

**EFICACIA FINANCIERA DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO EN
HOSPITALES DE ANTIOQUIA SUSCRITOS DURANTE LOS AÑOS
2004, 2005 y 2006.**

DANIEL VELÁSQUEZ BETANCUR

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MEDELLÍN
2017**

**EFICACIA FINANCIERA DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO EN
HOSPITALES DE ANTIOQUIA SUSCRITOS DURANTE LOS AÑOS
2004, 2005 y 2006.**

DANIEL VELÁSQUEZ BETANCUR

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración
en Salud**

**Asesor
Mario Alberto Zapata Vanegas
MD PhD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN
EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE PROGRAMAS DE SALUD
MEDELLÍN
2017**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
GLOSARIO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. ANTECEDENTES.	11
2.2. PROBLEMÁTICA.	12
2.3. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS.	13
2.4. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD.	16
2.5. EXPERIENCIA DEL AJUSTE HOSPITALARIO EN COLOMBIA.	16
2.6. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	18
2.7. ESTRATEGIA DEL PAÍS EN EL SECTOR SALUD.	18
2.8. PROYECTO DE CRÉDITO CONDONABLE, HISTÓRICO DEL PROGRAMA DE CRÉDITO CONDONABLE.	19
2.8.1. <i>Objetivo del Programa Proyecto de Crédito Condonable.</i>	21
2.8.2. <i>Objetivos Específicos del Programa de Crédito Condonable.</i>	21
2.8.3. <i>Estructura del Programa de Crédito Condonable:</i>	21
2.9. EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE DESEMPEÑO.	22
2.10. VIABILIDAD Y RIESGOS.	23
2.11. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CRÉDITO CONDONABLE	24
2.12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DEL ESTADO.	25
2.13. CRÉDITO CONDONABLE EN ANTIOQUIA.	26
2.14. EFICACIA.	26
2.15. GESTIÓN HOSPITALARIA	27
2.16. VALORACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO	28
2.17. INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO.	299
2.17.1. <i>Construcción del EBITDA:</i>	319
2.17.2. <i>Construcción del margen EBITDA:</i>	319
2.17.3. <i>Construcción del capital de trabajo neto operativo (KTNO).</i>	319
2.17.4. <i>Construcción de la productividad del capital de trabajo(PKT)</i>	30
2.17.5. <i>Indicadores de solvencia.</i>	31
2.17.6. <i>Construcción Razón Corriente.</i>	32
3. OBJETIVO GENERAL.	344
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	355
5. METODOLOGÍA.	366

5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.	37
5.2. TIPO DE ESTUDIO.	37
5.3. POBLACIÓN.	37
5.4. PLAN DE ANÁLISIS.	377
5.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	387
5.6. CONFLICTO DE INTERESES.	387
5.7. VARIABILIDAD DE LOS INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO POR HOSPITAL (INFORMACIÓN DEL SIHO).	388
5.8. INFORMACIÓN UTILIZADA.	398
5.9. CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.	398
6. RESULTADOS.	39
6.1 ANÁLISIS DE INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO	39
6.2 ANÁLISIS DE INDICADORES DE SOLVENCIA	44
6.3 ANÁLISIS DE INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO EN SUBREGIONES DE ANTIOQUIA	46
6.4. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO	59
7. DISCUSIÓN	61
8. CONCLUSIONES	65
9. LIMITACIONES	70
10. RECOMENDACIONES	71
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
11. ANEXOS	74
11.1 MARGEN EBITDA, PROMEDIO, DESVIACIÓN ESTÁNDAR POR SUB REGIONES Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE LOS HOSPITALES QUE FIRMARON CRÉDITO DE DESEMPEÑO CONDONABLE.	75
11.2. ANEXO 2. PKT, PROMEDIO Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR POR SUB REGIONES DE LOS HOSPITALES QUE FIRMARON CRÉDITO DE DESEMPEÑO CONDONABLE EN ANTIOQUIA.	76
11.3 ANEXO 3. RAZÓN CORRIENTE, PROMEDIO Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR POR SUB REGIONES DE LOS HOSPITALES QUE FIRMARON CRÉDITO DE DESEMPEÑO CONDONABLE EN ANTIOQUIA.	81
11.4 ANEXO 4. PRUEBA ACIDA, PROMEDIO Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR POR SUB REGIONES DE LOS HOSPITALES QUE	

FIRMARON CRÉDITO DE DESEMPEÑO CONDONABLE EN
ANTIOQUIA.

86

RESUMEN

El convenio de desempeño de crédito condonable a hospitales públicos es un programa implementado por el gobierno para mejorar la eficacia hospitalaria y disminuir el impacto del déficit financiero acumulado de las ESE; suscrito durante los años 2004 - 2006. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del programa, a través de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, usando la información registrada en el software %SIHO+ de la cual se tomaron los estados financieros de los hospitales de cada año después de suscrito el programa y se evaluó la variabilidad a través de los inductores de valor financieros. Donde al contrastar la tendencia negativa general de los inductores de valor, se interpreta como menores posibilidades de generación de valor de las ESE. Ninguna de las Empresas Sociales del Estado evaluadas que presentaron categoría de %alto riesgo financiero+ cambió su situación a una categoría de menor riesgo.

Palabras clave: eficiencia, hospitales públicos, servicios de salud, nivel de atención.

ABSTRACT

The credit agreement for public hospitals is a program implemented by the government to improve hospital efficiency and to reduce the impact of the cumulative financial deficit of ESE, subscribed during the years 2004-2006. The objective of this study is to evaluate the efficacy of the program, through a descriptive, observational, retrospective study using the information recorded in the %SIHO+ software for which the financial statements of the hospitals were taken each year after the program was signed and variability was evaluated at through the inductors of financial value. Where in contrasting the general negative tendency of the inductors of financial value, it is interpreted as less possibilities of generation of value in general of ESE. None of the evaluated ESE that presented a category of "high financial risk" changed their situation to a lower risk category.

Key words: efficiency, public hospitals, health services, standard of care.

GLOSARIO

1. **BID:** Banco Interamericano de Desarrollo
2. **CONPES:** Consejo Nacional de Política Económica y Social
3. **DSSA:** Dirección Seccional de Salud de Antioquia
4. **EPS:** Entidades Prestadoras de Salud
5. **ESE:** Empresa Social del Estado
6. **IPS:** Institución Prestadora de Salud
7. **POS:** Plan Obligatorio de Salud
8. **RAE:** Real Academia Española
9. **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
10. **SIHO:** Sistema de Información Hospitalaria

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Para el año 2000, luego de 6 años de la transformación del Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Colombia se contaba con una problemática diagnosticada sobre la situación del sector salud, especialmente en la prestación de servicios y la importancia de la red pública hospitalaria del país, que beneficia a la mayoría de la población del régimen subsidiado y a la población pobre no afiliada, siendo esta por sus características la más vulnerable.

Los problemas identificados del sector salud en el país son de diferente índole: insostenibilidad financiera, pobre capacidad resolutive, inflexibilidad del régimen laboral del sector público, deficiencias en el sistema de información en salud, debilidades en la gestión interna, vacíos en el desarrollo, pobre sistema de incentivos, desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores, sistema de tarifas de actividades, entre otros, todo esto repercute negativamente en la sostenibilidad de los hospitales del país.

Algunos autores desarrollan ^(1,2), cada uno desde su perspectiva, los problemas por los que atraviesan las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país y las dificultades de las acciones tomadas por la nación para enfrentar la crisis.

En este contexto, fueron diversas las fuentes ⁽³⁾ utilizadas por el Ministerio de la protección social en el año 2005 para la presentación de la política nacional de prestación de servicios de salud, la cual buscaba en su momento convertirse en el marco de promoción de una actuación articulada de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos, propendiendo alcanzar los objetivos de mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención, generar eficiencia en la prestación de servicios y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

Sin embargo, las Empresas Sociales del Estado (ESE), entidades públicas descentralizadas con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, no han alcanzado un nivel adecuado de autofinanciación y auto sostenibilidad, debido a que estas deben financiarse con la venta de servicios y consecuentemente han tenido que promocionar la venta de servicios de salud, además de contratar, prestar y facturar estos servicios. Lo anterior con el agravante de tener cuentas por pagar elevadas y porcentajes de recaudo inferiores al nivel del equilibrio financiero.

Considerando esta situación, la Nación definió la estrategia de reorganización de servicios de salud del país, con la cual se buscó transferir recursos para cubrir el déficit de servicios de salud, y poder

así mejorar la calidad de la prestación y el rediseño de la red de prestadores públicos de servicios de salud del país, a través de líneas de acción de apoyo técnico y financiero a entidades territoriales para el rediseño, reorganización y ajuste de las redes de prestación de servicios y de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

Para la época actual, ya culminado el programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud mediante el convenio entre hospitales públicos y el Estado, se busca evaluar la transformación de la gestión y sostenibilidad financiera de los 44 hospitales públicos del departamento de Antioquia que recibieron recursos económicos por medio del convenio de crédito condonable en los años 2004, 2005 y 2006.

Si bien el objeto del convenio es el saneamiento fiscal de las instituciones, en la actualidad varias de estas se encuentran en una condición más desfavorable que al inicio del convenio, con el agravante que en uno o más años de vigencia del convenio no lograron condonar la deuda, dejándolas en incierto panorama, debido a que a la crisis fiscal de años atrás cuando se firmó el convenio se sumaría el pago de la deuda adquirida por no cumplir los compromisos.

Esta investigación evaluó las condiciones fiscales del período comprendido entre la firma del convenio y la actualidad de los hospitales públicos que suscribieron el proyecto de crédito condonable en los periodos 2004, 2005 y 2006 en el departamento de Antioquia, además de analizar la pertinencia o no pertinencia de realizar nuevamente un convenio con similares condiciones o garantías.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES.

La reforma del sector salud en Colombia fue motivada por los procesos de ajuste macro económicos y de apertura global, además de las grandes tendencias universales en políticas en salud⁽¹⁾. En el año 1993, concentrándose en el aseguramiento obligatorio universal, se dio la principal reforma al sistema de salud Colombiano, teniendo como razones principales para el replanteamiento del mismo las consideraciones de equidad, solidaridad, reorientación del gasto en salud, aumento de la financiación, privatización de los servicios, búsqueda de la eficiencia, instaurar una modalidad de competencia regulada en el sistema colombiano⁽²⁾, buscando solucionar una situación de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y mala calidad en la prestación de los servicios de salud⁽³⁾. Igualmente, esta reforma se realizó en un contexto político-administrativo de descentralización territorial e institucional del sector, siguiendo los lineamientos establecidos por la Constitución Política de Colombia.

Con la Ley 100 del año 1993 se definieron tres objetivos principales

- a. Lograr la cobertura para toda la población mediante el aseguramiento en salud.
- b. Aumentar la eficiencia en el uso de los recursos.
- c. Mejorar la calidad de la atención.

Estos objetivos serían alcanzados a través de una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada a un proceso de autonomía institucional en la prestación de servicios⁽³⁾.

A partir del año 1993, en todo el territorio nacional, comenzó la transformación de los hospitales públicos en entidades descentralizadas, con autonomía administrativa, patrimonio propio (Empresas Sociales del Estado). Con esto, se forjó un cambio fundamental en la filosofía del sistema, la estructura de financiamiento de la oferta paso a la estructura de demanda⁽³⁾.

Adicionalmente, el esquema introducido por la Ley 60 de 1993, otorgó a los entes territoriales autonomía para la administración de los recursos financieros y la toma de decisiones en el ámbito de dirección, administración y prestación de los servicios de salud⁽⁴⁾. Sin embargo, muchos municipios no contaban, y en el presente aún no cuentan, con la capacidad técnica, operativa y financiera para ejecutar de manera efectiva las competencias asignadas⁽³⁾. Es así como en muchos casos, se estableció una oferta pública desordenada, no eficiente, con infraestructura física innecesaria o

subutilizada, además de una sobreestimada contratación de personal para su prestación ⁽⁴⁾.

Posteriormente, La Ley 715 de 2001, que derogó la Ley 60 de 1993, reorganizó la asignación de recursos y estableció nuevas competencias a los diferentes niveles del gobierno ⁽⁵⁾. Adicionalmente, ordena una reorganización de la oferta pública hospitalaria adecuada y ajustada a la realidad epidemiológica de los municipios, con el fin de controlar el creciente gasto hospitalario y los bajos niveles de productividad, denotando una alta ineficiencia operativa.

2.2. PROBLEMÁTICA.

Las causas que han llevado a una situación de crisis a la red pública hospitalaria es multifactorial, según la política nacional de prestación de servicios de salud, la problemática puede clasificarse en 2 grupos: Problemas acumulados y problemas emergentes. Los primeros corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan aún vigentes, y los problemas emergentes son los que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud Colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o los relacionados a las modificaciones en la situación de salud de la población ⁽⁶⁾.

Los problemas acumulados hacen referencia a: baja capacidad resolutive, inflexibilidad del régimen laboral del sector público, pasivo prestacional de los hospitales públicos, ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología, falta del sistema integral de información en salud, ausencia de un sistema de rendición de cuentas, debilidad en los procesos de articulación departamento/municipio, debilidad en la gestión y universalidad del aseguramiento ⁽⁶⁾, además a la alta carga prestacional de los funcionarios ⁽⁷⁾.

Los problemas emergentes identificados fueron: fragmentación y atomización en la prestación de servicios, inexistencia de un sistema de información en salud por parte del sistema obligatorio de la calidad, carencia de un sistema de incentivos, desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores, limitaciones en la contratación y pago utilizados para la compra de servicio de salud, desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda ⁽⁸⁾. A esta problemática se le suman unas causas recientes como la práctica sistemática de no pago, incumplimiento de estándares de habilitación, gran concentración de usuarios en pocas empresas promotoras de salud, resultando en el incremento del poder de negociación, falta de claridad en las cuentas del sistema de salud,

igualación del Plan Obligatorio de Salud (POS) subsidiado y contributivo pero no igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la evolución del gasto en salud, ineficiencia hospitalaria, disminución en la productividad, pobre modulación del sistema, pobre inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros⁽⁶⁾.

2.3. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS.

El concepto de hospital ha variado notablemente en las últimas décadas, resultado de la necesidad de supervivencia institucional⁽⁸⁾. En la historia reciente la situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos⁽⁴⁾, sumado a esto, las EPS encargadas del pago a las IPS, sistemáticamente incumplen con los tiempos de pago establecido por ley⁽⁴⁾, lo que lleva a las IPS a generar déficit acumulado, deudas con proveedores, laborales y acudir a préstamos de corto plazo con entidades financieras, resultando en el incremento de los gastos comprometidos y por lo tanto, incrementando la ineficiencia de estas instituciones, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó y en parte, falta de vigilancia a las aseguradoras⁽³⁾.

A partir del año 1997, el déficit de los hospitales públicos empieza a crecer, presentando una brecha significativa entre ingresos y gastos⁽³⁾. En Colombia los ingresos de los hospitales públicos crecen anualmente en menos del 5%, mientras que el crecimiento de los gastos es mayor al 10%⁽³⁾. El Gráfico 1 muestra cómo desde 1997, los gastos superan los ingresos y cómo la brecha se ha incrementado con el paso del tiempo⁽³⁾.

Evolución Ingresos y Gastos hospitales públicos. 1994 - 2001

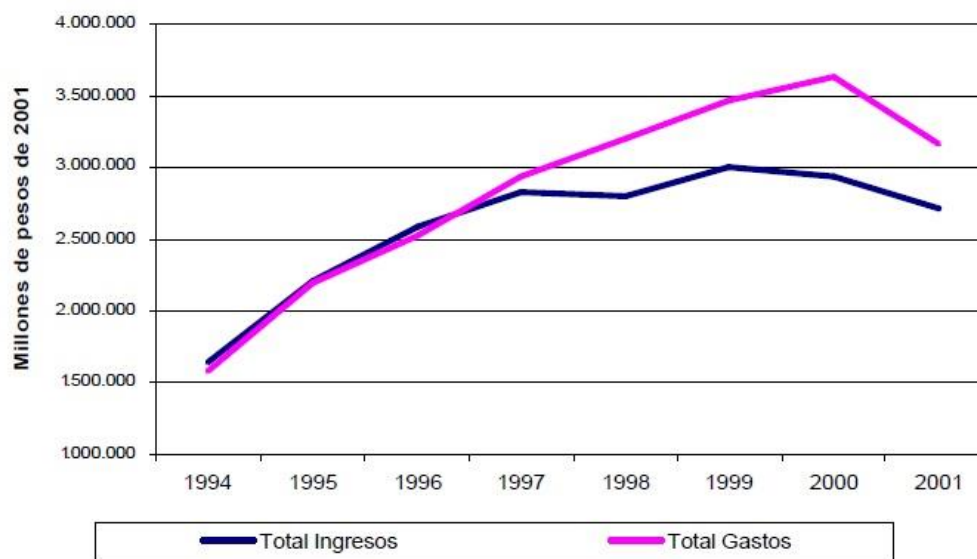


Grafico 1. Evolución Ingresos y Gastos hospitales públicos. 1994-2001 ⁽³⁾.

El crecimiento en el gasto está explicado principalmente por el crecimiento de la planta de personal y los servicios personales indirectos, el gasto de personal en los gastos de funcionamiento en todos los niveles de atención, con un aumento superior al 50% entre los años 1994 y 2001⁽³⁾. Esto sumando a una pobre productividad, denota claramente la ineficiencia hospitalaria que ha contribuido a la acumulación de pasivos e incremento del déficit ⁽³⁾.

**Comportamiento del gasto de personal de los hospitales públicos
por nivel de atención. 1994 - 2001.**

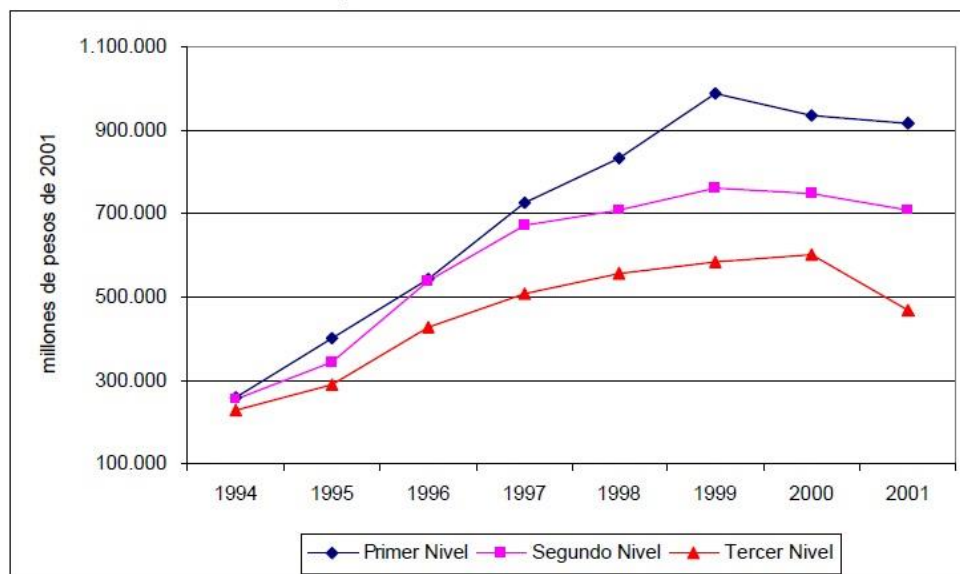


Grafico 2. Comportamiento del gasto de personal de los hospitales Públicos por nivel de atención 1994-2001 ⁽³⁾

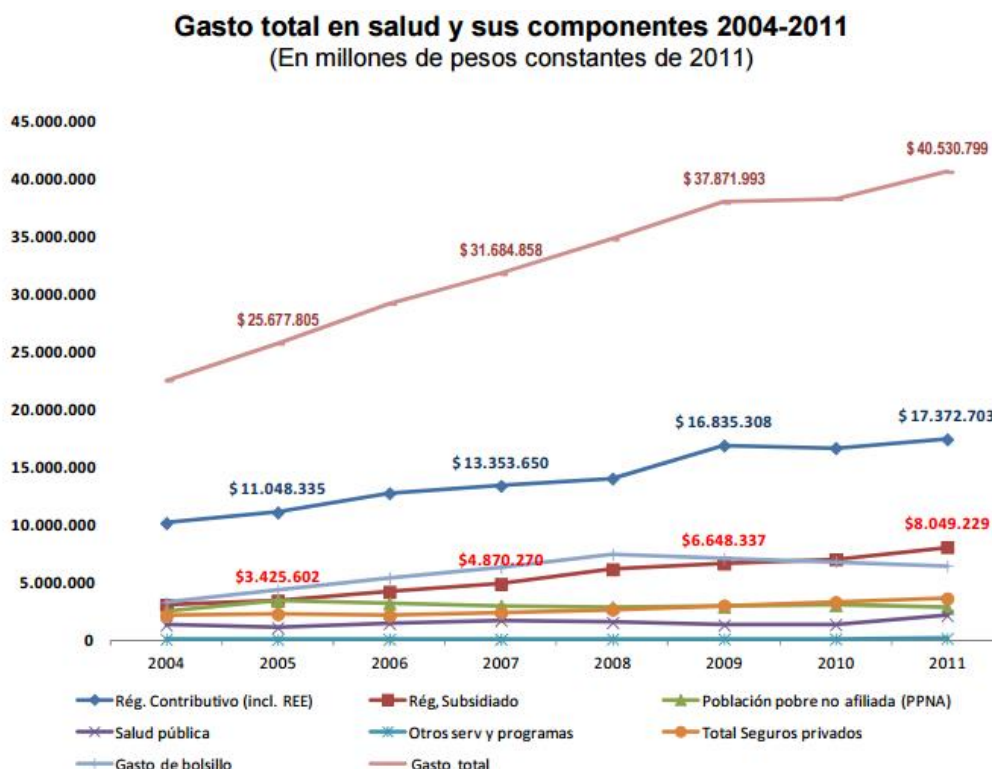
Según el documento CONPES 3204 al analizar el comportamiento de la totalidad de número de cargos reportados por niveles de atención durante 1997-2001, se evidencia que el mayor incremento se generó en instituciones de primer nivel de atención (50%). Por su parte, en las instituciones de segundo nivel el incremento fue del 2% y en las de tercer nivel del 7%⁽³⁾.

En el contexto actual, la crisis hospitalaria ha sido constante antes y después de la reforma de 1993 ⁽⁹⁾; la situación de los hospitales públicos pasa por un desfinanciamiento de la prestación de servicios, deficiente gestión financiera y administrativa, fracaso de la política de intermediación financiera, para la cual, como consecuencia, los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos y déficit en los últimos años, además de la aparición de fenómenos indeseables, tales como la negación de servicios de salud a los usuarios y los problemas de cartera de los hospitales⁽⁹⁾. Entre los principales pasivos asociados a cartera se cuentan las deudas con proveedores, obligaciones laborales, servicios personales indirectos, impuestos y sanciones que sumados para el año 2015 superaba los 5.8 billones de pesos⁽¹⁰⁾.

Agravando la situación, se encuentran las deudas ya adquiridas y las posibles deudas consecuencia de los procesos jurídicos a los cuales se enfrentan los hospitales. Reparación directa, ejecutivos contractuales, laborales y otros son las causas por las que las ESE deben invertir grandes recursos en defensa jurídica para evitar incrementar los pasivos que ya se generan en la operación corriente ⁽¹⁰⁾.

2.4. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD.

La transformación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha generado un aumento significativo en el gasto. Como se evidencia en la gráfica 3, el total de recursos del sector pasó de \$4,2 billones de pesos en 1994 a \$13,2 billones de pesos en el 2004 y posteriormente a más de 25 billones de pesos en 2011, lo que representa una tasa de crecimiento real de estos recursos superior al 92% entre 2000 y 2011; esto a pesar de los decrecimientos presentados en los años 1998 (0.4%) y 2000 (15.7%) ⁽³⁾. Este incremento tan considerable en el gasto, está asociado a la cobertura con aseguramiento próximo al universal que presenta el país en la actualidad ^(3,11).



Grafica 1- Gasto total en salud y sus componentes 2004-2011 (11)

2.5. EXPERIENCIA DEL AJUSTE HOSPITALARIO EN COLOMBIA.

En 1999 se destinaron \$146.288 millones para financiar un proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que benefició a 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención^(3,6). Este proyecto tuvo como objetivo ajustar la estructura de costos y redistribuir los

recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades+⁽³⁾.

Dentro de los logros alcanzados se tiene:

- a. Deducción de los costos de la planta de personal en 30%, favoreciendo la disminución de la brecha entre ingresos y gastos, aportando así a la disminución del pasivo acumulado.
- b. Reducción del volumen de camas subutilizadas, lo que permitió mejorar notablemente la productividad y el porcentaje ocupacional de las mismas. Se mejoró la eficiencia de la utilización de recursos hospitalarios.
- c. Disminución del número de días de estancia de los pacientes, mejorando la calidad y disminuyendo los riesgos de estancias innecesariamente prolongadas.
- d. Se pudo apreciar un incremento en el volumen de cirugías y consultas de urgencias, así como la disminución en actividades correspondientes a otros niveles de atención como partos vaginales y consulta externa, dirigiendo los recursos humanos y financieros en mejorar la capacidad resolutive del nivel al que asistieron los pacientes ^(3,12).

Posterior al ajuste de 1999, tomando como base los resultados obtenidos luego de aplicar un ajuste a los hospitales que se tomaron como prueba piloto, se decidió trasladar la metodología para su implementación en una muestra mayor de instituciones de primer y segundo nivel de atención en todo el territorio nacional ⁽³⁾.

En el caso de Antioquia, 44 hospitales firmaron el convenio de reorganización y modernización durante los años 2004, 2005 y 2006. Los hospitales adquirieron unas obligaciones, al igual que las entidades territoriales, para coadyuvar al mejoramiento de la eficiencia, realizando ajustes en la planta de personal, capacidad instalada y oferta de servicios con el fin de disminuir costos de operación, mejorar productividad, mejorar calidad y seguridad para el paciente ⁽³⁾.

Los hallazgos encontrados ponen en evidencia que el comportamiento hospitalario no sólo afecta notablemente las finanzas territoriales de hoy, sino que, además de continuar con igual tendencia, hará insostenible fiscalmente la operación hospitalaria y generará pasivos de gran magnitud, con enormes costos para el país ⁽³⁾. Una mirada prospectiva sugiere que los desequilibrios financieros evidenciados por los hospitales públicos mantendrán la tendencia creciente en el gasto, en el escenario de continuar con las características actuales de desempeño. Uno de los principales motivos para no lograr mayores coberturas de aseguramiento en salud en Colombia, parte principalmente del sostenimiento hospitalario, que creció más allá de la propia

capacidad para aplicar al principio de auto sostenibilidad mediante la venta de servicios. Este incremento de costos de funcionamiento no sólo afecta la viabilidad financiera de los hospitales, sino que además se convierte en la principal limitante de aumento en la cobertura del régimen subsidiado, a la vez que esta situación se ha constituido como el principal factor causante del déficit acumulado por el sector público no financiero territorial ⁽⁹⁾.

El esfuerzo para mejorar la estructura de gastos de los hospitales públicos y modernizar su esquema organizacional y gerencial, podrá ser evidenciado a mediano plazo solo a través de una disminución radical del déficit operacional y del déficit acumulado por los hospitales. No obstante, el resultado depende de la eficacia que se logre con la modernización hospitalaria y el tiempo destinado para este fin ⁽⁹⁾.

2.6. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

En el año 2002, el gobierno de Colombia con el objetivo de lograr que la oferta ajustada a las características epidemiológicas de la población, puso en marcha una serie de políticas y estrategias con el fin de alcanzar la operación dentro del mercado de las Empresas Sociales del Estado y privadas con criterios de eficiencia en el uso de sus recursos y eficacia en la atención de salud brindada, algunas de estas fueron:

- a. Aumentar la cobertura en salud de la población, especialmente de régimen subsidiado.
- b. Desarrollar un sistema de tarifas con codificación única.
- c. Definir un sistema único de habilitación para aseguradores y prestadores de servicios de salud.
- d. Garantizar la financiación de las instituciones de salud públicas a través de la venta de servicios de salud a las EPS
- e. Concurrir a través de créditos condonables, el financiamiento del proceso de ajuste y modernización de las IPS públicas mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias. Este último objetivo abrió las puertas al programa de reestructuración hospitalaria de crédito condonable ⁽⁶⁾.

