

**52° CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE ADMINISTRACIÓN  
CLADEA 2017  
“ROMPIENDO PARADIGMAS: ANTICIPANDO EL FUTURO DE LA EDUCACIÓN  
GLOBAL”**

**PONENCIA**

**CREACIÓN DE VALOR EN EMPRESAS PRIVADAS DEL SECTOR SALUD EN  
CÓRDOBA (COLOMBIA)**

**Isabel Cristina Rincón Rodríguez\***

**RESUMEN**

Con esta investigación se busca establecer la generación de valor de las empresas estatales de salud en el departamento de Córdoba – Colombia, teniendo en consideración que en este sector se privilegia, en un proceso de evaluación para la elaboración de rankings oficiales, indicadores de impacto sobre el bienestar del usuario sin que los índices de eficiencia operacional y gestión financiera sean parte integral de la evaluación estatal.

---

\* Doctora en Ciencias Empresariales y Económicas *cum laude* (Universidad Antonio de Nebrija, Madrid-España), Doctoranda en Administración SMC University (Switzerland), Maestría en Administración con énfasis en Finanzas (Tecnológico de Monterrey–México), Especialista en Finanzas y Administradora de Empresas (Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB). Docente-Investigadora Facultad de Ciencias Económicas Administrativas y Contables, Universidad del Sinú, Montería-Córdoba, Colombia. Correos electrónicos: [isabelirinconr@unisinu.edu.co](mailto:isabelirinconr@unisinu.edu.co) – [irincon15@hotmail.com](mailto:irincon15@hotmail.com)

En el estudio, apoyados en la teoría existente alrededor del Valor Económico Agregado (EVA por su nombre en inglés), se calcula la generación de valor por parte de cinco empresas estatales de salud en el departamento de Córdoba, se hace una comparación de dichos resultados y dicha información se contrasta con la valoración que en términos eficiencia financiera según la información suministrada por el Ministerio de Salud de Colombia.

### **PALABRAS CLAVE**

EVA, Sector Salud, Competitividad.

**52 ° LATIN AMERICAN COUNCIL OF SCHOOLS OF ADMINISTRATION  
CLADEA 2017  
"BREAKING PARADIGMS: ANTICIPATING THE FUTURE OF GLOBAL  
EDUCATION"**

**PONENCIA**

**CREATION OF VALUE IN PRIVATE COMPANIES OF THE HEALTH SECTOR IN  
CÓRDOBA (COLOMBIA)**

**Isabel Cristina Rincón Rodríguez\***

**SUMMARY**

This research seeks to establish the value generation of state health companies in the department of Cordoba - Colombia, taking into consideration that in this sector, in an evaluation process for the preparation of official rankings, indicators of impact on The well-being of the user without the index of operational efficiency and financial management being an integral part of the state evaluation.

---

\* Doctor in Business and Economics cum laude (Antonio de Nebrija University, Madrid-Spain), Doctorate in Administration SMC University (Switzerland), Master in Administration with an emphasis in Finance (Tecnológico de Monterrey-México), Finance Specialist and Business Administrator (Autonomous University of Bucaramaga UNAB). Professor-Researcher Faculty of Economic and Administrative Sciences, Universidad del Sinu, Montería-Córdoba, Colombia. Emails: [isabelirinconr@unisinu.edu.co](mailto:isabelirinconr@unisinu.edu.co) - [irincon15@hotmail.com](mailto:irincon15@hotmail.com)

In the study, based on the existing theory about the Economic Value Added (EVA), it is calculated the generation of value by five state health companies in the department of Cordoba, a comparison of these results And this information is contrasted with the assessment that in terms of financial efficiency according to the information provided by the Ministry of Health of Colombia.

**KEYWORDS**

EVA, Health Sector, Competitiveness.

