

**Gestión Del Riesgo Financiero De Una Empresa Social Del Estado: Estudio De Caso
Hospital San Antonio De Marmato**

Autores

Diana Carolina Cardona Reina
Cristian Alejandro Parra Rojas
Edwin Jesús Sanchez Aristizabal

Universidad Católica De Manizales
Facultad De Ciencias De La Salud
Programa De Administracin En Salud
Manizales

Agradecimientos

“Agradecimiento a Dios y a la Universidad Católica de Manizales por la transferencia de nuevos conocimientos que aportarán al desarrollo y mejoramiento del sector de la salud de las regiones“

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	7
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4. REFERENTE TEÓRICO.....	7
4.1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	7
4.2. LOGROS Y DIFICULTADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.....	10
5. METODOLOGÍA.....	15
6. RESULTADOS O DISCUSIÓN.....	16
6.1. RECONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DE ALGUNOS INDICADORES FINANCIEROS DE LA ESE.....	16
6.2. ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO.....	23
6.3. OTRAS ACCIONES IMPLEMENTADAS POR LA ALTA GERENCIA PARA MEJORAR Y MONITOREAR EL ESTADO FINANCIERO DE UNA ESE.....	29
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
7.1. CONCLUSIONES.....	35
7.2. RECOMENDACIONES.....	36
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. VARIABLES FINANCIERAS ANALIZADAS.....	22
TABLA 2. MEDIDAS DE AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO IMPLEMENTADAS EN EL 2017.....	31



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: ESTUDIO DE CASO HOSPITAL SAN ANTONIO DE MARMATO

Investigador Principal: Diana Carolina Cardona Reina, Cristian Alejandro Parra Rojas
Edwin Jesús Sanchez Aristizabal

Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero

Línea de Investigación: Gestión de la calidad

Área de conocimiento a la que aplica: salud

Programa de Posgrado al que se articula: Programa de Administración en Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: **Marmato** Departamento: **Caldas**

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2

2. INTRODUCCIÓN

El concepto de seguridad social se ha trabajado ampliamente y se pueden encontrar varios enfoques para describirlo, partiendo desde una idea inicial donde la seguridad social se relaciona con el aseguramiento individual hasta algunos enfoques dados por la CEPAL sobre la protección como un derecho ciudadano. En la agenda del desarrollo para los países, los sistemas de seguridad social han marcado un importante reglón, teniendo en cuenta que éstos sugieren grandes esfuerzos económicos y tienen grandes repercusiones en los indicadores de desarrollo. (1)

Para Latinoamérica y Colombia los Sistemas de Seguridad Social han presentado grandes controversias y reformas, especialmente la reforma profundizadas a partir de la 100 de 1993.

El modelo del sistema de seguridad social planteada en la Ley 100 de 1993, y especialmente el sistema de salud, ha tenido que plantear nuevos cambios frente algunos paradigmas establecidos inicialmente (2).

Los cambios en la normatividad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud han generado importantes cambios en el funcionamiento de los hospitales, especialmente en el componente financiero, donde se pasó de subsidiar al hospital mismo por medio del subsidio a la oferta, para ligarlos ingresos de los hospitales a los servicios que prestan a la población, es decir subsidio a la demanda. Aunado a lo anterior, la intermediación de la salud, a través de la administración de los recursos por parte de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), ha incidido a que hoy muchos de los hospitales públicos sean inviables financieramente.

La deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud en el país

llegó a los \$7.3 billones, el mayor monto de cartera adeudado en los últimos 18 años; sumado a esto, según la Resolución 2249 de 2018, mas de 350 hospitales obtuvieron una calificación de riesgo financiero alto y medio (16) .

La anterior situación, pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud que contribuyan a mejorar sus indicadores financieros de forma tal que logren a través del tiempo su sostenibilidad y mejoramiento en la prestación de los servicios.

Por consiguiente, en la presente investigación se buscó determinar los elementos que inciden en la gestión del riesgo financiero de una Empresa Social del Estado (ESE), tomando como caso de estudio la ESE Hospital San Antonio de Marmato, donde se analizó la información financiera de los años 2015 al 2017 y a partir de esta se calcularon las siguientes variables que dan cuenta de la salud financiera de la entidad: Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido, resultado Equilibrio presupuestal con recaudo, monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior, equilibrio presupuestal con reconocimiento y total ingresos recaudados; adicionalmente, se reconstruyen las practicas implementadas por la alta gerencia que han contribuido al mejoramiento financiero del hospital.

Si bien es cierto, en la presente investigación solo se analizó un caso en particular, no se descarta el interés de identificar lecciones generalizables en alguna medida, que puedan ser útiles para que las Empresas Sociales del Estado gestionen su riesgo financiero e implementen acciones en tiempo real que aporte al mejoramiento de su estado financiero

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los elementos que inciden en la gestión financiera de una Empresa Social del Estado, tomando como caso de estudio la ESE Hospital San Antonio de Marmato, entre los años 2015-2017.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Realizar la reconstrucción de los principales indicadores financiera del Hospital San Antonio de Marmato del periodo 2015-2017.
- ❖ Establecer las variables financieras y administrativas que se deben medir y monitorear para gestionar las finanzas de una ESE.
- ❖ Determinar otras acciones desde la austeridad e eficiencia del gasto que se deben implementar desde la alta gerencia para mejorar y monitorear el estado financiero de una ESE

4. REFERENTE TEÓRICO

4.1. Estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Según Rodríguez ⁽¹⁾ el concepto de seguridad social se ha trabajado ampliamente y se pueden encontrar varios enfoques para describirlo, partiendo desde una idea inicial donde la seguridad social se relaciona con el aseguramiento individual hasta algunos enfoques dados por la CEPAL sobre la protección como un derecho ciudadano. En la agenda del desarrollo para los países, los sistemas de seguridad social han marcado un importante reglón, teniendo en cuenta que éstos sugieren grandes esfuerzos

económicos y tienen grandes repercusiones en los indicadores de desarrollo (2).

Para Bertola ⁽³⁾, el surgimiento de la revolución industrial y las formas avanzadas de producción de bienes y servicios para satisfacer la demanda de un mercado creciente, han abierto una importante discusión frente a la necesidad de establecer y fortalecer los Sistemas de Seguridad Social:

“La aparición del modelo del fordismo en el siglo XX promoviendo la especialización, la transformación del esquema industrial y la reducción de los costos, no acostaba de los empleados sino a través de la expansión de los mercados, propone nuevas formas de organización y estatus de la clase obrera, que a partir de su maduración bajo el esquema económico del Keynesianismo se llega a los Estados Bienestar, logrando promover un protagonismo histórico de las clases subordinadas y el amarre del capital a consideraciones sociales y de clase, para finalmente lograr un conjunto de normas e instituciones asociadas al sistema de seguridad social” (3).

Los estados de bienestar surgen como una propuesta política o modelo general del Estado y de organización social, según la cual el Estado provee servicios en cumplimiento de derechos sociales a la totalidad de individuos (6).

Para Latinoamérica y especialmente para Colombia los Sistemas de Seguridad Social han presentado grandes controversias y reformas, especialmente la reforma profundizada a partir de la Ley 100 de 1993, impulsada por el presidente Cesar Gaviria; en este sentido:

“En Colombia, a pesar de contar con proyectos de seguridad social, no se puede hablar de estados de bienestar, pero sí de estados Keynesianos, es decir, un Estado de Bienestar de tipo residual y asistencial en que los beneficios

dependen de la prueba de necesidad sustentados de otra parte en que no se han logrado configurar un espacio para el ejercicio de los derechos sociales”(1).

La profundización del corte neoliberal en los Sistemas de Seguridad Social en Colombia, se vio reflejado en la Ley 100 de 1993, presentada por la administración de César Gaviria.