2.7. ESTRATEGIA DEL PAÍS EN EL SECTOR SALUD.

Para el 2003 el estado Colombiano, enfocó su esfuerzo en el logro del aseguramiento en salud de más 5 millones de nuevos afiliados antes del 2006, lo que fuera un 28% de la población no asegurada para la época ⁽¹⁰⁾. Así mismo, el estado también resaltó la necesidad de lograr la reestructuración operativa de los hospitales públicos, mejorar el nivel de calidad y capacidad resolutiva en el nivel de

menor complejidad y de implementar mecanismos que integren los servicios de atención primaria, ambulatoria y hospitalaria de las redes públicas ⁽³⁾.

En desarrollo de lo establecido, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) expidió en noviembre de 2002 el documento CONPES 3204 ⁽³⁾, por medio del cual se establecieron los lineamientos nacionales de la política de prestación de servicios para el SGSSS, siendo prioridad el proceso de modernización de los hospitales públicos bajo la asignación de recursos provenientes del Estado con lo que se propendía a: disminuir el impacto negativo del gasto hospitalario en el déficit fiscal territorial, mejorar el desempeño de los hospitales públicos dentro del mercado en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad, y así mismo favorecer la ampliación progresiva de la cobertura de aseguramiento en salud de la población pobre del país ⁽³⁾.

2.8. HISTÓRICO DEL PROGRAMA DE CRÉDITO CONDONABLE.

Para el año 2002 a través del documento CONPES 3204 ⁽³⁾, se hace un estimativo del efecto del gasto hospitalario; a través del mismo documento se da prioridad al proceso de modernización de la red pública hospitalaria mediante la asignación de recursos del presupuesto nacional, buscando así, disminuir el impacto negativo del gasto hospitalario en el déficit fiscal, esto en aras de contribuir en el desempeño de los hospitales públicos dentro del mercado en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad, y a su vez favorecer la ampliación de la cobertura de aseguramiento en salud, especialmente la población no afiliada más pobre ⁽³⁾.

Como se describió previamente, en la experiencia previa de reestructuración de hospitales que fue tomada como proyecto piloto en 1999 se destinaron \$146.288 millones para financiar un proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que benefició a 26 instituciones a nivel nacional de segundo y tercer nivel de atención ⁽¹²⁾. Este proyecto tuvo como propósito ajustar la estructura de costos y redistribuir los recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades. Según el departamento nacional de planeación, el proceso logró resultados en cuanto a la reducción de la planta de personal vinculada, aumento del porcentaje ocupacional y a la vez la disminución del número de días de estancia hospitalaria, así mismo el aumento de la realización de procedimientos quirúrgicos y consultas. A su vez las conclusiones del mismo documento CONPES ⁽³⁾ donde se expone que la experiencia demostró que las posibilidades de éxito de reestructuración hospitalaria aumentan cuando existen redes integradas de servicio interinstitucionales que eviten la sobreoferta de servicios similares y la aplicación de un mayor control en el gasto, traduciéndose en una oferta ajustada y debidamente planificada ⁽³⁾.

Bajo el soporte de las experiencias de restructuración, el Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación recomendaron al Consejo Nacional de Política Pública y Social en Noviembre de 2002, incluir en el plan financiero del cuatrienio 2003 - 2006 y en el presupuesto de la nación para el mismo periodo, recursos por US\$250 millones para la financiación de la modernización de la red pública de prestación de servicios, además de autorizar a la nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US\$250 millones⁽¹³⁾ para la financiación del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud de acuerdo a los lineamientos establecidos en tal documento. Así mismo se recomendó desarrollar el plan de modernización hospitalaria a través de la modalidad de créditos condonables por medio de convenios de desempeño con las ESE, por medio del crédito con el banco interamericano de desarrollo (BID)⁽¹³⁾. El 29 de enero de 2004, se suscribió el crédito BID 1525 OC/CO por US\$90 millones de los cuales se destinarían US \$72 millones para el desarrollo del programa y US \$18 millones restantes como contrapartida local, con el objetivo de financiar el desarrollo del proyecto^(3,12,13).

Para el año 2006, apoyado en el decreto 3690 de 2004, el documento CONPES 3415⁽¹⁴⁾ justificó el endeudamiento externo y la financiación parcial del programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud, para las vigencias 2006 y 2007. Mediante este documento, se autorizó la contratación de empréstitos hasta por US\$50 millones mediante el crédito BID 1742 / OCCO, para tener el financiamiento necesario del proyecto durante dicha vigencia, previéndose que una parte de estos recursos como se expuso previamente serían utilizados en el seguimiento y evaluación de la política nacional de prestación de servicios de salud^(14,15).

En justificación para obtener el financiamiento requerido, se demostraron los resultados obtenidos en el proceso de restructuración hospitalaria entre el periodo de 1999 a 2005, donde aclaran que según las características del programa, los resultados solo serían observables a mediano plazo, no obstante demuestran la evolución de los principales indicadores de producción de servicios del convenio, estructura del gasto y superávit/déficit con recaudo entre 1999 y 2002, resumiendo que para este periodo en la producción de servicios ambulatorios se logró una variación positiva del 24,5 % y para los servicios quirúrgicos del 19,5%, en cuanto al porcentaje ocupacional se incrementó un 7,9% y el giro cama un 9,4%. Respecto a la estructura del gasto el número de funcionarios disminuyó un 37,1%, el gasto total en nómina también se redujo un 36,5%, esto último representando una disminución del 11% en el gasto de personal⁽¹⁵⁾.

Estas cifras del Ministerio de la Protección Social, mostraron una evolución alentadora en cuanto a la reducción de los gastos de personal y gastos de operación de las ESE, que permitieron conceptuar favorablemente a la Nación para que aprobara créditos externos con la banca multilateral hasta por US\$ 50 millones, destinados a financiar parcialmente el programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud 2006-2007 ⁽¹⁵⁾.

Posteriormente, el plan de desarrollo de 2006-2010 dispuso la continuidad del proyecto siempre y cuando este se oriente a la modernización y reorganización efectiva de las redes prestadoras de servicios de salud y su evaluación muestre resultados satisfactorios ⁽¹⁶⁾.

2.8.1. Objetivo del Programa Proyecto de Crédito Condonable.

El objetivo principal del programa fue apoyar la transformación de la gestión en los hospitales públicos a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permitiera la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud, así como la extensión del aseguramiento dentro del marco de SGSSS+ ^(3,16).

2.8.2. Objetivos Específicos del Programa de Crédito Condonable.

- a. Mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud de los hospitales públicos en un contexto de sostenibilidad financiera de mediano plazo, bajo el marco de competencia regulada establecido por la reforma de salud, mediante acciones de asistencia a las IPS públicas, las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de la Protección Social, la integración funcional de las IPS en el marco de redes de servicios de salud, la implantación de medidas de racionalización de los recursos humanos y la modificación del régimen de incentivos en el financiamiento de su operación ligado a metas de producción y calidad ^(3,16,17).
- b. Implementar un sistema de seguimiento y evaluación del desempeño de las redes prestadoras de servicios de salud. ^(16,17).

2.8.3. Estructura del Programa de Crédito Condonable:

Etapas 1: Reorganización operativa de las redes Empresas Sociales del Estado.

Este subcomponente agrupó todas las actividades relacionadas mediante la reorganización operativa y asistencia técnica a los hospitales, como se relató previamente, el instrumento seleccionado para agrupar estas actividades fue un convenio de desempeño entre la Nación y la entidad territorial, para el caso de Antioquia la DSSA, ligado a créditos cuya condonabilidad estuvieron sujetos al cumplimiento de las metas de desempeño especificadas propiamente en el convenio lo cual se ampliará más adelante. La etapa 1 de reorganización de los hospitales públicos, buscaba ajustar el portafolio de servicios y estructura básica, ajustada a los requerimientos de la población y que esta a su vez permitiera su operación en condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad, lo que implicaba el rediseño de la red de prestación de servicios por parte de los departamentos y la adecuación de los hospitales en cuanto al tipo y cantidad de servicios a ser ofertados. Para estas acciones el Gobierno Nacional mediante la cofinanciación de las entidades territoriales, destinó recursos para asistencia técnica y saneamiento, teniendo como meta el pago de liquidaciones, indemnizaciones y compensaciones del personal a quien se le suprimiría el contrato secundariamente al proceso de depuración de cargos, buscando así garantizar a su vez la operación de manera más equilibrada y sostenible ^(3,17).

Etapas 2. Implementación de proyectos prioritarios de prestación de servicios de salud en Colombia.

Esta etapa acogió el fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud en el territorio nacional, modificación del sistema de habilitación hospitalaria, evaluación de tecnologías en salud, implementación de la política nacional de fármacos y medicamentos y la evaluación de temas de interés de salud pública ⁽¹⁷⁾.

Etapas 3. Evaluación del logro.

Este subcomponente financió actividades orientadas a la evaluación de la capacidad de las ESE en la implementación, seguimiento y gestión de la política de prestación de servicios de salud acogida por el gobierno nacional ⁽¹⁷⁾.

2.9. EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE DESEMPEÑO.

La evaluación de cumplimiento se hace anualmente, un trimestre previo al pago de cada cuota de repago del contrato de empréstito interno, utilizando la matriz evaluativa de los convenios de desempeño por parte del comité evaluador, conformado por representantes del Ministerio de la Protección Social, Ministerio de

Hacienda y Crédito Público y la Dirección Nacional de Planeación con el objetivo de determinar si para el periodo evaluado el objetivo propuesto se había cumplido y si resultaba viable aplicar la condonabilidad de la deuda o no, de la cuota del periodo evaluado. El incumplimiento de las metas establecidas en la matriz de evaluación implica la no condonabilidad, debiendo la entidad territorial utilizar sus propios recursos para la financiación. Este proceso de evaluación se repitió cada año para todas las instituciones que firmaron convenio de crédito condonable por el periodo de contratado en el acuerdo ^(3,17).

En la estructura y planeación del proceso de reestructuración de ESE, La posibilidad de condonar los pagos del empréstito interno fue el incentivo más importante para que estas logaran las gestiones de ajuste y modernización propuestas, traducándose esto en la mejora de la calidad y el aumento de cobertura. En adición, estos créditos no computarían dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad de la ley de endeudamiento territorial, mientras las metas de ajuste estén siendo cumplidas de acuerdo con el cronograma establecido en el convenio de desempeño⁽¹⁷⁾. Por lo anterior, las entidades territoriales tendrían el incentivo adicional de cumplir con las metas establecidas en el convenio de desempeño, dado que de lo contrario podrían afectar su capacidad de contraer nuevo endeudamiento⁽¹⁷⁾.

2.10. VIABILIDAD Y RIESGOS.

La viabilidad legal del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud está descrito en el Artículo 43 de la Ley 812 de 2003 por medio de la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un estado comunitario ⁽¹⁸⁾, donde se plantea que estas instituciones hospitalarias deberán garantizar la sostenibilidad, equilibrio financiero y eficiencia en la prestación del servicio por mínimo 10 años ^(17,18).

La ejecución de la etapa 1, a través de un convenio de desempeño y un contrato de empréstito entre la Nación y la entidad territorial, está conforme con lo dispuesto en el Artículo 54 de la Ley 715 de 2001 ⁽⁵⁾, esto además según lo dispuesto por el ya mencionado decreto 3690 de 2004, por el cual se reglamenta el artículo 54 de la Ley 715 de 2001 ⁽¹⁵⁾, condicionando de esta manera a las instituciones a que estos sean gastos de inversión del sector, por tanto los créditos de desempeño no computarán dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad, mientras la entidad que los reciba cumpla con los requisitos que el Gobierno Nacional establezca para su condonación ⁽¹⁷⁾.

Sin las intervenciones previstas en el programa de crédito condonable, se calcula que el déficit operacional de los hospitales públicos anual oscilaría entre los \$221 mil millones de pesos colombianos (alrededor de US\$73 millones) en el 2003 hasta llegar a \$371 mil millones en el 2009 (alrededor de US\$123 millones) ⁽¹⁷⁾. Los esfuerzos propuestos en este programa se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional de los hospitales públicos. El período de recuperación de la inversión en indemnizaciones se estima en dos años y tres meses para todo el programa. ⁽¹⁷⁾.

2.11. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CRÉDITO CONDONABLE

Para el año 2008 según el informe de rendición de cuentas en el componente de modernización se han desarrollado acciones dirigidas al mejoramiento de los procesos relacionados con la planificación, coordinación y seguimiento de las redes de prestación de servicios ⁽¹⁹⁾. Con relación a las Empresas Sociales del Estado, las acciones de asistencia técnica se dirigieron a la adecuada articulación a la red de servicios, fortalecimiento de los procesos de planificación y seguimiento de la gestión, mejoramiento de procesos asistenciales y administrativos que favorecen la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención, además de mayor eficiencia en el uso de los recursos y sostenibilidad financiera de las instituciones ^(18,19).

Asimismo en dicho informe se suscita que como resultado de los procesos de evaluación de impacto del programa que se han realizado a la fecha, se ha encontrado que las instituciones prestadoras de servicios de salud han mejorado en sus procesos de producción de servicios, uso de capacidad instalada y condiciones de sostenibilidad financiera, presentando mejores indicadores que las IPS no incluidas en convenios ⁽¹⁹⁾. Al igual sobre la percepción de la calidad en la prestación de servicio de las mismas por parte de los usuarios, donde describen una mejor calificación para las instituciones públicas que firmaron convenio que para las que no lo hicieron ⁽¹⁹⁾.

Seguidamente en dicho informe como perspectiva se observa que el programa continuará con las acciones dirigidas a la modernización de la prestación, incentivando el fomento a la participación pública privada en la gestión de las IPS públicas, tal como se ha venido haciendo en los últimos años con buenos resultados en términos del mejoramiento de la calidad en la atención y adecuada utilización de la capacidad instalada ⁽¹⁹⁾.

2.12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DEL ESTADO.

Como parte de los procesos de evaluación de la política de prestación de servicios, durante el año 2012, se llevó a cabo la evaluación final del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, ejecutado entre 2004 y 2012, que tenía como objetivo apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos, a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permita la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud ^(12,18,19).

Dicha evaluación comparó los resultados financieros y de eficiencia de los hospitales incluidos en convenios de desempeño en el marco del programa, frente a los no incluidos, concluyendo que los hospitales que ingresaron al convenio en el año 2004, mejoraron sus estructuras financieras en relación con aquellos que no ingresaron al convenio ⁽⁹⁾, argumentando que lo anterior se vio reflejado en mejoras en los indicadores de capital de trabajo en el año 2011 ⁽⁹⁾. Por otro lado, el gasto de personal como razón de las ventas y el gasto operacional, tendió a ser menor en las instituciones con convenio, lo que sugirió en la evaluación la contribución de estos convenios de las entidades inscritas, en la mejora de esta relación que se ve traducida en un factor de eficiencia ⁽¹⁹⁾.

En relación con los indicadores de eficiencia el estudio concluye que partiendo de las mediciones de la línea base (2004) y la final (2011), se observó un aumento estadísticamente significativo en el valor de los indicadores de giro (giro consultorio de consulta externa, consultorio de urgencias, quirófano y unidad odontológica), en los hospitales con convenio. Esto se interpretó en que los hospitales con convenio hicieron una mejor utilización de su capacidad instalada y de su recurso físico disponible en relación con los hospitales sin convenio ⁽¹⁹⁾.

En el mismo marco, durante el período 2010 . 2014, se realizó el proceso de evaluación individualizada del cumplimiento de las metas y compromisos incluidos en los convenios de desempeño suscritos entre la Nación y las entidades territoriales, para la implementación del programa de rediseño, reorganización y modernización de las redes de prestación de servicios de salud. En desarrollo de esta actividad se evaluó, de manera individual, la gestión de las Empresas Sociales del Estado incluidas en los convenios y la gestión de las entidades territoriales y se hicieron las recomendaciones de condonación o pago de las cuotas de repago de los contratos de empréstito interno asociados a los convenios de desempeño ⁽²⁰⁾.

2.13. CRÉDITO CONDONABLE EN ANTIOQUIA.

En Antioquia en el año 2005, suscribieron este convenio 24 hospitales, relacionados a continuación: ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen, EL Bagre; ESE Hospital San Vicente de Paúl, Barbosa; ESE Hospital Marco Fidel Suarez, Bello; ESE Hospital Isabel La Católica, Cáceres; ESE Hospital San Pío X, Caracolí; ESE Hospital César Uribe Piedrahíta, Caucasia; ESE Hospital San Roque, Granada; ESE Hospital San Rafael, Itaguí; ESE Hospital La Misericordia, Nechí; ESE Hospital La Cruz, Puerto Berrío; ESE Hospital San Juan de Dios, Rionegro; ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, San Pedro de Urabá; ESE Hospital San Antonio, Tarazá; ESE Hospital San Juan de Dios, Yarumal; ESE Hospital San Rafael, Yolombó; ESE Hospital San Rafael, Zaragoza; ESE Hospital San Rafael, Angostura; ESE Hospital Pedro Nel Cardona, Arboletes; ESE Hospital Germán Vélez Gutiérrez, Betulia; ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, Frontino; ESE Hospital Octavio Olivares, Puerto Nare; ESE Hospital San Vicente de Paúl, Remedios; ESE Hospital San Juan de Dios, Sonsón y ESE Hospital San Antonio, Montebello.

Para el año 2006: ESE Hospital San Juan de Dios, Abejorral; ESE Hospital San Antonio, Betania; ESE Hospital San Juan de Dios, El Retiro; ESE Hospital Marco Aurelio Cardona, Maceo; ESE Hospital San Antonio, Caramanta; ESE Hospital San Vicente de Paúl, Pueblorrico; ESE Hospital Mental de Antioquia . HOMO-, Bello; ESE Hospital San Rafael, Santo Domingo; ESE Hospital San Juan de Dios, Segovia; ESE Hospital San Juan de Dios, Cocorná; ESE Hospital La Inmaculada, Guatapé; ESE Hospital San Juan de Dios, Marinilla; ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, Sabaneta; ESE Hospital Santamaría, Santa Bárbara; ESE Hospital San Rafael, Venecia; ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño, Vigía del Fuerte; ESE Hospital San Francisco de Asís, San Francisco; ESE Hospital Tobías Puerta, Uramita; ESE Hospital La Ceja, La Ceja; ESE Hospital La María, Medellín.

En Antioquia, de 133 Hospitales Públicos, 44 firmaron el convenio de desempeño, lo que corresponde a un 33%. Esto deja en manifiesto la magnitud de la crisis hospitalaria a nivel departamental. En la actualidad se liquidaron o se encuentran en proceso de liquidación 5 hospitales públicos que prestaban servicios de primer y segundo nivel de complejidad en los municipios de Puerto Berrío, Abriaquí, Santa Rosa de Osos, Zaragoza y Apartadó. De estos, Puerto Berrío y Zaragoza habían firmado convenio de desempeño.

2.14. EFICACIA.

La Real Academia Española define eficacia como: %Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera+. Una vez conocido el

objetivo general y los objetivos específicos del convenio de desempeño suscrito entre la Nación, las entidades territoriales y las ESE Hospitales del departamento de Antioquia; transcurridos en todos de los casos, los 10 años para los cuales estaba planteado el convenio, resulta conveniente realizar una evaluación global para el departamento, que nos permita determinar si se lograron cumplir las metas de salvamento planteadas, a través de la revisión de estados financieros publicados en la plataforma SIHO.

2.15 GESTIÓN HOSPITALARIA

El deficiente flujo de efectivo de hospitales públicos de Colombia tiene un problema estructural determinante, que consiste en suministrar servicios por anticipado y recaudar los pagos correspondientes aproximadamente 180 días después⁽²¹⁾; la cifra de tiempos de pago en carteras a los hospitales públicos continua creciendo, debido a los procedimientos administrativos necesarios de conciliación de entre prestador y asegurador, estos son en ocasiones utilizados como mecanismos de envejecimiento de cartera por parte del asegurador, debido al aprovechamiento de la incapacidad de las Empresas Sociales del Estado de lograr algo tan sencillo como proporcionar la información exacta y oportuna para la elaboración de las facturas de cobro⁽²¹⁾. Como se trató previamente, las dificultades de la gestión hospitalaria tienen dentro de sus principales desafíos, el conocimiento preciso de la información que rodea su estructura de costos, que posibilite saber de forma real el estado de pérdidas y ganancias, sin esto, se hace prácticamente imposible llevar a cabo un desarrollo coherente de la entidad hospitalaria⁽²²⁾; igualmente a todo tipo de organizaciones, en donde se sobrevive en la medida que los costos de funcionamiento sean inferiores a las ingresos de prestación de servicio.

2.16 VALORACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO

Tradicionalmente el riesgo ha sido valorado exclusivamente en términos físicos, debido a que es difícil cuantificar el riesgo en temas de sociales, sin embargo hoy en día se habla cada vez más de la vulnerabilidad global, que incluye tanto los aspectos físicos como los socio-económicos⁽²³⁾, lo que hace factible predecir el riesgo mediante el uso de indicadores. Para el año 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia por medio de la ley 1438 de 2011⁽²⁴⁾, en su artículo 81 determina la adopción de un programa de saneamiento fiscal y financiero que establece que las Empresas Sociales del Estado serán notificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre su nivel de riesgo financiero y que de estas, las categorizadas como como riesgo medio+o alto riesgo+deberán

someterse dentro de los 60 días calendario a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de Protección Social. No es hasta el año 2012 que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto 2509⁽²⁵⁾ del mismo año define la metodología para la categorización del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado, definiendo que para estas será teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes.

En cuanto a la metodología de categorización del riesgo se establece que: se estima el superávit o déficit de la operación corriente, teniendo en cuenta los ingresos operacionales corrientes recaudados, entendidos como la sumatoria del ingresos por concepto de venta de servicios de salud y otros ingresos corrientes, efectivamente recaudados durante la vigencia, más la proyección de recaudo de cartera radicada de corto plazo, ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, menos los gastos de la operación corriente comprometidos durante la vigencia, que incluyen los gastos de funcionamiento y los gastos de operación comercial y prestación de servicios de salud. En el caso de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial con condiciones de mercado especiales, se sumarán a los ingresos operacionales corrientes recaudados, los ingresos recaudados por aportes no ligados a ventas de servicios⁽²⁵⁾.

<p>Superávit ó déficit operacional corriente= Estimación de recaudo de cartera - Pasivos adquiridos en vigencias</p>
--

La proyección de recaudo de cartera radicada de corto plazo, se ajustará de acuerdo con el nivel de atención de la institución de la siguiente manera: Nivel 1: 80% de la cartera menor a 90 días y Nivel 2 y 3: 80% de la cartera menor a 180 días.

La proyección de recaudo de cartera radicada de largo plazo, se ajustará de acuerdo con el nivel de atención de la institución de la siguiente manera: Nivel 1: 70% de la cartera entre 90 y 360 días, más el 50% de la cartera mayor a 360 días. Nivel 2 y 3: 75% de la cartera entre 180 y 360 días, más el 50% de la cartera mayor a 360 días.

Se estima el superávit o déficit de la operación no corriente, teniendo en cuenta la proyección de recaudo de cartera radicada de largo plazo ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, menos los pasivos con edad superior a un año, así:

<p>Superávit ó déficit operacional no corriente= Estimación de recaudo de cartera- Pasivos adquiridos en vigencias anteriores</p>

Se estima el superávit o déficit total, sumando de manera algebraica el superávit o déficit de la operación corriente y no corriente, así:

$$\text{Superávit ó déficit total} = \text{Superávit ó déficit operacional corriente} - \text{Superávit ó déficit operacional no corriente}$$

El resultado anterior, se divide por el valor de los ingresos operacionales totales recaudados, entendidos como la sumatoria del ingresos por concepto de venta de servicios de salud y otros ingresos corrientes, efectivamente recaudados durante la vigencia, más la proyección de recaudo de cartera radicada de corto plazo, ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, en el caso de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial con condiciones de mercado especiales, se sumarán a los ingresos corrientes, los ingresos recaudados por aportes no ligados a ventas de servicios, y la proyección de recaudo de cartera radicada de largo plazo ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, generando el índice de riesgo así:

$$\text{Índice de riesgo} = \text{Superávit ó déficit operacional total} / \text{Ingresos operacionales totales recaudados}$$

Se estima el superávit o déficit presupuestal de la vigencia, teniendo en cuenta el total de los ingresos reconocidos menos los gastos comprometidos.

$$\text{Superávit ó déficit presupuestal} = \text{Ingresos reconocidos} - \text{Gastos comprometidos}$$

La cifra resultante se categorizará de la siguiente forma:

-Mayor o igual que 0,00	Sin riesgo
-Entre menos 0,01 y menos 0,10	Riesgo bajo
-Entre menos 0,11 Y menos 0,20	Riesgo medio
-Menor o igual a menos 0,21	Riesgo alto ⁽²⁵⁾ .

2.17. INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO.

Existen muchas metodologías para determinar la gestión de las IPS tanto públicas como privadas, particularmente para los hospitales públicos cobra particular importancia la buena administración y la acertada toma de decisiones con los recursos destinados a la salud de la población en general, estos a su vez, mantienen la especial necesidad de mantener una excelente prestación de servicio al usuario propendiendo la generación valor. Solo en los últimos años se ha visto cómo las empresas han acogido el término valor agregado como uno más de su lenguaje cotidiano⁽²⁶⁾, tradicionalmente la evaluación del desempeño de las organizaciones se ha soportado en indicadores que si bien debe reconocerse que pueden ser útiles para algún tipo de análisis, no apuntan hacia lo

fundamental que es permitir saber si hubo o no, agregación de valor y mucho menos permiten determinar si las estrategias de la empresa han producido los resultados deseados⁽²⁶⁾, por lo que resulta particularmente sesgado pretender administrar toda una institución hospitalaria exclusivamente desde los reportes financieros. Las empresas de salud deben entenderse como un sistema más complejo que abarca también otras medidas de desempeño no financieras como la gestión de la calidad; para el caso particular de las Empresas Sociales del Estado, es imprescindible proyectar una excelente prestación de servicio al usuario, escenario que requiere una inversión en capacitación de los empleados, no obstante en búsqueda que lograr un equilibrio y autosostenibilidad, en muchas ocasiones aparecen los recortes a la formación y capacitación del personal, situación que va en contravía del objetivo inicial de generar valor a través de una mejor prestación de servicio, eventualmente afectando la imagen de la institución de manera prospectiva, y esto a su vez, podrá contrariar la autosostenibilidad con la que se justifica inicialmente la carencia de formación del personal, terminando en destrucción de valor de la organización. Sin desconocer que, como se mencionó anteriormente, se pueden utilizar métodos en que los estados de resultados impiden ver la situación real de una organización.

Se define Inductor de Valor como ~~es~~ aquel aspecto de la operación de la empresa que está atado en relación causa-efecto a su valor y por lo tanto permite explicar el porqué de su aumento o disminución como consecuencia de las decisiones tomadas⁽²⁷⁾. Los inductores de valor se clasifican en 4 categorías: **1.** Macroinductores, conformado por la rentabilidad del activo y el flujo de caja libre; **2.** inductores operativos y financieros, conformado por el margen EBITDA, productividad del capital de trabajo y el uso eficiente de la capacidad instalada; **3.** Inductores estratégicos, que están relacionados a las competencias de la organización y **4.** Microinductores que son indicadores que a la medida de las características de la empresa, están asociados con el mejoramiento de los inductores operativos y financieros ⁽²⁷⁾.

Los inductores operativos y financieros Margen EBITDA, Productividad del Capital de Trabajo, Productividad del Activo Fijo, afectan directamente los macroinductores ⁽²⁷⁾.

2.17.1 EBITDA

El término EBITDA corresponde a las iniciales de Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization que en español significa Utilidades antes de Intereses, Impuestos, Depreciaciones y Amortizaciones, ~~es~~ la producción bruta de caja, o simplemente la caja bruta, que se destina, después de cubrir los impuestos, a la atención del servicio a la deuda (abono a capital y pago de

intereses), al reparto de utilidades, a la inversión en capital de trabajo y al apoyo a la financiación de inversiones en activos fijos^(27,28). El EBITDA solo tiene en cuenta elementos del estado de resultados para su estimación, ~~es~~ quizás el indicador financiero que más ha ganado en aplicación en los últimos años⁽²⁹⁾.

