Largest	Std. Dev.		4849214
75%	.1485779	2.652017	Variance		2.35e+13
90%	.2409827	2473.449	Skewness		17.94444
95%	.3316931	8525.671	Kurtosis		323.0031
99%	2.652017	8.74e+07			

Fuente propia, utilizando Stata.

Anexo 3

Summarize de la variable GTO_AFILIADO

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
GTO_AFILIADO	183	139.3264	549.331	-69.63011	5585.321

Fuente propia, utilizando Stata

Anexo 4

Análisis del comportamiento de los datos, matriz de correlaciones.

Corr UTILIDAD_NETA ING_RECOBROS INGRESO_UPC CXC_FOSYGA
DEUDORES.

```
      | UTILID~A  ING_RE~S  INGRES~C  CXC_FO~A  DEUDORES
-----+-----
UTILIDAD_N~A | 1.0000
ING_RECOBROS | -0.0685  1.0000
INGRESO_UPC  | -0.1220  0.6616  1.0000
CXC_FOSYGA  | -0.0178  0.5659  0.7659  1.0000
DEUDORES    | -0.2014  0.6237  0.7815  0.7177  1.0000
```

Fuente propia, utilizando Stata