“Los informes presentados por los órganos de crédito internacional, ampliamente influenciados por conceptos ultraliberales, propiamente consignados en el consenso de Washington y expresados en: los procesos de privatización, la flexibilización laboral, la abolición del control de precios, la apertura, las reformas financieras; indicaban los cambios que Colombia debería realizar en los sistemas de seguridad social”. (1).

En consecuencia, Rodríguez ⁽¹⁾ indica que las recomendaciones de los analistas del Banco Mundial giraban en torno a tres pilares: incrementar el ahorro, redistribuir el ingreso y dar seguro a la vejez. El modelo debía orientarse a un sistema público financiado con impuestos, obligatoriedad de aportes y administrado por el sector privado, y uno voluntario construido por ahorros adicionales para quienes deseen mayores ingresos. Frente a temas de salud debía haber una imposición de cargos a los usuarios de servicios de salud que proporcionaba el sector público, fomento de programas de cobertura de riesgo, fortalecimiento del suministro no gubernamental de servicios de salud por los cuales las familias están dispuestas a pagar y descentralización del sistema de salud pública.

Todo lo anterior y aunado a las bajas coberturas de los sistemas de seguridad social y en especial de los sistemas de salud, llevaron a la reforma estructural del sistema, lógicamente, influenciado por el pensamiento neoliberal; Rodríguez (1) expone las características del nuevo sistema, así:

“En materia pensional se pusieron a competir los fondos privados con el sistema de prima media. En salud, el modelo se denominó de pluralismo estructurado, que combina modelo de seguro basado en la relación laboral (régimen contributivo) con subsidio a la demanda para la población pobre (régimen subsidiado), quedando una franja de población denominada vinculada. En riesgo profesionales se eliminó su administración por las EPS-diseñadas para salud y se pasó a las ARP”.

En este punto es importante decir que el modelo del sistema de seguridad social planteada en la Ley 100 de 1993, y especialmente el sistema de salud, ha tenido que plantear nuevos cambios frente a algunos paradigmas establecidos inicialmente. A partir de la Ley 1122 de 2007 se buscó hacer reformas frente a los temas de:

“Dirección, universalización, financiación equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” (4).

De igual manera, la Ley 1438 de 2011 introdujo temas de atención primaria en salud, la unificación del Plan Obligatorio de Salud, la universalidad del seguro, portabilidad y un marco de sostenibilidad financiera.

4.2. *Logros y dificultades del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia*

Si bien el modelo de seguridad social en Colombia adolece de grandes dificultades y aún no se dan soluciones de fondo y al incierto futuro de los trabajadores; frente a las

coberturas, logros y accesibilidad, el Ministerio de salud y protección Social detalla en el informe de actividades 2010-2014, los siguientes resultados:

“1. Para el año 2016 los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud ascendieron a 45.222.116, de los cuales 22.669.543 corresponden al régimen subsidiado, 20.150.266 al régimen contributivo y 2.402.116 al régimen excepcional; dichos valores corresponden a una cobertura total del 96%, frente a una población total de 47.121.089.

Se pone en funcionamiento el sistema de portabilidad y movilidad

2. Durante el periodo comprendido entre 2010 y 2014 el Gobierno Nacional culminó la unificación de los planes de beneficios logrando mayor equidad entre la población Colombiana

3. Las actualizaciones integrales del POS se orientaron a responder a las necesidades en salud, carga de la enfermedad, el perfil de morbilidad de la población, la estabilidad financiera del sistema, la disponibilidad de recursos y medicamentos.

4. A mayo de 2016, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Laborales - ARL. Estas entidades prestan servicios de salud por lo cual se articulan con este Ministerio. La distribución de la afiliación en cuanto a trabajadores es la siguiente: El 64.79% están en ARL privadas y 35.21 % en la ARL Positiva, que es pública. En cuanto a las empresas, el 29.42% están afiliadas a las ARL privadas y el 70.58% a la ARL Positiva.” (6).

En materia de salud, el gobierno nacional es consciente de las grandes falencias del sistema para lograr una atención integral con calidad; mucho se dice a cerca del colapso del sistema y la poca capacidad de respuesta para atender a los usuarios. A la luz pública, parece que las entidades territoriales no ejercieran la autoridad de inspección vigilancia y control, sin embargo; la centralización del sistema y de los recursos ha desvirtuado el papel de los municipios para exigir a las EPS la atención de

sus usuarios (7). Es normal encontrar en las auditorías realizada a las EPS hallazgo como: Contratación incompleta de una red de servicios de baja, mediana y alta complejidad lo que contribuye a la negación de servicios para los usuarios, una red de servicios geográficamente inoperante, altas carteras con la red de servicios y falta de conciliación de las cuentas, falencias en los procesos de referencia y contra-referencia y finalmente ausencia de auditorías internas a los prestadores de los servicios de salud; lo anterior aunado al aumento de tutelas y quejas interpuestas por los usuarios por la negación de los servicios (6).

Sin embargo, en la actualidad el Sistema de Seguridad Social en salud en Colombia viene presentando un profunda crisis, la cual se sustenta en el aumento desmedido de las deudas de las EPS a la red prestadora de los servicios de salud, el aumento de las deudas de los departamentos y distritos por los servicios No incluidos en Plan Obligatorio de Salud y las tecnologías en el régimen subsidiado y el aumento de hospitales en riesgo financiero medio y alto.

Adicionalmente, existe una baja gestión de las Empresas Social de Estado para lograr un equilibrio entre los ingreso percibido por la prestación de los servicios de salud y los gastos asociados a esta actividad, si bien es cierto, el fin último de los hospitales es brindar una asistencia médica integral a los pacientes si es necesario que la alta gerencia trabaje para mejorar las finanzas de los hospitales.

Nos obstante, es importante indicar que las deudas del sistema han aumento vertiginosamente en los últimos años, con especial énfasis en el régimen contributivo que se había caracterizado por una cartera saneada; aunado a lo anterior, en los últimos años más de 3 Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) han sido liquidado por la Superintendencia de Salud, con son el caso de: Cafesalud, Salucoop y Caprecom; dejándole al sistemas deudas por más de un billón de pesos por los servicios de salud prestados a sus usuarios de los cuales habían recibido mensualmente la

Unidad de Pago por Capitación (UPC) (8).

Teniendo en cuenta esto, el flujo de recursos de los hospitales se han diezmando de manera importante, hecho que redundando en el aumento en las deudas con proveedores y con el personal asistencias. Esta situación expresa sus efectos de manera importante en la prestación de los servicios de salud para los usuarios por falta de insumos médicos, personal médico-asistencias, mantenimiento a los equipos biomédicos y mantenimiento a las infraestructuras.

5.3 Implementación del Decreto 2193 de 2004

Dada la necesidad del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación⁽⁹⁾ de contar con información financiera, técnica y administrativa de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que permitiera la toma de decisiones, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2193 el 8 de julio de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el cual se estableció las condiciones y los procedimientos para la presentación de información periódica y sistemática de la gestión desarrollada por cada una de las IPS públicas.

El Decreto 2193 de 2004 surge como una herramienta para:

“Establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones

publicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud” (9).

A partir de esto los hospitales se obligan a presentar la información contable tanto trimestral como anual de los ingresos, gastos, facturación, cartera por deudores, pasivos, balance general, estado de actividad y producción; dicha información permite el cálculo de las siguientes variables financieras y que al final determinan si una entidad no se encuentra en riesgo financiero o por el contrario están en riesgo bajo, medio o alto:

Tabla 1. Variables evaluadas con la información solicitada en el Decreto 2193 de 2004

Variable	Fórmula para el cálculo
Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido	$\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto} / \text{Número UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1}$
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. B. $[(\text{Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación}) - (\text{Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes})]$
Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	$\frac{\text{Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación } \zeta (\text{incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores})}{\text{Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)}}$
Equilibrio presupuestal con	$\frac{\text{Valor de la ejecución de gastos totales}}{\text{Valor total del reconocimiento por venta de servicios de salud en la}}$

reconocimiento	vigencia
Total ingresos recaudados	Corresponde a los ingresos percibidos en la vigencia actual recuperación de cartera de vigencia anterior
Valor del reconocimiento	Corresponde a la venta de servicios de salud en la vigencia actual a todas los tipos de regímenes

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo aplicada, enfocada en un caso de estudio de carácter cuantitativo. Se puede afirmar que es aplicada, ya que trasciende al puro interés por la generación de conocimiento a propósitos prácticos (10). El estudio de caso permite registrar las principales acciones o acontecimientos involucradas en el fenómeno a estudiar (11) y, adicionalmente, como lo expresa Galeano (12) y Neiman y Quaranta (13), este implica una investigación empírica que se centra en el estudio de hechos que están ocurriendo.