2.17.2. Construcción del EBITDA:

Utilidad operacional
(+) Depreciaciones
(+) Amortizaciones

Del EBITDA también surge el margen EBITDA, que es el mismo EBITDA representado como un porcentaje de las ventas, ~~que~~ muestra lo que cada peso de ingresos se convierte en caja bruta que se destina para cubrir los impuestos, atender el servicio a la deuda, el reparto de utilidades y al apoyo en la financiación de inversiones en activos fijos⁽³⁰⁾.

2.17.3. MARGEN EBITDA

~~El~~ Mientras mayor sea este margen mayores serán las posibilidades de crecimiento de la empresa y por ende mayores las posibilidades de generación de valor si esas inversiones en crecimiento rinden por encima del costo de capital. Esto explica por qué el Margen EBITDA es un inductor de valor⁽²⁸⁾.

2.17.4. Construcción del margen EBITDA:

EBITDA / ventas

2.17.5. KTNO

~~El~~ El capital de trabajo neto operativo es el verdadero capital de trabajo de una empresa, diferente al concepto erróneo de asumir esta partida como la diferencia entre el activo corriente y el pasivo corriente⁽²⁸⁾.

2.17.6. Construcción del capital de trabajo neto operativo (KTNO).

Cuentas por cobrar
(+) Inventarios
(-) cuentas por pagar

2.17.7. PKT

La Productividad del Capital de Trabajo, PKT, refleja la eficiencia con la que son aprovechados los recursos corrientes de la empresa. Se calcula dividiendo el Capital de Trabajo Neto Operativo (KTNO) de la empresa entre sus ingresos y se interpreta como los centavos que deben mantenerse en capital de trabajo por cada peso vendido+
(26).

2.17.8. Construcción de la productividad del capital de trabajo (PKT)

$PKT = KTNO / \text{Ingresos}$

Mantener un número pequeño para el indicador PKT implica que, a medida que crece, la empresa demanda menos capital de trabajo
(26).

2.17.5. Indicadores de solvencia.

Los indicadores financieros son utilizados para mostrar las relaciones que existen entre las diferentes cuentas de los estados financieros; y sirven para analizar su liquidez, solvencia, rentabilidad y eficiencia operativa de una entidad los indicadores de solvencia miden la habilidad que tiene la empresa para cubrir sus compromisos inmediatos, entre los indicadores de solvencia más utilizados están la razón corriente y la prueba acida

La razón corriente verifica con qué recursos cuenta el ente público para atender sus obligaciones de corto plazo, el activo corriente representa los derechos o bienes que pueden estar disponibles o que se pueden convertir en efectivo en un término no mayor al año+
(31).

2.17.9. Construcción Razón Corriente.

$\text{Activo corriente} / \text{pasivo corriente}$

2.17.10. Construcción prueba acida.

$\text{Activo corriente} - \text{inventarios} / \text{pasivo corriente}$

La prueba acida demuestra el número de veces que la empresa cuenta con el recurso monetario con mayor grado de disponibilidad con relación a las deudas y obligaciones a corto plazo⁽³²⁾. Es la misma razón corriente, solo que a esta se le restan los inventarios del activo corriente⁽³¹⁾.

Posterior a la presentación de la problemática que rodea el programa de crédito de desempeño condonable para las Empresas

Sociales del Estado en Antioquia surge el interrogante: ¿Fue eficaz el convenio de desempeño para la restructuración financiera de hospitales públicos de Antioquia suscrito en los años 2004, 2005 y 2006?

3. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el grado de eficacia financiera del convenio de desempeño de crédito condonable suscrito entre los hospitales de Antioquia, Entidades Territoriales, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social durante los años 2004, 2005 y 2006.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Evaluar el equilibrio financiero de los hospitales con crédito condonable de Antioquia entre el período previo a la firma del convenio y posterior a la finalización del mismo.
- Establecer y analizar la variación de los inductores de valor financiero y de los indicadores de liquidez de los hospitales que firmaron crédito de desempeño condonable en el periodo previo, durante y posterior a la ejecución del programa en Antioquia.
- Analizar la efectividad de la restructuración en los hospitales públicos de Antioquia.

5. METODOLOGÍA.

5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se plantea un proyecto de investigación con utilización de mediciones e indicadores financieros, que permita establecer la eficacia financiera y grado de cumplimiento del convenio de desempeño de crédito condonable suscrito entre los hospitales de Antioquia, Entidades Territoriales, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social durante los años 2004, 2005 y 2006, usando la información registrada en el sistema de información hospitalaria %SIHO+⁽³³⁾ cuyo acceso fue garantizado mediante permiso de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. De esta plataforma se toman los estados financieros y balance general desde el año que cada uno de los hospitales de Antioquia en estudio firmó el convenio hasta el 31 de diciembre de 2014. Se evalúa el comportamiento de los inductores de valor financiero (EBITDA y PKT), además de los indicadores de liquidez (razón corriente, prueba acida, y capital neto de trabajo) a través de matrices gráficas, buscando establecer la relación de la variabilidad de estos indicadores financieros y el impacto con los recursos y asistencia técnica recibida por parte del estado a nivel individual y regional. Monitoreando durante los años de ejecución del proyecto, por medio del análisis de los instrumentos de evaluación y los indicadores, el impacto financiero del convenio, concluyendo con la pertinencia de las metas propuestas, Pretendiendo obtener como resultado, comprobar la eficacia principalmente financiera del convenio de desempeño de crédito condonable.

5.2. TIPO DE ESTUDIO.

El desarrollo del estudio es de naturaleza descriptivo, observacional, retrospectivo, puesto que la información analizada parte de los convenios firmados durante los periodos 2004, 2005 y 2006, algunos aún vigentes a la fecha de realización del estudio. La fuente de información es secundaria mediante el acceso al sistema de información hospitalaria %SIHO+⁽³³⁾.

5.3. POBLACIÓN.

Durante los años 2004, 2005 y 2006 en Antioquia 44 Empresas Sociales del Estado firmaron convenio de desempeño, estas son: ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen, EL Bagre; ESE Hospital San Vicente de Paúl, Barbosa; ESE Hospital Marco Fidel Suarez, Bello; ESE Hospital Isabel La Católica, Cáceres; ESE Hospital San

Pío X, Caracolí; ESE Hospital César Uribe Piedrahíta, Caucasia; ESE Hospital San Roque, Granada; ESE Hospital San Rafael, Itagüí; ESE Hospital La Misericordia, Nechí; ESE Hospital La Cruz, Puerto Berrío; ESE Hospital San Juan de Dios, Rionegro; ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, San Pedro de Urabá; ESE Hospital San Antonio, Tarazá; ESE Hospital San Juan de Dios, Yarumal; ESE Hospital San Rafael, Yolombó; ESE Hospital San Rafael, Zaragoza; ESE Hospital San Rafael, Angostura; ESE Hospital Pedro Nel Cardona, Arboletes; ESE Hospital Germán Vélez Gutiérrez, Betulia; ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde, Frontino; ESE Hospital Octavio Olivares, Puerto Nare; ESE Hospital San Vicente de Paúl, Remedios; ESE Hospital San Juan de Dios, Sonsón y ESE Hospital San Antonio, Montebello; ESE Hospital San Juan de Dios, Abejorral; ESE Hospital San Antonio, Betania; ESE Hospital San Juan de Dios, El Retiro; ESE Hospital Marco Aurelio Cardona, Maceo; ESE Hospital San Antonio, Caramanta; ESE Hospital San Vicente de Paúl, Pueblorrico; ESE Hospital Mental de Antioquia . HOMO-, Bello; ESE Hospital San Rafael, Santo Domingo; ESE Hospital San Juan de Dios, Segovia; ESE Hospital San Juan de Dios, Cocorná; ESE Hospital La Inmaculada, Guatapé; ESE Hospital San Juan de Dios, Marinilla; ESE Hospital Venancio Díaz Díaz, Sabaneta; ESE Hospital Santamaría, Santa Bárbara; ESE Hospital San Rafael, Venecia; ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño, Vigía del Fuerte; ESE Hospital San Francisco de Asís, San Francisco; ESE Hospital Tobías Puerta, Uramita; ESE Hospital La Ceja, La Ceja; ESE Hospital La María, Medellín.

El presente estudio toma el universo como población objeto de estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, por tanto no requiere muestreo.

5.4. PLAN DE ANÁLISIS.

El análisis de la variables fue determinado a partir de la variación porcentual anual y la observación grafica de la variabilidad de la tendencia de los inductores de valor financiero y los indicadores de liquidez del universo de hospitales que suscribieron crédito condonable en Antioquia, pretendiendo determinar estadísticamente el comportamiento de estas variables en las organizaciones en términos de efectividad y el impacto en las organizaciones del uso de esos recursos.

En segundo lugar a estos datos gráficos además se realizó un comparativo entre los conceptos para los hospitales públicos del estado (hospitales sin riesgo, en riesgo, riesgo alto), concluyendo si a la luz de los inductores de valor financieros y los indicadores de liquidez si corresponden con los conceptos de nivel de riesgo de cada uno de los hospitales.

Además se construyó la evolución de los inductores de valor financiero por los hospitales que conformaban las subregiones del departamento de Antioquia comparando los cambios a nivel grupal por regiones pretendiendo encontrar relación entre las tendencias de las condiciones financieras de estas organizaciones y la georeferenciación.

5.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio por su naturaleza documental retrospectivo, y al no realizar modificación o intervención biológica, clasifica como ~~una~~ investigación sin riesgo+.

El presente estudio garantiza el respeto por el derecho de autor y propiedad intelectual, con las respectivas referencias bibliográficas donde ha lugar.

El acceso a la información es garantizado mediante la plataforma sistema de información hospitalario SIHO ⁽³³⁾, no obstante su característica de información pública, el acceso fue garantizado mediante permiso secretaria seccional de salud de la gobernación de Antioquia.

Para el análisis de la información, se utiliza nomenclatura, de manera que los datos obtenidos de las instituciones no sean divulgados.

La investigación no cuenta con financiación de ningún ente.

5.6. CONFLICTO DE INTERESES.

No se reportan conflictos de intereses.

5.7. VARIABILIDAD DE LOS INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO POR HOSPITAL (INFORMACIÓN DEL SIHO).

El Decreto 2193 de 2004, que modificó parcialmente la ley 715, define la creación de un software de centralización de la información Hospitalaria (SIHO) ⁽³³⁾, en este reposan los estados de resultados, balances generales, entre otra información y a su vez ~~hace~~ obligatorio los reportes periódicos de las finanzas y servicios a la Superintendencia de Salud+ ⁽³⁴⁾.

Los inductores operativos y financieros Margen EBITDA, Productividad del Capital de Trabajo, Productividad del Activo Fijo, afectan directamente los macroinductores, por esta razón y ante la imposibilidad de conocer como fuente de información primaria los

macroinductores de valor de las 44 Empresas Sociales del Estado que firmaron crédito de desempeño condonable durante todo el tiempo de ejecución, se opta por construir los inductores operativos y financieros a partir de los balances generales y estados de resultados reportados por cada una de las instituciones en el software SIHO ⁽³³⁾, cuyo acceso fue garantizado mediante permiso de la secretaria seccional de salud de la gobernación de Antioquia.

5.8. INFORMACIÓN UTILIZADA.

La recopilación de la información se realizó a través de los balances generales y los estados de resultados de los 44 hospitales de Antioquia que suscribieron créditos de desempeño condonables durante los años 2002 a 2014, esto con el objetivo de tener un referente de la situación de las instituciones previo al inicio del convenio y posterior a la culminación del mismo.

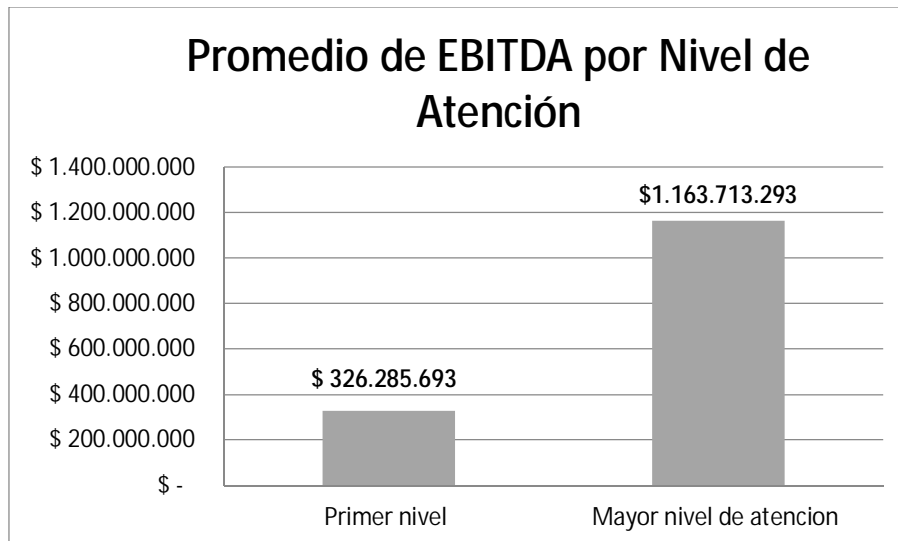
5.9. CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES.

Con la información consultada en el software SIHO ⁽³³⁾, se consolidaron los inductores de valor financiero y los indicadores de solvencia individuales de cada uno de los hospitales, que se vieron involucrados en el programa de crédito condonable en los años 2004, 2005 y 2006 del departamento de Antioquia, con los cuales a su vez se construyeron las gráficas globales y por subregiones de Antioquia para los resultados y posterior análisis y discusión.

6. RESULTADOS.

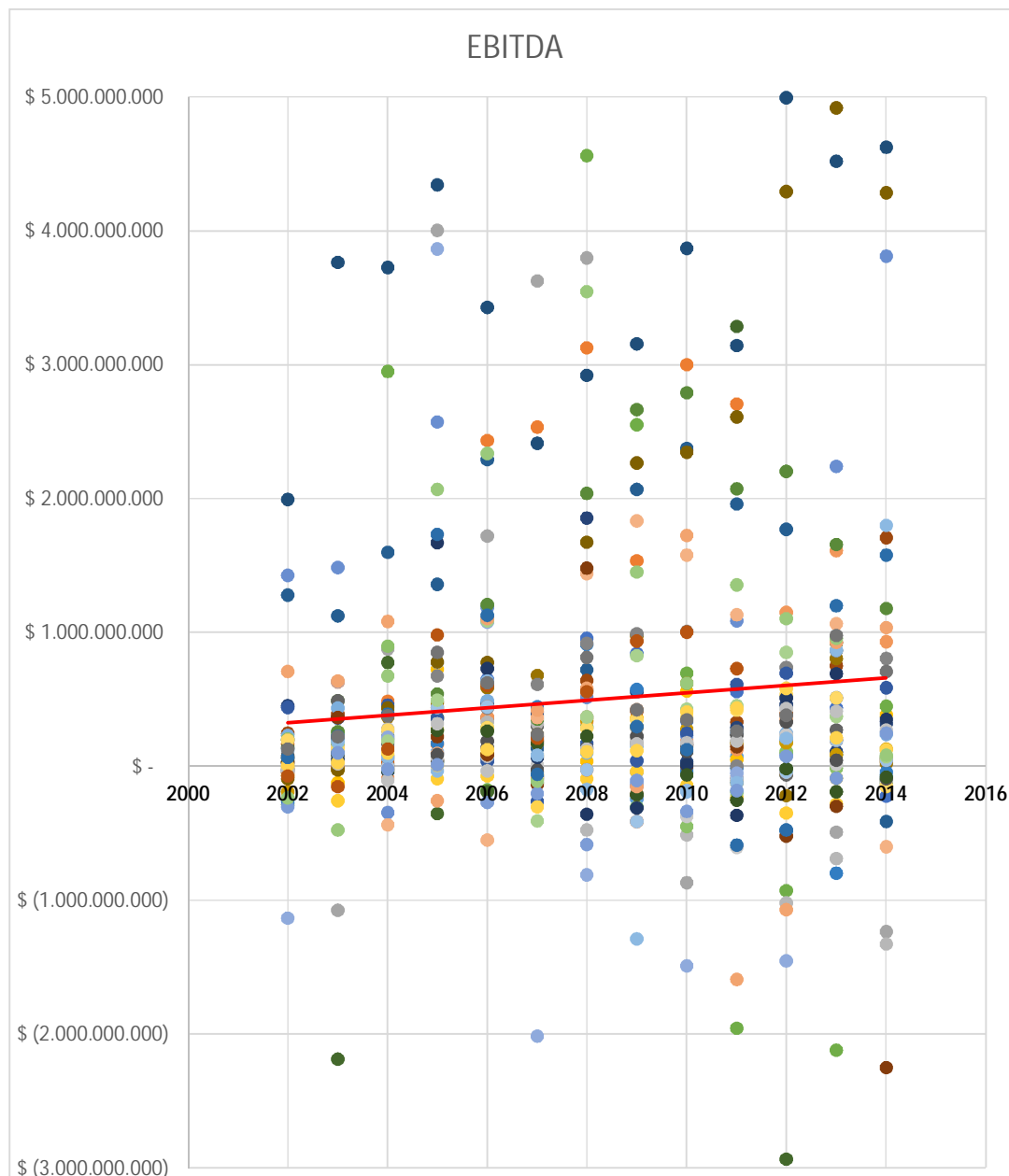
6.1. ANÁLISIS DE INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO

De acuerdo con el análisis del indicador EBITDA, en promedio los hospitales de Antioquia que firmaron crédito de desempeño condonable, tuvieron márgenes positivos durante los años 2002 a 2014, siendo el año 2013 el año en que se alcanzó un mayor promedio de EBITDA (\$ 982.654.615) y el año 2002 el año en que en promedio se logró el EBITDA más bajo (\$134.339.297), lo anterior directamente relacionado a las condiciones inherentes de la prestación de servicios de los hospitales públicos donde se observa en general logran ganancias inferiores con los años. Estas instituciones año a año cuentan con presupuestos mayores, y las mismas condiciones del mercado incrementan el valor de este indicador en el tiempo, así mismo con el nivel de complejidad de la institución. A continuación se presenta gráficamente el promedio de EBITDA en pesos de las instituciones de primer nivel, estas representan el 79,5% de las Empresas Sociales del Estado que firmaron crédito de desempeño condonable en Antioquia, frente a las de mayor complejidad que representan el restante 20,4%, en la gráfica 4, se puede observar como las instituciones de primer nivel tienen en promedio un EBITDA de \$ 326.285.693 frente al promedio de EBITDA de las instituciones de mayor complejidad que asciende a \$ 1.163.713.293 durante los años de ejecución del crédito de desempeño condonable en Antioquia.



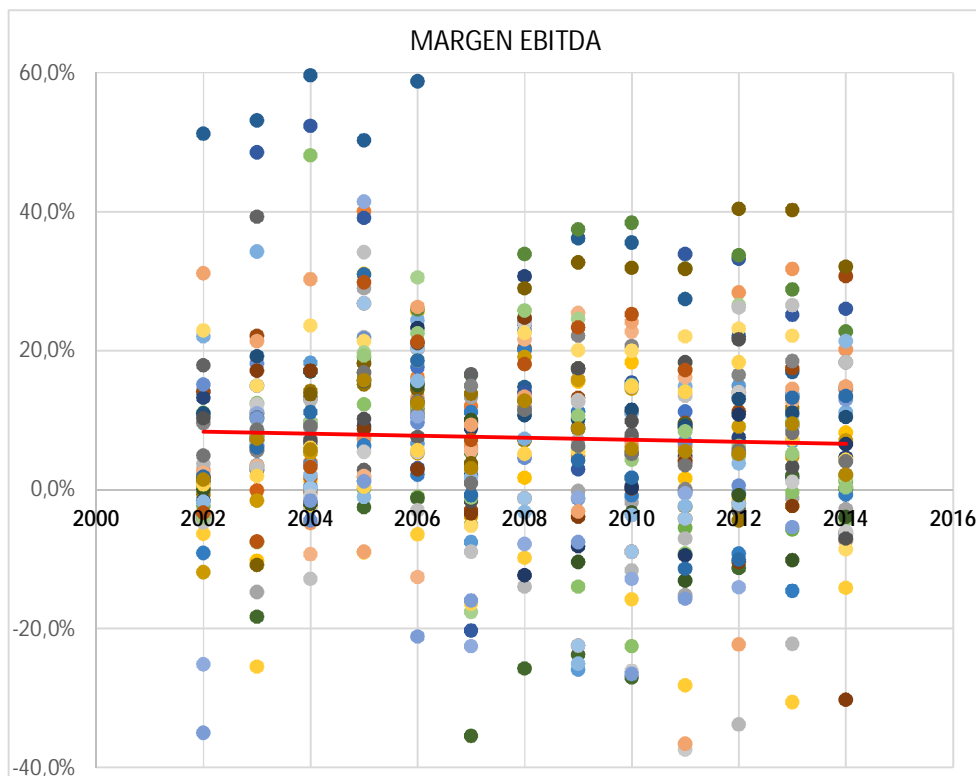
Grafica 4. Promedio del indicador EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención y de las Empresas Sociales del Estado de nivel de atención superior durante ejecución de crédito de desempeño condonable.

En general y como se observa en las gráficas individuales del indicador EBITDA, se evidencia un comportamiento variable en cuanto al mismo, en la gráfica 5, se muestra el resultado del indicador EBITDA de las ESE durante el periodo comprendido entre 2002 a 2014, donde se comprueba la afirmación enunciada previamente. En este gráfico se observa la tendencia levemente positiva del promedio de EBITDA de todas las instituciones durante el tiempo de ejecución del convenio de crédito de desempeño condonable.



Grafica 5. Tendencia del promedio del indicador EBITDA de las Empresas Sociales del Estado durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

Como se aprecia en las gráficas correspondientes al EBITDA de las instituciones, se observa que este se comporta de manera oscilatoria en los años de desarrollo del programa de crédito de desempeño, esto debido a las características inherentes de las instituciones y de las variables propias de cada una de ellas. El margen EBITDA expresa el EBITDA como un porcentaje de las ventas, lo que lo convierte en un indicador de más fácil lectura y comparación entre las ESE, en la gráfica 6, se observa que en general las instituciones, en promedio presentaron una tendencia levemente negativa del indicador margen EBITDA, donde en promedio, el mayor porcentaje alcanzado fue en el año 2005 (16,95%) y el más bajo en 2007 (1,04%), Este comportamiento errático entre años indica que por cada peso de ventas de servicios, que porcentajes se convirtieron en efectivo para ser destinados a atender el pago de servicio de la deuda y reinvertir en mejoramiento de la prestación de servicios de salud. Este indicador hace parte del análisis realizado a la sostenibilidad financiera, la cual, debido a su comportamiento durante el desarrollo del programa de crédito condonable se vio afectado negativamente las variables de construcción del indicador, es decir, los aumentos no controlados en los costos, gastos de administración y de operación de las instituciones evaluadas, situación que demuestra que las Empresas Sociales del Estado en general no liberan el suficiente flujo de efectivo para la sostenibilidad y continuaron prestando los servicios de salud principalmente financiándose con los plazos de sus proveedores, mientras recuperan cartera.



Grafica 6. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

El margen EBITDA como porcentaje positivo, según García ⁽²⁸⁾, mientras mayor sea el margen EBITDA mayores serán las posibilidades de crecimiento de la empresa y por ende mayores las posibilidades de generación de valor, solo si esas inversiones en crecimiento rinden por encima del costo de capital⁽²⁸⁾. En el grafico 7, se puede observar que en general existe una tendencia al aumento de la proporción de las necesidades de capital de trabajo requerido por las Empresas Sociales del Estado durante el tiempo del estudio. Al contrastar la tendencia negativa del margen EBITDA del promedio de hospitales, frente a una tendencia positiva del KNTD, se interpreta como menores posibilidades de crecimiento y por ende menores posibilidades de generación de valor en general de las Empresas Sociales de Estado evaluadas durante los años 2002 -2014.

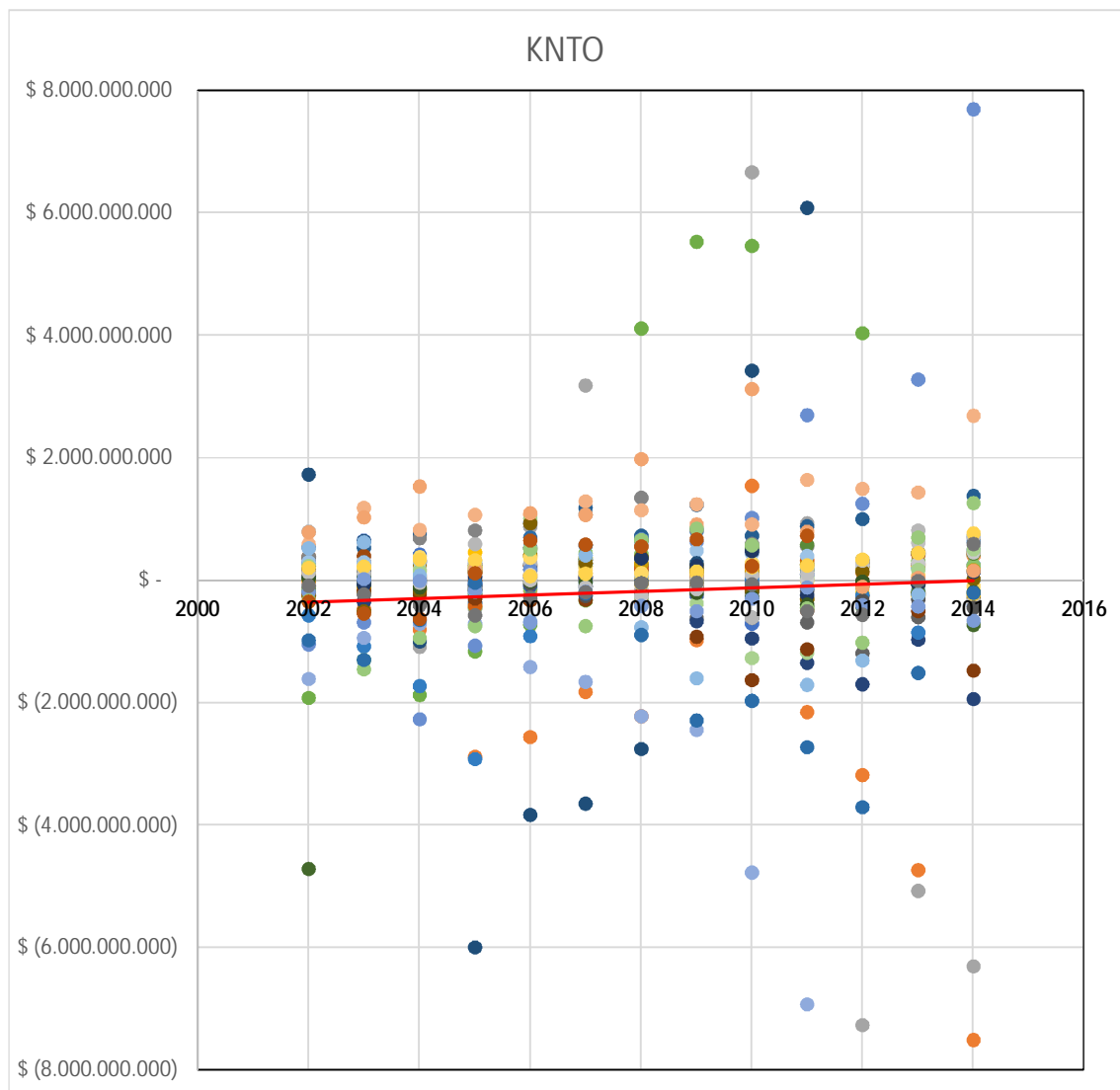


Grafico 7. Tendencia del promedio del indicador KNT0 de las Empresas Sociales del Estado durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

Como se expresó previamente el PKT según García ⁽²⁸⁾ % refleja la eficiencia con la que son aprovechados los recursos corrientes de la empresa. Esta se calcula dividiendo el Capital de Trabajo Neto Operativo (KTNO) de la empresa entre sus ingresos y se interpreta como los centavos que deben mantenerse en capital de trabajo por cada peso vendido ⁽²⁸⁾, la relación entre el margen EBITDA y el PKT debería ser siempre mayor para el margen EBITDA que el PKT, de lo contrario se van a requerir más capital para liberar efectivo. En el caso del presente estudio, la tendencia del promedio de PKT de Empresas Sociales del Estado es oscilante, debido a la aparición de PKT negativos, resultantes de cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios elevados, que a su vez afectaron el KNT0, marcando la tendencia de este a ser mayor. En el grafico 8, se observa el comportamiento heterogéneo del

indicador PKT de las instituciones evaluadas durante los años 2002-2014, mostrándose un comportamiento de la tendencia del promedio de hospitales evaluados negativa, esto puede entenderse de 2 maneras, Puede explicarse por el modelo de negocio y consta cuando este comportamiento es negativo y estable en el tiempo, lo que no aplica en este caso debido a que salvo el hospital denominado para efectos del presente estudio 32, (véase) grafico PKT hospital 32, el resto de hospitales evaluados presentaron al menos un año en el cual el indicador arrojó un resultado positivo, la otra manera de explicar el comportamiento de la tendencia negativa que coincide en las ESE es que 1. El incumplimiento a los proveedores y los días de cuentas por pagar cada vez son mayores, 2. Se están consumiendo sus cuentas por cobrar a través del descuento de facturas, 3. Se hace necesario disminuir el inventario a niveles que ponen en riesgo el nivel de servicio, estas situaciones se dan como consecuencia de decisiones desesperadas por problemas de caja, escenarios que indudablemente no son buenos porque nuevamente demuestra que los hospitales evaluados tienen cuentas por pagar a proveedores elevadas, y continúan con la prestación de servicios financiándose con el no pago.

