
ANÁLISIS FINANCIERO CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA
COMFENALCO QUINDÍO

Franklin García González
Leonardo Alonso Arcila Castro

UNIVERSIDAD EAFIT
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
Armenia, Colombia
2012

ANÁLISIS FINANCIERO CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA
COMFENALCO QUINDÍO

Franklin García González
Leonardo Alonso Arcila Castro

Asesor
Ulises Cuellar Bermúdez

UNIVERSIDAD EAFIT
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN

Armenia, Colombia

2012

Contenido

1 . JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1 Antecedentes	14
1.2 Contextos que originan el problema.....	18
1.2.1 <i>Caja de Compensacion Familiar de Fenalco Comfenalco Quindío</i>	18
1.2.2 <i>Clínica La Sagrada Familia</i>	20
1.2.3 <i>Clínica de Marly</i>	31
1.2.4 <i>Fundación Valle Del Lili</i>	33
1.2.5 <i>Centro Médico Imbanaco</i>	38
1.2.6 <i>Promotora Médica Las Américas</i>	41
1.3 Alcances y limitaciones.....	44
1.4 Formulación del problema	45
2. MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO	46
2.1 Indicadores de rentabilidad	49
2.1.1 <i>Rentabilidad sobre activos (ROA)</i>	49
2.1.2 <i>Rentabilidad sobre patrimonio (ROE)</i>	51
2.1.3 <i>Rentabilidad operativa o margen operacional</i>	51
2.1.4 <i>Rentabilidad bruta o margen bruto</i>	52
2.2 Indicadores de endeudamiento o apalancamiento	52
2.2.1 <i>Razón de endeudamiento</i>	54
2.2.2 <i>Relación Deuda / EBITDA</i>	54

2.2.3	Cobertura de intereses.....	54
2.2.4	Cobertura del servicio a la deuda	55
2.2.5	Cobertura del activo fijo.....	55
2.2.6	Apalancamiento financiero o razón deuda capital:.....	55
2.2.7	Relación deuda permanente a capitalización total	55
2.3	Indicadores de actividad.....	56
2.3.1	Rotación de cartera.....	56
2.3.2	Rotación de inventarios.....	56
2.3.3	Rotación de proveedores.....	56
2.3.4	Ciclo operativo	56
2.3.5	Rotación del activo total	56
2.4	Indicadores de liquidez	57
2.4.1	Razón corriente.....	57
2.4.2	Prueba ácida.....	57
2.5	Indicadores de valor	57
2.5.1	Utilidad operativa.....	57
2.5.2	Costos Indirectos de Operación (CIO)	58
2.5.3	Capital de Trabajo Neto Operativo (KTNO):.....	58
2.5.4	ROIC	58
2.5.5	Productividad del KTNO	58
2.5.6	Productividad del activo fijo	58
2.5.7	Margen EBITDA.....	58
2.5.8	EVA.....	59
2.6	Macroinductores de valor.....	63
3.	MARCO LEGAL.....	65
4.	MARCO GEOGRÁFICO.....	72
5.	OBJETIVOS	76
6.	MÉTODO	77
6.1	Tipo de estudio	77
6.2	Sujetos	77
6.3	Instrumentos o técnicas de información.....	78
7.	PRESENTACIÓN DE DATOS.....	78

7.1 Clínica La Sagrada Familia.....	79
7.1.2 <i>Indicadores de la Clínica La Sagrada Familia</i>	83
7.2 Centro Médico Imbanaco	90
7.2.1 <i>Balances generales y estado de resultados</i>	90
7.2.3 <i>Análisis Centro Médico Imbanaco</i>	96
7.3 Clínica de Marly.....	99
7.3.1 <i>Balances generales y estado de resultados</i>	99
Fuente: cuadro realizado por los autores.	105
7.3.3 <i>Análisis Clínica de Marly</i>	105
7.4 Fundación Valle Del Lili.....	109
7.4.1 <i>Balances generales y estado de resultados</i>	109
Fuente: cuadro realizado por los autores.	115
7.4.3 <i>Análisis Fundacion Valle Del Lili</i>	115
7.5 Promotora Médica Las Américas	120
7.5.1 <i>Balances generales y estado de resultados</i>	120
7.5.3 <i>Análisis Promotora Médica Las Américas</i>	126
7.6 Comparación de la Clínica La Sagrada Familia con en el sector	130
7.6.1 <i>Resultado comparativo composición financiera</i>	130
7.6.2 <i>Resultados comparativo indicadores de rentabilidad</i>	139
7.6.3 <i>Resultados análisis indicadores de endeudamiento</i>	146
7.6.4 <i>Resultados comparativo indicadores de actividad</i>	149
7.6.5 <i>Resultados comparativos indicadores de liquidez</i>	158
7.6.6 <i>Resultados comparativos indicadores de valor</i>	161
8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS	167
9. DISCUSIÓN	180
10. conclusiones	182
11. recomendaciones.....	184
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pasivo sobre activo	130
Gráfico 2. Patrimonio sobre activo	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 3. Costo sobre ingreso operacional	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 4. Gastos de administración sobre ingreso	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 5. Ingreso no operacional sobre ingreso	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 6. Gasto no operacional sobre ingreso	135
Gráfico 7. Rentabilidad sobre activos	140
Gráfico 8. Rentabilidad sobre el patrimonio	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 9. Rentabilidad operativa	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 10. Rentabilidad bruta	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 11. Endeudamiento	146
Gráfico 12. Apalancamiento	147
Gráfico 13. Rotación de cartera	150
Gráfico 14. Rotación de proveedores	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 15. Rotación de activo total	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 16. Rotación de inventarios	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 17. Ciclo operativo	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 18. Razón corriente	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 19. Prueba ácida	159
Gráfico 20. ROIC	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 21. Productividad del CTNO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 22. Productividad del activo fijo	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Gráfico 23. EVA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Balances generales de la Clínica La Sagrada Familia	80
Tabla 2. Indicadores de la Clínica La Sagrada Familia	84
Tabla 3. Balances generales Centro Médico Imbanaco	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 4. Indicadores del Centro Médico Imbanaco	96
Tabla 5. Balances generales Clínica de Marly.....	100
Tabla 6. Indicadores Clínica de Marly	105
Tabla 7. Balances generales Fundación Valle Del Lili	113
Tabla 8. Indicadores Fundación Valle Del Lili	115
Tabla 9. Balance general Promedica Médica Las Américas.....	1241
Tabla 10. Indicadores del Promotora Médica Las Américas	126
Tabla 11. Comparativo composición financiera IPS	130
Tabla 12. Patrimonio sobre activo	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 13. Costo sobre el ingreso opereracional.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 14. Gasto de administración sobre ingreso operacional	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 15. Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	134
Tabla 16. Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	135
Tabla 17. Comparativo indicadores de rentabilidad IPS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 18. Rentabilidad sobre patrimonio.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 19. Rentabilidad operativa	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 20. Rentabilidad bruta.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 21. Comparativo indicadores de endeudamiento.....	146
Tabla 22. Apalancamiento.....	147
Tabla 23. Comparativo indicadores de actividad IPS	149
Tabla 24. Rotación de proveedores	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 25. Rotación de activo total.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 26. Rotación de inventarios.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 27. Ciclo operativo.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 28. Comparativo indicadores de liquidez	158
Tabla 29. Prueba ácida	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 30. ROIC.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Tabla 31. Productividad KTNO	162
Tabla 32. Productividad del activo fijo.....	163
Tabla 33. EVA.....	164

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Enfoque tradicional de análisis de indicadores financieros

Figura 2. Modelo de diagnóstico financiero de Oscar León García

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Vista lateral izquierda de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia.....	21
Imagen 2. Clínica de Marly.....	33
Imagen 3. Fundación Valle Del Lili.....	34
Imagen 4. Centro Médico Imbanaco.....	40
Imagen 5. Clínica Las Américas.....	43
Imagen 6. División político administrativa departamento de Quindío.....	74
Imagen 7. Ubicación de la Clínica La Sagrada Familia.....	75

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1. Matriz de indicadores	193
Apéndice 2. Matriz de balances generales.....	194

RESUMEN

Este trabajo se elaboró con el objetivo de analizar la situación financiera de la Clínica La Sagrada Familia, frente al sector de prestación de servicios de salud en Colombia, en el período de tiempo entre los años 2009 a 2011; y comparamos la IPS con cuatro entidades: Clínica de Marly, Centro Médico Imbanaco, Fundación Valle Del Lili y Promotora Médica Las Américas. Este análisis partió de una revisión teórica financiera, enfatizando en indicadores tradicionales y no tradicionales, adicionalmente se realizó un comparativo entre los balances y estados de resultados de dichas instituciones; además, se hizo una inmersión en la problemática económica de la salud en Colombia y su efecto para estas clínicas. Los resultados evidencian en general un margen de rentabilidad muy limitado y una rotación de cartera negativa para la adecuada operación de las instituciones y finaliza con algunas recomendaciones para mejorar la condición financiera de la Clínica La Sagrada Familia.

