

opción

Revista de Antropología, Ciencias de la Comunicación y de la Información, Filosofía,
Lingüística y Semiótica, Problemas del Desarrollo, la Ciencia y la Tecnología

Año 34, 2018, Especial N°

18

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

ISSN 1012-1587/ ISSNe: 2477-9385

Depósito Legal pp 198402ZU45



Universidad del Zulia
Facultad Experimental de Ciencias
Departamento de Ciencias Humanas
Maracaibo - Venezuela

Creación de valor en empresas privadas del sector salud en el Departamento de Córdoba (Colombia)

Isabel Cristina Rincón Rodríguez*
Jorge E. Chaparro Medina**

Resumen

Con esta investigación se busca establecer la generación de valor de las empresas privadas de salud en el departamento de Córdoba – Colombia, teniendo en consideración que en este sector se privilegia, en un proceso de evaluación para la elaboración de rankings oficiales, indicadores de impacto sobre el bienestar del usuario sin que los índices de eficiencia operacional y gestión financiera sean parte integral de la evaluación estatal. En este texto se hace referencia al proceso de consolidación de la política sanitaria en Colombia, sus principios jurídicos y se hace un esbozo de la normatividad de soporte que regula esta política, así mismo se hace un intento por construir un análisis general sobre la estructura y enfoque actual del sector salud en Colombia y en el departamento de Córdoba. En el estudio, apoyados en la teoría existente alrededor del Valor Económico Agregado (EVA por su nombre en inglés), se calcula la generación de valor por parte de cinco empresas privadas de salud en el departamento de Córdoba, se hace una comparación de dichos resultados y dicha información se contrasta con la valoración en términos eficiencia financiera según la información suministrada por el Ministerio de Salud de Colombia. Así mismo se analiza la construcción del indicador EVA en el sector privado y la importancia de legitimar esta métrica como parte integral de un valor social que pueda ser medido desde una perspectiva de satisfacción de usuarios y generación de bienestar para la mayor parte de la población de usuarios del sector de servicios médicos.

Palabras clave: EVA, Sector Salud, Competitividad, Valor Agregado, Construcción de Valor, Valor Social, Valor Compartido.

*isabelrinconr@unisnu.edu.co - irincon15@hotmail.com

** jorgechapparom@unisnu.edu.co - ProfesorJorgeChapparom@gmail.com

Creating value in private companies of the health sector in Córdoba Department (Colombia)

Abstract

This research seeks to establish the value generation of private health companies in the department of Córdoba - Colombia, taking into account that in this sector, an impact evaluation process for the preparation of official rankings is favored. The well-being of the user without the operational efficiency and financial management indices being an integral part of the state evaluation. This text refers to the consolidation process of health policy in Colombia, its legal principles and an outline of the support regulations that regulate this policy, as well as an attempt to build a general analysis of the structure and Current focus of the health sector in Colombia and the department of Córdoba. In the study, supported by the existing theory around the Economic Value Added (EVA by its name in English), the generation of value by five private health companies in the department of Córdoba is calculated, a comparison of said results is made and this information is contrasted with the valuation in terms of financial efficiency according to the information provided by the Ministry of Health of Colombia. Likewise, the construction of the EVA indicator in the private sector is analyzed and the importance of legitimizing this metric as an integral part of a social value that can be measured from a perspective of user satisfaction and generation of wellbeing for the majority of the population of users of the medical services sector.

Keywords: EVA, Health Sector, Competitiveness, Value Added, Value Construction, Social Value, Shared Value.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en Colombia tiene como su eje principal el bienestar del usuario, buscando ofrecerle un servicio de calidad,

oportuno y pertinente y para ello se han implementado mecanismos de evaluación y calificación de los actores que a él pertenecen. Dicha medición se hace sobre tres aspectos fundamentales: la calificación que le entregan los usuarios, el respeto a los derechos de los usuarios según lo expresa la (Sentencia T-760, 2008) de la Corte Constitucional de Colombia y el proceso y los resultados en salud de cada una de las entidades evaluadas, específicamente en calidad de la atención, salud materna, enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social (2013).

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

El análisis de la creación de valor se aborda en este documento desde una perspectiva amplia, tomando en consideración la particularidad del sector salud y su compromiso con el bienestar social más que la búsqueda de un interés particular de grupos de interés, pero sin dejar de lado que las organizaciones y sus directivos deben ser medidos en términos de eficiencia operativa, capacidad organizacional, fortalezas competitivas y gestión financiera.