Se destaca los casos particulares de los hospitales nombrados para efectos del presente estudio como 2, 13, 14, 21, 23, 24 y 34+, como se puede ver en los gráficos de margen EBITDA de hospitales, donde la tendencia del EBITDA de estos siempre fue positiva durante los años de evaluación del presente estudio, según la información de cada uno de ellos reportó en el SIHO ⁽³³⁾ y que para el año 2014 tenían un promedio de margen EBITDA global acumulado entre ellos de 20,7% y un promedio de PKT de 10,1%, y de acuerdo a lo expuesto previamente se interpreta como que estas empresas en un análisis global si tuvieron posibilidades de generación de valor durante el tiempo de evaluación del estudio.

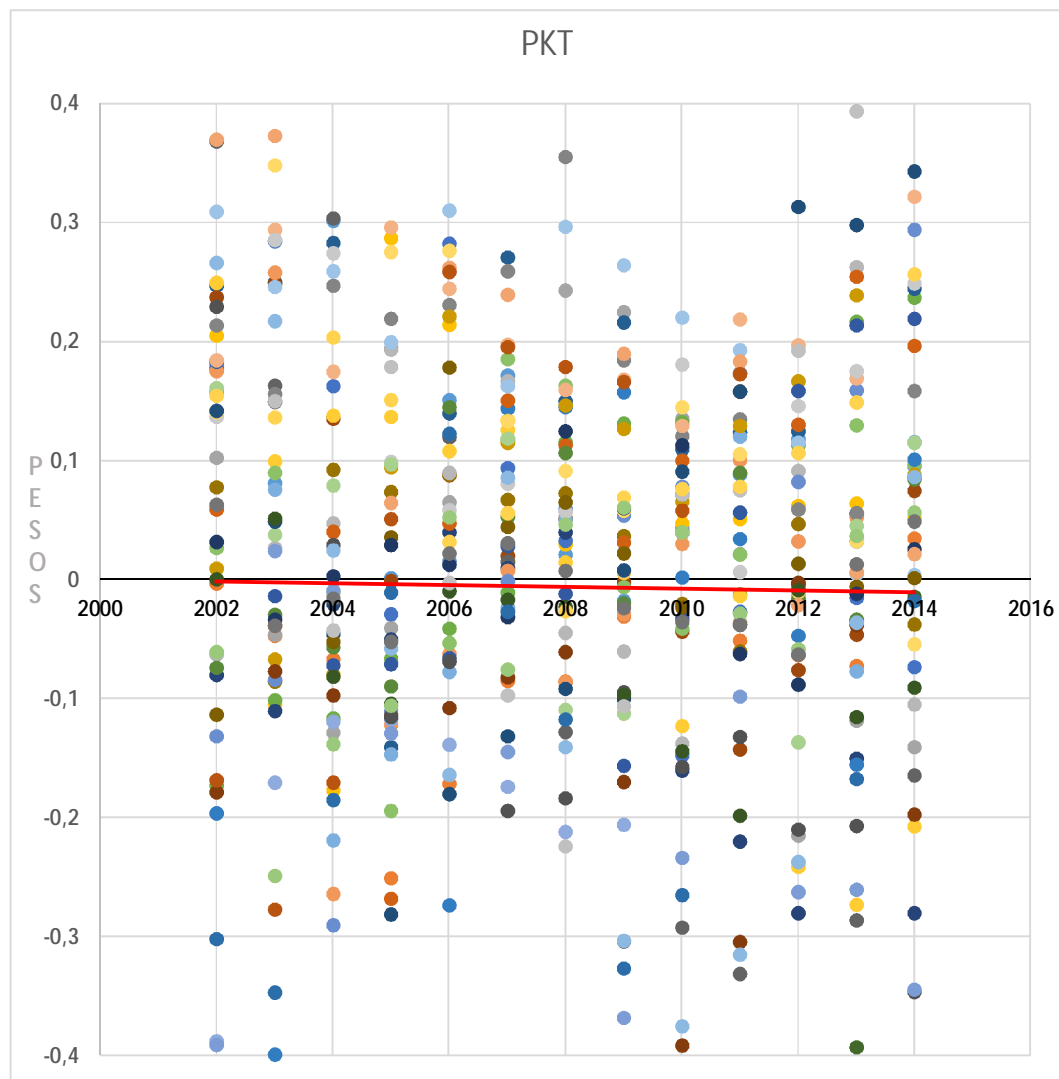


Grafico 8. Tendencia del promedio del indicador PKT de las Empresas Sociales del Estado durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

6.2. ANÁLISIS DE INDICADORES DE SOLVENCIA

La razón corriente y la prueba acida de los hospitales, como demuestra en los gráficos 6 y 7, presentan resultados en apariencia positivos, donde se evidencia que en general en promedio el valor de los indicadores siempre fue superior a \$1, interpretándose como la cantidad de pesos disponibles por los hospitales para cubrir cada peso de su deuda. Como puede observarse en los gráficos ya mencionados, la tendencia del promedio de los indicadores de solvencia es de crecimiento durante los años de evaluación del programa de crédito de desempeño condonable, situación que como se expresó anteriormente es favorable para los hospitales porque según la interpretación tradicional de estos indicadores aun

cuentan con recursos suficientes para cubrir la deuda en el corto plazo.

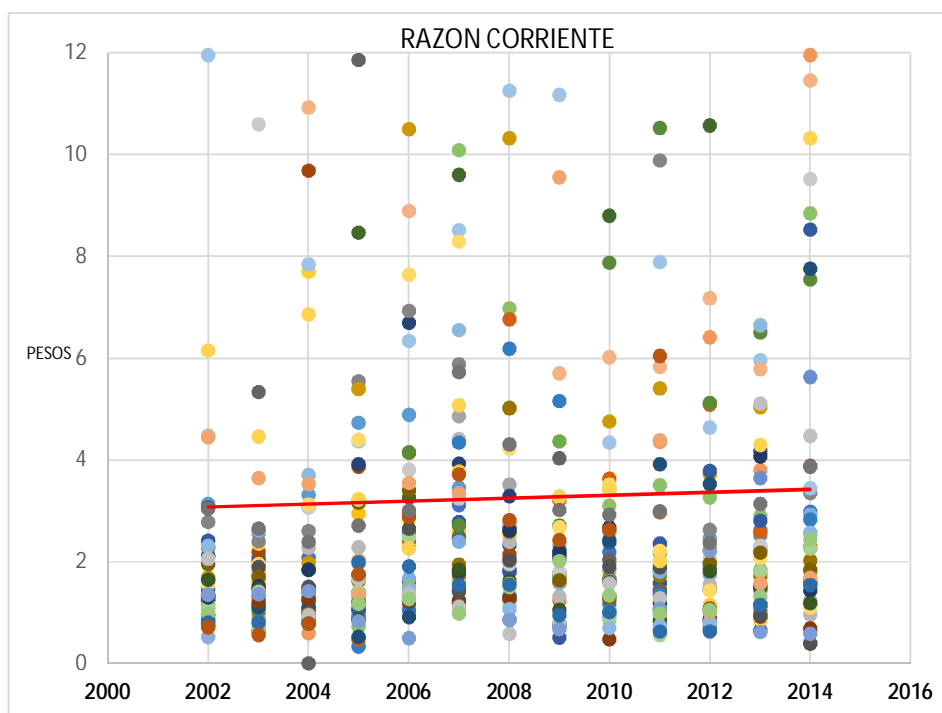
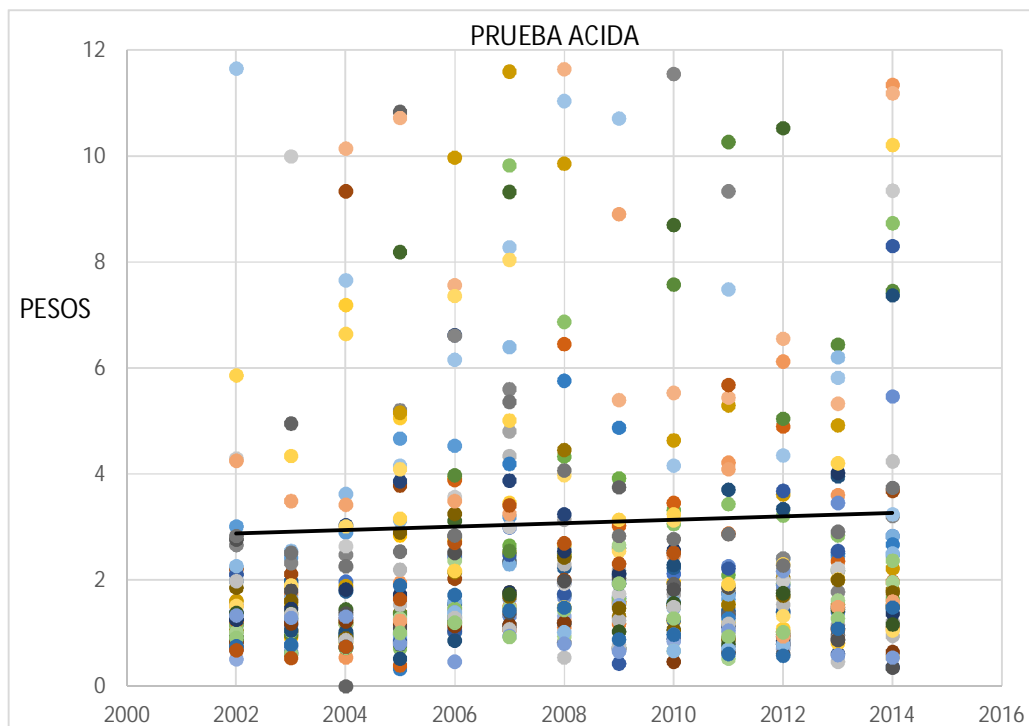


Grafico 9. Tendencia del promedio del indicador razón corriente de las Empresas Sociales del Estado durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

Se destacan las cifras reportadas por el hospital 26, que presento una razón corriente siempre por encima de \$ 5, razón que alcanzó los \$ 84 en el 2007, así mismo el hospital 21 que para el año 2008 reporto \$ 40 de esta razón, como se puede observar en la gráfica 9, las razones corrientes de ambos hospitales contrastan con los de los demás hospitales evaluados que se muestran en valores inferiores.

Es importante mencionar que del total de hospitales de Antioquia que firmaron crédito de desempeño condonable, fue de 44 instituciones, pero esta cifra disminuyó a 42 con la salida de 2 hospitales, el hospital 44 desde el año 2012, y el hospital 29 desde el año 2013.

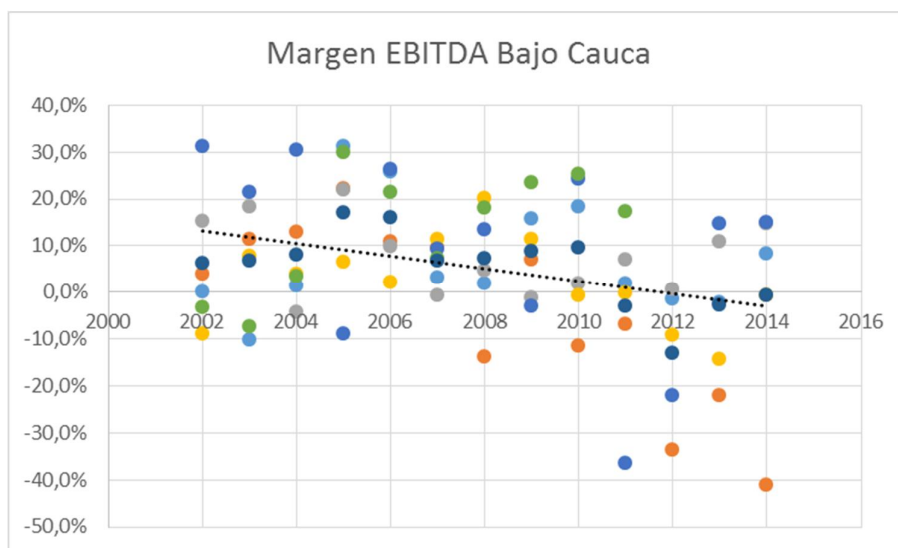


Grafica 10. Tendencia del promedio del indicador prueba acida de las Empresas Sociales del Estado durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

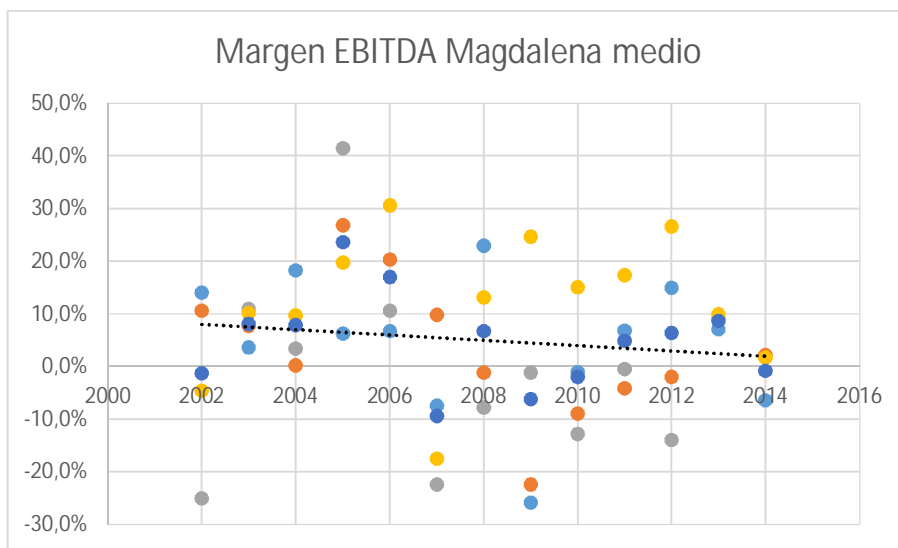
6.3. ANÁLISIS DE INDUCTORES DE VALOR FINANCIERO EN SUBREGIONES DE ANTIOQUIA

Respecto al comportamiento de las tendencias de las proporciones de los Inductores de valor en las subregiones de Antioquia, se resume en las gráficas 11 a 19 y posteriormente en los graficas de análisis de las subregiones de Antioquia, donde se observa un comportamiento similar al global con una tendencia negativa del indicador margen EBITDA de los hospitales para las subregiones de Bajo cauca, Magdalena medio, Nordeste, Norte, suroeste y valle de aburra durante los años 2002 . 2014, paralelamente las subregiones de occidente y Urabá se vio una tendencia al incremento del promedio, resaltando que para estas regiones solo firmaron convenios de crédito de desempeño 2 hospitales en occidente y 3 en la subregión de Urabá, aclarando además que dentro de los hospitales de estas regiones se encuentran los hospitales denominados para efectos del presente estudio 21 en occidente y 34 en Urabá, los cuales pertenecen al grupo de instituciones previamente destacadas que tuvieron márgenes de EBITDA positivos durante todo el periodo evaluado. Las demás subregiones (oriente y suroeste) presentaron una tendencia del promedio de margen EBITDA estacionaria y particularmente la subregión de oriente una leve tendencia negativa en la proporción

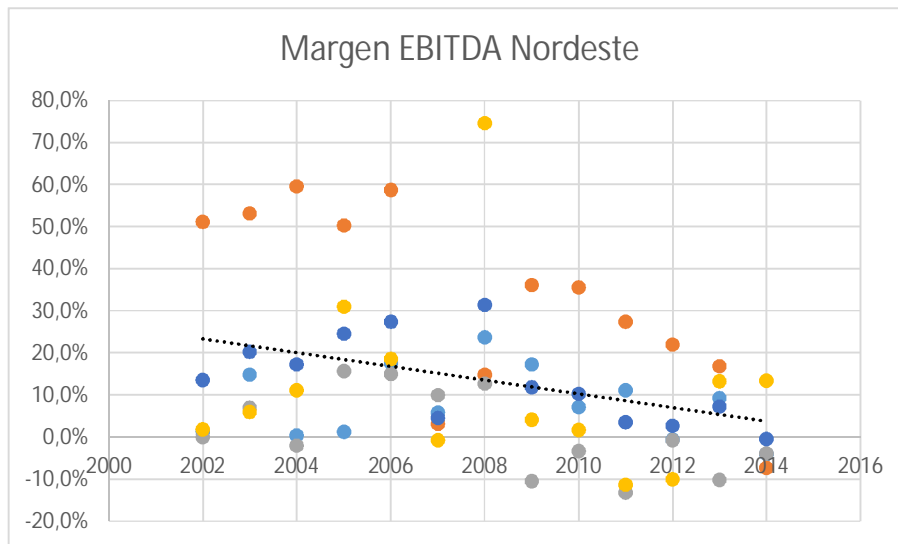
de margen EBITDA durante el periodo evaluado como se puede ver en la gráfica16.



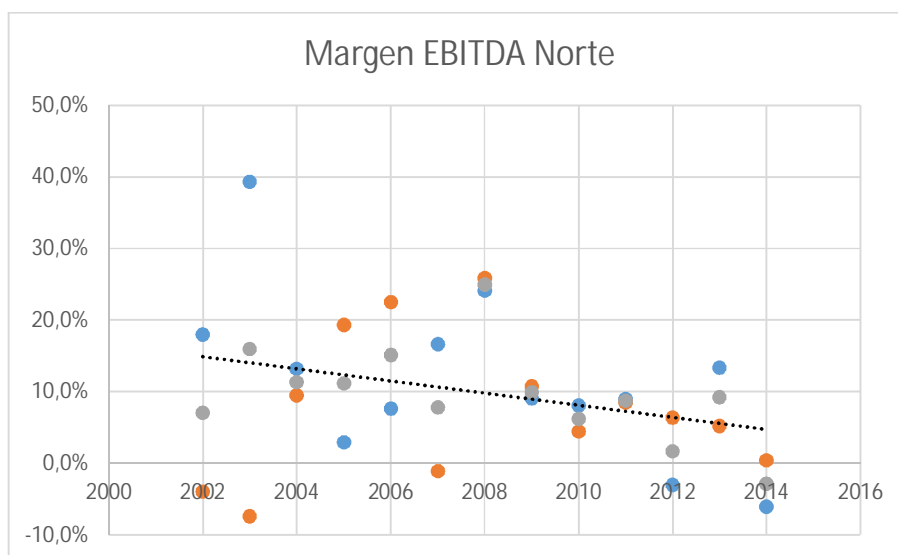
Grafica 11. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión de Bajo Cauca de Antioquia durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



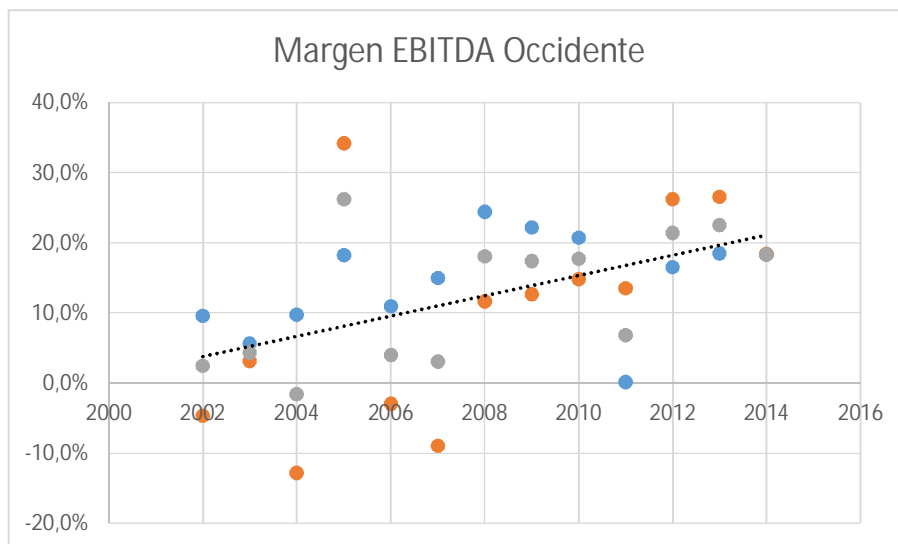
Grafica 12. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión de Magdalena Medio de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



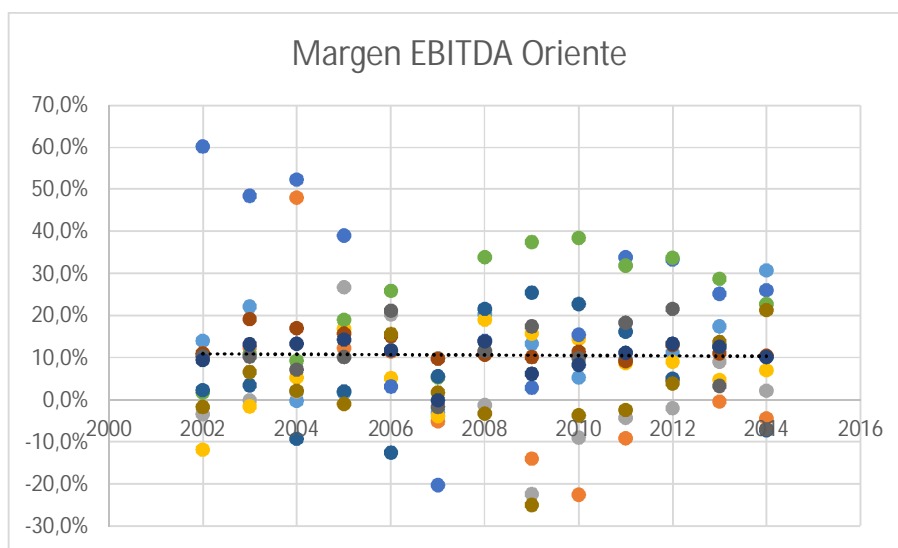
Grafica 13. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del estado de la subregión Nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



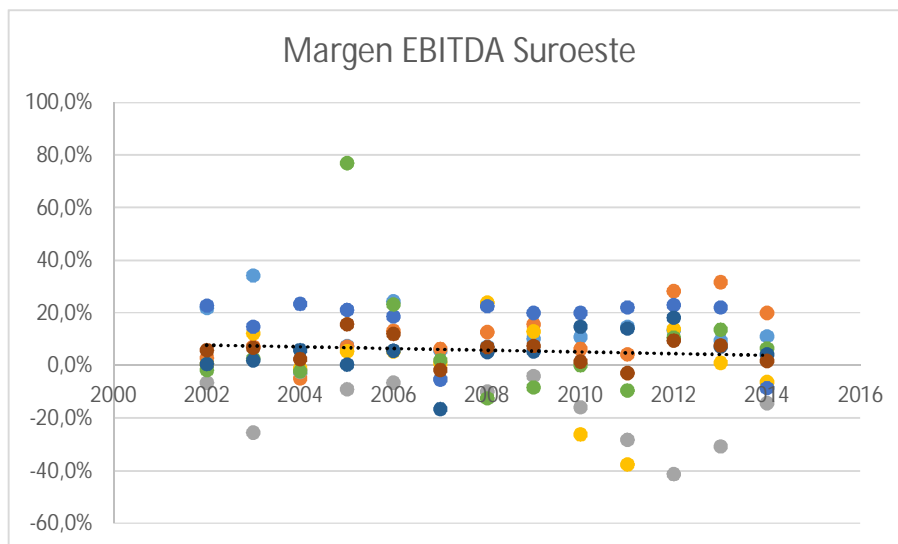
Grafica 14. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión Norte de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



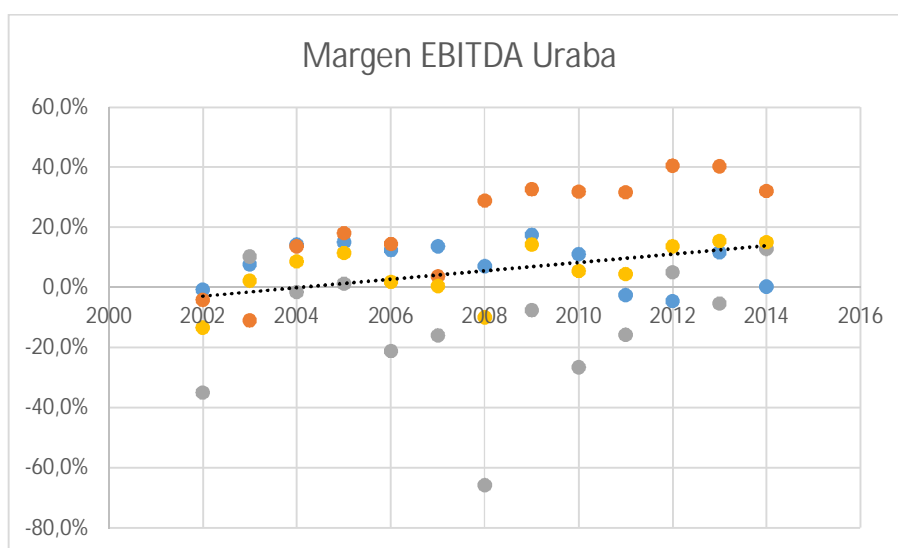
Grafica 15. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión de Occidente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



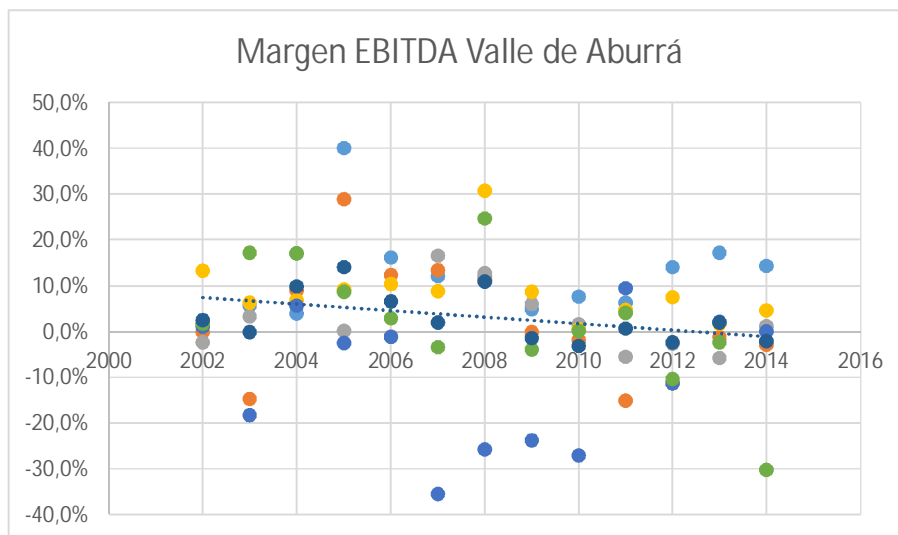
Grafica 16. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión de Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