ABSTRACT

This work were made with the objective of analyze the financial situation of the Sagrada Familia clinic in relation to the health care sector in Colombia during the period between 2009 at 2011 and comparing the health care institution with four entities: Clínica de Marly, Centro Médico Imbanaco, Fundación Valle Del Lili y Promotora Médica las Américas. This analysis started from a theoretic review, making emphasis in

traditional and non-traditional financial indicators, additionally was done a comparison between the balance and income statementof these institutions; besides was done an immersion into economic health care problem in Colombia and the effect in that clinics. The results, in general, showed a very limited margin of profitability and a negative portfolio turnover to the right operation of health care institutions and finish with some recommendations to improve the financial condition of Sagrada Familia clinic.

INTRODUCCIÓN

La elaboración de este trabajo busca realizar un análisis financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia, teniendo en cuenta la información financiera disponible de los años 2009, 2010 y 2011, enfocados en balances generales, estados de pérdidas y ganancias, indicadores financieros tradicionales y no tradicionales; posteriormente se pretende realizar un análisis financiero de cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud representativas en el país, para poder así realizar una comparación entre ellas y de esta forma poder determinar con mayor claridad las diferencias encontradas entre la información de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia y las demás IPS estudiadas. También podemos definir qué modelos son más funcionales y generan mayor rentabilidad por mes y determinar de esta manera la competitividad financiera de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia frente al mercado.

Por tanto, este trabajo se considera relevante para la Institución ya que nos da una visión no solo del manejo financiero propio en su diagnóstico, sino además un comparativo con el mercado. De igual forma puede arrojar conclusiones y recomendaciones que podrán ser útiles en un futuro, sobre todo en el complejo sistema de salud que actualmente tiene el país pues cada vez las IPS deben tener una mejor planeación de sus finanzas, costos, gastos y presupuestos.

Inicialmente se presenta un diagnóstico completo de cada IPS por separado con sus correspondientes análisis, empezando por la Clínica La Sagrada Familia de Armenia, posteriormente se presentará cada IPS por separado, para luego empezar a comparar variables entre las IPS estudiadas como: ingresos promedio, egresos, rentabilidad, rotación de cartera, nivel de endeudamiento, etc. Al final se presentan las conclusiones generales y las recomendaciones que dejan los investigadores a la Institución.

1 . JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proyecto está enmarcado en el complejo y convulsionado sector de la salud en Colombia, la Clínica de la Sagrada Familia tiene un modelo de salud que es mixto, ya que tiene participación de la empresa privada y del Estado, basado en un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹ que se refiere a la protección que un colectivo da a sus miembros (Colombia, 1993).

Adicionalmente encontramos una proliferación de leyes, decretos y circulares como: Constitución Política de Colombia de 1990, la ley 100 de 1993, decreto 1011 de 2006, ley 1122 de 2007 , decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008, todas estas delimitan, describen y dan directrices para el manejo de todo el sistema, comprendido desde la prestación de servicios hasta el tema administrativo, subsidios, manejo de pagos, facturación y presentación de cuentas; esta normatividad es cambiante y afecta directamente los resultados de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), sumado a lo anterior se ha venido presentando una crisis en el sector, relacionada con el flujo de recursos que parten

¹ Definido como el conjunto de mecanismos que se han establecido para garantizarle a toda la población un mejoramiento de la calidad de vida a través de la prestación de servicios y la implementación de acciones que se desarrollan para ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar los riesgos socioeconómicos y dar apoyo a las personas de escasos recursos.

del Ministerio Salud, antes denominado de Protección Social y termina en los hospitales y clínicas.

Observamos también el alto nivel de corrupción en el sector, como el cobro de tarifas exorbitantes por ciertos medicamentos que se manejan para patologías específicas; estos delitos se cometieron abusando del exceso de información que tenía que manejar el comité que aprobaba los pagos a las EPS corruptas (Santos Calderón, 2011).

Es importante realizar el diagnóstico financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia, ya que nos da una información clara sobre las condiciones financieras de la IPS en el período estudiado, de tal forma que se puedan tomar las mejores decisiones para mejorar los indicadores analizados e incrementar su rentabilidad en el futuro, así como la identificación de riesgos que permitirán a los administradores de la IPS planear las estrategias respectivas para mitigarlos.

Teniendo en cuenta que esta clínica pertenece a la Caja de Compensación Familiar de Fenalco Comfenalco Quindío y que presta servicios desde el primer nivel de atención en salud hasta el cuarto nivel, lo que nos ayuda a conformar una oferta de servicios completa e integral para los usuarios de los departamentos del Quindío, norte del Valle, Risaralda y Caldas; este estudio será de gran ayuda para buscar la ejecución de acciones que permitan la sostenibilidad de la entidad y su permanencia en el tiempo.

1.1 Antecedentes

Al realizar revisión de literatura sobre el tema de análisis y diagnósticos financieros de las IPS, encontramos algunos estudios representativos a nivel regional, nacional en otros países. Los análisis financieros en las instituciones prestadoras de servicios de salud se han venido realizando

y aunque no es un tema donde podamos observar gran cantidad de estudios, sí hay referentes en el eje cafetero como:

Arias (2007) realizó el estudio del “Plan de desarrollo Institucional 2006-2010 para la ESE Hospital Santa Ana de Guática Risaralda”. El objetivo general fue diseñar un plan de desarrollo institucional de la ESE Hospital Santa Ana, del municipio de Guática Risaralda, para el período 2006-2010, para incorporarlo en el plan de desarrollo municipal y con ello contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población del municipio. Como conclusiones encontraron:

- El plan de desarrollo institucional se convierte en una herramienta valiosa gerencial para cualquier entidad, pero sus frutos serán un verdadero aporte en la medida que se socialice, se implemente y se haga un seguimiento y evaluación de manera permanente.
- La formulación de un plan de desarrollo es la primera etapa de un proceso de mejoramiento, es importante ponerlo en funcionamiento y darle una continuidad para poder obtener resultados en el tiempo. La difusión de esta información también debe darse hacia la población general y a otras instituciones ya que todos aportan al mejoramiento continuo de la entidad.

En Colombia encontramos estudios como el “Diagnóstico financiero del Hospital San José de Maicao” realizado por Ruiz, Genes y Bonilla (2006) , cuyo objetivo general fue realizar un diagnóstico financiero de la ESE Hospital San José de Maicao, en el período comprendido entre los años 2003 a 2005, con el fin de conocer su situación financiera y proponer las recomendaciones pertinentes.

Los objetivos específicos fueron: enunciar las generalidades de la ESE Hospital San José de Maicao; aplicar análisis horizontal y vertical a los indicadores financieros; determinar los indicadores o razones financieras para liquidez, rentabilidad, conocer su nivel de endeudamiento, conocer dónde se obtuvieron y que uso se le dio a los recursos durante el período señalado; analizar los resultados obtenidos; realizar un análisis comparativo con entidades del sector; presentar recomendaciones y sugerencias a la gerencia de la Empresa Social del Estado.

Como conclusiones se encontraron que la principal fortaleza financiera del hospital es la rentabilidad que genera en su operación para el año, para el 2003 produjo 4.360 millones, para el 2004 fue de 4.475 millones de rentabilidad, y para el 2005 fue de 6.591 millones de excedente. Durante los últimos años el hospital ha mantenido bajos niveles de endeudamiento, lo que le ayuda a mejorar sus indicadores. Por tanto, las estrategias operacionales y de mercadeo, implementadas por la administración del hospital, han tenido resultados positivos en la sostenibilidad de las finanzas del mismo.

En el país, otro estudio representativo es el de Orozco Africano (2011) “Estudio de la viabilidad técnica y financiera de la ESE Hospital Regional de Bolívar”, el cual tuvo como objetivo general determinar la viabilidad técnica y financiera de la ESE Hospital Regional de Bolívar, como objetivos específicos se tenían: determinar el mercado potencial de la ESE Hospital Regional de Bolívar a partir del análisis demográfico de la región como de la capacidad de pago de las aseguradoras existentes, y determinar la viabilidad financiera a partir de la capacidad instalada, la capacidad de venta de servicios, la determinación de los costos de operación, gastos de funcionamiento y la proyección de los estados financieros en escenarios futuros.