Este estudio de caso, de acuerdo con su finalidad, es intrínseco; ya que se busca entender el caso en particular. De igual manera, no se descarta el interés de identificar lecciones generalizables en alguna medida, que puedan ser útiles por las Empresas Sociales del Estado para gestionar su riesgo financiero e implementar acciones en tiempo real que aporte al mejoramiento de estado financiero. Según el número de casos, este es único, porque se estudia sólo el Hospital San Antonio de Marmato.

La unidad de análisis corresponde a la información financiera del hospital San Antonio de Marmato durante los años 2015-2017; con esta selección se constituyó una muestra de tipo no probabilístico e intencional. De igual manera se muestran los resultados del trabajo realizado durante el 2017, donde a partir del monitoreo de variables como la ejecución del gasto, la producción por venta de servicios y los costos asociados a la prestación de servicios en la modalidad de cápita. Se realizó un análisis exploratorio y

univariado de los datos del cual se describirán el comportamiento de las variables: Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido, resultado equilibrio presupuestal con recaudo, monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior, equilibrio presupuestal con reconocimiento y total ingresos recaudados.

La información y los datos requeridos para el análisis del presente estudio se obtuvieron de la plataforma SIHO en el link <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/work.aspx>, y en software contable y financiero del Hospital, punto EXE, previa autorización de la entidad. Las información analizada fueron: informe de ingresos, facturación, informe de gastos, estado de actividad y balance general.

Finalmente, para obtener los resultados se elaboraron bases de datos en Excel y se calcularon las formulas para cada variable, las cuales se analizaron y graficaron para evaluar el comportamiento a través de los años, como unidad de control se tomó el año 2015, esto con el fin de determinar si el comportamiento de la variable en los años 2016 y 2017 fue negativo o positivo respecto a este año.

6. RESULTADOS O DISCUSIÓN

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados en la presente investigación, a continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio de caso que corresponde al hospital San Antonio de Marmato el cual ha implementado deferentes acciones para mejorar las finanzas y gestionar algunas variables que han permitido monitorear el riesgo financiero y tomar decisiones en tiempo real.

6.1. *Reconstrucción y análisis de algunos indicadores financieros de la ESE*

Bajos los parámetros del Decreto 2193 de 2014, se levantó la información financiera del Hospital San Antonio de Marmato, que permite realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las entidades públicas prestadoras de servicios de salud con especial énfasis en indicadores financieros que dan cuenta de estado de los recursos de estas entidades.

Para el caso de estudio, se analizaron cinco variables que inciden de manera directa en categorización del riesgo de un hospital y que además miden la gestión de la alta gerencia, durante los años 2015, 2016 y 2017, como son:

- ✓ Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido.
- ✓ Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo
- ✓ Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior
- ✓ Equilibrio presupuestal con reconocimiento
- ✓ Total ingresos recaudados

Es importante indicar que el año 2015 se tomó como dato de control para evidenciar en cambio en la variable durante los años 2016 y 2017.

Para la variable “evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido”, la cual determina la eficiencia de producir a menor costos y que la meta es mantenerla $\leq 0,90$, en el 2015 se obtuvo un valor de 0,94 y al 2017 se llegó a 0,91, es decir, que se logró una mayor producción y se disminuyeron los gastos en 3 puntos porcentuales en la prestación de los servicios de salud (Figura 1).

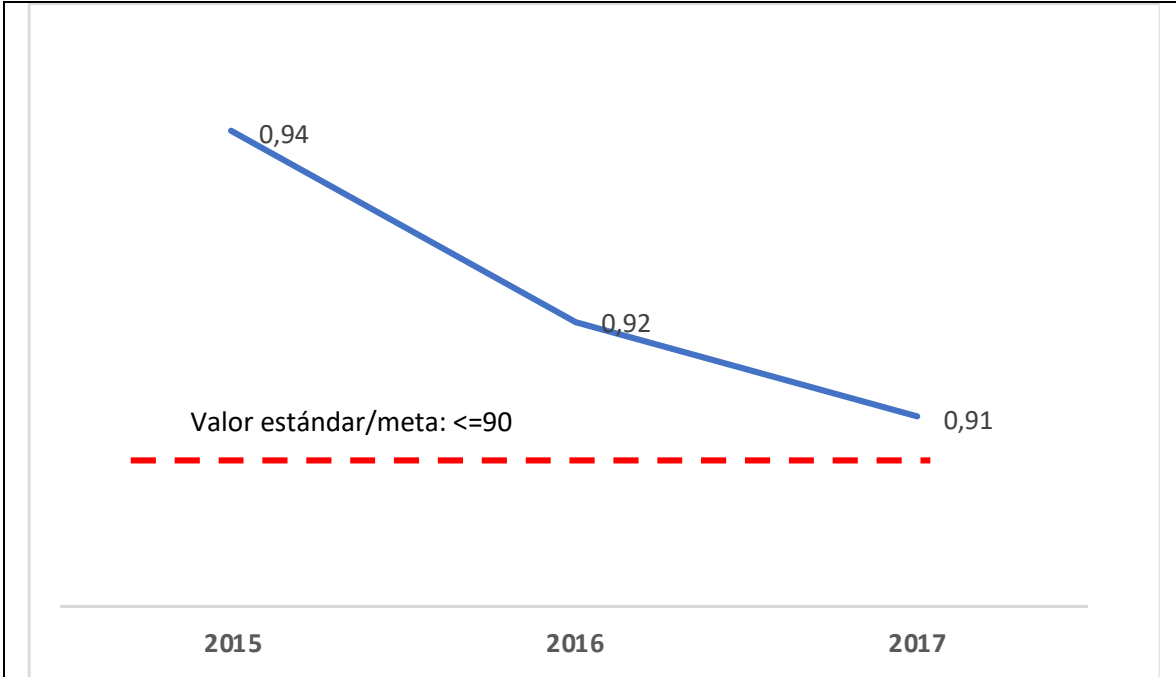


Figura 1. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producido

Respecto al “equilibrio presupuestal con el recaudo”, en los años 2016 y 2017 se mejoró considerablemente este indicador el cual se ubicó en 0,99, es decir que casi llegó al estándar que debe ser ≥ 1 , esto quiere decir que por 100 centavos que gasta la entidad recauda efectivamente en la vigencia 99 centavos; en el año 2015 sólo se recaudaban 94 centavos (Figura 2).