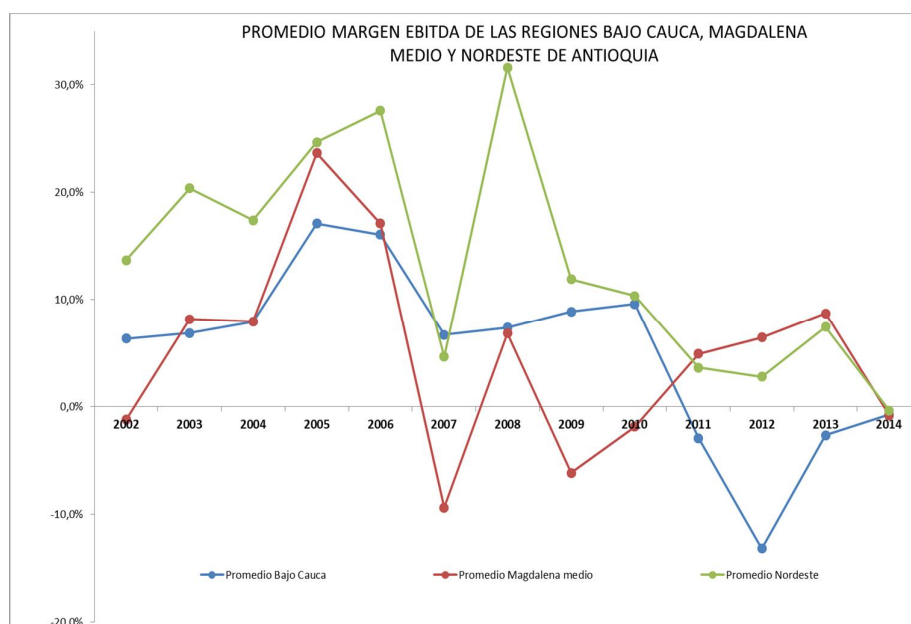
Grafica 17. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión de Suroeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



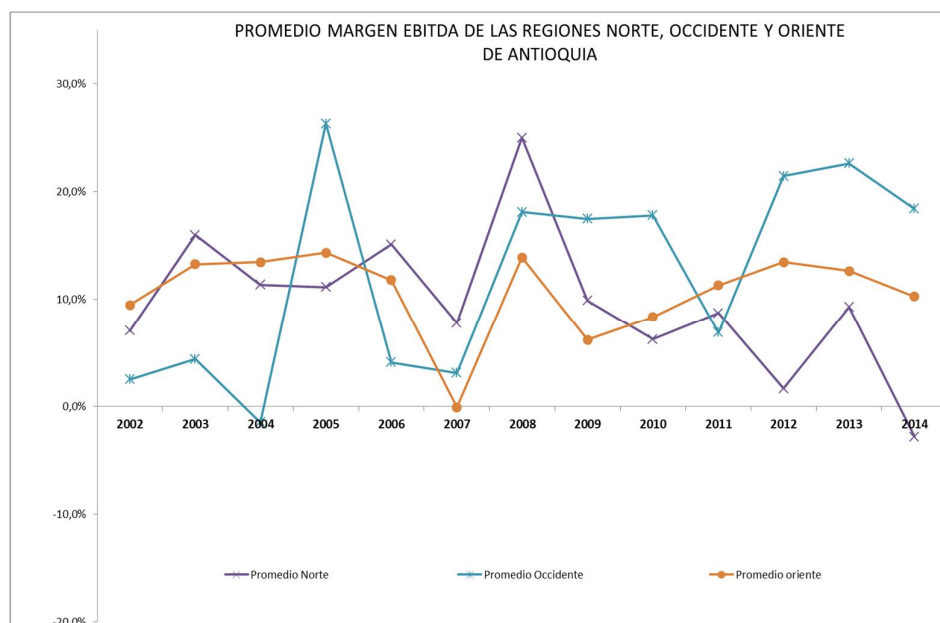
Grafica 18. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión de Urabá de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



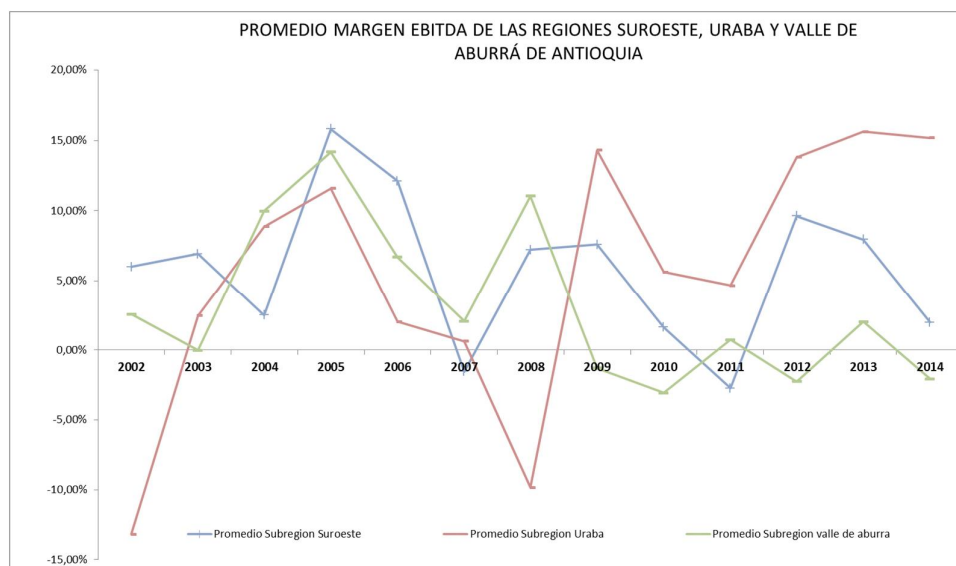
Grafica 19. Tendencia del promedio del indicador margen EBITDA de las Empresas Sociales del Estado de la subregión Valle de Aburra de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



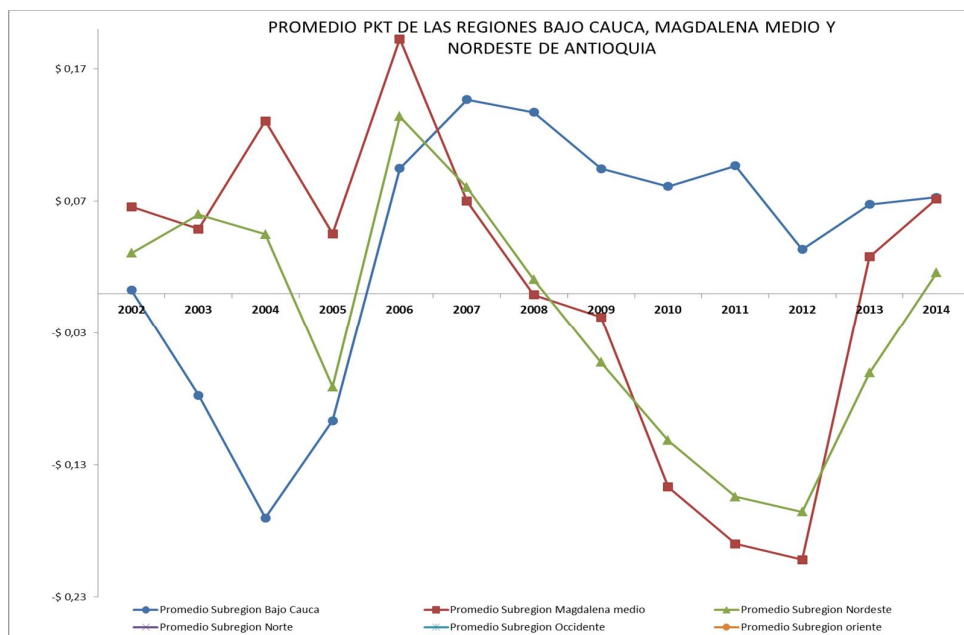
Grafica 20. Promedio del margen EBITDA expresado en porcentaje de las subregiones Bajo Cauca, Magdalena, y nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



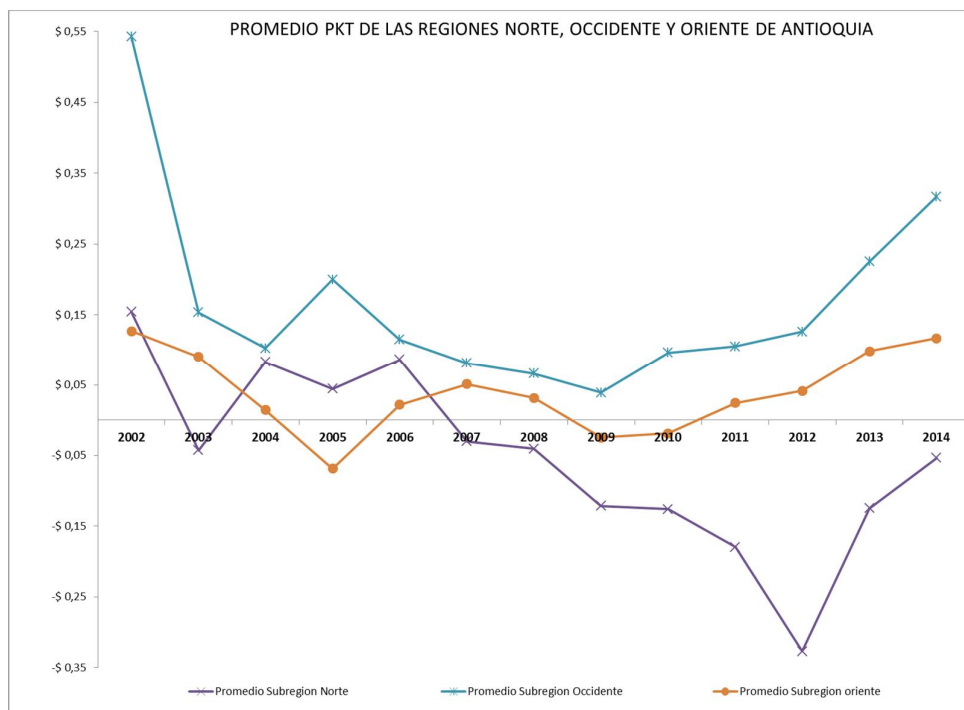
Grafica 21. Promedio del margen EBITDA expresado en porcentaje de las subregiones Norte, Occidente, y Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



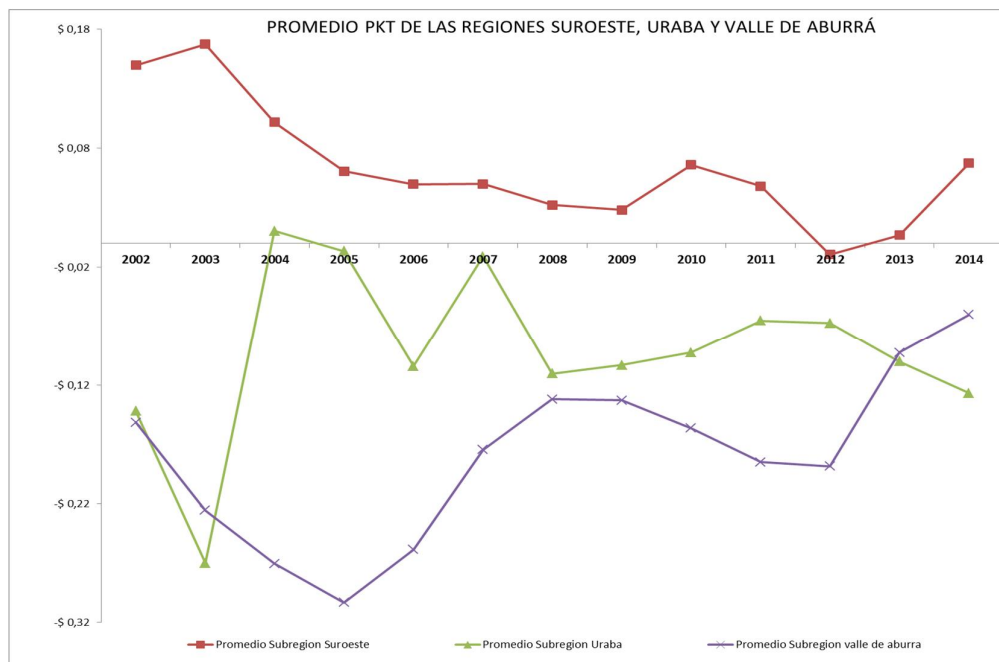
Grafica 22. Promedio del margen EBITDA expresado en porcentaje de las subregiones Suroeste, Urabá, y Valle de Aburra de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



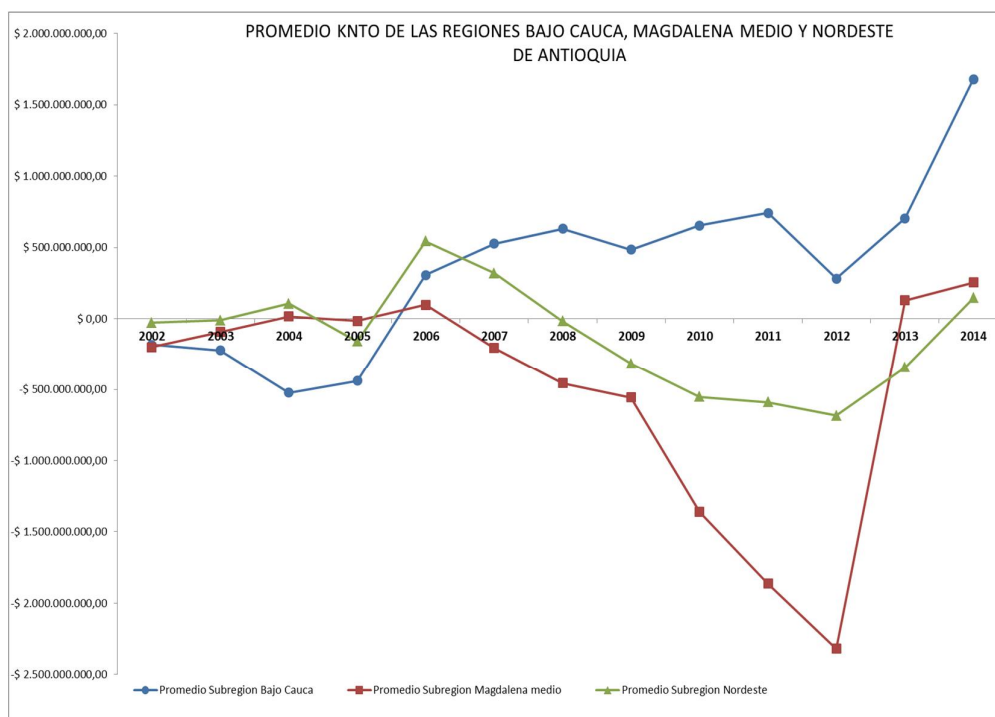
Grafica 23. Promedio del PKT de la regiones Bajo Cauca, Magdalena Medio y Nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



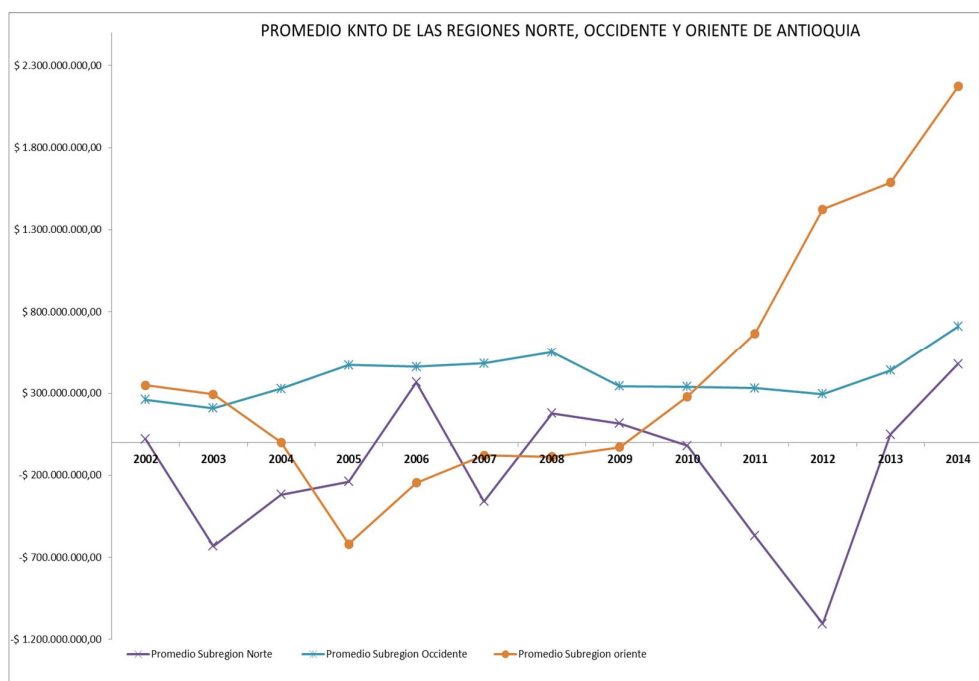
Grafica 24. Promedio del PKT de la regiones Norte, Occidente y Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



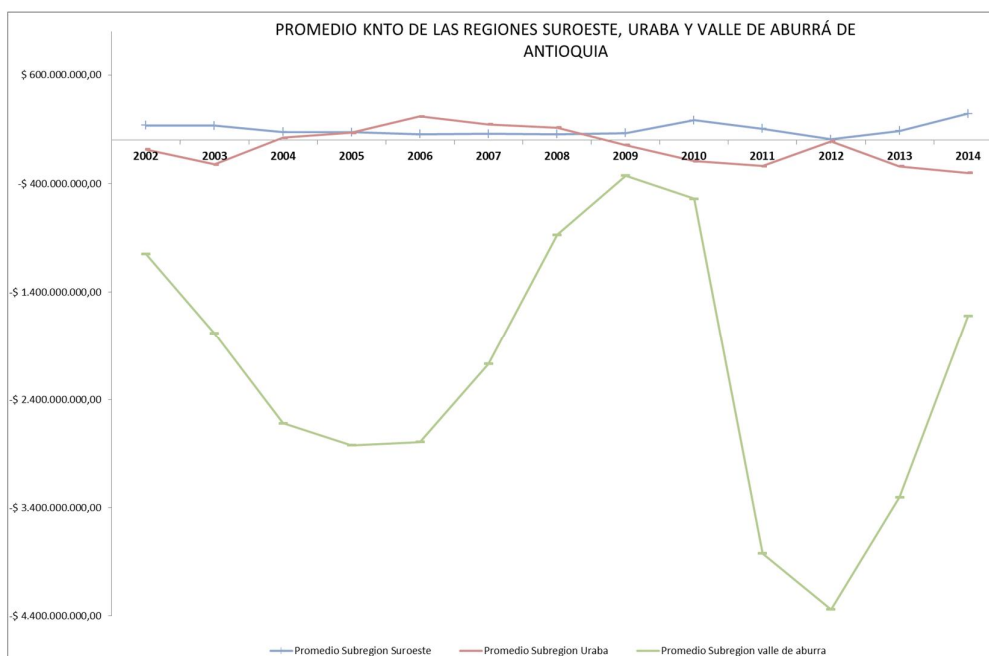
Grafica 25. Promedio del PKT de la regiones Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá y Nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



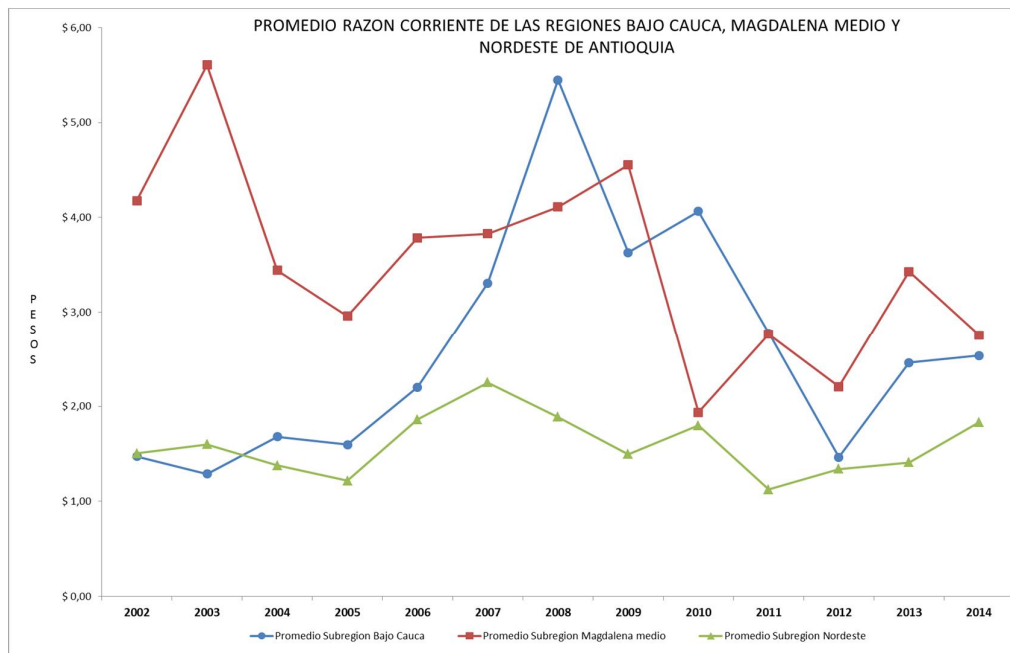
Grafica 26. Promedio del KNT0 de la regiones Bajo Cauca, Magdalena Medio y Nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014



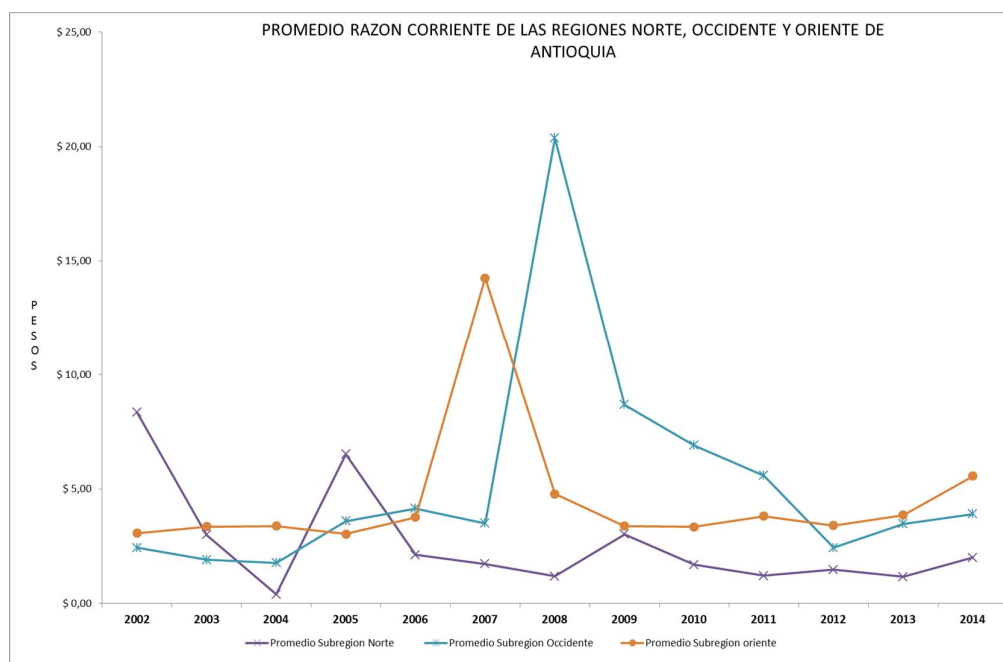
Grafica 27. Promedio del KNTD de la regiones Norte, Occidente y Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



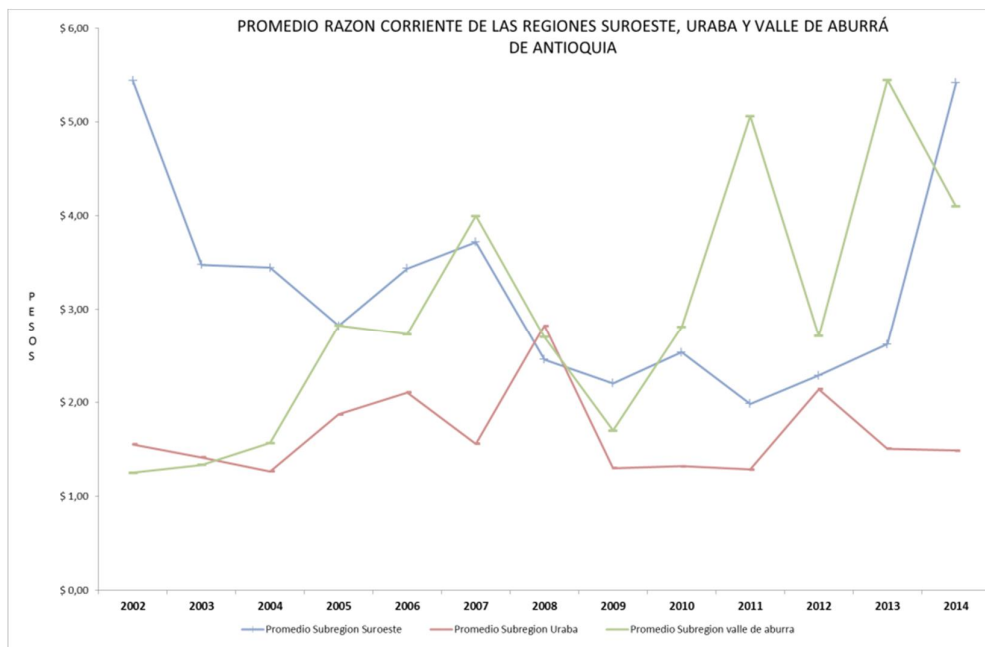
Grafica 28. Promedio del KNTD de la regiones Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



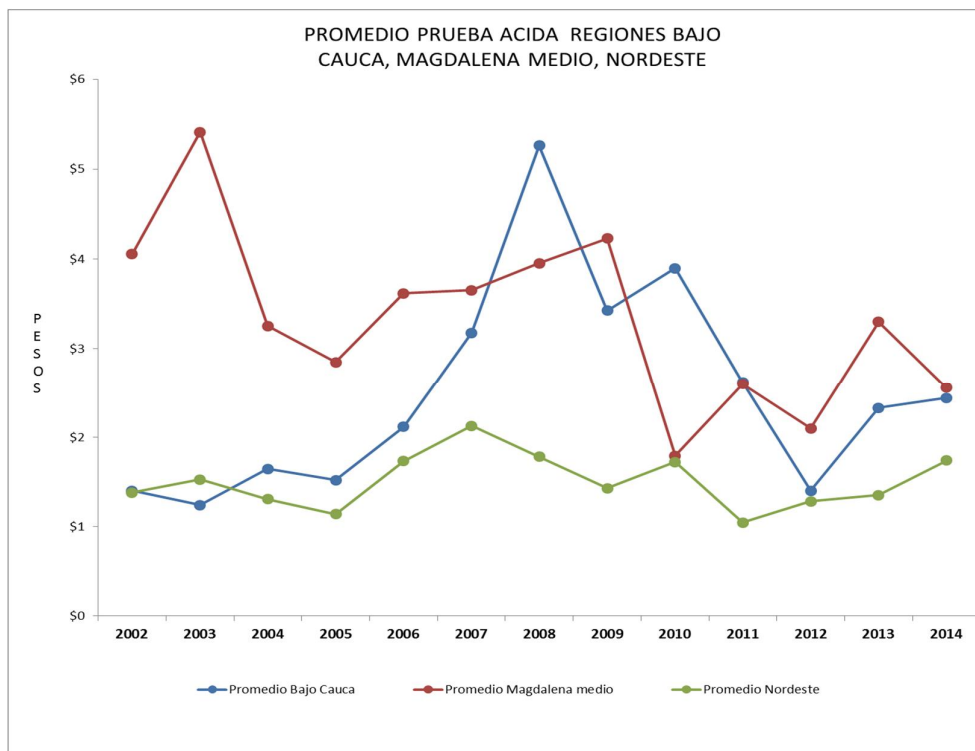
Grafica 29. Promedio de la Razón Corriente de las regiones Bajo Cauca, Magdalena Medio y Nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



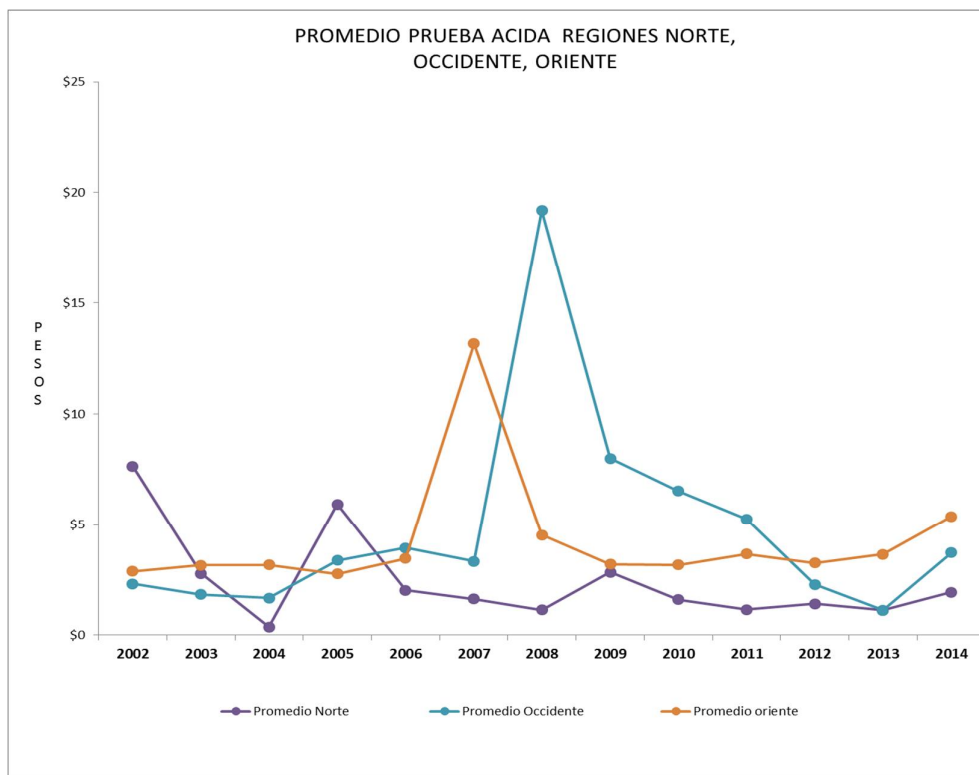
Grafica 30. Promedio de la Razón Corriente de las regiones Norte, Occidente y Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



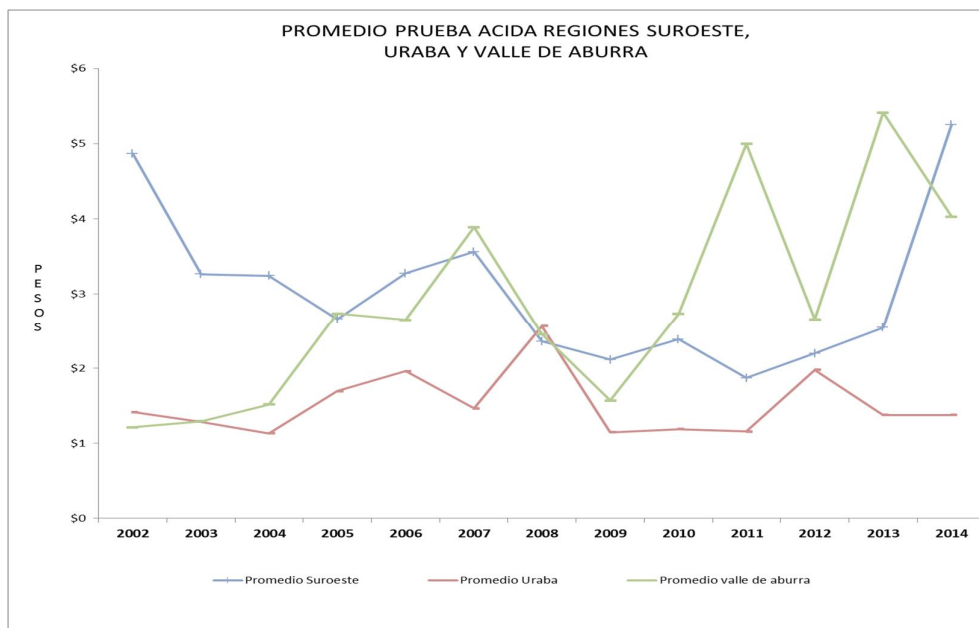
Grafica 31. Promedio de la Razón Corriente de las regiones Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



Grafica 32. Promedio de la Prueba Acida de las regiones Bajo Cauca, Magdalena Medio y Nordeste de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



Grafica 33. Promedio de la Prueba Acida de las regiones Norte, Occidente y Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.