**PONENCIA**  
**CREACIÓN DE VALOR EN EMPRESAS PRIVADAS DEL SECTOR SALUD EN**  
**CÓRDOBA (COLOMBIA)**

**INTRODUCCIÓN**

El sistema de salud en Colombia tiene como su eje principal el bienestar del usuario, buscando ofrecerle un servicio de calidad, oportuno y pertinente y para ello se han implementado mecanismos de evaluación y calificación de los actores que a él pertenecen. Dicha medición se hace sobre tres aspectos fundamentales: la calificación que le entregan los usuarios, el respeto a los derechos de los usuarios según lo expresa la Corte Constitucional de Colombia (2008) y el proceso y los resultados en salud de cada una de las entidades evaluadas, específicamente en calidad de la atención, salud materna, enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

De lo anterior se desprende que los aspectos más importantes para evaluar una institución prestadora de servicios de salud pasan por la valoración de los impactos que sobre los usuarios logran, pero la eficiencia operacional y la gestión financiera no hacen parte del proceso de análisis para el establecimiento del ranking de las EPS en el país.

La investigación presenta antecedentes históricos y una visión de la situación actual del sector salud en Colombia, las cifras más importantes de las entidades analizadas y por último una comparación entre ellas, estableciendo grados de eficiencia acorde con su tamaño y nivel de atención.

## **REVISIÓN DE LITERATURA**

### **ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

Por esencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Colombia, tiene participación pública y privada, se rige por los principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia por parte de los usuarios, y su atributo fundamental es la obtención de la calidad en la prestación del servicio (Ministerio de Protección Social, 2008).

A partir de la promulgación de la Ley 100, en 1993, el sistema de salud en Colombia sufrió un drástico cambio, pasó de ser un modelo centralizado a un modelo en el cual se entregó la responsabilidad de la prestación del servicio a entes privados, sin que desapareciera la posibilidad de participación del estado en la prestación del servicio, dejando de lado las ventajas que el modelo anterior tenía, como un efectivo control del gasto, a otras tales como la cobertura y la eficiencia en un país que presenta heterogeneidad en el territorio y una regionalización muy fuerte (Ministerio de Salud y Protección Social, S.F.).

La descentralización de la prestación de los servicios de salud se sustenta en las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (1.990), según las cuales:

1. La descentralización se ajusta mejor a realidades locales, especialmente en países altamente heterogéneos.
2. Con un tratamiento diferente a regiones diferentes se reduce considerablemente la inequidad y se incrementa la eficiencia y la cobertura en los servicios de salud, sobre todo a regiones apartadas o de difícil acceso.
3. Se logra una mejor articulación entre el estado y las instituciones, bien sea privadas o estatales.
4. El gobierno cambia su rol de prestador de servicios, rediciendo su actividad de administración y asume con mayor eficiencia las de planeación y regulación.

Por otra parte, Partners for Health Reformplus – PHRplus – (2002) plantea una visión más organizacional, rescatando beneficios adicionales de la descentralización:

1. Prestación del servicio de una manera más efectiva.
2. Asignación más eficiente de los recursos destinados a la prestación del servicio.
3. Posibilidad de reducción de costos.
4. Mejoramiento en la supervisión de la prestación del servicio, el uso de los recursos y el impacto sobre la población.

5. Simplificación de los procesos contables y mayor claridad en el desarrollo de los procesos.

## **ACTUALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

El sistema de salud en Colombia está constituido por dos regímenes denominados contributivo y subsidiado. Al régimen contributivo se encuentra afiliada la población con capacidad de pago, trabajadores formales, independientes, pensionados, y su núcleo familiar. Por su parte, al régimen subsidiado se afilia la población sin capacidad de pago, caracterizada como pobre y vulnerable, mediante la aplicación de la encuesta SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales).

En el primero de los casos el sistema subsiste con los aportes obligatorios que deben hacer los patronos y los trabajadores y el segundo es financiado por un porcentaje de los aportes dados en el régimen contributivo y otras fuentes estipuladas en el marco legal colombiano.