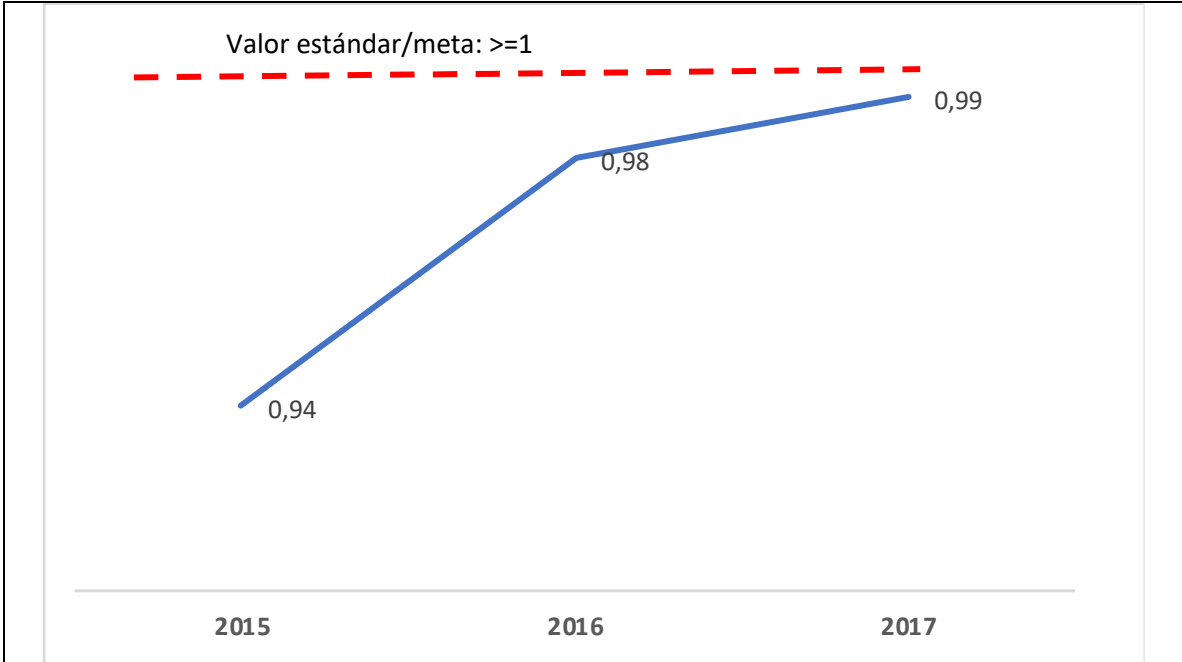


Figura 2. Equilibrio presupuestal con el recaudo

En relación a las deudas superiores a 30 días por conceptos de personal de planta y conceptos de contratación de servicios, se logró estabilizar el indicador, partiendo de deudas en el 2015 por valor de ciento veinticinco millones (\$125.000.000) y llegando al año 2017 con deudas de cero pesos (\$0). Este indicador es importante en la medida que esta expresando que la entidad no posee deudas con su personal médico y asistencia, en tal sentido esta asegurando la buena prestación del servicio de salud (Figura 3).

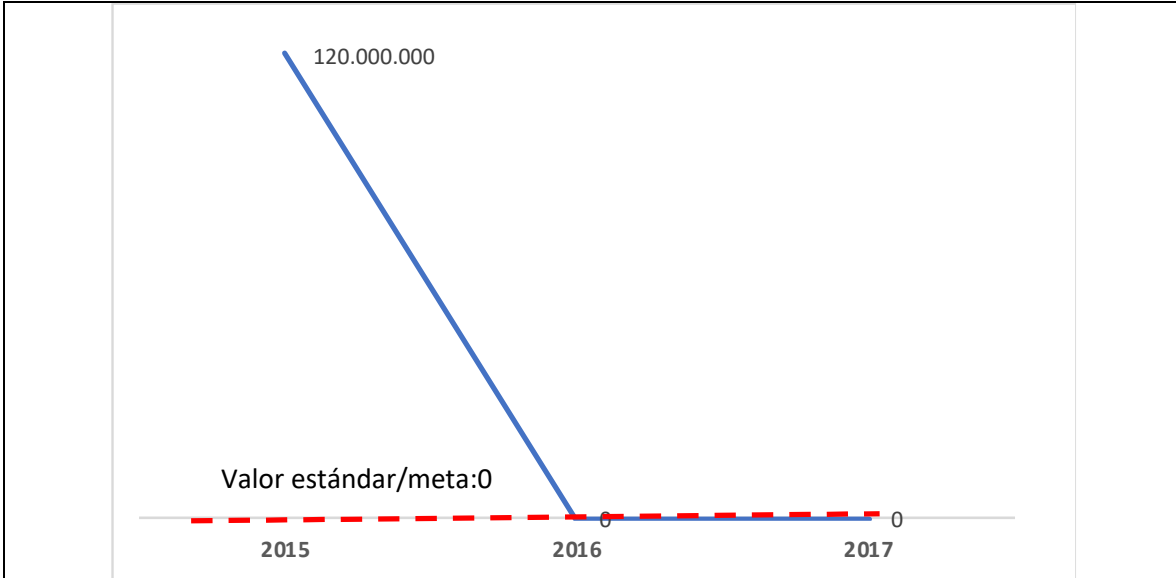


Figura 3. Deudas superiores a 30 días por concepto de personal de planta y contratación se servicios

De acuerdo a la variable “equilibrio presupuestal con reconocimiento”, el hospital San Antonio de Marmato ha tenido un evolución importante, ya que en 2015 este indicador estaba en 0,96 y pasó al 2017 a 1,21, siendo el estándar o meta ≥ 1 . Esto quiere decir que existe un mayor reconocimiento de ventas de servicios de salud de alrededor del 21%, respecto al presupuesto anual.

Este variable indica que la entidad ha aumentado la venta de servicios en un 25%, y que si bien estos recursos no son recaudados inmediatamente, le posibilita que cuando se de un mayor recaudo de vigencias anteriores, estos recursos se puedan adicionar al presupuesto. El mayor reconocimiento por venta de servicios permite absorber mayores gastos que presente la entidad a futuro en la medida en que se logre su recaudo. El mayor reconocimiento en el 2017 frente al presupuesto, le representaron recursos al hospital por valor de 700 millones, este valor se concentró en su mayoría en ventas de servicios de salud al régimen contributivo. En la siguiente figura se puede evidenciar como ha evolucionado el reconocimiento por venta de servicios de salud.

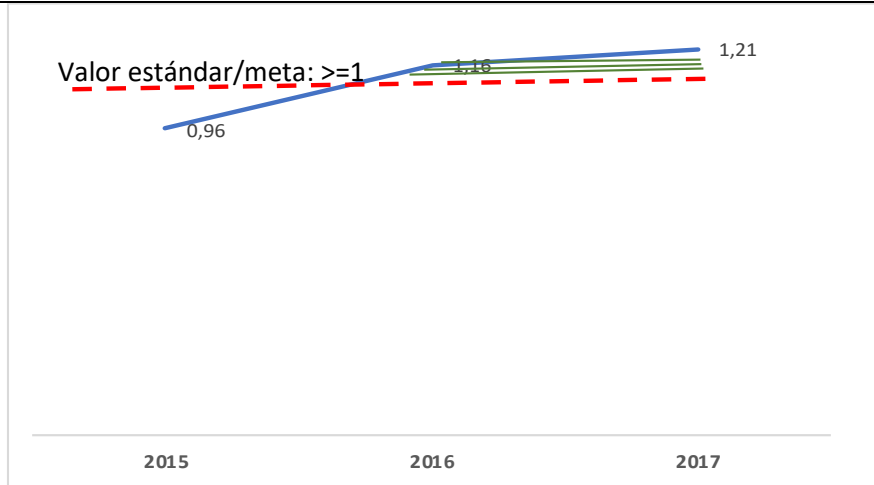
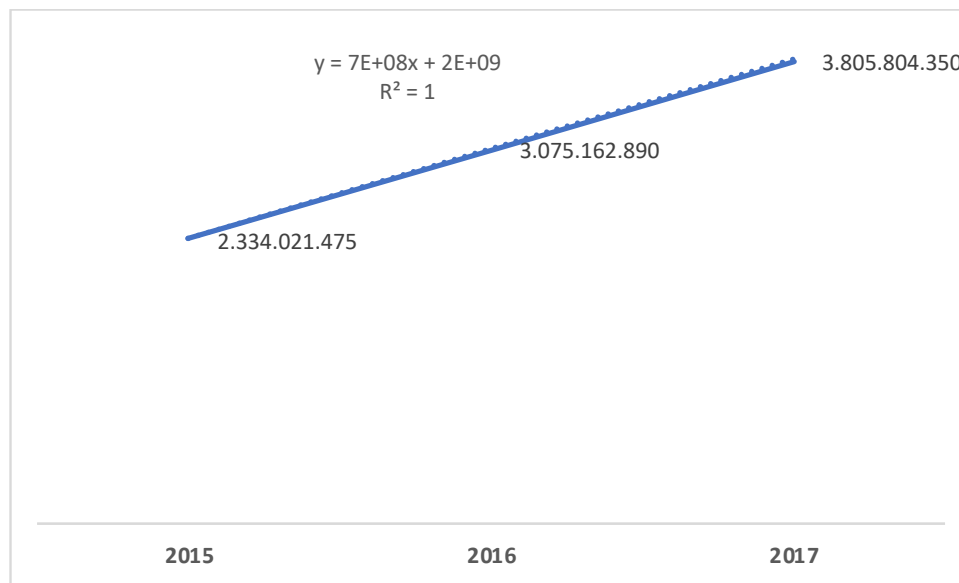