Grafica 34. Promedio de la Prueba Acida de las regiones Norte, Occidente y Oriente de Antioquia, durante ejecución de crédito de desempeño condonable en departamento de Antioquia en el periodo de 2002 a 2014.

9.4. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DEL MINISTERIO DE SALUD

Categorización del Riesgo ministerio de Salud			
Hospital Evaluado	Clasificación de Riesgo 2012	Clasificación de Riesgo 2013	Clasificación de Riesgo 2014
1	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
2	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
3	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
4	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
5	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
6	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
7	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
8	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
9	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
10	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
11	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
12	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
13	Riesgo bajo	Sin riesgo	Riesgo bajo
14	Riesgo bajo	Sin riesgo	Riesgo bajo
15	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo alto
16	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
17	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
18	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
19	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo alto
20	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
21	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
22	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
23	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo medio
24	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
25	Sin riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
26	Sin riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
27	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
28	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo alto
29	Riesgo alto	Riesgo alto	sin reporte
30	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
31	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
32	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
33	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
34	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
35	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
36	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
37	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
38	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo alto
39	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
40	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
41	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
42	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo medio
43	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
44	Sin riesgo	Riesgo alto	sin reporte

Cuadro 1. Categorización del riesgo financiero del ministerio de salud del periodo del 2012 al 2014 de las Empresas Sociales del Estado de Antioquia, que suscribieron convenios de desempeño durante los años 2004,2005 y 2006, reportado en el sistema SIHO.

En el cuadro resumen, construido a partir de la categorización del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado de Antioquia que firmaron convenios de desempeño reportado en el SIHO ⁽³³⁾ por las mismas entidades, teniendo en cuenta que la publicación del reporte de la categorización en el software empezó en el año 2012 en cumplimiento de la resolución 2509 ⁽²⁵⁾ del mismo año del ministerio de salud y protección social, se puede observar que de las 44 instituciones que iniciaron convenios de desempeño para el año 2014 9 (20,4%) se encontraban sin riesgo financiero+, 14 (31,8%) clasificaron como riesgo bajo+, 5 (11,3%) como riesgo medio+ y las restantes 16 (36,3%) reportaron la categoría de alto riesgo financiero+ conferida por el ministerio de salud; así mismo se puede ver además la evolución de la categorización de riesgo notificada para el año 2014 donde de las mismas 44 instituciones evaluadas clasificaron nuevamente 9 (20,4%) como sin riesgo financiero+, aclarando que no fueron las mismas 9 que clasificaron sin riesgo financiero+ en 2012; la clasificación de riesgo bajo+, disminuyó a 7 instituciones (15,9%), no obstante la clasificación de riesgo medio+ y alto riesgo financiero+ aumentaron a 7 (15,9%) y 19 (43,1%) respectivamente. Es de resaltar como se expuso previamente que para el periodo de 2014, 2 instituciones (4,5%) se habían declarado liquidadas por lo que no presentan reporte, además es importante mencionar que de estas instituciones una clasificó como riesgo alto+ los 2 años previos a la liquidación, no obstante la otra institución mencionada pasó de estar categorizada como sin riesgo financiero+ por el ministerio de salud en 2012 a liquidarse en 2014.

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal del programa de crédito condonable fue apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permitiera la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud, además de Mejorar calidad de los servicios de salud de los hospitales públicos en un contexto de sostenibilidad financiera de mediano plazo, y así detener el déficit operacional hospitalario y llevar los hospitales públicos a niveles de equilibrio financiero.

La dinámica del gasto en salud está en constante cambio, con la tendencia siempre al aumento por gran cantidad de factores como mayor expectativa de vida de la población, evolución de la especialización clínica, equipos biomédicos más complejos, medicamentos de alto costo, entre otros. En el mediano y largo plazo se va a gastar más en la prestación de servicios, por lo que se debe hacer más eficiente el gasto en salud, resultando particularmente prioritario, proyectar la dinámica de cambio del sistema actual, proponiendo implementar un piloto con escenarios prospectivos, previo a una nueva intervención de gran escala como la realizada, ajustado a las condiciones particulares de las ESE, utilizando indicadores de desempeño tanto financieros como no financieros, acordes a las expectativas de restructuración, buscando así una óptima destinación de recursos de la salud.

En el presente estudio se buscó entender si el gasto en salud de los hospitales públicos del departamento guarda la misma tendencia para todos, o por el contrario tienen sus propias particularidades; se analizó además si las subregiones de Antioquia cuentan con hospitales o condiciones que los hacen más eficientes que los otros, a través de un método que hiciera comparable la gestión financiera entre los hospitales públicos de Antioquia diferente al método de matriz evaluativa de crédito de desempeño, utilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud de Colombia.

De acuerdo a la revisión teórica respecto al tema de crédito de desempeño condonable a Empresas Sociales del Estado de Colombia y particularmente de Antioquia y a los resultados obtenidos luego de construir los inductores de valor financiero y los indicadores de solvencia financiera para cada uno de ellos y analizarlos de manera global, cobra mayor fuerza el planteamiento crítico al sector salud no solo en el ámbito departamental, sino nacional.

Como se demostró en los resultados, desde el año 2012 las ESE deben reportar la categorización de riesgo financiero asignada anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social; este

resultado particular parte de la misma fórmula para todas las Empresas Sociales del Estado evaluadas, salvo que tiene diferenciación en la proyección de recaudo de cartera de las instituciones de primer nivel de atención, frente a las que tiene un nivel de atención superior. Según los hallazgos, esta fórmula de categorización de riesgo debe ajustarse al contexto del mercado real con las EPS, pues la norma a través del decreto 2509 de 2012⁽²⁵⁾, define que las instituciones de primer nivel de atención deben hacer un recaudo del 80% de lo facturado los primeros 90 días y las de mayor complejidad en los primeros 180 días, esto confrontado con el denominado saneamiento general de cartera de la resolución 3047⁽³⁶⁾ y la ley 1438 de 2011⁽²⁴⁾, puesto los tiempos de no coinciden respecto a los procesos de facturación (glosa, devolución y re-glosa), estos superan el tiempo definido de este proceso, lo cual es utilizado negativamente como una estrategia de las EPS para envejecer la cartera, y a la vez conseguir un porcentaje inferior de pago. Debido a que en el contexto real la operación corriente para las ESE no se da, o al menos no como la plantea la normativa Colombiana. Las Empresas Sociales del Estado se adaptaron a trabajar con carteras a largo plazo o no corrientes (90 a 180 días o más), este retraso en el recaudo de las cuentas por cobrar y su consiguiente déficit de flujo de caja es consecuencia principalmente de la devolución repetida de facturas por prestación de servicios de los hospitales, que las EPS han utilizado como respuesta a la ineficacia en el proceso de facturación llevado a cabo por las mismas instituciones de salud. Lo anterior como consecuencia negativa, lleva al subsidio de la operación del hospital, disminuye la liquidez y aumenta el índice de endeudamiento y en los costos por el pago del financiamiento, una trampa de rentabilidad hospitalaria siempre con costos más elevados asociados al pago de intereses por nuevos financiamientos para continuar la operación, afectando el comportamiento de los indicadores financieros.

Respecto a los inductores de valor financiero, particularmente del margen EBITDA y el PKT como indicadores de eficacia financiera y de acuerdo a lo expuesto en los resultados, la tendencia de los mismos reflejó que las Empresas Sociales del Estado evaluadas tienen cuentas por pagar a proveedores elevadas, y continúan con la prestación de servicios financiándose con los proveedores.

Los resultados obtenidos de los inductores de valor financiero de las Empresas Sociales del Estado demuestran la relación con la productividad y liquidez de las mismas y su impacto negativo en la sostenibilidad financiera; en paralelo a los indicadores propuestos por el crédito de desempeño, que según los resultados encontrados en el presente estudio y según los resultados actuales en el departamento y la nación, tiene incentivos inadecuados para las organizaciones, debido a que según la revisión teórica del proyecto, estos premian el volumen sobre resultados. Por medio

del uso de estos indicadores, en el informe de rendición de cuentas del Estado, como resultado de los procesos de evaluación de impacto del programa que se han realizado, en 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social, encontró que las instituciones prestadoras de servicios de salud han mejorado en sus procesos de producción de servicios, uso de capacidad instalada y condiciones de sostenibilidad financiera, presentando mejores indicadores que las Empresas Sociales del Estado no incluidas en convenios, además con relación a la percepción de la calidad por parte de los usuarios de las instituciones prestadoras, se ha encontrado una mejor calificación de la calidad en las instituciones incluidas en convenios que en las no incluidas; sin dar a conocer otros informes globales de éxito o fracaso de la estrategia de saneamiento hospitalario, no obstante (Zapata, 2013) presenta un paralelo de la composición del ingreso de los hospitales en Antioquia, donde las cuentas por cobrar resultado de la venta de servicios de salud paso en 2005 del 11% al 19% en 2011, demostrando que a pesar que existe un incremento en la venta de servicios de salud, el porcentaje de recaudo de estas ventas es cada vez menor, en síntesis produciendo más y ganando menos ⁽³⁴⁾.

Como se vio en los resultados la tendencia del promedio de hospitales frente al margen EBITDA y PKT fue a la disminución y para el KNTD esta tendencia fue al aumento, no obstante existen marcadas diferencias en los promedios de las tendencias descritos entre hospitales donde se destacan los casos de los hospitales que se denominaron para efectos del presente estudio 2, 13, 14, 21, 23, 24 y 34, estas instituciones presentaron valores EBITDA positivo durante los años de evaluación del presente estudio, en contraste con las restantes 37 instituciones, que durante el tiempo estudiado la construcción del indicador EBITDA tuvieron uno o varios periodos con cifra negativa; sin embargo de los hospitales destacados solo uno (1) (hospital 21) presentó valores de PKT positivos durante todo el periodo de estudio, esta cifra en promedio para este hospital fue de \$0,18, superior en porcentaje a su margen EBITDA, y como se amplió previamente para la generación de valor, el margen EBITDA debe ser siempre superior al PKT, lo que para efectos de la discusión refleja que a pesar de se alcancen cifras particularmente positivas, estas podrían engañar al observador, si no se hace una lectura y un análisis integral de las variables que conforman las instituciones.

Un caso similar ocurrió en el análisis colectivo por subregiones de Antioquia, teniendo en cuenta que esta se describió en los resultados, en donde se vio que el comportamiento de las proporciones de los inductores de valor en las subregiones de Antioquia, presentaron un comportamiento errático, similar al global donde todas las subregiones mostraron un margen EBITDA negativo al menos en una oportunidad durante los años 2002 .

2014, situación que se asimiló a los resultados del PKT por subregiones, que teniendo en cuenta lo descrito en los resultados el PKT no debe ser negativo ni ser muy alto para la posibilidad de generación de valor de las organizaciones.

Si bien el objeto del convenio fue el saneamiento fiscal de las instituciones, según los resultados encontrados en este estudio, en la actualidad varias de estas se encuentran en una condición más desfavorable que al inicio del convenio, con el agravante que en uno o más años de vigencia del convenio no lograron condonar la deuda, dejándolas en incierto panorama debido a que a la crisis fiscal de años atrás cuando se firmó el convenio se sumaría el pago de la deuda adquirida por no cumplir los compromisos. Debido a que el problema de fondo continúa siendo el mismo que al inicio de programa de crédito condonable, cartera elevada, debido la prestación de servicios de manera anticipada, con un pago parcial 6 meses después, convirtiéndose esto en muchas instituciones en la disminución de la calidad de la atención prestada o el cierre parcial de servicios ~~%menos rentables+~~, dejando a un lado la ~~%rentabilidad social+~~ y proyección misional de las institución, luchando por perdurar sin desaparecer.

Es indiscutible que la problemática actual del sistema de salud Colombiano afecta a toda la sociedad, una mejor atención, control y austeridad en el gasto y procesos simples de facturación, y las redes integradas de servicios, son el camino necesario que describen muchos autores para el saneamiento de las Empresas Sociales del Estado; no obstante a criterio del autor, también la nueva regulación en salud debe propender al sano equilibrio para IPS y EPS según las reglas y fuerzas del mercado, lo anterior hace parte de la raíz de la problemática hospitalaria, que deberá resolverse previo a nuevas intervenciones con características similares a las tratadas en el convenio de desempeño entre los años 2004, 2005 y 2006. Nuevas estrategias de saneamiento hospitalario deberán apuntar a resolver estas situaciones que a hacen parte de la problemática de base de la crisis hospitalaria, y la ejecución de estas deberá hacerse no sin antes haber realizado proyectos pilotos ajustados a los múltiples contextos de los hospitales y sus características sociodemográficas.

8. CONCLUSIONES

Este trabajo investigativo evaluó las condiciones fiscales del período comprendido entre la firma del convenio y la actualidad de los hospitales públicos que suscribieron el proyecto de crédito condonable en los periodos 2004, 2005 y 2006 en el departamento de Antioquia a través de la observación de la variabilidad de la tendencia de los inductores de valor financieros (EBITDA, margen EBITDA Y PKT) y el comportamiento de los indicadores de liquidez (razón corriente y prueba acida, KNTD), monitoreando durante los años de ejecución del proyecto. Este trabajo hizo una revisión financiera de los principales inductores de valor e indicadores de solvencia económica de las ESE de Antioquia que incursionaron en el llamado crédito de desempeño en temas concernientes a la gestión de los recursos. Reconociendo que la bibliografía asociada al tema de crédito de desempeño condonable es escasa, debido a la reciente culminación de los mismos por parte de los hospitales públicos de Antioquia.

Resulta particularmente sesgado pretender administrar toda una institución hospitalaria exclusivamente desde los reportes financieros, ya que estas organizaciones deben entenderse como un sistema más complejo, en constante cambio, que abarca también otras medidas de desempeño no financieras. Para el caso particular de las Empresas Sociales del Estado, es factible proyectar una excelente prestación de servicio al usuario, escenario que requiere una inversión en capacitación del personal, no obstante en búsqueda que lograr un equilibrio y autosostenibilidad, en muchas ocasiones aparecen los recortes a la formación y capacitación del personal, situación que va en contravía del objetivo inicial de la mejor prestación de servicio, eventualmente afectando el desempeño de la institución de manera prospectiva, y esto a su vez, contrariando con la autosostenibilidad organizacional con la que se justifica en principio la carencia en formación del personal. El reto de las instituciones prestadoras de salud consiste en el balance de la adecuada prestación del servicio al usuario manteniendo la sostenibilidad institucional.

Los indicadores utilizados por el Ministerio de Hacienda, Crédito Público y el Ministerio de Salud están diseñados para evaluar el desarrollo en el corto plazo en contrariedad con los objetivos del convenio de crédito de desempeño que estaban dados en el mínimo 10 años, entendiéndose como largo plazo.

En análisis porcentual de la categorización del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social, muestra el incremento del riesgo financiero de las instituciones. El análisis de este incremento deja en evidencia que las acciones de saneamiento fiscal en los hospitales evaluados, adoptadas con la determinación del riesgo financiero, se presentan como medidas descontextualizadas y

cortoplacistas, frente a la gestión gerencial del riesgo financiero necesaria de las Empresas Sociales del Estado, lo anterior respaldado en que cuando estas ESE son categorizadas como **%riesgo medio financiero+** o **%alto riesgo financiero+**, deben someterse a las medidas adoptadas por la determinación de riesgo de las Empresas Sociales del Estado según el artículo 81 de la ley 1438 de 2011⁽²⁴⁾. Y según como se amplió en los resultados del presente estudio, ninguna de las Empresas Sociales del Estado evaluadas que presentaron categoría de **%alto riesgo financiero+** en el 2012, cambió su situación a una categoría de menor riesgo, pero si un ESE pasó en 2012 de la categoría de **%sin riesgo financiero+** a **%alto riesgo financiero+** en 2013 y posteriormente fue liquidada en 2014 a tan solo a 2 años de no presentar una situación riesgosa para el Ministerio de Salud y Protección Social.

El sistema de información utilizado (SIHO) ⁽³³⁾ para el reporte financiero y de producción de las Empresas Sociales del Estado no permite reconocer el desempeño gerencial hospitalario, debido a que estos reportes periódicos son más estadísticos que gerenciales, para lo que se deben fomentar estrategias de reporte adecuado de cifras y datos que permitan identificar si hubo o no estrategias efectivas para creación de valor en las Empresas Sociales del Estado.

Respecto al desempeño global de las tendencias en promedio de los inductores de valor de las Empresas Sociales del Estado, estos demuestran que globalmente, no solo las medidas de salvamento del programa de crédito de desempeño condonable no fueron financieramente eficaces, sino que la situación financiera, según la misma tendencia general de estas instituciones es a una situación de mayor vulnerabilidad que a la encontrada al inicio del proyecto de crédito condonable.

En base a todo lo anterior se denota una situación financiera débil, que supone un riesgo para la sostenibilidad futura de las ESE, guardando relación directa con la gestión financiera, como fue el caso de las 2 ESE que iniciaron proceso de salvamento mediante el proyecto de crédito de desempeño y que fueron liquidadas en los años 2012 y 2013.

El conocimiento hospitalario de sus costos y de producción aún es incipiente; algo tan simple como proporcionar la información exacta y oportuna para la elaboración de las facturas de cobro tiene en serios aprietos financieros a casi todos los hospitales públicos del país ⁽²¹⁾.

Para finalizar, la eficiencia hospitalaria debe ir de la mano de estilos gerenciales que fomenten la creación de valor a las Empresas Sociales del Estado, mediante medidas que apunten a la especialización de las mismas instituciones y al trabajo en redes

estratégicas de prestación de servicios de salud ⁽³⁵⁾. Entendiendo que el control al gasto no debe interpretarse necesariamente, como un disminución en la calidad en la prestación de servicios de salud.

9. LIMITACIONES

El proyecto investigativo evaluó las condiciones financieras a través de los inductores de valor financiero de las 44 Empresas Sociales del Estado que suscribieron créditos de desempeño condonables en Antioquia en los años 2004, 2005 y 2006, utilizando como referente bibliográfico principalmente las publicaciones gubernamentales y las justificaciones de los documentos expedidos por el gobierno nacional; Dentro del material publicado, no se encontró una línea de base de la situación financiera de las Empresas Sociales del Estado de Antioquia que suscribieron créditos de desempeño, por tanto se hace imposible determinar un comparable del impacto del uso de los recursos y la asistencia técnica recibida entre la línea de base y el desarrollo del programa de crédito de desempeño condonable en el departamento de Antioquia en dicho periodo.

Respecto a los procesos de liquidación de las 2 instituciones que se vieron inmersas en el programa de crédito de desempeño durante los años 2012-2014 solo se conoce la información financiera reportada en el sistema de información hospitalaria (SIHO), es preciso aclarar que no se encontró un documento oficial publicado que expusiera las situaciones jurídicas que habrían influido en la decisión de liquidación de estas instituciones.

Para la vinculación de las Empresas Sociales del Estado al programa de crédito de desempeño condonable no se halló información que precisara los criterios de inclusión específicos que debieran cumplir dichas instituciones para la suscripción de dichos convenios, pero se pueden exponer los prerrequisitos expuestos en la propuesta de préstamo del programa de programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud del banco interamericano de desarrollo ⁽¹³⁾ donde se enuncia: *Con el fin de que las entidades territoriales y las IPS puedan participar en el programa, las mismas deberán expresar formalmente su intención de participar en el mismo y prepararán bajo la orientación del MPS los estudios orientados al diagnóstico de la prestación de servicios de salud en su jurisdicción, una propuesta de organización en red(es) y otra de reorganización de sus IPS+*

10.RECOMENDACIONES

Como se contempló en las conclusiones del presente estudio, el sistema de información utilizado para el reporte financiero y de producción de las Empresas Sociales del Estado no permite reconocer el desempeño gerencial hospitalario, debido a que estos reportes periódicos son más estadísticos que gerenciales, para lo que se deben fomentar estrategias de reporte adecuado de cifras y datos en el software que permitan identificar si hubo o no estrategias efectivas para creación de valor en las Empresas Sociales del Estado.

Incluir la realización y análisis de los inductores de valor financieros para determinar el desempeño gerencial de las Empresas Sociales del Estado con el objetivo de determinar si la asistencia técnica recibida y las medidas gerenciales adoptadas, generan o no valor a las instituciones desde lo financiero.

Las nuevas estrategias de saneamiento hospitalario deberán apuntar a resolver las situaciones que hacen parte de la problemática de base de la crisis hospitalaria, y la ejecución de estas deberá hacerse no sin antes haber realizado proyectos pilotos ajustados a los múltiples contextos de los hospitales y sus características sociodemográficas.

Posteriormente a la finalización este proyecto investigativo surgen nuevas preguntas de investigación sobre el programa de crédito de desempeño condonable a hospitales públicos como: ¿cuál es la situación financiera en la actualidad de las instituciones que firmaron crédito de desempeño condonable respecto a las que no firmaron en Antioquia y sus subregiones?

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo Trujillo M. La Reforma a la Seguridad Social En Salud De Colombia y la Teoría de La Competencia Regulada. Reforma a los sistemas de financiamiento de la salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 1997.
2. Franco G. Seguridad social y salud en Colombia estado de la reforma. Revista de Salud Pública [Internet].2015 [Citado 22 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18768/19845>
3. Asociación de Empresa Sociales del Estado de Antioquia [Internet]. Antioquia Colombia: legislacion.pdf CONPES 3204. [citado 22 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aesa.org.co/legislacion/?upf=dl&id=5706>
4. Calderón, C. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas.[The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems]. Cien Saude Colet. 2011; 16(6): 2817-2828.
5. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México. enero de 2011;53:s144-55.
6. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.pdf [Internet]. [Citado 21 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
7. Zapata, J. G. Las reformas hospitalarias en los sistemas de salud en años recientes: UN acercamiento al caso colombiano. Fedesarrollo-Banco Interamericano de Desarrollo, Bogotá-Colombia: (2013)
8. Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. Administración hospitalaria/Hospital Administration. Ed. Médica Panamericana. 2008.
9. Páez G.N, Jaramillo L.F, Franco C. & Arregoces L. MinSalud Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. [Internet] [Citado 21 de mayo de 2015]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de cartera Dirección de Financiamiento Sectorial [Internet]. [Citado 23 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/vp/fs/informe-cartera-junio-2015.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del Sector Salud - gasto financiero en Colombia 2004 -2011. [Internet]. [Citado 23 de mayo de 2015]. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/P/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf>
12. Departamento Nacional de Planeación Dirección de Desarrollo Social. Mejoramiento de la Red Pública Hospitalaria del País, [Internet]. [Citado 22 de mayo de 2015]. Disponible en: https://spi.dnp.gov.co/App_Themes/SeguimientoProyectos/ResumeEjecutivo/1016001650000.pdf
 13. Contrato de préstamo no. 1525/OC-CO entre la república de Colombia y el banco interamericano de desarrollo. Internet]. [Citado 21 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=40481483>
 14. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Conpes 3415 [Internet]. [Citado 22 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3415.pdf>
 15. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 3690 DE 2004, [Citado 27 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D3690004.pdf>
 16. Microsoft Word - PR-2821-2-S portada.doc - getdocument.aspx [Internet]. [Citado 22 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=414910>
 17. Banco Interamericano de Desarrollo. Colombia. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes De Prestación de Servicios de Salud [Internet]. [Citado 28 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=414910>
 18. Congreso de la Republica de Colombia. LEY 812 DE 2003, por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario. [Internet]. [Citado 26 de mayo de 2015]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/Ley812_de_2003.pdf
 19. MinSalud. Programa de reorganización rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud - informeRedicionCuentas2008.pdf [Internet]. [Citado 28 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/informeRedicionCuentas2008.pdf>
 20. MinSalud. Informe de actividades al Congreso 2014.pdf [Internet]. [Citado 28 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/pes/informe%20congreso%202014.pdf>
 21. López, I. D. L., Arbeláez, J. U., & Castaño, D. N. Aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. Una contribución al Sistema

- de Seguridad Social en Colombia. *Revista Innovar Journal Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 16(27), 91-100; 2006.
22. Duque, A. G. Un método rápido para el cálculo de costos hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 1996: 44(2), 63-69..
 23. Carreño Tibaduiza, M. L., Cardona Arboleda, O. D., & Barbat Barbat, H. A. Metodología para la evaluación del desempeño de la gestión del riesgo. Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería (CIMNE); 2004.
 24. Ministerio de salud y protección social de Colombia - Bogotá, Ley 1438, 19 de enero de 2011.
 25. Ministerio de salud y protección social de Colombia -Bogotá, Decreto 2509, 29 de agosto de 2012.
 26. García Serna, O. L. Valoración de empresas, gerencia del valor y EVA. Cali: Prensa Moderna Impresores SA; 2003.
 27. Mercado González, J. Mezcla de la mercadotecnia en productos de marca propia en tiendas de autoservicios (doctoral dissertation); 2009.
 28. García O.L. Administración Financiera Fundamentos y Aplicaciones: Cuarta Edición ISBN: 978-958-44-5443-0.Cali Colombia: Prensa Moderna Editoriales; 2009.
 29. Correa García, J. A. De la partida doble al análisis financiero; 2005.
 30. Arcila Castro, L. A., & García González, F. Análisis financiero Clínica La Sagrada Familia, Comfenalco Quindío (Master's thesis, Universidad EAFIT); 2012.
 31. Gutiérrez Mora, J. P. Eficiencia financiera y administrativa de los hospitales públicos de tercer nivel en Bogotá DC Una aproximación desde la metodología data envelopment analysis (DEA) 2002-2006 (Bachelor's thesis); 2010.
 32. Román, C. L. R. Fundamentos de administración financiera. Editora Red Tercer Milenio, México; 2012.
 33. Ministerio de salud y protección social de Colombia - Bogotá, 08 de julio de 2014.
 34. Zapata, J. G. Las reformas hospitalarias en los sistemas de salud en años recientes: un acercamiento al caso colombiano, 2013.
 35. Ochoa Díaz, H., & Rengifo Muñoz, W. N. Las alianzas estratégicas como alternativa para el funcionamiento de los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado. *Estudios Gerenciales*, 2003:19(88), 13-32.
 36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia - Bogotá, Resolución 3047, 14 de agosto de 2008.