Como conclusiones se encontró que se presentaban dificultades técnicas que pueden ser subsanadas con un buen plan de mejoramiento, los estados de resultados analizados arrojaron que la ESE está siendo rentable en el tiempo con un indicador con una razón corriente de 1, el nivel de recaudo encontrado está sobre 65% a 75% debido a que el flujo de recursos del régimen subsidiado está en ciento veinte días.

A nivel internacional también hay varios estudios sobre análisis financieros de IPS como el de: Rugio *et al.* (2006) realizado en las Islas Canarias denominado “Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias. Un estudio comparado en el conjunto español” cuyo objetivo fue realizar un análisis económico financiero del sector hospitalario privado en Canarias, en comparación con el sector en el conjunto español. Se encontró una diferencia significativa frente a la rentabilidad de las IPS en Canarias promedio 6,9% en el 2004 frente al conjunto español 2,7% en 2004, también se encontró una participación importante del personal en todas las entidades frente a los costos mensuales totales.

Otro trabajo que se encontró interesante fue el de Carranza, Guzmán y Rosales (2011) realizado en San Salvador y que fue denominado “Modelo de gestión estratégica para determinar el nivel de apalancamiento financiero óptimo en las empresas dedicadas a servicios médicos especializados”; cuyo objetivo general fue: proponer un modelo de gestión estratégica para determinar un nivel de apalancamiento óptimo que permita que las empresas de servicios médicos especializados del municipio de San Salvador tengan una perspectiva clara de sus operaciones financieras y así logren obtener un incremento en sus utilidades.

Como conclusiones tenemos que el 50% de los encuestados no tienen medición del grado de apalancamiento financiero. Adicionalmente, las empresas evaluadas toman decisiones de

carácter financiero de acuerdo al criterio de los dueños. Para proyectar el nivel de endeudamiento que pueden tener las empresas estudiadas en su mayoría también se guían por el criterio de los dueños.

1.2 Contextos que originan el problema

1.2.1 *Caja de Compensación Familiar de Fenalco Comfenalco Quindío*

Inicialmente vamos a hablar de Comfenalco Quindío como Caja de Compensación Familiar, entidad que está operando en el departamento desde 1967. La idea parte de un grupo de comerciantes quindianos, bajo una óptica visionaria, que decidieron crear en Armenia la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Quindío, a través de la Federación Nacional de Comerciantes Fenalco. Fue un 18 de enero cuando esa idea se materializó para beneficio de cerca de cien trabajadores que deberían ser amparados por el subsidio familiar, de acuerdo con las disposiciones legales que regían para el momento.

“Cincuenta y un empresas acompañaron el comienzo de lo que habría de ser la entidad más representativa desde el punto de vista social en esta zona del país, cuatro décadas después, se generan beneficios directos para una población superior a las 110.000 personas, representadas en más de 4.000 empresas afiliadas. La dinámica empresarial de Comfenalco ha sido constante, con infraestructura y proyectos de educación, recreación, deporte, turismo y salud, todo enfocado a mejorar la calidad de vida de los trabajadores de la región y sus familias. Con unas directivas que han entendido su compromiso con la sociedad, la Caja ha crecido en forma ordenada y consecuente con su filosofía.

Fue así como Comfenalco asumió el desarrollo de proyectos sociales, lo suficientemente ambiciosos, para contribuir al avance de una sociedad asediada por la crisis económica, la incertidumbre y la falta de oportunidades. La misión debe estar dirigida más allá del bienestar integral, a despertar una conciencia de servicio cívico, a preservar los valores morales, las concepciones democráticas, el respeto por los derechos humanos y la salvaguarda de la familia.

Sobre estas bases, que consideramos honestas y oportunas, edificamos unos sistemas de formación que hoy nos permiten reconocer , que hemos contribuido a mejorar los niveles de vida, a elevar el autoestima de nuestra gente y a propiciar nuevos y sustantivos ingresos para la población.

Dentro de la política de calidad de la Caja, se ha generado una cultura de servicio y alto desempeño, cualificamos nuestro talento humano, diseñamos innovadores programas, gestionamos y optimizamos al máximo los recursos. Estamos convencidos de que debemos sembrar semillas de excelente calidad para que luego fructifiquen en bienestar y en progreso para el departamento y el país.

Han sido centenares las personas maravillosas que han contribuido con espíritu de entrega y marcada vocación de servicio a que nuestra entidad se consolide en el tiempo y sea hoy imagen ejemplar de trabajo honesto y desinteresado. Nuestra organización continuará creciendo y lo hará bajo la tutela de la honestidad y la transparencia. Comfenalco seguirá siendo una empresa humana, con talento humano y definitivamente una Caja con buena gente” (*Comfenalco Quindío*, s. f.).

1.2.2 Clínica La Sagrada Familia

Imagen 1. Vista lateral izquierda de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia



Foto: Javier Verján, 2010.

Ya para profundizar sobre el objeto de estudio es necesario presentar unos datos históricos y de funcionamiento de la Clínica la Sagrada Familia, que permiten entender mucho mejor los resultados obtenidos y las conclusiones y recomendaciones finales que se presentarán una vez se concluya en trabajo.

La Clínica La Sagrada Familia de Comfenalco Quindío nace el 1 de octubre del 2008, con la adquisición de la edificación donde antes operaba la Clínica San José del Seguro Social, es una institución prestadora de servicios de salud desde el primer nivel de complejidad (medicina general, prevención y promoción, odontología, urgencias básicas), hasta el cuarto nivel de atención (unidad de cuidados intensivos, remplazos articulares, cirugía cardiovascular, hemodinamia). Durante la puesta en marcha se presentaron diferentes aspectos y retos iniciales que se analizaron posteriormente para mejorar la operación de la organización.

Teniendo en cuenta la celeridad con que se desarrolló la adquisición de la clínica, por parte de la Caja de Compensación Familiar de Comfenalco Quindío, no se contó con una

planeación que incluyera todos los aspectos relevantes para su manejo financiero y el aseguramiento de la viabilidad económica futura de la institución.

Posteriormente se han ido depurando cada uno de los procesos de tipo asistencial y administrativos, de tal suerte que para el año 2012 se han adquirido varios elementos que mejoran la calidad del servicio como: sentido de pertenencia por parte del personal, madurez con relación a la forma de trabajo en las diferentes áreas y el aprendizaje que se ha adquirido, de todas las dificultades iniciales lo que permite ahora ser más previsivos y planear mucho mejor cada una de las decisiones que se tomen al interior de la IPS, enfocadas siempre a su sostenibilidad y a su crecimiento.

Plataforma estratégica de la clínica:

Misión:

Brindar una atención integral encaminada al cuidado de la vida, centrada en las necesidades del paciente y su familia, con oportunidad, calidad humana, ética y profesionalismo y la promoción permanente de hábitos saludables.

Visión:

Ser a nivel regional la mejor Institución Prestadora de Servicios de Salud, en todos los niveles de complejidad, soportada en su tecnología, infraestructura y talento humano, que garanticen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios y el desarrollo sostenible de la institución.

Política de Gestión Integral:

Prestar servicios competitivos que garanticen la satisfacción de los clientes y el logro de los objetivos de la organización, mediante la mejora continua de los procesos, el cumplimiento de

los requisitos, la eficaz administración de los riesgos; el desarrollo integral de los funcionarios, el mantenimiento de ambientes de trabajo saludables y seguros, el uso eficiente de los recursos, la preservación del medio ambiente y la responsabilidad social empresarial.

Política de seguridad del paciente:

Para la Clínica la Sagrada Familia, la política de seguridad del paciente se entiende como todas las acciones encaminadas o tendientes a disminuir y prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la integridad del paciente y su familia derivados de la atención en salud, fomentando entornos de atención seguros, incentivando la cultura de la seguridad, la identificación y reporte oportuno de los eventos en el personal asistencial, y el seguimiento a la adherencia de los protocolos y guías de atención estipulados por la institución.