Figura 4. Equilibrio presupuestal con reconocimiento

En términos presupuestales, el mayor reconocimiento en año 2017 significó para la entidad \$1.471.782.875 y en el 2016 \$741.141.415; dicha tendencia ha sido lineal desde el 2015, como se ilustra en la siguiente figura:



Otra variable importante analizada fue el “ingreso recaudado en la vigencia”, en la cual se puede evidenciar que ha tenido una evolución positiva, dado que en el 2015 se recaudaron \$ 1.740.954.698 y en el 2017 \$2.903.945.781, esto significa que el recaudo efectivo

aumento en un 67% respecto al 2015. Lo anterior se puede explicar por la aumenta en la venta de servicios de salud a la población, al igual que por el aumento en el recaudo de cartera de vigencias anteriores.

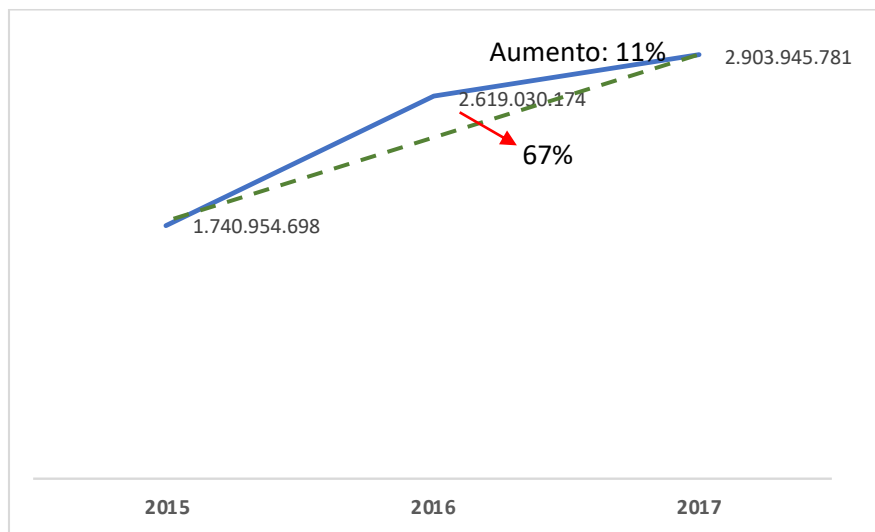


Figura 5. Ingreso recaudado en la vigencia

En la siguiente tabla, se resume la información de las variables estudiadas desde el año 2015 y hasta el año 2017, las cuales inciden de manera directa en el riesgo financiero de una entidad:

Tabla 2. Variables financieras analizadas

Variable	Meta	2015	2016	2017
Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido.	$\leq 0,90$	0,94	0,92	0,91
Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo	$\geq 1,00$	0,94	0,98	0,99

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	125.000.000	0	0
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	>=1,00	0,96	1,16	1,21
Total ingresos recaudados		1.740.954.698	2.619.030.174	2.903.945.781
Valor del reconocimiento		2.334.021.475	3.075.162.890	3.805.804.350

6.2. Acciones implementadas para la gestión del riesgo financiero.

Al inicio del periodo de la gerencia 2016-2019, se evidenció que el presupuesto del hospital era insuficiente para respaldar los gastos emanados de la prestación de los servicios de salud, lo cual estaba causando problemas para realizar la contratación de las personas médico asistencias, medicamentos e insumos por falta de disponibilidad presupuestas. El presupuesto inicial aprobado para el 2016 fue de \$1.975.203.920, sin embargo para junio de este mismo año, estaban obligados \$1.687.683.633 y comprometidos 1.839.412.663, es decir que ya estaba agotado el presupuesto en un 93% y aún faltaban 6 meses del año para cubrir los gastos.

Dada la anterior situación, desde la gerencia se iniciaron diferentes acciones para mejorar las condiciones financieras del hospital y evitar el riesgo financiero de la entidad; en tal sentido, a continuación se describen dichas acciones:

6.2.1. Seguimiento a los costos asociados a los contratos en la modalidad de capitación:

El concepto de contratación en la modalidad de capitación se entiende como:

“Un pago periódico a las IPS, de una determinada suma de dinero para el cubrimiento de determinadas actividades y procedimientos del POS; está basada en principio de un enfermo potencial y no en enfermedades sentidas, según indicadores de utilización potencial de servicios por lo que se debe conocer de las características de la población; el perfil del usuario de servicios de salud indica que es más exigente, menos tolerante, impaciente ante el error, frecuentemente asesorado, mejor informado” (15).

Por consiguiente la ESE asume la obligación de ofrecer los servicios de salud de baja complejidad a todos los pacientes adscritos a la EPS a un costo fijo, en dos programas importantes: morbilidad y acciones de atención específica y detección temprana. Para el caso de morbilidad la EPS pagará el mismo costo si se enferma un paciente o todos y para los programas acciones de atención específica y detección temprana la EPS descontará el valor de las metas que no se cumplan.

Con base en anteriores consideraciones, se evidencio que los costos asociados a la prestación de los servicios por el contrato de capitación para el caso de la EPS-Cafesalud eran mayores que los ingresos percibidos, es decir la margen de contratación era negativa y generaba pérdida. En el 2016, la margen de contratación fue negativa por valor de \$163.248.406.

Según La Resolución 558 de 2008 de la Contaduría General de la Nación, la perdida o ganancia de los contratos por capitación se deben contabilizar de la siguiente manera:

“Si al finalizar el mes el valor de la facturación supera el valor del contrato, la diferencia debe registrarse debitando la subcuenta 580814-Margen en la contratación de servicios de salud, de la cuenta 5808-OTROS GASTOS ORDINARIOS, previa disminución del ingreso por el margen en la contratación

de servicios de salud, si existiere, y acreditando la subcuenta que corresponda, de la cuenta 1409-SERVICIOS DE SALUD. Si por el contrario, el valor facturado es inferior al del contrato, la diferencia se registra con un débito en la subcuenta 147087-Margen en la contratación de servicios de salud, de la cuenta 1470-OTROS DEUDORES y con un crédito en la subcuenta 480822-Margen en la contratación de servicios de salud, de la cuenta 4808-OTROS INGRESOS” (13).

Con el fin de disminuir la pérdida en este tipo de contratos se implementó en el 2017, el monitoreo en tiempo real de los servicios prestados a los pacientes por esta modalidad buscando que cada mes los costos fueran menor o igual al valor pagado por la EPS. Adicionalmente, a nivel asistencial se trabajó en cuatro líneas: evitar la re-consulta de los pacientes, mejorar los programas de promoción y prevención, implementar la asistencia en casa y desarrollar programas específicos para la población adulta mayor.