Anexo 1. Margen EBITDA, promedio, desviación estándar por sub regiones y clasificación de riesgo individual del Ministerio de Salud de los hospitales que firmaron crédito de desempeño condonable.

MARGEN EBITDA BAJO CAUCA															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
4	0,09%	-10,16%	1,40%	31,12%	25,74%	3,12%	1,78%	15,66%	18,41%	1,75%	-1,44%	-2,26%	8,33%	Bajo cauca	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
15	3,81%	11,36%	12,94%	22,09%	10,80%	9,68%	-13,87%	7,13%	-11,57%	-6,92%	-33,71%	-22,11%	-41,12%	Bajo cauca	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo alto
17	15,22%	18,23%	-4,32%	21,86%	9,77%	-0,61%	4,63%	-1,20%	1,80%	7,02%	0,65%	10,93%	14,77%	Bajo cauca	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
19	-9,07%	7,67%	3,82%	6,50%	2,20%	11,27%	20,15%	11,32%	-0,69%	-0,19%	-9,12%	-14,44%	-0,61%	Bajo cauca	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo alto
38	31,27%	21,49%	30,35%	-8,89%	26,43%	9,45%	13,46%	-3,06%	24,22%	-36,47%	-22,17%	14,60%	14,93%	Bajo cauca	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo alto
44	-3,19%	-7,37%	3,36%	29,98%	21,40%	7,26%	18,17%	23,44%	25,33%	17,32%				Bajo cauca	Sin riesgo	Riesgo alto	sin reporte
Promedio	0,06	0,07	0,08	0,17	0,16	0,07	0,07	0,09	0,10	-0,03	-0,13	-0,03	-0,01				
desviación estándar	0,15	0,13	0,12	0,15	0,10	0,05	0,13	0,10	0,15	0,18	0,15	0,16	0,23				
MARGEN EBITDA MAGDALENA MEDIO															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
1	14,14%	3,64%	18,32%	6,33%	6,73%	-7,44%	23,01%	-25,86%	-0,97%	6,87%	15,05%	7,12%	-6,32%	Magdalena medio	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
25	10,69%	7,84%	0,29%	26,87%	20,40%	9,91%	-1,11%	-22,36%	-8,88%	-4,11%	-1,89%	9,08%	2,22%	Magdalena medio	Sin riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
29	-25,05%	11,03%	3,48%	41,59%	10,61%	-22,43%	-7,77%	-1,06%	-12,78%	-0,42%	-13,97%			Magdalena medio	Riesgo alto	Riesgo alto	sin reporte
30	-4,53%	10,22%	9,73%	19,84%	30,67%	-17,47%	13,21%	24,68%	15,16%	17,38%	26,63%	9,97%	1,70%	Magdalena medio	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Promedio	-1,19%	8,18%	7,96%	23,66%	17,10%	-9,36%	6,83%	-6,15%	-1,86%	4,93%	6,46%	8,73%	-0,80%				
desviación estándar	17,86%	3,32%	7,95%	14,68%	10,72%	14,28%	13,89%	23,29%	12,37%	9,47%	17,96%	1,46%	4,79%				

MARGEN EBI TDA NORDESTE															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
5	1,36%	15,02%	0,49%	1,34%	17,69%	5,96%	23,84%	17,41%	7,22%	11,31%	-0,42%	9,42%	-3,96%	Nordeste	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
7	51,31%	53,22%	59,71%	50,40%	58,89%	3,20%	14,92%	36,26%	35,63%	27,49%	22,18%	17,02%	-7,21%	Nordeste	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
36	0,13%	7,17%	-1,83%	15,88%	15,15%	10,14%	12,87%	-10,30%	-3,25%	-13,04%	-0,68%	-10,06%	-3,80%	Nordeste	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
43	2,01%	6,14%	11,25%	31,06%	18,68%	-0,67%	74,75%	4,32%	1,79%	-11,25%	-9,95%	13,35%	13,57%	Nordeste	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Promedio	13,70%	20,39%	17,41%	24,67%	27,60%	4,66%	31,60%	11,92%	10,35%	3,63%	2,78%	7,43%	-0,35%				
desviación estándar	25,09%	22,24%	28,77%	21,01%	20,91%	4,56%	29,16%	19,78%	17,39%	19,39%	13,67%	12,07%	9,41%				
MARGEN EBI TDA NORTE															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
9	18,00%	39,37%	13,23%	2,95%	7,67%	16,65%	24,13%	9,05%	8,07%	8,97%	-3,01%	13,34%	-6,04%	Norte	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
42	-3,91%	-7,43%	9,52%	19,35%	22,56%	-1,09%	25,86%	10,73%	4,43%	8,47%	6,36%	5,23%	0,40%	Norte	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo medio
Promedio	7,05%	15,97%	11,37%	11,15%	15,12%	7,78%	25,00%	9,89%	6,25%	8,72%	1,67%	9,29%	-2,82%				
desviación estándar	15,49%	33,09%	2,62%	11,60%	10,53%	12,54%	1,22%	1,19%	2,57%	0,35%	6,62%	5,74%	4,55%				

MARGEN EBITDA OCCIDENTE															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
21	9,64%	5,66%	9,81%	18,30%	11,04%	15,06%	24,49%	22,26%	20,80%	0,19%	16,59%	18,61%	18,38%	Occidente	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
39	-4,63%	3,17%	-12,74%	34,29%	-2,85%	-8,84%	11,72%	12,69%	14,84%	13,61%	26,29%	26,64%	18,47%	Occidente	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
Promedio	2,51%	4,42%	-1,46%	26,30%	4,10%	3,11%	18,10%	17,48%	17,82%	6,90%	21,44%	22,62%	18,42%				
desviación estándar	10,09%	1,76%	15,94%	11,31%	9,83%	16,91%	9,03%	6,77%	4,21%	9,48%	6,86%	5,68%	0,06%				
MARGEN EBITDA ORIENTE															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
8	14,14%	22,26%	-0,20%	1,89%	11,77%	-2,92%	20,40%	13,35%	5,34%	9,72%	11,31%	17,57%	30,85%	Oriente	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
18	11,18%	12,51%	48,18%	12,40%	11,57%	-4,99%	11,47%	-13,83%	-22,41%	-9,07%	4,94%	-0,29%	-4,27%	Oriente	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
20	-3,30%	0,01%	1,91%	26,87%	20,40%	9,91%	-1,11%	-22,36%	-8,88%	-4,11%	-1,89%	9,08%	2,22%	Oriente	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
22	-11,78%	-1,50%	5,35%	16,92%	5,31%	-3,78%	19,18%	15,90%	14,61%	8,89%	9,18%	4,86%	7,16%	Oriente	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
23	60,36%	48,62%	52,49%	39,17%	3,21%	-20,21%	14,09%	2,99%	15,52%	33,98%	33,36%	25,29%	26,14%	Oriente	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo medio
24	1,89%	10,99%	9,44%	19,15%	26,03%	5,43%	34,00%	37,53%	38,54%	31,96%	33,81%	28,88%	22,85%	Oriente	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
26	2,47%	3,53%	-9,19%	2,07%	-12,48%	5,73%	21,71%	25,56%	22,83%	16,29%	5,17%	12,83%	-7,21%	Oriente	Sin riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo
31	11,07%	19,26%	17,10%	15,78%	15,29%	9,79%	10,79%	10,24%	11,60%	9,24%	13,12%	11,12%	10,59%	Oriente	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
33	10,42%	10,46%	7,29%	10,28%	21,20%	-1,62%	11,73%	17,52%	9,95%	18,42%	21,72%	3,34%	-6,94%	Oriente	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
37	-1,65%	6,62%	2,27%	-0,96%	15,71%	1,89%	-3,17%	-24,95%	-3,57%	-2,28%	3,91%	13,87%	21,42%	Oriente	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Promedio	9,48%	13,28%	13,47%	14,36%	11,80%	-0,08%	13,91%	6,19%	8,35%	11,30%	13,46%	12,66%	10,28%				
desviación estándar	19,61%	14,58%	20,60%	12,32%	11,05%	8,94%	10,91%	20,67%	17,06%	14,40%	12,34%	9,30%	14,32%				

MARGEN EBITDA SUROESTE															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
13	22,11%	34,32%	-2,55%	7,54%	24,53%	5,87%	7,45%	10,32%	11,09%	14,94%	13,48%	9,79%	11,27%	Suroeste	Riesgo bajo	Sin riesgo	Riesgo bajo
14	2,94%	7,28%	-4,69%	7,34%	13,34%	6,40%	12,95%	15,91%	6,57%	4,34%	28,45%	31,83%	20,26%	Suroeste	Riesgo bajo	Sin riesgo	Riesgo bajo
16	-6,25%	-25,41%	-2,15%	-8,94%	-6,37%	-4,88%	-9,74%	-3,72%	-15,71%	-28,11%	-41,21%	-30,49%	-14,01%	Suroeste	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
27	0,79%	12,35%	-0,81%	5,56%	5,50%	1,07%	24,08%	13,01%	-25,95%	-37,34%	14,07%	1,20%	-6,02%	Suroeste	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
28	23,03%	15,02%	23,67%	21,44%	18,72%	-5,10%	22,68%	20,15%	20,10%	22,16%	23,26%	22,22%	-8,49%	Suroeste	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo alto
35	-1,48%	2,90%	-1,93%	77,20%	23,32%	2,17%	-12,19%	-8,11%	0,35%	-9,33%	10,88%	13,78%	6,61%	Suroeste	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
40	0,83%	2,02%	6,13%	0,48%	5,78%	-16,30%	5,26%	5,56%	14,94%	14,22%	18,41%	7,38%	4,37%	Suroeste	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin riesgo
Promedio	6,00%	6,92%	2,52%	15,80%	12,12%	-1,54%	7,21%	7,59%	1,63%	-2,74%	9,62%	7,96%	2,00%				
desviación estándar	11,68%	17,94%	9,92%	28,56%	11,18%	7,96%	14,28%	10,35%	16,81%	22,93%	23,23%	19,73%	12,09%				
MARGEN EBITDA URABÁ															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
10	-0,66%	7,77%	14,29%	15,22%	12,64%	13,88%	7,13%	17,58%	11,25%	-2,34%	-4,35%	11,85%	0,37%	Urabá	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
34	-3,95%	-10,79%	13,81%	18,25%	14,54%	3,87%	29,08%	32,81%	32,06%	31,88%	40,50%	40,31%	32,18%	Urabá	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
41	-34,92%	10,41%	-1,52%	1,28%	-21,09%	-15,83%	-65,75%	-7,46%	-26,40%	-15,56%	5,24%	-5,31%	13,01%	Urabá	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Promedio	-13,18%	2,46%	8,86%	11,58%	2,03%	0,64%	-9,85%	14,31%	5,64%	4,66%	13,80%	15,62%	15,19%				
desviación estándar	18,91%	11,56%	8,99%	9,05%	20,04%	15,12%	49,64%	20,33%	29,63%	24,48%	23,62%	23,04%	16,01%				

MARGEN EBITDA VALLE DE ABURRA															Clasificación del Riesgo ministerio de Salud		
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	región	2012	2013	2014
2	1,70%	5,77%	4,07%	40,20%	16,27%	12,11%	11,99%	4,88%	7,72%	6,38%	14,13%	17,29%	14,43%	Valle de aburrá	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Sin riesgo
3	-0,10%	-14,61%	8,97%	29,03%	12,42%	13,43%	11,42%	-0,08%	-1,76%	-15,07%	-11,16%	-1,14%	-2,74%	Valle de aburrá	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
6	-2,31%	3,40%	17,10%	0,21%	-0,95%	16,62%	12,85%	6,12%	1,71%	-5,39%	-2,61%	-5,65%	1,31%	Valle de aburrá	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
11	13,33%	6,39%	6,89%	9,24%	10,51%	8,91%	30,78%	8,79%	0,62%	4,88%	7,57%	1,78%	4,71%	Valle de aburrá	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo medio
12	1,10%	-18,23%	5,68%	-2,44%	-1,11%	-35,33%	-25,62%	-23,69%	-26,95%	9,53%	-11,17%	2,17%	0,13%	Valle de aburrá	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
32	1,78%	17,25%	17,20%	8,80%	3,02%	-3,30%	24,80%	-3,82%	0,21%	4,11%	-10,30%	-2,23%	-30,17%	Valle de aburrá	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Promedio	2,58%	-0,01%	9,98%	14,17%	6,70%	2,07%	11,04%	-1,30%	-3,07%	0,74%	-2,26%	2,04%	-2,06%				
desviación estándar	5,48%	13,63%	5,78%	16,87%	7,37%	19,58%	19,63%	11,87%	12,13%	9,22%	10,85%	8,00%	15,00%				

Anexo 2. PKT, promedio y desviación estándar por sub regiones de los hospitales que firmaron crédito de desempeño condonable en Antioquia.

PKT BAJO CAUCA													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 4	20,52%	-10,44%	-17,67%	28,72%	21,45%	13,40%	2,98%	5,82%	4,77%	5,12%	6,25%	6,42%	5,22%
hospital 15	-6,25%	2,67%	4,77%	19,39%	9,00%	16,71%	-4,45%	-6,02%	-13,72%	-3,54%	9,16%	26,29%	-10,44%
hospital 17	-13,14%	-8,41%	-29,00%	-11,04%	1,56%	-0,09%	6,00%	5,43%	7,83%	17,39%	8,24%	15,94%	29,44%
hospital 19	-19,63%	-39,88%	-90,80%	-106,54%	-27,37%	14,44%	14,52%	15,78%	0,23%	3,43%	-4,70%	-15,50%	10,11%
hospital 38	37,02%	37,35%	47,63%	6,47%	26,27%	23,96%	45,33%	19,05%	43,76%	18,37%	-2,12%	0,68%	2,21%
hospital 44	-16,85%	-27,72%	-17,06%	5,09%	25,90%	19,60%	17,88%	16,67%	5,84%	17,29%			
Promedio	0,28%	-7,74%	-17,02%	-9,65%	9,47%	14,67%	13,71%	9,45%	8,12%	9,68%	3,37%	6,77%	7,31%
desviación estándar	23,12%	26,76%	45,26%	49,36%	20,57%	8,18%	17,45%	9,52%	19,11%	9,25%	6,34%	15,80%	14,52%
PKT MAGDALENA MEDIO													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 1	18,01%	8,16%	30,22%	0,17%	15,12%	17,21%	2,14%	-1,77%	4,40%	8,88%	11,84%	3,27%	9,55%
hospital 25	30,96%	24,65%	25,96%	19,96%	31,08%	16,28%	29,69%	26,43%	22,08%	19,34%	11,54%	0,53%	0,44%
hospital 29	-38,79%	-17,02%	-11,91%	-11,71%	-13,85%	-17,38%	-21,20%	-20,56%	-40,59%	-60,46%	-90,42%		
hospital 30	16,15%	3,82%	7,97%	9,73%	44,69%	11,91%	-10,94%	-11,23%	-44,54%	-43,64%	-13,66%	4,58%	11,56%
Promedio	6,59%	4,90%	13,06%	4,54%	19,26%	7,01%	-0,08%	-1,78%	-14,66%	-18,97%	-20,17%	2,79%	7,18%
desviación estándar	30,96%	17,15%	19,24%	13,51%	25,16%	16,42%	22,02%	20,32%	33,06%	39,04%	48,33%	2,07%	5,93%

PKT NORDESTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 5	17,75%	28,49%	16,28%	-2,88%	28,29%	9,40%	3,29%	-0,33%	-14,76%	-2,66%	-0,41%	-1,50%	-7,30%
hospital 7	24,73%	25,02%	28,34%	-14,04%	14,00%	27,12%	15,03%	21,65%	11,00%	12,39%	12,50%	5,59%	24,49%
hospital 36	0,06%	5,16%	-8,15%	-10,41%	-0,96%	-1,67%	-2,29%	-9,65%	-14,39%	-19,79%	-0,84%	-11,53%	-9,03%
hospital 43	-30,18%	-34,67%	-18,47%	-1,07%	12,29%	-2,66%	-11,70%	-32,65%	-26,48%	-51,57%	-77,46%	-16,72%	-1,74%
Promedio	3,09%	6,00%	4,50%	-7,10%	13,40%	8,05%	1,08%	-5,24%	-11,16%	-15,41%	-16,55%	-6,04%	1,61%
desviación estándar	24,49%	29,00%	21,56%	6,15%	11,96%	13,84%	11,17%	22,49%	15,80%	27,46%	41,07%	10,00%	15,6%
PKT NORTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 9	36,9%	16,4%	30,4%	19,4%	12,0%	1,5%	-12,8%	-30,4%	-29,2%	-33,1%	-59,5%	-28,6%	-16,4%
hospital 42	-6,0%	-24,9%	-13,8%	-10,6%	5,3%	-7,5%	4,7%	6,1%	4,0%	-2,8%	-5,8%	3,7%	5,7%
Promedio	15,4%	-4,3%	8,3%	4,4%	8,6%	-3,0%	-4,1%	-12,1%	-12,6%	-18,0%	-32,7%	-12,4%	-5,4%
desviación estándar	30,3%	29,2%	31,3%	21,2%	4,7%	6,4%	12,3%	25,8%	23,5%	21,4%	38,0%	22,9%	15,6%

PKT OCCIDENTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 21	21,4%	15,6%	24,7%	22,0%	23,1%	26,0%	35,6%	18,4%	12,1%	13,5%	5,9%	5,6%	15,9%
hospital 39	87,0%	15,0%	-4,2%	17,9%	-0,2%	-9,7%	-22,4%	-10,6%	7,2%	7,5%	19,3%	39,4%	47,5%
Promedio	54,2%	15,3%	10,2%	20,0%	11,5%	8,1%	6,6%	3,9%	9,6%	10,5%	12,6%	22,5%	31,7%
desviación estándar	32,8%	0,3%	14,5%	2,0%	11,7%	17,8%	29,0%	14,5%	2,4%	3,0%	6,7%	16,9%	15,8%
PKT ORIENTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 8	23,8%	24,9%	13,6%	-0,1%	8,8%	2,0%	5,2%	-0,1%	-4,3%	-14,2%	-7,6%	-4,6%	7,5%
hospital 18	2,7%	9,0%	-1,0%	-19,4%	-5,3%	18,5%	16,3%	-0,6%	-4,1%	2,1%	-1,6%	13,0%	9,7%
hospital 20	5,9%	-3,8%	4,0%	-26,8%	4,7%	15,1%	11,3%	3,1%	10,0%	15,8%	13,0%	25,5%	19,7%
hospital 22	1,0%	-6,7%	-7,9%	9,4%	22,1%	11,5%	14,7%	12,7%	6,6%	13,0%	16,7%	23,9%	8,8%
hospital 23	18,4%	-1,4%	-7,2%	-7,1%	-6,6%	2,9%	-1,2%	-15,6%	-3,2%	5,7%	15,9%	21,4%	21,9%
hospital 24	-7,4%	-2,9%	-5,6%	-8,9%	14,5%	5,3%	10,7%	-2,0%	7,2%	9,0%	-1,7%	-3,3%	8,5%
hospital 26	18,5%	29,4%	17,5%	29,6%	24,5%	19,8%	16,0%	16,9%	13,0%	21,9%	19,7%	16,9%	32,2%
hospital 31	14,2%	4,9%	-4,6%	-28,1%	-18,0%	-13,2%	-9,1%	0,8%	9,1%	15,9%	31,3%	29,8%	34,4%
hospital 33	23,0%	15,0%	3,0%	-11,5%	-6,9%	-19,4%	-18,4%	-9,5%	-15,7%	-13,2%	-21,0%	-20,7%	-34,6%
hospital 37	26,6%	21,7%	2,5%	-5,8%	-16,3%	8,6%	-14,1%	-30,4%	-37,5%	-31,5%	-23,7%	-3,6%	8,7%
Promedio	12,7%	9,0%	1,4%	-6,9%	2,2%	5,1%	3,2%	-2,5%	-1,9%	2,4%	4,1%	9,8%	11,7%
desviación estándar	11,4%	13,1%	8,6%	17,3%	15,1%	12,9%	13,0%	13,6%	15,3%	16,9%	18,2%	16,8%	19,1%

PKT SUROESTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 13	15,76%	7,59%	-21,88%	-14,65%	-7,75%	-2,31%	5,04%	2,36%	3,94%	12,03%	-1,14%	-7,67%	11,58%
hospital 14	17,57%	25,85%	-26,37%	-12,16%	-6,21%	0,79%	-8,61%	-2,87%	3,04%	10,06%	3,22%	5,27%	8,59%
hospital 16	25,01%	9,99%	13,83%	13,70%	10,84%	12,59%	1,48%	0,60%	-12,29%	-1,37%	-24,12%	-27,30%	-20,73%
hospital 27	13,71%	28,57%	27,46%	9,94%	5,89%	8,11%	5,72%	0,79%	18,09%	0,68%	14,64%	17,55%	24,94%
hospital 28	14,10%	34,84%	57,48%	27,58%	27,67%	13,35%	9,15%	5,82%	14,54%	10,60%	-1,00%	3,23%	-5,41%
hospital 35	3,22%	-3,30%	0,34%	2,94%	1,26%	-3,10%	12,51%	6,05%	11,33%	-6,22%	-8,81%	-1,14%	2,60%
hospital 40	15,50%	13,69%	20,38%	15,14%	3,19%	5,61%	-2,64%	6,92%	7,62%	7,84%	10,67%	14,94%	25,69%
Promedio	14,98%	16,75%	10,18%	6,07%	4,99%	5,01%	3,24%	2,81%	6,61%	4,80%	-0,93%	0,70%	6,75%
desviación estándar	6,44%	13,48%	29,20%	15,22%	11,93%	6,76%	7,17%	3,60%	9,96%	7,06%	12,87%	15,12%	16,51%
PKT URABÁ													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 10	7,80%	-8,53%	9,28%	7,37%	8,88%	6,73%	7,27%	3,68%	-2,00%	-5,98%	4,70%	-3,41%	-3,71%
hospital 34	-11,31%	-254,37%	-5,21%	3,59%	17,87%	4,44%	6,52%	2,25%	-2,32%	-3,74%	1,37%	-0,57%	0,16%
hospital 41	-39,07%	2,42%	-0,90%	-12,90%	-57,90%	-14,44%	-46,86%	-36,79%	-23,35%	-9,80%	-26,21%	-26,02%	-34,43%
Promedio	-14,19%	-86,83%	1,06%	-0,65%	-10,38%	-1,09%	-11,03%	-10,29%	-9,22%	-6,51%	-6,71%	-10,00%	-12,66%
desviación estándar	23,57%	145,20%	7,44%	10,78%	41,39%	11,62%	31,04%	22,96%	12,24%	3,06%	16,97%	13,95%	18,95%

PKT VALLE DE ABURRÁ													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
hospital 2	-0,29%	-4,72%	-6,66%	-25,05%	-17,14%	-8,49%	-8,54%	-3,10%	3,98%	-5,08%	-6,32%	-7,22%	3,49%
hospital 3	10,26%	-4,61%	-12,84%	-4,04%	6,52%	11,78%	24,34%	22,50%	13,58%	2,20%	-21,49%	-11,82%	-14,05%
hospital 6	-17,29%	-10,11%	-11,63%	-6,62%	-4,10%	-1,08%	11,57%	13,13%	13,26%	-1,21%	11,33%	21,71%	23,73%
hospital 11	-8,00%	-11,00%	-2,00%	-5,00%	4,00%	1,00%	4,00%	-10,00%	-16,00%	-22,00%	-28,00%	-15,00%	-28,00%
hospital 12	-57,61%	-97,18%	-119,36%	-129,75%	-133,70%	-99,66%	-104,40%	-85,20%	-69,44%	-54,39%	-68,30%	-39,26%	-1,39%
hospital 32	-17,86%	-7,67%	-9,70%	-11,41%	-10,77%	-8,19%	-6,04%	-16,97%	-39,10%	-30,43%	-0,26%	-3,76%	-19,71%
Promedio	-15,13%	-22,55%	-27,03%	-30,31%	-25,86%	-17,44%	-13,18%	-13,27%	-15,62%	-18,49%	-18,84%	-9,22%	-5,99%
desviación estándar	23,38%	36,66%	45,40%	49,33%	53,57%	40,96%	46,28%	38,15%	33,22%	21,68%	28,11%	19,66%	18,61%

Anexo 3. Razón corriente, promedio y desviación estándar por sub regiones de los hospitales que firmaron crédito de desempeño condonable en Antioquia.