Es por lo anterior que se hace un hincapié en el análisis de la construcción de valor desde una perspectiva reflexiva y se retoma la

literatura científica alrededor del EVA como un indicador adecuado para este tipo de empresas o sector en particular, como un mecanismo de medición tanto de la capacidad de gestión de las organizaciones como de las estrategias llevadas a cabo por sus directivos.

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

TEMÁTICA

1. Antecedentes Del Sistema De Salud En Colombia

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

A partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia sufrió un drástico cambio, pasó de ser un modelo centralizado a un modelo en el cual se entregó la responsabilidad de la

prestación del servicio a entes privados, sin que desapareciera la posibilidad de participación del estado en la prestación del servicio, dejando de lado las ventajas que el modelo anterior tenía, como un efectivo control del gasto, a otras tales como la cobertura y la eficiencia en un país que presenta heterogeneidad en el territorio y una regionalización muy fuerte (Ministerio de Salud y Protección Social, S.F.).

La descentralización de la prestación de los servicios de salud se sustenta en las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (1990), según las cuales:

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

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

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

Desde un enfoque más formal, Gomez Arias (2005) plantea que la política en materia de salud planteada por el gobierno nacional de Colombia en la década de los 90's se fundamentó en los principios de la competencia regulada de los agentes estatales y privados que participan en el sistema, el pluralismo estructurado, la modulación estatal de las reglas de juego entre la gente y las instituciones, la articulación de las transacciones entre los miembros de la población, las instituciones, las agencias financieras y los prestadores de servicios, la búsqueda de fuentes alternativas de financiación y la organización de la oferta con criterios de mercado.

De acuerdo a lo anterior, y respondiendo a un análisis crítico, se puede afirmar que la política sanitaria en Colombia es producto de una tendencia internacional Gómez Arias (2005) que busca proyectar los intereses particulares de inversores nacionales e internacionales en la industria sanitaria, es decir es una política que refleja los intereses económicos de empresarios inversores en controlar el negocio de los servicios médicos.

En un sentido diferente, Acosta, y otros (2011) consideran que la percepción que las personas tengan sobre la salud genera un impacto directo en la calidad de vida de las mismas, como prueba de esto se realizó un estudio métrico basado en una tipología bivariada tipo Logit para determinar el grado de relación entre la percepción sobre la salud, el tipo de afiliación al sistema de salud y la calidad de vida de las personas.

Este estudio concluyo, como se muestra en la siguiente gráfica, que la percepción que tienen las personas sobre la salud incide fuertemente sobre la calidad de vida de las personas, lo que conlleva a concluir que entre mejor sea la percepción de la salud mejor será la calidad de vida de los hogares tanto rurales como urbanos.

En ese mismo camino el estudio llevado a cabo por Fedesarrollo (Colombia) de la mano de los autores aquí citados pudo determinar que la afiliación a la entidad aseguradora también incide sobre la calidad de vida de manera positiva, siempre y cuando esta no sea una entidad administradora del régimen subsidiado (ARS).

Cuadro 1. Impacto de la salud sobre la calidad de vida

	Urbano		Rural	
	Total	Pobre	Total	Pobre
Estado subjetivo de salud	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+) ***
Afiliación				
Instituto de Seguro Social	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+)
Aseguradoras del gobierno ^a	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+) **	-
Empresas Promotoras de Salud	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+) ***	SI (+)
Administradoras del Régimen Subsidiado	SI (+)	NO (-)	NO (-)	SI (+)

^a Ecopetrol, Magisterio y Fuerzas Militares y Policía Nacional.

*** Significativo al 1%; ** Significativo al 5%; *Significativo al 10%.

Fuente: Fedesarrollo (2003)

2. Actualidad Del Sistema De Salud En Colombia

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

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

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

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

Hoy, a más de 24 años de haberse firmado e implementado la reforma, los logros alcanzados en el sector salud son evidentes,

especialmente en cuanto a la cobertura, Acosta, y otros (2011) y la misma eficiencia en la prestación de los servicios, con mayor impacto sobre la población pobre. A pesar de ello, el sector atraviesa por una crisis financiera profunda y su sostenibilidad general es puesta en entredicho debido a los incumplimientos que las EPS han tenido con las IPS, los cuales han llevado a que las últimas atraviesen por problemas serios de liquidez, con recuperación de cartera que puede tardar en algunos casos más de un año.