La implementación de esta estrategia permitió que en el 2017 el margen de contratación se ubicara en \$74.289.221, que si bien aún fue negativo, se redujo en un 45% frente al 2016. La disminución de los costos se concentraron mayormente en los servicios por morbilidad, es decir fue eficiente el control de los pacientes re-consultantes y la estabilización de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. En la siguiente figura se evidencia el comportamiento de los costos, ingresos y el déficit o superávit por los servicios de salud prestados por capitación durante el año 2017:

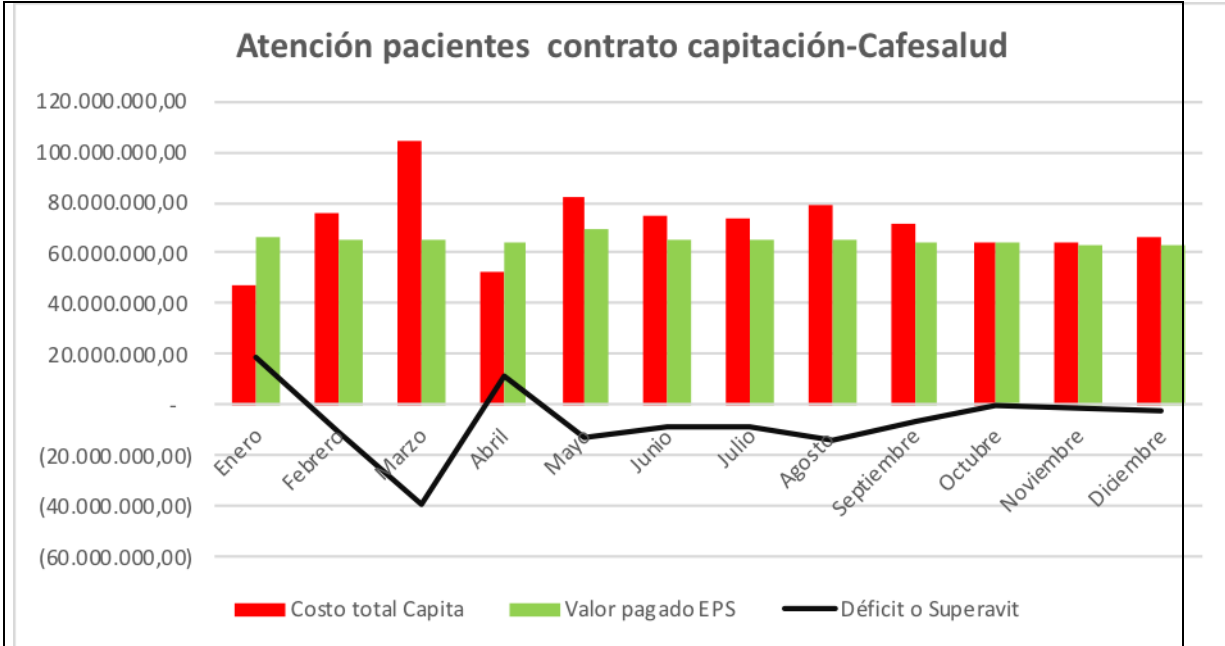


Figura 6. Costos, ingresos y déficit o superávit por los servicios prestado por capitación

Realizar este ejercicio no es fácil, dado que el hospital debe estar siempre dispuesto para atender los pacientes que se requieran los servicios de salud y además cumplir con la oportunidad en la asignación de citas, sin embargo este ejercicio es una herramienta útil que permite controlar los costos asociados a los contratos por capitación. En el 2015 y 2016 se encontraron meses donde la capitación daba pérdidas hasta por \$60.000.000, lo cual sugiere que hubo un uso excesivo de los servicios de salud por parte de los pacientes.

Aunado a lo anterior en la negociación del contrato de capitación con la EPS, se ha logrado un mayor porcentaje de incremento en el pago por paciente, ubicándola en un valor mensual por paciente de \$16.902; dicho valor se encuentra en valor medio alto si se compara con el valor pagado por la EPS (hoy Medimas) a otros hospitales de baja complejidad del departamento de Caldas, solo por mencionar un ejemplo al hospital del municipio de Marquetalia la EPS Medimas le paga por paciente aproximadamente 14.900, es decir que al hospital de Marmato en la actualidad le pagan \$2.002 más por atender un mismo paciente de la EPS.

6.2.2. Aumento en la venta de servicios de salud:

Aumentar la venta de servicios de salud ha sido una estrategia importante para mejorar la situación financiera del hospital, desde el 2016 la gerencia asumió el reto de llegar a pacientes que nunca accedían a los servicios de salud y que pertenecían al régimen contributivo o a la EPS Mallamas cuyo contrato esta pactado por evento.

Todos los contratos del régimen contributivo se han negociado por evento y a tarifa SOAT plena, esto significa que el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente, que para el caso de estudio es tarifas de SOAT pleno.

Efectivamente este tipo de prestación de servicios genera una importante ganancia para la entidad, siempre y cuando se logren captar los pacientes. En tal sentido es importante indicar, que la entidad ha logrado obtener muy buenos resultados con esta estrategia ya que la venta de servicios de salud al régimen contributivo ha aumentado en un 133%, pasando de facturar \$388.541.252 en el 2015 a llegar en el 2017 a facturar \$905.990.995, también con importante aumento en el 2016 del 58%.

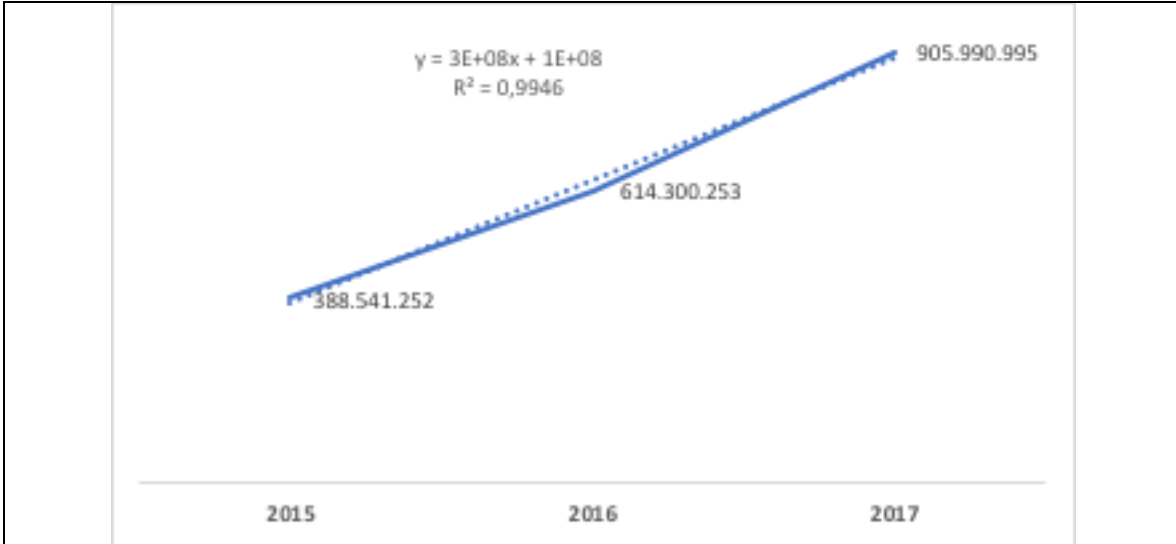


Figura 7. Aumento en la venta de servicios de salud al régimen subsidiado

Para el caso de la EPS Mallamas, que si bien es del régimen subsidiado pero con modalidad de contratación por evento, se facturaron los siguientes valores por año: 2015: \$123.500.400, 2016: 185.631.228 y 2017: 250.608.095; esto significa un crecimiento del 100% del año 2015 frente al año 2017.

Adicionalmente, la prestación de servicios de salud a los SOAT y ARL también presentó un aumento importante, lo cual ha significado aumento de recursos importantes para el Hospital.