Servicios de la clínica:

+

Cuadro 1. Servicios de la Clínica La Sagrada Familia

SERVICIOS DE I Y II NIVEL AMBULATORIO

- Medicina general.
- Consulta Prioritaria.
- Procedimientos quirúrgicos menores por medicina general.
 - Odontología:
- Todos los programas de promoción y prevención:
 - Consulta Externa Especializada

URGENCIAS

SERVICIOS HOSPITALARIOS

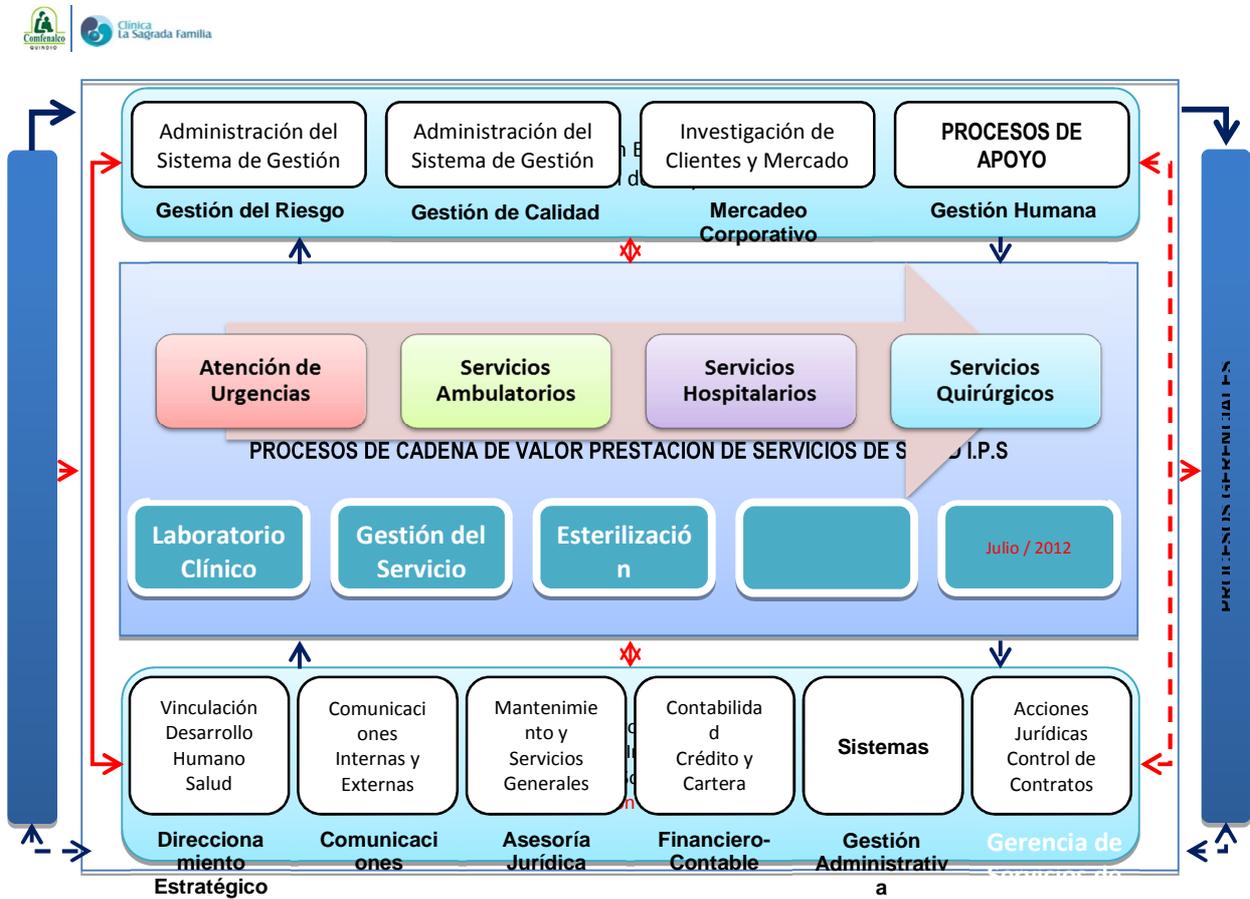
- Hospitalización Medicina Interna
- Hospitalización Materno Infantil
 - Hospitalización Quirúrgica
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
- Unidad de Cuidados Intensivos Adulto

CIRUGIA

- Cirugía convencional:
- Cirugía Mínimamente Invasiva vía endoscópica
- Cirugía de oído: implante Coclear

SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

- Laboratorio Clínico – Servicio Transfusional
 - Servicio Farmacéutico Hospitalario
 - Terapia Física – Terapia Respiratoria
- Imagenología : Rayos X , Ecografías, Ecocardiograma
 - Central de Esterilización



Fuente: *Comfenalcon Quindío*, s.f.

Cuadro 2. Descripción de los servicios

SERVICIO	CAPACIDAD	UBICACIÓN	ESPECIFICACIONES
----------	-----------	-----------	------------------

Hospitalización Medicina interna	37 camas	Piso 2	
Hospitalización materno-infantil	28 camas 15 camas maternidad acomodación doble 1 habitación individual (VIP) 12 camas pediatría 4 camas en trabajo de parto 1 sala de partos 2 consultorios para consulta de ginecología y obstetricia 1 consultorio para monitoreo fetal	Piso 3	Consulta con especialistas veinticuatro horas Atención de urgencias ginecobstétricas
Unidad de cuidados intensivos neonatal	14 cubículos 4 cuidado intensivo 6 intermedio	Piso 3	Terapeuta respiratoria exclusiva veinticuatro horas Especialista veinticuatro

	4 básico		horas Implementación del programa IAMI Sala de alimentación para padres con niños hospitalizados Lockers para padres
Hospitalización quirúrgica	27 camas, acomodación doble 1 habitación individual (VIP)	Piso 4	Disponibilidad de diferentes especialidades quirúrgicas
Unidad de cuidados intensivos adultos	13 cubículos independientes 8 cuidado intensivo 5 cuidado intermedio	Piso 5	Terapeuta respiratoria exclusiva veinticuatro horas Especialista veinticuatro horas

SERVICIO	CAPACIDAD	UBICACIÓN
Cirugía	4 salas de cirugía totalmente dotadas	Piso 5

	12 camillas en sala de recuperación 1 central de esterilización	
ESPECIFICACIONES		
<p>Atención de cirugías programadas y de urgencias las veinticuatro horas</p> <p>Profesionales con amplia experiencia</p> <p>Equipos con certificados de calibración metrológica</p> <p>Sistema de aire con temperaturas acordes a las necesidades de cada cirugía</p> <p>Manejo de filtros microbiológicos para garantizar la calidad del aire en cirugías de alta complejidad</p> <p>Red de vacío</p> <p>Red de oxígeno y gases medicinales</p> <p>Sistema de soporte manifold en caso de falla prolongada de la red de oxígeno</p> <p>Central de esterilización. Proceso de esterilización por autoclave</p>		

Imagenología

SERVICIO	CAPACIDAD	UBICACIÓN
Imagenología	1 sala de rayos x fija	Piso 1

	<p>1 equipo de rayos x portátil</p> <p>1 sala de ecografía con equipo multifuncional</p> <p>1 equipo intensificador de imágenes portátil</p> <p>1 equipo de ecocardiografía</p> <p>1 sala de endoscopias digestivas</p>	
ESPECIFICACIONES		
<p>Rayos x convencional de I y II nivel de complejidad, las veinticuatro horas</p> <p>Estudios radiológicos de alta calidad</p> <p>Lectura e interpretación por especialista en radiología</p> <p>Posibilidad de tomar rayos x en la habitación del paciente con equipo portátil</p> <p>Ecografía general: realizada por médico radiólogo</p> <p>Ecografía obstétrica: realizada por especialista en gineco obstetricia</p> <p>Eco-doppler a color: realización e interpretación por especialista en cx vascular</p> <p>Ecocardiografía a color: realización e interpretación por especialista en cardiología</p> <p>Endoscopias digestivas altas y bajas, diagnósticas y terapèuticas a pacientes desde los dos años de edad, realizadas por médicos especialistas en gastroenterología y endoscopia digestiva</p>		

Laboratorio clínico

SERVICIO	CAPACIDAD	UBICACIÓN
Laboratorio clínico y servicio transfusional	Sala de espera con capacidad para 25 personas 4 cubículos para toma de muestras Secciones de: Química Uro-análisis Hematología Inmunología especializada Coproparasitología Microbiología	Piso 1
ESPECIFICACIONES		
Tecnología de punta Cámara de flujo laminar para microbiología Identificación de muestras mediante código de barras Controles de calidad internos y externos para las fases: preanalítica y postanalítica		

Confidencialidad

Oportunidad en la entrega de resultados

Trazabilidad a nivel internacional por medio del control de calidad externo

Proceso para el manejo integral de accidentes con riesgo biológico: asesoría pretest, prueba rápida de VIH, prueba confirmatoria e interpretación de resultado por médico experto en VIH, e inicio de tratamiento médico cuando esté indicado.