La reforma en el sistema de salud trajo consigo un cambio radical en el esquema de prestación de servicio. Anteriormente, su eje fundamental era la oferta para lo cual existía una cantidad de entidades, la mayoría estatales que cumplía con la función. En el nuevo modelo se crearon las entidades promotoras de salud (EPS), la mayoría privadas y tan solo una pública (el mismo oferente anterior: Instituto de Seguro

Social) y se cambió el rol de los hospitales los cuales pasaron a ser instituciones prestadoras de salud (IPS).

Esta nueva configuración del sistema es la que ha traído como consecuencia gran parte de los problemas por los cuales atraviesa el sistema de salud en el país al generar relaciones entre EPS e IPS que generaron una dependencia económica de las segundas a las primeras, mediante integración vertical de dos maneras: 1) propiedad parcial o total de las IPS y 2) dependencia mediante la suscripción de contratos de exclusividad o de propiedad común a partir de la consolidación de grupos empresariales específicos del sector salud (Restrepo, Vargas y Lopera, 2007)

Hoy, a más de 24 años de haberse firmado e implementado la reforma, los logros alcanzados en el sector salud son evidentes, especialmente en cuanto a la cobertura y la misma eficiencia en la prestación de los servicios, con mayor impacto sobre la población pobre. A pesar de ello, el sector atraviesa por una crisis financiera profunda y su sostenibilidad general es puesta en entredicho debido a los incumplimientos que las EPS han tenido con las IPS, los cuales han llevado a que las últimas atraviesen por problemas serios de liquidez, con recuperación de cartera que puede tardar en algunos casos más de un año.

Por otro lado, a pesar de que el régimen contributivo durante los tres primeros lustros de su existencia logró demostrar su sostenibilidad en el tiempo, los cambios en el sistema hicieron que los problemas aparecieran de una manera estructural. El Plan Obligatorio de Salud (POS) no fue actualizado oportunamente y la prestación de

servicios no incluidos en el POS fue creciendo de manera desmedida y los costos de estos debían ser asumidos por las EPS sin que sus ingresos y su estructura de costos cambiara significativamente.

## **EL VALOR ECONÓMICO AGREGADO (ECONOMIC VALUE ADDED - EVA)**

A pesar de que se especula que el concepto de Valor Económico Agregado fue estudiado por Marshal (1890), en su libro Principios de Economía, en su versión moderna fue Peter Drucker quien lo propuso como un elemento teórico a ser analizado en la gestión empresarial cuando dijo que "Mientras que un negocio tenga un rendimiento inferior a su costo de capital, operará a pérdidas. No importa que pague impuestos como si tuviera una ganancia real. La empresa aun deja un beneficio económico menor a los recursos que devora... mientras esto suceda no crea riqueza, la destruye".

Acorde con lo anterior y en una interpretación contemporánea, el EVA es una medida de rendimiento económico que presenta la diferencia entre la utilidad operacional neta después de impuestos y el costo de oportunidad del capital invertido en una empresa (Stern Stewart & Co, S.F.)

El costo de oportunidad es determinado por el costo promedio de los recursos usados por la empresa (deuda más patrimonio) multiplicado por esos recursos empleados.

Para el cálculo del EVA se utilizan varias fórmulas alternativas, para el efecto del análisis presentado, utilizaremos la siguiente:

$$\text{EVA} = \text{NOPAT} - (\text{WACC} * \text{K})$$

En la cual:

WAAC	Weighted Average Cost of Capital (Costo promedio ponderado de capital)
K	Capital Invertido
NOPAT (UODI)	Net Operating Profit After Taxes (Utilidad Operacional Después de Impuestos)