Por otro lado, a pesar de que el régimen contributivo durante los tres primeros lustros de su existencia logró demostrar su sostenibilidad en el tiempo, los cambios en el sistema hicieron que los problemas aparecieran de una manera estructural. El Plan Obligatorio de Salud (POS) no fue actualizado oportunamente y la prestación de servicios no incluidos en el POS fue creciendo de manera desmedida y los costos de estos debían ser asumidos por las EPS sin que sus ingresos y su estructura de costos cambiaran significativamente.

3. El Valor Económico Agregado (Economic Value Added - Eva)

A pesar de que se especula que el concepto de Valor Económico Agregado fue estudiado por Marshal (1890), en su libro Principios de Economía, en su versión moderna fue Peter Drucker quien lo propuso como un elemento teórico a ser analizado en la gestión empresarial

cuando dijo que “Mientras que un negocio tenga un rendimiento inferior a su costo de capital, operará a pérdidas. No importa que pague impuestos como si tuviera una ganancia real. La empresa aun deja un beneficio económico menor a los recursos que devora... mientras esto suceda no crea riqueza, la destruye”.

Acorde con lo anterior y en una interpretación contemporánea, el EVA es una medida de rendimiento económico que presenta la diferencia entre la utilidad operacional neta después de impuestos y el costo de oportunidad del capital invertido en una empresa, Stern Stewart & Co (S.F.), Sanjurjo (2003), Acosta Palomeque (2006), Bonilla (2010), Bonmati (2011).

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

Para el cálculo del EVA se utilizan varias fórmulas alternativas, para el efecto del análisis presentado, utilizaremos la siguiente, de acuerdo a Bonilla (2010):

$$EVA = NOPAT - (WACC \times k)$$

1)

En la cual:

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

El capital empleado en la fórmula se calcula como la suma del capital neto de trabajo más el capital social evidenciado en el patrimonio, Bonilla (2010).

En cuanto al WACC, Ramírez, Carbal, & Zambrano (2012) realizan un intento por explicar la construcción de este elemento, el cual corresponde a:

$$WACC = K_d \times (1 - T_x) \times \left[\frac{D}{VM} \right] + K_e \times \left[\frac{P}{VM} \right]$$

2)

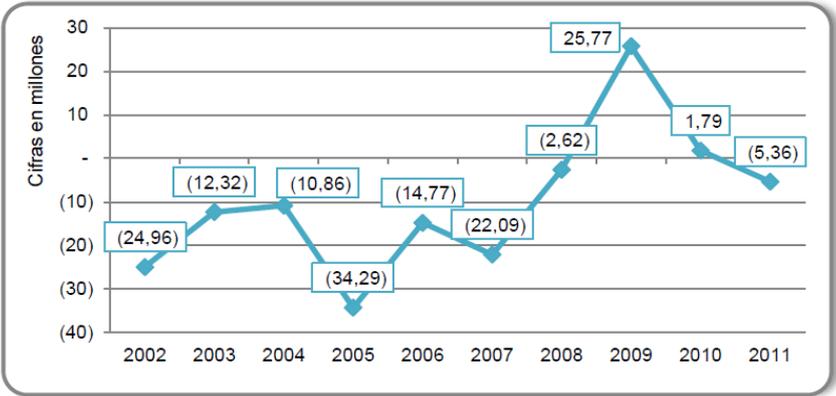
En la cual:

WACC	Costo promedio ponderado de capital
K_d	Costo de la deuda
T_x	Tasa de impuesto
D	Valor de la deuda
VM	Valor de mercado de la firma o empresa
K_e	Costo del patrimonio
P	Valor de mercado del patrimonio

4. El Valor Económico Agregado En El Sector Salud En Colombia

Como se ha planteado con anterioridad, las empresas del sector salud son medidas con indicadores que muchas veces no contemplan el desempeño financiero, incluso, la creación de valor pasa a segundo plano en la misma medida en que no se ha convertido en una exigencia para el estado como proveedor natural del servicio de salud, lo cual genera una distorsión en los datos agregados obtenidos por el sector. En el gráfico No. 1., se muestra la evolución del EVA entre 2002 y 2011:

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



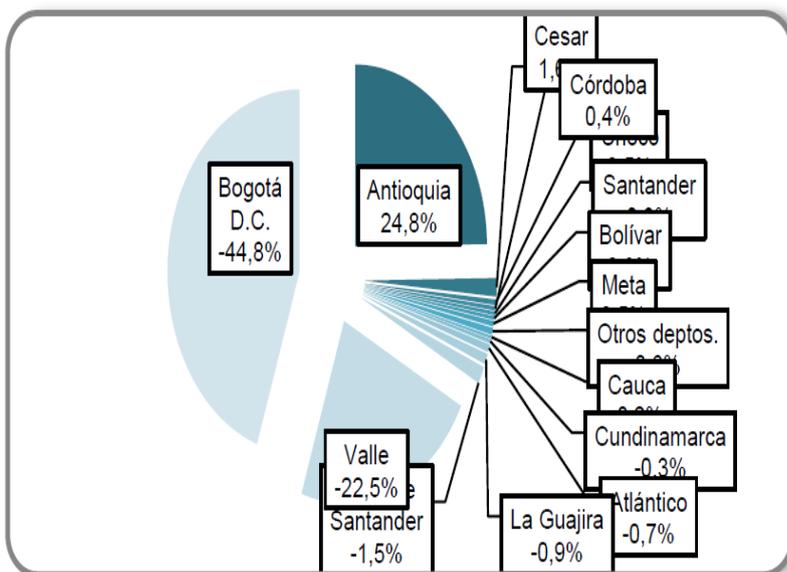
Fuente: Ministerio de Salud 2012

Es evidente que el sector durante el periodo mencionado el sector destruyó valor de forma sostenida, con tan solo un año, 2009, en

el cual se tuvo un valor positivo alto, mientras que el año siguiente, 2010, apenas si estuvo por encima del cero.

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

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



Fuente: Ministerio de Salud 2012

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

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

Entender el concepto de generación de valor en el sector salud y sus impactos en la economía nacional, regional y familiar es importante y crítico en la medida en que choques de salud no cubiertos pueden generar efectos devastadores en las finanzas del núcleo familiar y en la educación y el desarrollo de los miembros de la familia, Acosta, y otros (2011). En este mismo camino, estudio como los de Gaviria (2002) han podido concluir que en Colombia estos choques de salud generan un impacto directo en los ingresos, la productividad y las decisiones de inversión de la familia.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

METODOLOGÍA

Este documento ha sido elaborado desde una metodología descriptiva y transversal en todo sentido, debido a que se pretende describir elementos esenciales de la gestión financiera y estratégica en las empresas del sector salud que prestan sus servicios en niveles de baja, media y alta complejidad en el departamento de Córdoba.

Para llegar a lo anterior, la investigación ha sido sustentada en una revisión bibliográfica, principalmente artículos, ponencias e informes, relacionada con la creación de valor, el EVA (por sus siglas en Inglés) y documentos e informes oficiales sobre el sector salud en Córdoba, y Colombia respectivamente.

Dicha revisión se hizo teniendo en cuenta los antecedentes del sistema de salud y luego estableciendo la situación actual del sector

con el fin de construir un análisis crítico sobre los baches en la gestión financiera y la competitividad del sector salud en general.

Dado el objetivo anterior, esta investigación pretende ser de tipo cualitativa puesto que si bien se persigue el objetivo de construir métricas para poder identificar el cumplimiento de la gestión financiera de las entidades prestadoras del servicio de salud según su capacidad de creación o destrucción de valor, no es el objeto de esta investigación la demostración científica de muestreos específicos ni la construcción de ponderaciones de establecimientos numéricos para contrastar o demostrar variables y la relación de estas entre sí; más bien se pretende construir un estado del debate sobre la condición de competitividad de las empresas de salud en Córdoba desde una perspectiva de valor en el negocio,

En último lugar, con datos de las IPS privadas suministrados por el Ministerio de Salud de Colombia, se realizaron los cálculos del EVA y se procedió a verificar la consistencia de los mismos con los resultados entregados para las instituciones prestadoras del servicio de salud en términos de su eficiencia operacional y financiera.

RESULTADOS

Para el cálculo del EVA se tomaron como referencia las cifras que se presentaron al cierre de cada una de las vigencias fiscales de los años analizados (2013, 2014 y 2015). Los datos tenidos en cuenta para

el análisis son: Tasa Libre de Riesgo, Tasa Riesgo País, el Beta calculado para el sector Salud y la Rentabilidad ofrecida por el mercado.