Servicio farmacéutico

SERVICIO	CAPACIDAD	UBICACIÓN
Servicio farmacéutico	Área administrativa Zonas de almacenamiento Almacenamiento en cadena de frío Área de reempaquete de medicamentos sólidos 1 farmacia satélite en cirugía 1 farmacia satélite en urgencias	Piso 3
ESPECIFICACIONES		

Atención las veinticuatro horas

Dirección por químico farmacéutico

Atención fármaco-terapéutica por químico farmacéutico

Reempaque de medicamentos sólidos

Sistema de distribución en dosis unitarias

Manejo de nutriciones parenterales

Fuente: *Comfenalcon Quindío*, s.f.

1.2.3 *Clínica de Marly*

Fundada en 1904, se encuentra ubicada en el tradicional sector de Chapinero en Bogotá, Colombia, rodeada de importantes puntos de acceso. Dispone de amplios sitios de parqueo adyacentes a sus instalaciones así como de facilidades para el desplazamiento de personas con limitaciones físicas.

Imagen 2. Clínica de Marly



Fuente: *Clínica de Marly*, s.f.

El complejo está conformado por varias edificaciones: la Clínica de Marly, en donde se encuentra el área de hospitalización, cirugía y urgencias; Unimarly, centro de atención ambulatoria, y otras construcciones destinadas a consultorios y servicios específicos como son el Edificio de Consultorios Marly, el Centro de Especialidades Marly 50, el Edificio de Consultorios 50, Resonancia Magnética, Tac Multicorte y Oncología.

Tiene convenios con las siguientes entidades: compañías de medicinas prepagadas: Colsanitas MP, Medisanitas, Colmédica MP, Colpatria Salud, Coomeva MP, Cafesalud MP, Susalud MP; con compañías de seguros nacionales: Suramericana, Colseguros-MedicAll, Seguros Bolívar, Panamerican Life, Generali, Metlife, Liberty Seguros; compañías de seguros internacionales: AXA Asistencia, BUPA Internacional, Euro Center, Internacional SOS, Mondial Assistance, Universal Asistencia, Vanbreda International; planes complementarios: Compensar, Famisanar,

SOS; empresariales: Bavaria, Equión, Cervecería del Litoral, Ecopetrol, Cavipetrol, Embajada Británica, Banco Interamericano de Desarrollo.

Servicios que presta la Clínica de Marly

Anestesia y Clínica del Dolor , auditorio, Banco de Sangre, Cardiología-Hemodinamia-Electrofisiología , Chequeo Médico Preventivo , Cirugía, Cirugía Bariátrica (obesidad) , Cirugía Laparoscópica Avanzada, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Cirugía Robótica, Densitometría Ósea, Droguería / Almacén Médico / Farmacia, Ecografía Doppler , Escanografía, Fertilidad - PMA, Gastroenterología - Endoscopia Digestiva, Hemodinamia, Hospitalización, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Sueño, Laboratorio Vascular No Invasivo, Litotricia Extracorpórea, Mamografía, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrología, Neumología y Terapia Respiratoria, Neurocirugía Estereotáctica y Funcional, Nutrición y Dietética, Obstetricia, Odontología, Oftalmología, Oncología y Radioterapia, Óptica, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología - Cirugía Maxilo Facial, Patología, Pediatría, Radiología Central, Resonancia Magnética, TAC Multicorte, Trasplante de Médula Ósea, Trasplante Renal, Unidad de Cuidados Intensivos (UIC), Unidad de Neonatología, Ultrasonido, Urgencias, Urodinamia, Urología.

1.2.4 *Fundación Valle Del Lili*

La Fundación Valle Del Lili es una entidad privada, sin ánimo de lucro, oficialmente constituida el 25 de noviembre de 1982, derivando su capital de donaciones del sector privado colombiano. Abrió sus puertas en la sede del barrio Centenario, el 3 de marzo de 1986; en 1990 inició la construcción de la planta física actual, cuya inauguración oficial se llevó a cabo el 7 de julio de 1994, en acto que contó con la presencia del señor presidente de la República, doctor

César Gaviria Trujillo, los benefactores, las directivas, el cuerpo médico, los proveedores y todos los empleados de la clínica. Desde entonces ha prestado un invaluable e ininterrumpido servicio que cumple con los máximos estándares de calidad, que le han valido el reconocimiento a nivel nacional e internacional.

Imagen 2. Fundación Valle Del Lili



Fuente: *Fundación Valle Del Lili, s.f.*

La Fundación Valle Del Lili es reconocida como la institución de referencia médica en el suroccidente colombiano por la integralidad de su servicio; gracias a que ofrece a la comunidad el portafolio más amplio de servicios médicos, clínicos y quirúrgicos, destacándose principalmente en los que requieren un hospital de alta complejidad con tecnología de vanguardia, como los programas y unidades para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, cuidado crítico, cáncer, urgencias o trasplantes. La institución cuenta con más de doscientos cincuenta médicos acreditados de tiempo completo y dedicación exclusiva, así como un grupo de alrededor de cien profesionales adscritos, quienes a través de la interacción con equipos médicos

de otros países y la permanente actualización en Colombia y en el exterior, garantizan la calidad humana y científica de la prestación de sus servicios.

Infraestructura hospitalaria

Con más de 80.000 metros cuadrados destinados específicamente para la atención hospitalaria, la Fundación Valle Del Lili cuenta con cuatro torres: una torre dedicada específicamente para hospitalización; otra torre para cuidado crítico y dos de consulta externa; con todas las características necesarias para garantizar el adecuado cuidado de los pacientes y su distribución en las unidades de acuerdo a la complejidad de su patología. Ciento sesenta camas hacen de la Unidad de Cuidados Intensivos la más grande del país, con gran reconocimiento nacional e internacional por su avance tecnológico y la calidad en la prestación de servicios médicos asistenciales.

Las salas de cirugía cuentan con todas las especialidades y subespecialidades quirúrgicas de mediana y alta complejidad. La Unidad Cardiovascular realiza más de doce mil procedimientos anuales, entre cirugías y cateterismos.

Su Unidad de Imágenes Diagnósticas es de las más modernas del país; ofrece servicios las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. El respaldo de la nueva tecnología y el soporte médico asistencial en la Unidad de Cáncer, brindan a la población una amplia gama de servicios para el tratamiento de pacientes oncológicos, en sus fases clínicas y quirúrgicas, garantizando los mejores pronósticos de curación. Cuenta además con la sede Unidad de Cuidados Especiales “BETANIA” donde se atienden pacientes en estancias prolongadas.

La Unidad de Cuidados Intensivos de adultos de la Fundación Clínica Valle Del Lili cuenta con veintisiete camas y es mixta, es decir, recibe pacientes con patología médica,

coronaria, quirúrgica y con trauma. Su staff de base lo conforman intensivistas con formación básica en medicina interna, anestesiología, cirugía general y cardiología y por pertenecer a un hospital de alta complejidad (nivel III y IV), tiene disponibilidad de todas las subespecialidades durante veinticuatro horas al día y siete días a la semana.

Servicios:

Cardiología, Cateterismo, Consulta Externa, Dermatología, Endoscopia, Oftalmología, Radioterapia, Unidad de Cuidados Intensivos adultos y pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica del Dolor, Unidad Cardiovascular, Rehabilitación Pulmonar, Unidad de Cáncer, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Unidad de Trasplantes, Consulta Externa, Unidad de Imágenes Diagnósticas, Unidad de Especialidades Médicas, Unidad de Laboratorio Clínico y Patología, Unidad de Hospitalización, Unidad de Banco de Sangre, Unidad Materno Infantil, Unidad de Neurociencias, Chequeo Médico Preventivo, Unidad de Urgencias.

En el momento tiene contratos con reconocidas universidades del país y del mundo, como: Universidad CES de Medellín, Universidad del Valle, Universidad del Cauca, Universidad ICESI, Universidad de Pittsburgh, Universidad de Stanford.

También ha realizado convenios de trabajo, acuerdos de colaboración y alianzas con las siguientes instituciones:

- Partnership and Collaboration between Fundación Valle del Lili and the Miami Fogarty program in AIDS and TB, Department of Epidemiology and Public Health, University of Miami Miller School of Medicine.

- ISN- Sister Renal Center Program Center: Boston Children's Hospital – Fundación Valle del Lili.
- Pittsburgh University-UCI/Trauma.
- Children's Hospital of Pittsburgh.
- Baptist Health Systems South Florida.
- Hospital Ramón y Cajal – Hospital Infantil La Paz, Madrid: grupo de gastroenterología, hepatología y trasplante hepático. Centro de Referencia Fibrosis Quística.