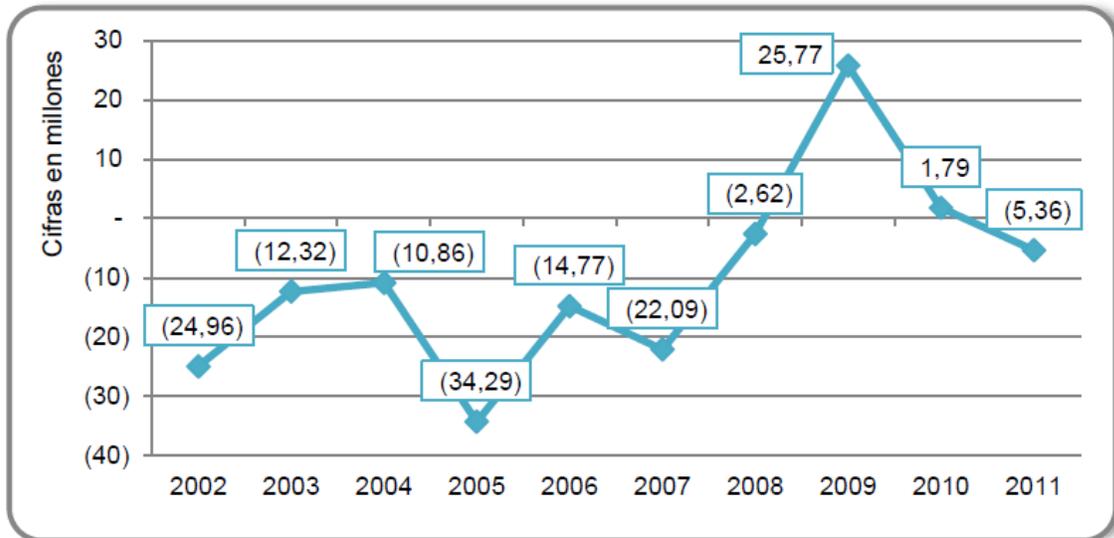
El capital empleado en la fórmula se calcula como la suma del capital neto de trabajo más el capital social evidenciado en el patrimonio.

## **EL VALOR ECONÓMICO AGREGADO EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA**

Como se ha planteado con anterioridad, las empresas del sector salud son medidas con indicadores que muchas veces no contemplan el desempeño financiero, incluso, la creación de valor pasa a segundo plano en la misma medida en que no se ha convertido en una exigencia para el estado como proveedor natural del servicio de salud, lo cual genera una distorsión en los datos agregados obtenidos por el sector.

En el gráfico No. 1., se muestra la evolución del EVA entre 2002 y 2011:

Gráfica No. 1. EVA del sector salud 2002-2011

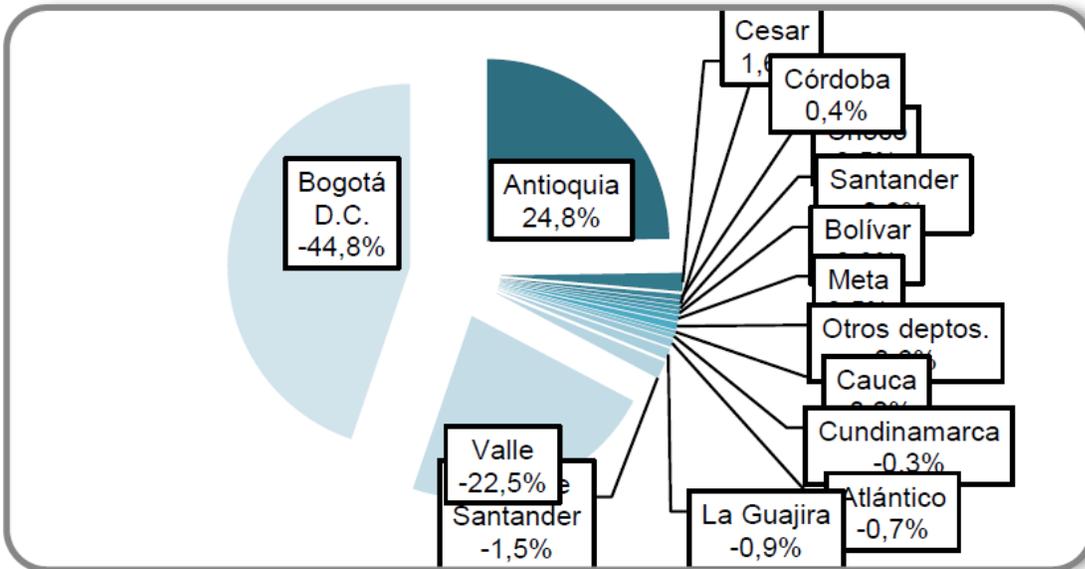


Fuente:

Es evidente que el sector durante el periodo mencionado el sector destruyó valor de forma sostenida, con tan solo un año, 2009, en el cual se tuvo un valor positivo alto, mientras que el año siguiente, 2010, apenas si estuvo por encima del cero.