Dando cumplimiento al objetivo 2, es importante indicar que las Empresas Sociales del Estado deben realizar el seguimiento a los costos asociados a los contratos en la modalidad de cápita dado que en la mayoría de los casos la atención de estos pacientes es más costoso y no compensa con los ingresos percibidos por parte de las EPS, si bien no se deben negar los servicios de salud a los pacientes, si debe existir una atención integral y priorizada que garantice la buena salud de los pacientes y además fortalecer los programas de Py P. De igual manera es tarea de la entidades aumentar la venta de servicios de salud para mejorar los ingresos que compensen los gastos y mejorar la negociación de los

contratos tanto por cápita como por evento a tarifas justas y competitivas. De igual manera es fundamental hacer monitoreo trimestral a las siguientes variables: Evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido, Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo, Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior, Equilibrio presupuestal con reconocimiento y Total ingresos recaudados.

6.3. Otras acciones implementadas por la alta gerencia para mejorar y monitorear el estado financiero de una ESE

Dada la importancia de mejorar la situación financiera de La ESE Hospital San Antonio de Marmato, también se implementaron otras acciones relacionadas con la austeridad y eficiencia en el gasto desde el año 2017; las cuales se explican a continuación:

6.3.1. Contratación de servicios personales.

Si bien es cierto, la entidad ha mantenido la misma planta de personal para la prestación de los servicios de salud, no se han aumentado los sueldos desde el año 2016 y mantuvo la misma planta, tratando de esta manera que el rubro destinado para este gasto logre cubrir los gastos de todo el año. Es importante indicar, que en el año 2016, el presupuesto inicial solo logró cubrir el pago de personal hasta el mes de junio.

Para el año 2017, la mayor venta de servicios de salud logró aumentar el presupuesto inicial para el rubro de personal en un 35% permitiéndole a la entidad contratar el personal requerido. La estrategia en este punto se centro, más que en la austeridad, si en la eficiente de los recursos, ya que con el mismo personal la producción aumentó, tal como se describió en los puntos anteriores.

6.3.2. Gastos generales

Los gastos generales están constituidos por: materiales y suministros, compra de equipos, papelería y combustible, cafetería y apoyo logístico, viáticos y gastos de viaje, servicios públicos domiciliarios, pago de celular, publicidad y mantenimiento de equipos y vehículos; para dichos rubros se presentó una disminución/ahorro general del 10%, centrado en los siguientes:

1. Consumo de gasolina: En el 2017 se logró disminuir el consumo de combustible a través del control efectivo del mismo; de pagos mensuales de \$6.000.000 se bajó a \$4.000.000; esto constituyó un ahorro anual de \$24.000.000.

2. Consumo de Papelería: En este rubro los hospitales gastan un importante recurso ya que deben enviar tres copias de facturas y soportes a las EPS'S, de igual manera deben imprimirse soporte para la historia clínica. A partir de los anterior, la entidad ejecutó unas importantes acciones tales como: sistematización de la historia clínica (inicialmente es una importante inversión pero a un plazo medio los beneficios son buenos para las instituciones de salud y para los pacientes) y desarrollo de las siguientes campañas: uso del correo electrónico para el envío de información, impresión a doble cara, uso de papel reciclable y prohibición de impresiones a color. El gasto en este rubro se mantuvo en el 2017, pero los próximos años bajará considerablemente por la sistematización de la historia clínica y la radicación de facturas a través de herramientas web.

3. Gastos de viaje y viáticos: En este rubro se presentó un ahorro de \$3.900.000 dado que no se realizó aumento en las tarifas de los viáticos, no se pagaron viáticos a los municipios cercanos como: Supía, Riosucio; y se controlarán los viáticos del técnico de Saneamiento quien transporta las muestras de agua a la DTSC (se enviarán las muestras en las remisiones de pacientes).

6.3.3. Gastos de operación comercial.

Los gastos de operación comercial corresponden a los rubros de compra de medicamentos, insumos médicos y mantenimiento; rubros que aumentan cuando se dan mayores ventas de servicios de salud, en tal sentido, estos gastos se aumentaron en el 2017, pero solo en un 10%, lo que significa que el mayor gasto fue eficiente en la medida en que proporcionó mayores ingresos para la entidad.

Es preciso indicar que los gastos de una entidad de salud, no son fáciles de controlar en la medida en que el servicio es altamente dependiente del personal y los insumos; por consiguiente solo será controlable en la medida en que se sea más eficiente en la prestación del servicio y en el aumento en la venta de los mismo. En el siguiente cuadro se resumen las principales acciones realizadas en el hospital para disminuir el gasto y su eficiencia en el año 2017.

Tabla 3. Medidas de austeridad y eficiencia en el gasto implementadas en el 2017

Detalle	Presupuesto asignado 2016	Presupuesto asignado 2017	Acción de austeridad/eficiencia implementada
CONTRATACION SERVICIOS PERSONALES	266.159.361,00	202.388.500,00	Presupuesto definitivo 2016 fue de \$728.187.928. Para el 2017 se planteó mantener el techo de \$728.000.000 para contratar personal. Como medida de austeridad en la contratación del 2017 no se realizaron incremento al valor global y mensual de los contratos. Es importante aclarar que el Hospital cuenta con nueva infraestructura que requiere mayor administración; adicionalmente el municipio es minero, lo que aumenta el riesgo en accidentalidad.
Honorarios y remuneración servicios técnicos Asistenciales	108.859.361,00	90.000.000,00	
Honorarios y remuneración servicios técnicos Administrativo	157.300.000,00	112.388.500,00	
GASTOS GENERALES	260.564.599,22	267.854.576,00	
Materiales y Suministros (Aseo)	19.244.118,08	14.000.000,00	Se incentivaron las brigadas periódicas con todos los funcionarios de la ESE para mantener las instalaciones en las

			mejores condiciones
Compra de equipos	19.335.181,00	54.345.227,00	Adicional a la inversión en computadores, se compró el digitalizador para complementar el equipo de Rayos X; el cual permitió un ahorro significativo ya que los CD sustituyeron las placas reveladoras (8.500 por unidad). Compra de equipos para exámenes laborales
Papelería	41.209.350,00	35.209.350,00	Durante el año 2017 se adelantaron las siguientes campañas: a. Uso del correo electrónico para el envío de información; b. impresión a doble cara; c. Uso de papel reciclable, d. Eliminación de impresión a color. Si bien para el año 2017 se proyectó un recurso de \$35.000.000, se comprometieron solo \$31.000.000.
Combustible	51.772.868,00	53.772.868,00	En el 2016 se logró disminuir el consumo de combustible a través del control efectivo del mismo; de pagos mensuales de \$6.000.000 a logró bajar a pagos aproximados de \$4.000.000 en los últimos meses. Durante el año 2017 se siguieron aplicando los controles para seguir reduciendo el consumo de combustible; el incremento en este rubro se debió al aumento en el costo del galón de gasolina para el año 2017.
Cafetería y apoyo logístico	1.100.000,00	1.100.000,00	
Viáticos y gastos de viaje	26.480.772,97	21.000.000,00	El Presupuesto ejecutado del 2016 fue de \$25.483.074, lo que corresponde a un ahorro de \$3.997.698 (por este ahorro se proyectó un recurso de \$21.000.000 para este rubro como medida de austeridad). Para el 2017 no se realizaron aumento en las tarifas de los viáticos, no se pagarán viáticos a los municipios cercanos como: Supía, Riosucio; y se controlarán los viáticos del técnico de Saneamiento quien transporta las muestras de agua a la DTSC (se enviarán las muestras en las remisiones de pacientes).