RAZON CORRIENTE BAJO CAUCA													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4	\$ 1,26	\$ 0,93	\$ 0,84	\$ 2,95	\$ 2,84	\$ 2,60	\$ 2,53	\$ 1,59	\$ 2,05	\$ 1,60	\$ 1,78	\$ 2,18	\$ 1,57
15	\$ 0,90	\$ 1,09	\$ 2,27	\$ 2,29	\$ 1,50	\$ 4,42	\$ 2,39	\$ 1,32	\$ 1,30	\$ 0,90	\$ 1,56	\$ 2,27	\$ 0,97
17	\$ 0,75	\$ 0,85		\$ 0,90	\$ 1,40	\$ 1,42	\$ 1,79	\$ 1,72	\$ 1,61	\$ 2,37	\$ 1,95	\$ 3,65	\$ 5,63
19	\$ 0,77	\$ 0,65	\$ 0,98	\$ 0,33	\$ 1,04	\$ 4,35	\$ 6,20	\$ 5,16	\$ 1,17	\$ 1,34	\$ 1,03	\$ 2,62	\$ 2,83
38	\$ 4,45	\$ 3,65	\$ 3,52	\$ 1,35	\$ 3,55	\$ 3,35	\$ 16,98	\$ 9,56	\$ 15,62	\$ 4,39	\$ 1,01	\$ 1,58	\$ 1,68
44	\$ 0,71	\$ 0,56	\$ 0,78	\$ 1,75	\$ 2,88	\$ 3,72	\$ 2,82	\$ 2,42	\$ 2,63	\$ 6,05			
Promedio	\$ 1,47	\$ 1,29	\$ 1,68	\$ 1,60	\$ 2,20	\$ 3,31	\$ 5,45	\$ 3,63	\$ 4,06	\$ 2,78	\$ 1,46	\$ 2,46	\$ 2,54
desviación estándar	1,47	1,17	1,20	0,94	1,02	1,15	5,86	3,23	5,68	2,02	0,43	0,76	1,86
RAZON CORRIENTE MAGDALENA MEDIO													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	\$ 3,14	\$ 2,56	\$ 3,32	\$ 4,73	\$ 4,88	\$ 3,46	\$ 2,69	\$ 2,16	\$ 1,64	\$ 1,82	\$ 2,46	\$ 2,51	\$ 2,57
25	\$ 11,96	\$ 17,99	\$ 7,85	\$ 4,37	\$ 6,35	\$ 8,52	\$ 11,26	\$ 11,19	\$ 4,34	\$ 7,90	\$ 4,64	\$ 5,97	\$ 3,44
29	\$ 0,52	\$ 0,77	\$ 1,31	\$ 1,31	\$ 1,42	\$ 1,66	\$ 1,35	\$ 1,58	\$ 0,91	\$ 0,78	\$ 0,75		
30	\$ 1,09	\$ 1,10	\$ 1,29	\$ 1,42	\$ 2,49	\$ 1,67	\$ 1,14	\$ 3,28	\$ 0,85	\$ 0,56	\$ 0,98	\$ 1,81	\$ 2,26
Promedio	\$ 4,18	\$ 5,61	\$ 3,44	\$ 2,96	\$ 3,79	\$ 3,83	\$ 4,11	\$ 4,55	\$ 1,94	\$ 2,76	\$ 2,21	\$ 3,43	\$ 2,76
desviación estándar	5,31	8,29	3,09	1,85	2,24	3,24	4,82	4,48	1,64	3,47	1,79	2,23	0,61

RAZON CORRIENTE NORDESTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
5	\$ 1,45	\$ 2,09	\$ 2,09	\$ 0,94	\$ 2,58	\$ 3,11	\$ 2,06	\$ 1,77	\$ 2,20	\$ 1,45	\$ 1,46	\$ 1,46	\$ 2,98
7	\$ 2,11	\$ 2,03	\$ 1,84	\$ 1,07	\$ 1,62	\$ 2,49	\$ 2,32	\$ 2,21	\$ 2,38	\$ 1,58	\$ 1,46	\$ 1,54	\$ 1,62
36	\$ 1,65	\$ 1,48	\$ 0,81	\$ 0,87	\$ 1,34	\$ 1,86	\$ 1,62	\$ 1,06	\$ 1,61	\$ 0,84	\$ 1,82	\$ 1,50	\$ 1,19
43	\$ 0,81	\$ 0,81	\$ 0,78	\$ 1,99	\$ 1,91	\$ 1,55	\$ 1,55	\$ 0,95	\$ 1,01	\$ 0,63	\$ 0,63	\$ 1,15	\$ 1,54
Promedio	\$ 1,50	\$ 1,60	\$ 1,38	\$ 1,22	\$ 1,86	\$ 2,25	\$ 1,89	\$ 1,50	\$ 1,80	\$ 1,12	\$ 1,34	\$ 1,41	\$ 1,83
desviación estándar	0,54	0,60	0,68	0,52	0,53	0,70	0,37	0,60	0,62	0,46	0,50	0,18	0,79
RAZON CORRIENTE NORTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
9	\$ 15,75	\$ 5,34	\$ -	\$ 11,87	\$ 2,97	\$ 2,47	\$ 0,87	\$ 4,03	\$ 2,03	\$ 1,44	\$ 1,89	\$ 1,01	\$ 1,56
42	\$ 0,97	\$ 0,65	\$ 0,77	\$ 1,18	\$ 1,26	\$ 0,98	\$ 1,51	\$ 2,02	\$ 1,34	\$ 0,99	\$ 1,06	\$ 1,32	\$ 2,44
Promedio	\$ 8,36	\$ 2,99	\$ 0,39	\$ 6,52	\$ 2,12	\$ 1,73	\$ 1,19	\$ 3,03	\$ 1,68	\$ 1,21	\$ 1,47	\$ 1,17	\$ 2,00
desviación estándar	10,45	3,31	0,55	7,56	1,21	1,05	0,45	1,42	0,49	0,32	0,59	0,21	0,62

RAZON CORRIENTE OCCIDENTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
21	\$ 2,79	\$ 2,41	\$ 2,60	\$ 5,55	\$ 6,94	\$ 5,88	\$ 40,15	\$ 16,56	\$ 12,25	\$ 9,90	\$ 2,63	\$ 1,84	\$ 3,35
39	\$ 2,07	\$ 1,41	\$ 0,95	\$ 1,66	\$ 1,36	\$ 1,12	\$ 0,58	\$ 0,81	\$ 1,57	\$ 1,28	\$ 2,23	\$ 5,11	\$ 4,48
Promedio	\$ 2,43	\$ 1,91	\$ 1,77	\$ 3,60	\$ 4,15	\$ 3,50	\$ 20,37	\$ 8,69	\$ 6,91	\$ 5,59	\$ 2,43	\$ 3,48	\$ 3,91
desviación estándar	0,36	0,50	0,83	1,95	2,79	2,38	19,79	7,88	5,34	4,31	0,20	1,64	0,57
RAZON CORRIENTE ORIENTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
8	\$ 2,28	\$ 2,20	\$ 9,69	\$ 3,88	\$ 2,28	\$ 1,19	\$ 2,14	\$ 1,74	\$ 1,63	\$ 0,97	\$ 0,87	\$ 1,17	\$ 3,88
18	\$ 1,17	\$ 1,31	\$ 1,21	\$ 0,73	\$ 1,49	\$ 10,10	\$ 6,98	\$ 1,69	\$ 3,10	\$ 3,51	\$ 3,27	\$ 2,91	\$ 8,85
20	\$ 1,32	\$ 1,15	\$ 1,41	\$ 0,47	\$ 4,15	\$ 19,63	\$ 6,77	\$ 3,20	\$ 3,63	\$ 2,98	\$ 5,09	\$ 2,58	\$ 2,30
22	\$ 1,70	\$ 1,61	\$ 1,98	\$ 5,40	\$ 10,51	\$ 12,05	\$ 10,33	\$ 13,29	\$ 4,76	\$ 5,41	\$ 3,72	\$ 5,05	\$ 2,27
23	\$ 2,42	\$ 1,46	\$ 1,25	\$ 1,05	\$ 1,19	\$ 2,78	\$ 1,82	\$ 0,51	\$ 1,32	\$ 2,34	\$ 3,79	\$ 2,81	\$ 8,53
24	\$ 0,95	\$ 1,03	\$ 1,00	\$ 1,40	\$ 4,16	\$ 2,71	\$ 2,65	\$ 2,71	\$ 7,88	\$ 10,53	\$ 5,13	\$ 6,51	\$ 7,55
26	\$ 14,07	\$ 19,23	\$ 10,93	\$ 12,47	\$ 8,90	\$ 84,95	\$ 12,72	\$ 5,70	\$ 6,03	\$ 5,83	\$ 7,19	\$ 5,79	\$ 11,47
31	\$ 1,35	\$ 1,11	\$ 1,10	\$ 0,53	\$ 0,91	\$ 1,25	\$ 1,31	\$ 2,07	\$ 2,43	\$ 3,92	\$ 3,52	\$ 4,18	\$ 7,76
33	\$ 3,07	\$ 1,89	\$ 1,50	\$ 1,18	\$ 2,65	\$ 1,43	\$ 2,03	\$ 2,13	\$ 1,91	\$ 1,89	\$ 0,66	\$ 0,94	\$ 0,39
37	\$ 2,31	\$ 2,62	\$ 3,70	\$ 3,23	\$ 1,44	\$ 6,55	\$ 1,07	\$ 0,75	\$ 0,71	\$ 0,74	\$ 0,83	\$ 6,65	\$ 2,57
Promedio	\$ 3,06	\$ 3,36	\$ 3,38	\$ 3,03	\$ 3,77	\$ 14,26	\$ 4,78	\$ 3,38	\$ 3,34	\$ 3,81	\$ 3,41	\$ 3,86	\$ 5,56
desviación estándar	3,92	5,60	3,75	3,71	3,35	25,56	4,17	3,77	2,28	2,91	2,13	2,09	3,70

RAZON CORRIENTE SUROESTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
13	\$ 1,64	\$ 1,73	\$ 0,91	\$ 1,00	\$ 1,67	\$ 2,40	\$ 2,72	\$ 2,15	\$ 1,63	\$ 1,80	\$ 1,74	\$ 0,95	\$ 2,93
14	\$ 1,61	\$ 1,72	\$ 0,59	\$ 2,03	\$ 1,09	\$ 1,43	\$ 1,31	\$ 1,68	\$ 2,59	\$ 4,36	\$ 6,41	\$ 3,80	\$ 11,96
16	\$ 21,33	\$ 2,35	\$ 7,70	\$ 5,40	\$ 4,14	\$ 3,77	\$ 2,81	\$ 1,68	\$ 1,31	\$ 1,26	\$ 1,15	\$ 0,86	\$ 0,62
27	\$ 4,48	\$ 10,60	\$ 3,07	\$ 1,96	\$ 3,82	\$ 3,25	\$ 1,96	\$ 1,79	\$ 2,60	\$ 1,06	\$ 2,06	\$ 2,31	\$ 9,53
28	\$ 1,57	\$ 1,96	\$ 3,13	\$ 4,41	\$ 7,64	\$ 8,29	\$ 4,22	\$ 2,68	\$ 3,52	\$ 2,21	\$ 1,44	\$ 2,07	\$ 1,11
35	\$ 1,30	\$ 1,52	\$ 1,85	\$ 1,74		\$ 1,81	\$ 2,62	\$ 2,19	\$ 2,68	\$ 1,19	\$ 0,88	\$ 4,07	\$ 1,44
40	\$ 6,16	\$ 4,46	\$ 6,87	\$ 3,23	\$ 2,26	\$ 5,08	\$ 1,57	\$ 3,27	\$ 3,43	\$ 2,01	\$ 2,35	\$ 4,30	\$ 10,33
Promedio	\$ 5,44	\$ 3,48	\$ 3,45	\$ 2,82	\$ 3,44	\$ 3,72	\$ 2,46	\$ 2,21	\$ 2,54	\$ 1,99	\$ 2,29	\$ 2,62	\$ 5,42
desviación estándar	7,25	3,30	2,81	1,59	2,38	2,37	0,97	0,59	0,83	1,14	1,89	1,45	4,96
RAZON CORRIENTE URABÁ													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
10	\$ 1,35	\$ 1,17	\$ 1,39	\$ 1,62	\$ 2,41	\$ 1,94	\$ 5,02	\$ 1,58	\$ 1,67	\$ 1,73	\$ 2,24	\$ 1,72	\$ 2,03
34	\$ 1,95	\$ 1,71	\$ 0,99	\$ 3,16	\$ 3,41	\$ 1,74	\$ 2,59	\$ 1,64	\$ 1,26	\$ 1,05	\$ 1,97	\$ 2,18	\$ 1,84
41	\$ 1,36	\$ 1,37	\$ 1,42	\$ 0,83	\$ 0,50	\$ 0,99	\$ 0,86	\$ 0,68	\$ 1,02	\$ 1,08	\$ 2,21	\$ 0,62	\$ 0,59
Promedio	\$ 1,55	\$ 1,42	\$ 1,27	\$ 1,87	\$ 2,11	\$ 1,56	\$ 2,82	\$ 1,30	\$ 1,32	\$ 1,29	\$ 2,14	\$ 1,51	\$ 1,49
desviación estándar	0,35	0,28	0,24	1,19	1,48	0,50	2,09	0,54	0,33	0,38	0,15	0,80	0,78

RAZON CORRIENTE VALLE DE ABURRÁ													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2	\$ 1,24	\$ 1,82	\$ 1,07	\$ 0,87	\$ 1,25	\$ 1,61	\$ 1,24	\$ 1,23	\$ 1,31	\$ 1,37	\$ 1,05	\$ 1,10	\$ 1,14
3	\$ 2,14	\$ 1,94	\$ 1,43	\$ 1,40	\$ 2,56	\$ 4,87	\$ 3,52	\$ 2,33	\$ 1,83	\$ 1,45	\$ 0,73	\$ 1,15	\$ 1,24
6	\$ 1,09	\$ 1,11	\$ 1,06	\$ 1,08	\$ 1,40	\$ 2,77	\$ 5,03	\$ 4,37	\$ 3,44	\$ 2,18	\$ 2,01	\$ 2,27	\$ 1,82
11	\$ 1,24	\$ 1,31	\$ 3,09	\$ 3,92	\$ 6,70	\$ 3,93	\$ 3,29	\$ 0,74	\$ 1,00	\$ 1,85	\$ 0,82	\$ 0,65	\$ 0,39
12	\$ 0,96	\$ 0,63	\$ 1,49	\$ 8,47	\$ 3,27	\$ 9,61	\$ 1,84	\$ 0,78	\$ 8,80	\$ 22,87	\$ 10,57	\$ 26,60	\$ 19,33
32	\$ 0,84	\$ 1,21	\$ 1,26	\$ 1,22	\$ 1,22	\$ 1,21	\$ 1,28	\$ 0,75	\$ 0,48	\$ 0,67	\$ 1,08	\$ 0,93	\$ 0,69
Promedio	\$ 1,25	\$ 1,34	\$ 1,57	\$ 2,83	\$ 2,73	\$ 4,00	\$ 2,70	\$ 1,70	\$ 2,81	\$ 5,06	\$ 2,71	\$ 5,45	\$ 4,10
desviación estándar	0,46	0,48	0,77	2,99	2,11	3,07	1,51	1,44	3,11	8,74	3,88	10,37	7,48

Anexo 4. Prueba acida, promedio y desviación estándar por sub regiones de los hospitales que firmaron crédito de desempeño condonable en Antioquia.

PRUEBA ACIDA BAJO CAUCA													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
4	\$ 1,26	\$ 0,93	\$ 0,84	\$ 2,95	\$ 2,84	\$ 2,60	\$ 2,53	\$ 1,59	\$ 2,05	\$ 1,60	\$ 1,78	\$ 2,18	\$ 1,57
15	\$ 0,90	\$ 1,09	\$ 2,27	\$ 2,29	\$ 1,50	\$ 4,42	\$ 2,39	\$ 1,32	\$ 1,30	\$ 0,90	\$ 1,56	\$ 2,27	\$ 0,97
17	\$ 0,75	\$ 0,85		\$ 0,90	\$ 1,40	\$ 1,42	\$ 1,79	\$ 1,72	\$ 1,61	\$ 2,37	\$ 1,95	\$ 3,65	\$ 5,63
19	\$ 0,77	\$ 0,65	\$ 0,98	\$ 0,33	\$ 1,04	\$ 4,35	\$ 6,20	\$ 5,16	\$ 1,17	\$ 1,34	\$ 1,03	\$ 2,62	\$ 2,83
38	\$ 4,45	\$ 3,65	\$ 3,52	\$ 1,35	\$ 3,55	\$ 3,35	\$ 16,98	\$ 9,56	\$ 15,62	\$ 4,39	\$ 1,01	\$ 1,58	\$ 1,68
44	\$ 0,71	\$ 0,56	\$ 0,78	\$ 1,75	\$ 2,88	\$ 3,72	\$ 2,82	\$ 2,42	\$ 2,63	\$ 6,05			
Promedio	\$ 1,47	\$ 1,29	\$ 1,68	\$ 1,60	\$ 2,20	\$ 3,31	\$ 5,45	\$ 3,63	\$ 4,06	\$ 2,78	\$ 1,46	\$ 2,46	\$ 2,54
desviación estándar	1,47	1,17	1,20	0,94	1,02	1,15	5,86	3,23	5,68	2,02	0,43	0,76	1,86
PRUEBA ACIDA MAGDALENA MEDIO													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	\$ 3,14	\$ 2,56	\$ 3,32	\$ 4,73	\$ 4,88	\$ 3,46	\$ 2,69	\$ 2,16	\$ 1,64	\$ 1,82	\$ 2,46	\$ 2,51	\$ 2,57
25	\$ 11,96	\$ 17,99	\$ 7,85	\$ 4,37	\$ 6,35	\$ 8,52	\$ 11,26	\$ 11,19	\$ 4,34	\$ 7,90	\$ 4,64	\$ 5,97	\$ 3,44
29	\$ 0,52	\$ 0,77	\$ 1,31	\$ 1,31	\$ 1,42	\$ 1,66	\$ 1,35	\$ 1,58	\$ 0,91	\$ 0,78	\$ 0,75		
30	\$ 1,09	\$ 1,10	\$ 1,29	\$ 1,42	\$ 2,49	\$ 1,67	\$ 1,14	\$ 3,28	\$ 0,85	\$ 0,56	\$ 0,98	\$ 1,81	\$ 2,26
Promedio	\$ 4,18	\$ 5,61	\$ 3,44	\$ 2,96	\$ 3,79	\$ 3,83	\$ 4,11	\$ 4,55	\$ 1,94	\$ 2,76	\$ 2,21	\$ 3,43	\$ 2,76
desviación estándar	5,31	8,29	3,09	1,85	2,24	3,24	4,82	4,48	1,64	3,47	1,79	2,23	0,61

PRUEBA ACIDA NORDESTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
5	\$ 1,45	\$ 2,09	\$ 2,09	\$ 0,94	\$ 2,58	\$ 3,11	\$ 2,06	\$ 1,77	\$ 2,20	\$ 1,45	\$ 1,46	\$ 1,46	\$ 2,98
7	\$ 2,11	\$ 2,03	\$ 1,84	\$ 1,07	\$ 1,62	\$ 2,49	\$ 2,32	\$ 2,21	\$ 2,38	\$ 1,58	\$ 1,46	\$ 1,54	\$ 1,62
36	\$ 1,65	\$ 1,48	\$ 0,81	\$ 0,87	\$ 1,34	\$ 1,86	\$ 1,62	\$ 1,06	\$ 1,61	\$ 0,84	\$ 1,82	\$ 1,50	\$ 1,19
43	\$ 0,81	\$ 0,81	\$ 0,78	\$ 1,99	\$ 1,91	\$ 1,55	\$ 1,55	\$ 0,95	\$ 1,01	\$ 0,63	\$ 0,63	\$ 1,15	\$ 1,54
Promedio	\$ 1,50	\$ 1,60	\$ 1,38	\$ 1,22	\$ 1,86	\$ 2,25	\$ 1,89	\$ 1,50	\$ 1,80	\$ 1,12	\$ 1,34	\$ 1,41	\$ 1,83
desviación estándar	0,54	0,60	0,68	0,52	0,53	0,70	0,37	0,60	0,62	0,46	0,50	0,18	0,79
PRUEBA ACIDA NORTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
9	\$ 15,75	\$ 5,34	\$ -	\$ 11,87	\$ 2,97	\$ 2,47	\$ 0,87	\$ 4,03	\$ 2,03	\$ 1,44	\$ 1,89	\$ 1,01	\$ 1,56
42	\$ 0,97	\$ 0,65	\$ 0,77	\$ 1,18	\$ 1,26	\$ 0,98	\$ 1,51	\$ 2,02	\$ 1,34	\$ 0,99	\$ 1,06	\$ 1,32	\$ 2,44
Promedio	\$ 8,36	\$ 2,99	\$ 0,39	\$ 6,52	\$ 2,12	\$ 1,73	\$ 1,19	\$ 3,03	\$ 1,68	\$ 1,21	\$ 1,47	\$ 1,17	\$ 2,00
desviación estándar	10,45	3,31	0,55	7,56	1,21	1,05	0,45	1,42	0,49	0,32	0,59	0,21	0,62

PRUEBA ACIDA OCCIDENTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
21	\$ 2,79	\$ 2,41	\$ 2,60	\$ 5,55	\$ 6,94	\$ 5,88	\$ 40,15	\$ 16,56	\$ 12,25	\$ 9,90	\$ 2,63	\$ 1,84	\$ 3,35
39	\$ 2,07	\$ 1,41	\$ 0,95	\$ 1,66	\$ 1,36	\$ 1,12	\$ 0,58	\$ 0,81	\$ 1,57	\$ 1,28	\$ 2,23	\$ 5,11	\$ 4,48
Promedio	\$ 2,43	\$ 1,91	\$ 1,77	\$ 3,60	\$ 4,15	\$ 3,50	\$ 20,37	\$ 8,69	\$ 6,91	\$ 5,59	\$ 2,43	\$ 3,48	\$ 3,91
desviación estándar	0,36	0,50	0,83	1,95	2,79	2,38	19,79	7,88	5,34	4,31	0,20	1,64	0,57
PRUEBA ACIDA ORIENTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
8	\$ 2,28	\$ 2,20	\$ 9,69	\$ 3,88	\$ 2,28	\$ 1,19	\$ 2,14	\$ 1,74	\$ 1,63	\$ 0,97	\$ 0,87	\$ 1,17	\$ 3,88
18	\$ 1,17	\$ 1,31	\$ 1,21	\$ 0,73	\$ 1,49	\$ 10,10	\$ 6,98	\$ 1,69	\$ 3,10	\$ 3,51	\$ 3,27	\$ 2,91	\$ 8,85
20	\$ 1,32	\$ 1,15	\$ 1,41	\$ 0,47	\$ 4,15	\$ 19,63	\$ 6,77	\$ 3,20	\$ 3,63	\$ 2,98	\$ 5,09	\$ 2,58	\$ 2,30
22	\$ 1,70	\$ 1,61	\$ 1,98	\$ 5,40	\$ 10,51	\$ 12,05	\$ 10,33	\$ 13,29	\$ 4,76	\$ 5,41	\$ 3,72	\$ 5,05	\$ 2,27
23	\$ 2,42	\$ 1,46	\$ 1,25	\$ 1,05	\$ 1,19	\$ 2,78	\$ 1,82	\$ 0,51	\$ 1,32	\$ 2,34	\$ 3,79	\$ 2,81	\$ 8,53
24	\$ 0,95	\$ 1,03	\$ 1,00	\$ 1,40	\$ 4,16	\$ 2,71	\$ 2,65	\$ 2,71	\$ 7,88	\$ 10,53	\$ 5,13	\$ 6,51	\$ 7,55
26	\$ 14,07	\$ 19,23	\$ 10,93	\$ 12,47	\$ 8,90	\$ 84,95	\$ 12,72	\$ 5,70	\$ 6,03	\$ 5,83	\$ 7,19	\$ 5,79	\$ 11,47
31	\$ 1,35	\$ 1,11	\$ 1,10	\$ 0,53	\$ 0,91	\$ 1,25	\$ 1,31	\$ 2,07	\$ 2,43	\$ 3,92	\$ 3,52	\$ 4,18	\$ 7,76
33	\$ 3,07	\$ 1,89	\$ 1,50	\$ 1,18	\$ 2,65	\$ 1,43	\$ 2,03	\$ 2,13	\$ 1,91	\$ 1,89	\$ 0,66	\$ 0,94	\$ 0,39
37	\$ 2,31	\$ 2,62	\$ 3,70	\$ 3,23	\$ 1,44	\$ 6,55	\$ 1,07	\$ 0,75	\$ 0,71	\$ 0,74	\$ 0,83	\$ 6,65	\$ 2,57
Promedio	\$ 3,06	\$ 3,36	\$ 3,38	\$ 3,03	\$ 3,77	\$ 14,26	\$ 4,78	\$ 3,38	\$ 3,34	\$ 3,81	\$ 3,41	\$ 3,86	\$ 5,56
desviación estándar	3,92	5,60	3,75	3,71	3,35	25,56	4,17	3,77	2,28	2,91	2,13	2,09	3,70

PRUEBA ACIDA SUROESTE													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
13	\$ 1,64	\$ 1,73	\$ 0,91	\$ 1,00	\$ 1,67	\$ 2,40	\$ 2,72	\$ 2,15	\$ 1,63	\$ 1,80	\$ 1,74	\$ 0,95	\$ 2,93
14	\$ 1,61	\$ 1,72	\$ 0,59	\$ 2,03	\$ 1,09	\$ 1,43	\$ 1,31	\$ 1,68	\$ 2,59	\$ 4,36	\$ 6,41	\$ 3,80	\$ 11,96
16	\$ 21,33	\$ 2,35	\$ 7,70	\$ 5,40	\$ 4,14	\$ 3,77	\$ 2,81	\$ 1,68	\$ 1,31	\$ 1,26	\$ 1,15	\$ 0,86	\$ 0,62
27	\$ 4,48	\$ 10,60	\$ 3,07	\$ 1,96	\$ 3,82	\$ 3,25	\$ 1,96	\$ 1,79	\$ 2,60	\$ 1,06	\$ 2,06	\$ 2,31	\$ 9,53
28	\$ 1,57	\$ 1,96	\$ 3,13	\$ 4,41	\$ 7,64	\$ 8,29	\$ 4,22	\$ 2,68	\$ 3,52	\$ 2,21	\$ 1,44	\$ 2,07	\$ 1,11
35	\$ 1,30	\$ 1,52	\$ 1,85	\$ 1,74		\$ 1,81	\$ 2,62	\$ 2,19	\$ 2,68	\$ 1,19	\$ 0,88	\$ 4,07	\$ 1,44
40	\$ 6,16	\$ 4,46	\$ 6,87	\$ 3,23	\$ 2,26	\$ 5,08	\$ 1,57	\$ 3,27	\$ 3,43	\$ 2,01	\$ 2,35	\$ 4,30	\$ 10,33
Promedio	\$ 5,44	\$ 3,48	\$ 3,45	\$ 2,82	\$ 3,44	\$ 3,72	\$ 2,46	\$ 2,21	\$ 2,54	\$ 1,99	\$ 2,29	\$ 2,62	\$ 5,42
desviación estándar	7,25	3,30	2,81	1,59	2,38	2,37	0,97	0,59	0,83	1,14	1,89	1,45	4,96
PRUEBA ACIDA URABÁ													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
10	\$ 1,35	\$ 1,17	\$ 1,39	\$ 1,62	\$ 2,41	\$ 1,94	\$ 5,02	\$ 1,58	\$ 1,67	\$ 1,73	\$ 2,24	\$ 1,72	\$ 2,03
34	\$ 1,95	\$ 1,71	\$ 0,99	\$ 3,16	\$ 3,41	\$ 1,74	\$ 2,59	\$ 1,64	\$ 1,26	\$ 1,05	\$ 1,97	\$ 2,18	\$ 1,84
41	\$ 1,36	\$ 1,37	\$ 1,42	\$ 0,83	\$ 0,50	\$ 0,99	\$ 0,86	\$ 0,68	\$ 1,02	\$ 1,08	\$ 2,21	\$ 0,62	\$ 0,59
Promedio	\$ 1,55	\$ 1,42	\$ 1,27	\$ 1,87	\$ 2,11	\$ 1,56	\$ 2,82	\$ 1,30	\$ 1,32	\$ 1,29	\$ 2,14	\$ 1,51	\$ 1,49
desviación estándar	0,35	0,28	0,24	1,19	1,48	0,50	2,09	0,54	0,33	0,38	0,15	0,80	0,78

PRUEBA ACIDA VALLE DE ABURRÁ													
Denominación de hospital	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
2	\$ 1,24	\$ 1,82	\$ 1,07	\$ 0,87	\$ 1,25	\$ 1,61	\$ 1,24	\$ 1,23	\$ 1,31	\$ 1,37	\$ 1,05	\$ 1,10	\$ 1,14
3	\$ 2,14	\$ 1,94	\$ 1,43	\$ 1,40	\$ 2,56	\$ 4,87	\$ 3,52	\$ 2,33	\$ 1,83	\$ 1,45	\$ 0,73	\$ 1,15	\$ 1,24
6	\$ 1,09	\$ 1,11	\$ 1,06	\$ 1,08	\$ 1,40	\$ 2,77	\$ 5,03	\$ 4,37	\$ 3,44	\$ 2,18	\$ 2,01	\$ 2,27	\$ 1,82
11	\$ 1,24	\$ 1,31	\$ 3,09	\$ 3,92	\$ 6,70	\$ 3,93	\$ 3,29	\$ 0,74	\$ 1,00	\$ 1,85	\$ 0,82	\$ 0,65	\$ 0,39
12	\$ 0,96	\$ 0,63	\$ 1,49	\$ 8,47	\$ 3,27	\$ 9,61	\$ 1,84	\$ 0,78	\$ 8,80	\$ 22,87	\$ 10,57	\$ 26,60	\$ 19,33
32	\$ 0,84	\$ 1,21	\$ 1,26	\$ 1,22	\$ 1,22	\$ 1,21	\$ 1,28	\$ 0,75	\$ 0,48	\$ 0,67	\$ 1,08	\$ 0,93	\$ 0,69
Promedio	\$ 1,25	\$ 1,34	\$ 1,57	\$ 2,83	\$ 2,73	\$ 4,00	\$ 2,70	\$ 1,70	\$ 2,81	\$ 5,06	\$ 2,71	\$ 5,45	\$ 4,10
desviación estándar	0,46	0,48	0,77	2,99	2,11	3,07	1,51	1,44	3,11	8,74	3,88	10,37	7,48