Si cambiamos el parámetro de clasificación y agregamos el tiempo, haciendo el análisis comparado de los departamentos, para este mismo periodo de tiempo, la gráfica resultante muestra una notoria dispersión de los resultados, con dos regiones que destruyen mucho valor, Bogotá D.C. y Valle del Cauca y un departamento que genera gran valor, Antioquia. Los restantes departamentos destruyen o crean valor en una baja proporción.

Gráfica No. 2. Participación en la generación de EVA por departamento para el periodo 2002- 2011.



A pesar de que una buena cantidad de departamentos generan valor, esta creación no es suficiente para mitigar los impactos que sobre el sector tiene la destrucción de valor de dos de los entes territoriales más grandes que tiene el país: Bogotá y Valle.

La misma gráfica nos muestra que Córdoba es uno de los departamentos que genera valor, poco pero lo genera, situación que se convierte en base de análisis para la investigación que se presenta.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Establecer la creación o destrucción de valor de las IPS públicas en el departamento de Córdoba (Colombia).

### **ESPECÍFICOS**

- Determinar el impacto que sobre la creación o destrucción de valor en el sector salud en Córdoba, tienen las IPS públicas.
- Comparar resultados financieros con resultados de operación de las IPS en Córdoba.

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación se sustenta en una revisión bibliográfica acerca del sector salud en Colombia con la cual se busca establecer el marco legal y social sobre el cual tiene impacto. Dicha revisión se hizo teniendo en cuenta los antecedentes del sistema de salud y luego estableciendo la situación actual del sector.

En segundo lugar, con datos de las IPS públicas suministrados por el Ministerio de Salud de Colombia, se realizaron los cálculos del EVA y se procedió a verificar la consistencia o no de los mismos con los resultados entregados para las mismas instituciones en términos de su eficiencia operacional.

## RESULTADOS

Para el cálculo del EVA se tomaron como referencia las cifras que se presentaron al cierre de cada una de las vigencias fiscales de los años analizados (2013, 2014 y 2015). Los datos tenidos en cuenta para el análisis son: Tasa Libre de Riesgo, Tasa Riesgo País, el Beta calculado para el sector Salud y la Rentabilidad ofrecida por el mercado.

Los resultados del EVA, obtenidos para cada una de las instituciones son los siguientes:

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>
ALTA COMPLEJIDAD	-6.524	-4.963	-33.187	-44.674
MEDIA COMPLEJIDAD	29	-270	-1.169	-1.410
BAJA COMPLEJIDAD	8.842	1.768	-9.608	1.002

Fuente: Cálculos de los autores a partir de información del Ministerio de Salud

Según se muestra en el cuadro, tan solo una de las tres instituciones analizadas presenta un EVA positivo, acumulado para los tres años objeto de análisis. A pesar de ello, esa misma institución, el último de los tres años destruyó valor en cerca del 90% del valor que había creado en los dos años anteriores.

Igualmente, desde el punto de vista financiero, el Ministerio de Salud, según la Resolución 710 de 2012 debe, de manera anual, realiza una verificación del cumplimiento en la gestión de cada una de las entidades del sector. Según esta

resolución y la evaluación dada por el ministerio, las instituciones analizadas presentan la siguiente calificación de riesgo:

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
ALTA COMPLEJIDAD	Alto	Alto	Alto
MEDIA COMPLEJIDAD	Alto	Bajo	Sin
BAJA COMPLEJIDAD	Sin	Sin	Sin

Fuente: Ministerio de Salud (2016)

Uno de los aspectos financieros más importantes medido, es el equilibrio financiero obtenido por las IPS, en este sentido, los datos informados por el Ministerio de Salud son los siguientes:

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
ALTA COMPLEJIDAD	0,66	0,61	0,58
MEDIA COMPLEJIDAD	0,96	1,01	1,07
BAJA COMPLEJIDAD	1,08	1,12	1,11

Fuente: Ministerio de Salud (2016)

En este caso se nota que la institución de alta complejidad está mucho más lejos de la obtención del equilibrio financiero, mientras que la de media complejidad lo logra en dos de los tres años analizados y el restante estuvo muy cerca de llegar a la meta. Por su parte, la institución de baja complejidad obtuvo el equilibrio financiero e incluso lo superó para los tres años analizados.

El equilibrio financiero tal como se evalúa, hace relación al valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluyendo recaudo de Cuentas por

Cobrar de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas por Pagar de vigencias anteriores (Ministerio de Salud. 2012).

Así las cosas, comparando las cifras obtenidas, es claro que la generación de valor no es una de las prioridades de las empresas de salud del estado, situación que se presenta en consonancia con el mismo objetivo del estado en su función de suplir las necesidades básicas de la población y no representa un objetivo en sí mismo dado que no existe interés en generar un valor financiero sino, más allá de ello, generar un valor social en términos de salud y bienestar para la población.

A pesar de que se busca eficiencia operacional y financiera, los datos y las calificaciones obtenidas por parte del Ministerio de Salud, reflejan una buena calificación para las instituciones a pesar de que, en cada uno de los años analizados en lugar de crear valor, se haya destruido.

## **CONCLUSIONES**

Las condiciones económicas en las cuales se vio envuelto Colombia durante los años analizados, traen como consecuencia una distorsión en los valores financieros encontrados, en especial para aquellas empresas cuyo fin último no es la generación de valor para los accionistas, en este caso, el estado. Durante el periodo de estudio, la rentabilidad ofrecida por el mercado fue negativa y por ello, la exigencia sobre la rentabilidad del empresariado en general se pudo haber visto afectado considerablemente.

A lo largo de los primeros años del siglo XXI, el sector salud tuvieron una fuerte influencia por la destrucción de valor de empresas ubicadas en dos de los más grandes centros urbanos del país, sin embargo, las instituciones ubicadas en algunos departamentos, entre ellos Córdoba, generaron valor, aun cuando hubiese sido en unas proporciones muy bajas. Si tenemos en cuenta esta afirmación y los hallazgos en cuanto a la destrucción de valor de las IPS públicas del departamento, podemos concluir que las IPS privadas, a diferencia de las otras, están generando valor, lo cual se constituye en un caso de investigación que nos permita validar este hecho.

Con los resultados obtenidos se evidencia que no hay afán de generación de valor en las IPS estatales, sin embargo, dicha afirmación puede ser complementada con un análisis de las causas de ello, algunas de ellas ya no asociadas al desempeño financiero de las IPS, sino al cumplimiento de su objeto social en términos de cobertura y satisfacción del cliente o usuario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia T-760 de 2008. Recuperado de:

<https://www.escri-net.org/es/caselaw/2009/sentencia-t-760-2008>

Drucker, P. (1995). The Information Executives Truly Need. Harvard Business Review, (Enero- Febrero 1995). Recuperado de <https://hbr.org/1995/01/the-information-executives-truly-need>

Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Ranking de las EPS: Tres dimensiones del desempeño. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Documento-Ordenamientos-de-las-EPS.pdf>

Ministerio de Protección Social (2008). Calidad de Salud en Colombia. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

PHRplus. (2002). Decentralization and Health System Reform. Bethesda: Partners for Health Reformplus Resource Center.

Restrepo, J. H., Lopera, J. F., y Rodríguez, S. M. (2007). “La integración vertical en el sistema de salud colombiano”. Revista de Economía Institucional. Vol. 9. No. 17, pp. 279-308.

Stern Stewart & Co, (S.F.). What is EVA? Recuperado de: <http://www.eva.com>

World Health Organization. (1990). Health System Decentralization: Concepts, issues, and country experience. Ginebra.