Servicios públicos domiciliarios	36.575.000,00	33.000.000,00	Durante el año 2017 se buscó una reducción de \$2.888.136 en el pago de servicios públicos.
Pago de celulares	7.686.864,00	7.000.000,00	A partir de marzo de 2017 se programó la entrega de dos líneas de movistar que mensualmente le ahorran a la ESE un valor de \$300.000 y al año de \$3.600.000. De igual manera se disminuirán los minutos de los planes existentes, la navegación a internet y el pago de los equipos.
Publicidad	-	-	
Impresos y Publicaciones	692.208,00	1.200.000,00	Si bien se dio un aumento en el rubro de publicidad por valor de \$507.792; este se hace indispensable para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas tanto municipal como departamental. De igual manera el municipio de Marmato aún cuenta con mucha población rural, para lo cual se hace necesario desarrollar estrategias de información a través de la entrega de publicidad de los diferentes programas de la ESE, tales como: P y P y e intervenciones colectivas.
Mantenimiento de vehículos	14.031.192,00	15.000.000,00	Entrega en comodato de una ambulancia a Defensa Civil para el transporte de enfermos del área rural y urbana; los costos de esta ambulancia están a cargo de los empresarios y alcaldía municipal.
Mantenimiento de edificaciones	1.568.545,00	15.000.000,00	Es indispensable realizar un mantenimiento a las instalaciones del hospital para evitar su deterioro. Esta pendiente el mejoramiento del cerramiento, el alcantarillado, reparación de humedades y de un techo en mal estado y de obras pendientes
Mantenimiento de equipos	38.641.369,00	15.000.000,00	
Bienestar e incentivos	2.227.131,17	2.227.131,00	
GASTOS DE OPERACIÓN	290.160.081,00	321.274.423,00	

COMERCIAL			
Medicamentos	180.000.000,00	180.000.000,00	Por aumento en la demanda de servicios de la ESE; se aumenta el gasto en la compra de medicamentos.
Insumos médicos (Mat medico Q, Laboratorio, Odontológico)	64.160.081,00	86.274.423,00	Prestar todos los servicios de laboratorio en la ESE, sin usar el laboratorio del hospital de Riosucio
Otros gastos operación Comercial	46.000.000,00	55.000.000,00	Usar materiales de donaciones para disminuir el gasto en la compra de insumos para la ESE

Las anteriores estrategias se siguen profundizando en la entidad y en la medida que se puede se da cumplimiento para disminuir los gastos asociados a los procesos administrativos mas que asistenciales.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

Con el desarrollo de la presente investigación se logró dar respuesta a los objetivos planteados; en tal sentido a continuación se describen las principales conclusiones obtenidas en el análisis:

El hospital logró de manera importante mejorar y monitorear las variables de: evolución del gasto por Unidad de valor relativo producido, resultado Equilibrio presupuestal con recaudo, monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior, equilibrio presupuestal con reconocimiento y total ingresos recaudados; debido a la implementación de estrategias enfocadas al aumento en la venta de servicios de salud, mayor eficiencia en el gasto en los contratos de cápita y mejor negociación de los contratos con las EPS.

De igual manera, la mayor producción por venta de servicios de salud a contribuido a mejorar significativamente los ingresos de la entidad los cuales han servido para cancelar todas las acreencias contraídas durante vigencias anterior, adicionalmente, ha permitido aumentar el presupuesto destinado para asumir los costos asociados a la prestación de los servicios de salud.

Monitorear los costos asociados a la prestación de los servicios en la modalidad de cápita, la productividad por venta de servicios de salud, el mayor recaudo de cartera y la mejor contratación con las EPS, ha contribuido de manera significativa al mejoramiento de los indicadores evaluación en la información reportada en el Decreto 2193 de 2004; esta situación ha mantenido la entidad sin riesgo financiero.

Aunado a lo anterior, el Hospital San Antonio de Marmato en la práctica ha logrado el

pago de deudas a acreedores, mantener los pagos de salarios del personal al día, invertir en la compra de equipos médicos y en el mejoramiento de infraestructura.

Es importante indicar que las acciones dirigidas a la austeridad en el gasto, tales como: disminución en el consumo de gasolina, papelería, gastos de viaje y viáticos y los costos relacionados con la operación comercial; también han contribuido de manera significativa a mejorar las finanzas del hospital.

7.2. RECOMENDACIONES

La presente investigación es la primera que se realiza respecto al análisis financiero de una entidad de salud; en tal sentido es importante seguir explorando las acciones que se pueden implementar para mejorar el estado financiero de estas entidades, a través del análisis de otros estudios de caso que pueden contribuir a mejorar el conocimiento sobre el funcionamiento y manejo financiero de un hospital.

Hasta el momento, las acciones implementadas por el hospital han sido eficientes en la manera que han mejorado la salud financiera de la entidad, sin embargo, es importante seguir analizando el resultado de dichas acciones a largo plazo y si efectivamente son eficientes para mejorar los indicadores financieros.

Es importante transferir el presente aprendizaje a otros hospitales del departamento de Caldas que requieren mejorar su situación financiera o salir del riesgo financiero como es el caso del hospital de Samaná y Filadelfia.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ (1) Rodríguez Salazar, Oscar. “Reformas promercado y seguridad social”, en Rodríguez, Oscar (Editor), ¿Hacia una reforma del sistema de seguridad social?: Salud, pensiones y riesgos profesionales, Ministerio de Salud, CID, Universidad Nacional, 2002.
- ✓ (2) Senn, Amartya. Desarrollo y libertad, Planeta, Bogotá, 2001.
- ✓ (3) Bertola, Luis. “Patrones de desarrollo y Estados de Bienestar en América Latina”. En Bárcena Alicia y Prado Antonio Editores. Neo estructuralismo y corrientes heterodoxas en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. CEPAL Santiago de Chile 2015.
- ✓ (4) Douglas North. Instituciones, cambio institucional y comportamiento económico, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- ✓ (5) Ley 1122 de 9 enero 2007 del Congreso de La República de Colombia, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html (último acceso 16 de junio de 2018).
- ✓ (6) Departamento Nacional de Planeación. Bases del Plan de Desarrollo 2014-2018.
- ✓ (7) Informe al Honorable Congreso de la República 2010-2014 y 2013-2014 Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
- ✓ (8) Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social”, en el libro Exclusión social en Salud en América Latina y el Caribe.

Coordinadoras: Amparo Hernández y Carmen Rico. Publicación del IDCR (Canadá). OPS y la Universidad javeriana, en edición, Bogotá, Mayo del 2011 pág. 35 – 68 ISBN emboo 978-1-55250-509-0 ISBN 978-958-716-421-3 Ed. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá libro de 408 páginas www.javeriana.edu.co/editorial Diciembre 13 de 2010. (900) (2)

- ✓ (9) Decreto 2193 de 8 julio de 2004 del Congreso de La República de Colombia, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 45604 de julio 9 de 2004. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2193-de-2004.pdf> (Último acceso 16 de agosto de 2018).
- ✓ (10) Briones, G. La formulación de problemas de investigación social. Bogotá D.C.: Universidad de los Andes, 1978.
- ✓ (11) Martínez Carazo, P. C. El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y Gestión, (20), 165-193. 2006. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>
- ✓ (12) Galeano Marín, M. E. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: La Carreta Editores, 2012.
- ✓ (13) Neiman, G. & Quaranta, G. Los estudios de caso en la investigación sociológica. En: I. Vasilachis de Gialdino (Comp.). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa, 2006.
- ✓ (14) Cuevas R. Socorro. Contratacion por capitacion en salud. Escuela Superior de Administracion Pública, 2005.
- ✓ (15) Resolución 558 de 7 de noviembre de 2008 de la Contraloría General de la Nación, por la cual se modifica el Manual de Procedimientos del Régimen de

Contabilidad Pública. Diario Oficial 47171 de noviembre 12 de 2008. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33704> (último acceso 15 de julio de 2018).

- ✓ (16) Resolución 2249 de 30 de mayo de 2018 del Ministerio de Salud Y protección Social, por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N°:50609 de mayo 30 de 2018. http://legal.legis.com.co/document?obra=legcol&document=legcol_9e7f271cd8a249a595e6cdf34db96db7 (último acceso 15 de junio de 2018).
- ✓ (17) Ley 1122 de 9 enero 2007 del Congreso de La República de Colombia, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html (último acceso 16 de junio de 2018).