Las siguientes son las entidades que actualmente tienen convenio con la Fundación Valle Del Lili: Pólizas de Salud, Aseguradora de Vida Colseguros, Liberty Seguros Póliza, Seguros Bolívar, Seguros de Vida Suramericana S.A., ALICO Seguros de Vida, Generali, Medicina Prepagada, Cafesalud Medicina Prepagada, Colmédica Medicina Prepagada, Colsanitas, Comfenalco Plan UHCM, Comfenalco Plan Integral Coomeva Medicina Prepagada, Humana Medicina Prepagada, Salud Colpatria Medicina Prepagada, Salud Colpatria Plan Alterno, Medicina Prepagada Suramericana, Planes Complementarios, Compensar Complementario, Servicio Occidental de Salud Plan Bienestar y Excelencia, Servicio Occidental de Salud Plan Familiar, Famisanar, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Colmédica POS, Comfenalco POS, Comfenalco Caja de Compensación, Coomeva POS, EPS Sanitas, Salud Colpatria POS, Salud Total, Servicio Occidental de Salud POS, EPS SURA, Grupo Saludcoop, Nueva EPS, Comfacauca, Comfandi, Fundación El Amparo, Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Aseguradora de Vida Colseguros ARP, Colpatria ARP, Compañía de Seguros de Vida Colmena ARP, Liberty Seguros S.A. ARP, Global Seguros de vida ARP, Seguros Bolívar, Seguros Alfa S.A. ARP, Seguros de Vida La Equidad ARP, Seguros de Riesgos Profesionales

Sura ARP, Mapfre ARP, Aseguradoras de Régimen Subsidiado (ARS), Asociación Mutual Barrios Unidos Proinsalud, Comfamiliar Nariño, Póliza integral Estudiantil, Aseguradora Solidaria de Colombia, Compañía Mundial de Seguros, Generali Colombia Vida S.A., La Previsora Vida S.A., , Las Tres Eme Protección Ltda., Liberty Seguros S.A, Mapfre Colombia, , Seguros Bolívar Póliza Estudiantil, Seguros Colpatria Póliza Estudiantil, Seguros de Vida La Equidad Póliza Estudiantil, Seguros del Estado Póliza Estudiantil, Suramericana Póliza Juvenil, Empresas Particulares, Bavaria S.A., Ecopetrol, Casita de Belén, Dermoplástica, EMI, Emermédica, Industria Nacional de Gaseosas (Coca-Cola / Fems), Ingenio Providencia, Impresora del Sur, Nestlé, Unisalud POS.

Otras Instituciones: Fundación Ayudemos, SSI - Servicio de Salud Inmediata, Clínica Las Américas, Dirección de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad Armada Nacional, Dirección de Sanidad EMAVI, Policía Nacional Seccional Valle del Cauca, Casita de Belén. IPS: Clínica Las Américas, Clínica Versalles, Clínica Farallones, Vivir 1ª, Pólizas Internacionales. BUPA: Coris Assistance, Seven Corners, Pan-American LIFE.

1.2.5 *Centro Médico Imbanaco*

La idea de la creación del centro médico imbanaco nace de un grupo de profesionales en medicina, profesores de la Universidad del Valle y en el año 1976 se inicia el centro de prestación de servicios inicial con 28 consultorios, un laboratorio clínico y un equipo de rayos x; actualmente la entidad se ha consolidado como una de las mejores del país en infraestructura, en portafolio y en complejidad de servicios asistenciales.

Imagen 4. Centro Médico Imbanaco



Fuente: “Colombia, clínicas y hospitales”, s. f.

En el año 2007 recibió el Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión; en el 2009 el Centro Médico Imbanaco recibe el Premio Orden al Mérito ACRIP – Medalla Gran Caballero y el certificado de Acreditación Internacional en Salud otorgado por la Sociedad Internacional para la Calidad ISQUA; en el 2010 el Primer Galardón Nacional Hospital Seguro y la Medalla al Mérito Cruz Esmeralda 2009 en Seguridad y Salud Ocupacional por parte del Consejo Colombiano de Seguridad, reconocimientos que permiten reafirmar su compromiso para cuidar y preservar la vida.

En junio de 2011 fue reconocida como Empresa Libre de Influenza 2011 por la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Con miras a la acreditación internacional con la Joint Commission International (JCI), inició en 2011 la capacitación en los estándares y metodologías requeridas. Obtuvo el puesto veinticinco en el *ránking* de Hospitales y Clínicas 2011, entre los cuarenta mejores de Latinoamérica, publicado por la revista *América Economía*.

Pues, la tasa de ocupación promedio para los quirófanos es de (60%), el promedio de enfermeras universitarias por cama es de (6,8) y el número de médicos por cada egreso es de (2,92). Este reporte exclusivo da a conocer información clave de los mejores centros de salud de la región, entre hospitales privados, públicos y universitarios.

Servicios: Angiografía, Asma: Manejo y Prevención, Chequeo Médico Preventivo, Cirugía, Clínica de la Menopausia, Conservación de la Voz, Cardiología, Colposcopia y Enfermedades del Tracto Genital Inferior, Cuidados Intensivos e Intermedios de Adultos, Cuidados Intensivos e Intermedios para el Recién Nacido, Centro de Excelencia en Mama, Centro de Diagnóstico Otológico, Comité de Ética en Investigación, Cirugía Pediátrica Pectus Excavatum, Curso Psicoprofiláctico, Densitometría Ósea, Desordenes del Sueño: Manejo y Prevención, Diabetes: Manejo y Prevención, Derrame y Trombosis: Manejo y Prevención, Diagnóstico Perinatal, Enfermedad Renal, Estereotaxia y Radiocirugía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC): Manejo y Prevención, Endoscopia, Fortalecimiento del Piso Pélvico, Fundación de Cuidados Paliativos, Ginecología y Obstetricia, Hospitalización, Hipertensión Arterial: Manejo y Prevención, Instituto de Cáncer, Imágenes Diagnósticas, Instituto de Enfermedades Osteoarticulares, Litiasis Renal: Manejo y Prevención, Litotricia, Láser Dermatológico, Laboratorio Clínico y Servicio de Transfusión, Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) durante veinticuatro horas, Medicina Nuclear, Medicina Reproductiva, Medicina Mente

y Cuerpo, Neumología, Neurocirugía Mínimamente Invasiva de la Base del Cráneo y Tumores Cerebrales, Oftalmología, Odontología General y Especializada, Proaudio, Riesgo Obstétrico, Rehabilitación y Medicina Física, Radiología Oral, Tratamiento de la Obesidad, Tabaquismo, Terapia Foniátrica, Trasplante Renal, Urgencias 24 Horas, Urología, Vacunación.

Cuenta con convenios con las siguientes entidades:

Medicinas prepagadas: Cafesalud, Colmédica, Comfenalco, Coomeva Prepagada, Salud Colpatría, S.O.S, Sura Prepagada MP, Aseguradoras, Alyco, Aseguradora Solidaria, Assist Card, AXA Assistance, Bupa, Colseguros, Generali, Liberty Seguros, Mundial de Seguros, Red Assist, Seguros del Estado, Sura, Arp, Colpatría, Seguros La Equidad, Liberty, Mapfre, Positiva, Seguros Bolívar, Sura.

Otras entidades: Dirección de Sanidad Militar, Ecopetrol, Policía Nacional, Sena, Universidad del Valle, Emssanar, Famisanar, IPS Clínica Florida, Coomeva EPS, EPS Sura, Suramericana, Cosmitet, Colmédica, Cruz Blanca EPS, Nueva EPS, Colsanital, Caprecom, Comfenalco, Salud Total, Comfandi, Hospital Universitario del Valle.

1.2.6 Promotora Médica *Las Américas*

Forma jurídica: Sociedad Anónima

Sector: actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con internación

Localidad:Medellín

“La Promotora Médica Las Américas S.A. es una sociedad anónima constituida en 1989 por un grupo de profesionales de la salud que tuvieron el ideal de construir el mejor centro de atención integral para las personas que requerían servicios de salud de alta tecnología y calidad

humana, está compuesta por diez sociedades jurídicamente independientes, dos clínicas (una de ellas es de alta complejidad y otra con servicios ambulatorios) y diez unidades de negocio, que configuran uno de los mayores proyectos de salud para el servicio de toda la comunidad de Colombia y países vecinos. Estas diez unidades de negocio están ubicadas en un complejo médico al que se le llama Las Américas, integrado por Clínica Las Américas y Torre Médica Las Américas”

Empresas: Clínica Las Américas, Clínica del Sur, Instituto de Cancerología, Laboratorio Médico Las Américas, Odontología Las Américas, Patología Las Américas, Transessa, Fundación Las Américas, Las Américas Farma Store, Promed Las Américas L.L.C.