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

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

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

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

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

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

	2013	2014	2015
ALTA COMPLEJIDAD	Alto	Alto	Alto
MEDIA COMPLEJIDAD	Alto	Bajo	Sin
BAJA COMPLEJIDAD	Sin	Sin	Sin

Fuente: Ministerio de Salud (2016)

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

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

Fuente: Ministerio de Salud (2016)

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

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

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

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

Sin embargo, las IPS y las EPS son instituciones privadas que prestan un servicio a cambio de un costo, lo cual permite construir un escenario financiero que posibilite la medición de la gestión y sirva de referente para evaluar a los directores en función de cumplimiento de metas de valor.

Esto debe prevalecer en la evaluación del desempeño organizacional y el fortalecimiento de estrategias de control para mejorar la acción empresarial y robustecer los pilares de la administración de la salud y servicios hospitalarios, en pro de un mayor bienestar para la población, pero en también desde una perspectiva eficientista y de alta competitividad, debido a que la competitividad y la gestión de la calidad son modelos que permiten mejorar las organizaciones, sectores e industrias, motivo por el cual las

tanto las IPS como las EPS deben poder ser medidas en virtud de su capacidad para generar valor en sentido amplio.

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

CONCLUSIONES

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

A lo largo de los primeros años del siglo XXI, el sector salud tuvo una fuerte influencia por la destrucción de valor de empresas ubicadas en dos de los más grandes centros urbanos del país, sin embargo, las instituciones ubicadas en algunos departamentos, entre ellos Córdoba, generaron valor, aun cuando hubiese sido en unas proporciones muy bajas. Si tenemos en cuenta esta afirmación y los hallazgos en cuanto a la destrucción de valor de las IPS públicas del

departamento, podemos concluir que las IPS privadas, a diferencia de las otras, están generando valor, lo cual se constituye en un caso de investigación que permita validar este hecho.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Palomeque, G. (2006). (EVA) el valor económico agregado. *EíDOS*, 24-27.
- Acosta, P., García, F., González, J. L., Mujica, A. V., Pinto, D., Prada, C. F., . . . Vásquez, T. (2011). *Efectos de la Ley 100 en salud, propuestas de reforma*. (M. Santamaría, Ed.) Bogota D.C., Colombia: Fedesarrollo.
- Bonilla, F. (2010). El valor económico agregado (EVA) en el valor del negocio. *Revista Nacional de administración*, 1(1), 55-70.
- Bonmati, J. (2011). El valor de una empresa y la creación de valor en esa empresa. *AECE*, 10-12.
- Gomez Arias, R. D. (2005). Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. *Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia* (págs. 1-15). Medellín, Antioquia: Universidad Nacional de Antioquia.
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia T-760 de 2008. Recuperado de:
<https://www.escri-net.org/es/caselaw/2009/sentencia-t-760-2008>

- Drucker, P. (1995). The Information Executives Truly Need. Harvard Business Review, (Enero- Febrero 1995). Recuperado de <https://hbr.org/1995/01/the-information-executives-truly-need>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Ranking de las EPS: Tres dimensiones del desempeño. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Documento-Ordenamientos-de-las-EPS.pdf>
- Ministerio de Protección Social (2008). Calidad de Salud en Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- PHRplus. (2002). Decentralization and Health System Reform. Bethesda: Partners for Health Reformplus Resource Center.
- Ramírez, C. V., Carbal, A., & Zambrano, A. (2012). La creación de valor en las empresas: el valor económico agregado - EVA y el valor de mercado agregado - MVA en una empresa metalmecánica de la ciudad de Cartagena. *Saber, Ciencia y Libertad*, 157 - 169.
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., y Rodríguez, S. M. (2007). “La integración vertical en el sistema de salud colombiano”. *Revista de Economía Institucional*. Vol. 9. No. 17, pp. 279-308.
- Sanjurjo, M. (2003). *Guía de Valoración de Empresas*. Madrid-España: Prentice Hall.
- Stern Stewart & Co, (S.F.). What is EVA? Recuperado de: <http://www.eva.com>
- World Health Organization. (1990). Health System Decentralization: Concepts, issues, and country experience. Ginebra.



**UNIVERSIDAD
DEL ZULIA**

opción

Revista de Ciencias Humanas y Sociales

Año 34, Especial N° 18, 2018

Esta revista fue editada en formato digital por el personal de la Oficina de Publicaciones Científicas de la Facultad Experimental de Ciencias, Universidad del Zulia.
Maracaibo - Venezuela

www.luz.edu.ve

www.serbi.luz.edu.ve

produccioncientifica.luz.edu.ve