Imagen 5. Clínica Las Américas



Fuente: “Torre Médica Las Américas”, s. f.

“Centro hospitalario ubicado en Medellín, Colombia que brinda servicios de salud de alta y mediana complejidad en setenta y siete especialidades y subespecialidades.

Fortalezas:

- Cuenta con quinientos profesionales.
- Unidad de Imágenes Diagnósticas completamente digitalizada.
- Doscientos veintitrés camas de hospitalización.
- Veintitrés camas de cuidados intensivos para adultos y niños.
- Veinticuatro camas para cuidados especiales
- Siete camas de cuidados intensivos neonatales.
- Doce quirófanos para cirugía general y especializada.
- Completa infraestructura tecnológica para el diagnóstico de enfermedades de alta complejidad que incluye mamografía digital y resonancia magnética.
- Hace parte del Grupo Empresarial Promotora Médica Las Américas integrado por doce empresas del sector de la salud y de un complejo conformado por la Clínica, La Torre Médica Las Américas y el Centro Comercial Plazoleta Las Américas.
- Convenios con aseguradoras nacionales e internacionales.

Servicios:

Consulta médica especializada a través de los especialistas de Torre Médica Las Américas, tratamiento integral del cáncer en el Instituto de Cancerología, Hospitalización, Cirugía Especializada en Neurocirugía, Ortopedia, Oftalmología general para niños y adultos, Cardiovascular y de tórax, Oncología, Coloproctología, Otorrinolaringología, Urología, entre otras, Urgencias adultos y niños las 24 horas, Rayos X e Imágenes Diagnósticas, Centro de

Mastología, Laboratorio Médico de referencia nacional e internacional con acreditación del Colegio Americano de Patología, Laboratorio de Patología, Cuidados Intensivos adultos y niños, Cuidados Especiales, Cardiología No Invasiva, Cardiología Intervencionista, Laboratorio Vascular, Diálisis, Cuidados Intensivos Neonatales, Instituto de la Mujer, Instituto del Sueño, Neumología y Terapia Respiratoria, Medicina Nuclear, Videoendoscopia diagnóstica y quirúrgica, Litotricia Extracorpórea, Medicina Física y rehabilitación, Medicina de la Aviación, Chequeo ejecutivo, Odontología general y especializada en Las Américas Unidad Odontológica, Centro de vacunación, OIR –Audición, voz y lenguaje–, Unidad de Ortopedia, Transportes especializados en salud, Servicios Farmacéuticos, Las Américas Unidad Odontológica, Tratamiento Integral del Cáncer, Cirugía de Alta Tecnología, Cirugía Plástica, Resonancia Magnética” (“Torre Médica Las Américas”, s. f.)

1.3 Alcances y limitaciones

El alcance que tiene este trabajo es el de realizar un diagnóstico financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Comfenalco Quindío, con los datos históricos de estados financieros entre los años 2009 y 2011 y posteriormente compararlos con los de otras clínicas representativas, para luego presentar unas conclusiones y recomendaciones finales que serán entregadas posteriormente ante la dirección administrativa de la Caja de Compensación; como limitantes para este proyecto están:

- Se cuenta con información general de las entidades consultadas y no hay notas a los estados financiero ni libros auxiliares.
- Heterogeneidad de los datos.

- Confiabilidad en la información financiera aportada por las entidades consultadas.
- La diversidad en las razones sociales de las empresas evaluadas que conducen a criterios de razonabilidad contable diferente.

1.4 Formulación del problema

Inicialmente el sistema de información que se tenía fue el que se desarrolló para una institución de primer nivel, y se pretendió mantener el mismo para un nivel transaccional mucho más grande y complejo, lo que ha generado grandes dificultades a nivel de flujo de información de tipo financiera, asistencial y un desconocimiento en el modelo a aplicar para esa nueva unidad funcional que estaba surgiendo.

En la fase inicial del proyecto se dio prioridad a la estructuración desde el punto de vista de contratación de personal, dotación de equipos y mantenimiento de infraestructura y no se dio la importancia necesaria a la caracterización financiera de la institución y al estudio de viabilidad futura de la misma. Además, tampoco se hacía seguimiento exhaustivo a los estados de pérdidas y ganancias, balances generales ni a los indicadores de liquidez.

Para toda la problemática anteriormente descrita planteamos las siguientes preguntas:

¿Cuál es el modelo financiero que utilizan las clínicas más representativas del país?, ¿qué características tiene el modelo financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia?, ¿financieramente cómo está la Clínica La Sagrada Familia de Armenia frente a las otras clínicas similares en el país?, ¿cuál ha sido la tendencia del estado de pérdidas y ganancias de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia en los últimos tres años?, ¿qué liquidez ha tenido la clínica La

Sagrada Familia de Armenia en los últimos tres años?, ¿cuál es el comportamiento de los balances generales de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia en los últimos tres años?

Por tanto la pregunta de investigación es:

¿Cuál es el estado financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia para el período comprendido entre los años 2009 a 2011?

2. MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO

Para hacer un diagnóstico financiero de una IPS en Colombia es importante primero conocer qué efectos tiene la normatividad vigente en las finanzas de una IPS.

Las EPS, ARP, regímenes especiales, SOAT y el estado mismo para los vinculados, deben contratar con las IPS la atención de afiliados, de acuerdo a los niveles de complejidad que cada entidad tenga habilitados; las IPS a su vez deben contratar servicios (mano de obra), insumos o proveedores, para hacer efectiva la atención; este proceso genera la necesidad de un capital de trabajo para hacer pagos del personal, adquirir insumos, medicamentos y materiales requeridos para la atención de los usuarios, para luego del egreso del paciente presentar una factura que contenga los servicios prestados al usuario durante su estancia; bien sea para los servicios hospitalarios o ambulatorios, este documento puede ser objeto de devolución o glosa parcial, para luego recibir un pago de acuerdo a los tiempos contractuales que normalmente están entre sesenta y noventa días.

Como observamos, este proceso de atender a un paciente, presentar factura y luego recuperar dineros, es un modelo que nos deja ver que el sistema de salud en Colombia, en cuanto a la prestación de servicios, está basado en el crédito. Las entidades responsables de pagos (EPS,

aseguradoras, regímenes especiales) buscan mayor número de días para el desembolso del dinero, ya que a su vez cobran al estado vía Fosyga-Sayp servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud y la compensación ordinaria; este proceso en el cual el Estado da y paga recursos a unas entidades administradoras, las cuales deben pagar a una IPS por los servicios prestados y a su vez deben pagar nóminas, servicios y proveedores por la ejecución de actividades a los usuarios directos, es lo que se conoce como flujo de recursos en el sistema de salud. Por ello, al hacer un diagnóstico financiero de una IPS debemos no sólo mirar la utilidad o los excedentes, si ganó o perdió en un período determinado, lo cual se refleja en el estado de resultados de pérdidas y ganancias, si no la capacidad de poder sostener el ciclo de crédito que el negocio requiere.

Así las cosas, es muy importante poder analizar de forma horizontal y vertical el balance general conocido también como “el estado de la situación o estado de posición financiera y reporta la estructura de recursos de la empresa de sus principales y cantidades de activos, como de su estructura financiera de sus importantes cantidades de pasivos y capital, los que siempre deben estar en equilibrio bajo el principio de la contabilidad de la partida doble: $\text{Activos} = \text{Pasivo} + \text{Capital}$. El Balance de una empresa ayuda a los usuarios externos a determinar la liquidez, Flexibilidad financiera y capacidad de operación de una empresa y a evaluar la información sobre su desempeño de producción de ingresos durante un periodo” (Estupiñán, 2004), el estado de cambios en la posición financiera o cambio en el capital de trabajo también conocido como estado de fuentes y aplicaciones de fondos el cual “muestra los recursos o fuentes de fondos de operaciones y de financiamiento de largo plazo, como sus usos o utilización de recursos por inversiones a largo plazo, reparto de dividendos o participaciones, es decir los aumentos de capital de trabajo por efecto de las cuentas contables de largo plazo, es decir las no circulantes o corrientes” (Estupiñán, 2004), el flujo de caja libre que permite identificar, para un período

determinado de tiempo, cuáles han sido las principales fuentes y usos de los recursos, sus causas y efectos, así como el crecimiento del capital de trabajo y activos fijos (Estupiñán, 2004), flujo de efectivo o caja “es un estado que presenta de una manera dinámica , el movimiento de entradas y salidas de efectivo de una empresa” (Ortiz, 2000), conocidos como estados financieros de propósito general (decreto 2649 de 1993), las cifras que arroja este análisis son conocidas como indicadores y su evaluación en el tiempo nos permitirá hacer un diagnóstico más preciso de la tendencia financiera de la IPS. Por lo tanto, el resultado matemático de las operaciones horizontales y verticales es el que conocemos como indicador o razón financiera.

Antes de empezar a hablar de cada uno de ellos, es importante tener en cuenta los llamados indicadores financieros tradicionales, que son aquellos que representan la base tradicional del análisis e interpretación de los estados financieros; con esta metodología se propone el uso de los coeficientes obtenidos para la evaluación y evolución financiera de la empresa, es decir, terminando de esta forma en un análisis de tendencias. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que los indicadores financieros tradicionales tienen varias limitaciones como:

- Son sólo señales y por ello indican que existen áreas con ciertas debilidades, por lo tanto el resultado de una variable perdería su significado, si no es considerado simultáneamente con otras con las que está relacionado.
- Son basados en utilidades contables.
- Normalmente no están alineados con las estrategias empresariales y son analizados solamente desde el punto de vista de estándares industriales.

Previo a la descripción de cada uno de los indicadores es básico identificar la composición financiera de cada una de las entidades, la cual se refleja en los balances generales y en los estados de resultados. Lo anterior nos permite definir cuánto del activo está soportado en recursos internos y externos; al realizar la comparación entre las diferentes entidades podemos evidenciar la tendencia del sector económico, en este caso el sector de la salud.

2.1 Indicadores de rentabilidad

“Entendiendo la rentabilidad como la medida de la productividad de los fondos comprometidos en un negocio y desde un punto de vista del análisis a largo plazo de la empresa, donde lo importante es garantizar su permanencia y crecimiento y por lo tanto un aumento de su valor” (García, 2009).

Los indicadores de rentabilidad reflejan la capacidad de una empresa para generar utilidades, bajo ciertas condiciones de ventas y capital invertido.

2.1.1 *Rentabilidad sobre activos (ROA)*

Muestra la capacidad del activo para producir utilidades, su fórmula es: Utilidad neta / Activos totales.

También se puede medir la rentabilidad del activo como utilidad operativa antes de Intereses e impuestos / Activos y “se considera como un indicador apropiado para medir el éxito empresarial, pues de su análisis puede obtenerse una visión amplia de todos aquellos factores que inciden de manera positiva o negativa en el proceso de generación de valor” (García, 2009), en este caso, el denominador está conformado por los activos de operación o sea aquellos que no se

utilizan en la actividad principal del negocio y que normalmente aparecen clasificados en el Balance General como Otros Activos, los cuales deben ser medidos al inicio de cada período.

La rentabilidad del activo normalmente debe ser superior al costo de la deuda, si fuera inferior, implicaría que la IPS, o la empresa, tiene deudas a una tasa de interés, para colocar los fondos que ellas representan en activos que generan una tasa mucho menor y esto no es sano ni adecuado financieramente, ya que los activos se asumen con el propósito de producir excedentes a una tasa mayor que su costo.

La rentabilidad del activo también debe ser mayor que el costo de capital, donde definimos al costo del capital como: “El costo promedio ponderado de las diferentes fuentes que la empresa utiliza para financiar los activos” (García, 2009), teniendo presente que dicho costo promedio está incluido en el costo del patrimonio de los socios o accionistas.

También podemos tomar los siguientes conceptos como sinónimos: la rentabilidad del activo y el margen operativo por la rotación de activos. Donde el margen operativo lo tomamos como la utilidad operativa que la empresa obtiene por cada unidad monetaria que vende.

La rotación de activos comprendida como un indicador de eficiencia importante, en nuestro caso para una entidad prestadora de servicios de salud, existe en la medida en que refleja la capacidad que la IPS tiene de generar ventas con respecto a un volumen determinado de activos de operación.

Otro concepto que debemos tener en cuenta es la RAN que es la rentabilidad del activo neto y “se define como la relación entre la Utilidad Operativa Después de Impuestos (UODI) sobre los Activos Netos De Operación (ANDEO)” (García 2009).

2.1.2 *Rentabilidad sobre patrimonio (ROE)*

Mide la rentabilidad generada por los recursos de los accionistas, su fórmula es Utilidad neta / Patrimonio.

Es muy importante tener presente que la utilidad sobre el patrimonio sea mayor que la deuda; de no ser así los accionistas deben pagar en forma solidaria con su propio patrimonio las deudas de la empresa; independiente de que la utilidad sea alta o baja o incluso incurra en pérdidas a los acreedores se les debe cancelar los intereses en el momento de su vencimiento y también es importante aclarar que dado sus condiciones se fuera a liquidar una entidad de salud los últimos en recibir algún dinero son los propietarios, si se trata de una sociedad anónima o similares.

La rentabilidad del patrimonio, según Oscar León García, también la podemos expresar como “Rentabilidad del activo más Contribución financiera, entendiéndose la contribución financiera como el remanente que genera la deuda, cuando su costo es inferior a la rentabilidad del activo”. Esta forma de descomponer la rentabilidad del patrimonio nos sugiere que ella se divide en dos partes: el premio por el riesgo operativo y el premio por el riesgo financiero, de lo anterior se concluye que la expectativa de rentabilidad para los accionistas, es decir su TMRR esperada, se descompone a su vez en dos elementos, la compensación esperada por el riesgo financiero y la del riesgo operativo, de tal forma que mientras más sea la participación de la deuda en la estructura financiera proyectada, mayor será la TMRR esperada.

2.1.3 *Rentabilidad operativa o margen operacional*

Mide la rentabilidad sobre venta del producto, en nuestro caso sobre la venta de unos servicios no sólo teniendo en cuenta el costo de venta, sino también los gastos operacionales, que

para las instituciones prestadoras de servicios de salud se convierte en un rubro importante a impactar y a disminuir, ya que fácilmente los gastos operacionales se pueden incrementar debido a todos los requerimientos de calidad que exige la normatividad vigente en salud, es lo que indica si el negocio es lucrativo o no.

Su fórmula es: Utilidad operativa / Ventas.

Muestra la utilidad operativa que obtiene la empresa por cada unidad monetaria que vende.

2.1.4 *Rentabilidad bruta o margen bruto*

Mide la rentabilidad de la venta del producto, por lo que refleja la eficacia de las decisiones con respecto a la fijación de precio y al control de costos de producción, es igual a la utilidad bruta/ventas.

2.2 Indicadores de endeudamiento o apalancamiento

En este caso explican el grado de utilización de la deuda por parte de la empresa como fuente de financiación, para llevar a cabo su operación y sus inversiones.

“El endeudamiento es otro elemento que junto con la liquidez y la rentabilidad conforman la trilogía de los signos vitales de una empresa, inversionistas y demás grupos interesados en la información financiera, deben examinar cuidadosamente para así poder determinar qué tan sanas son las finanzas de un negocio” (García, 2009).

Con respecto a las decisiones de endeudamiento todo empresario debe tener en cuenta los siguientes planteamientos:

- El adquirir un crédito no es ni positivo ni negativo para una empresa, todo depende del grado de aversión al riesgo que tenga el grupo directivo en su momento y de las expectativas que tengan frente al crédito a nivel de tasa y a nivel de utilización del mismo.
- Asumir una deuda es bueno cuando se utiliza para financiar proyectos que sean rentables, es perjudicial para la empresa cuando se utiliza para cubrir déficits de caja asociados a problemas estructurales operativos o financieros.
- El nivel de endeudamiento debe ser congruente con las variables operativas y financieras de la empresa, las variables operativas tienen que ver con la relación entre el margen EBITDA y la Productividad del Capital de Trabajo (PKT), la cual está reflejada en la Palanca De Crecimiento (PDC), las variables financieras tienen que ver con la presión que por rentabilidad y dividendos ejercen los accionistas o dueños de la empresa.
- No es correcto el planteamiento de que si la deuda implica un menor costo de oportunidad el capital propio siempre deba preferirse.
- Existen límites de riesgo inherentes a la deuda que las empresas no deberían cruzar y las entidades financieras deberían considerar más profundamente al momento de evaluar la concesión de cupos de crédito a sus clientes.
- Cuando una empresa está más endeudada de lo que debería, la mayor parte del tiempo de la gerencia y del grupo directivo estará dedicado a la administración de los pasivos, lo anterior puede dar oportunidad y posición ventajosa a la competencia ya que la labor misional de la empresa podría llegar a desdibujarse o perderse por otras actividades que en su momento son urgentes.

Existe otro concepto importante con relación al endeudamiento, es el de apalancamiento financiero o palanca financiera, “es el financiamiento de recursos con deuda, con la finalidad de generar una rentabilidad mayor que el costo de estos recursos” (García, 2009), por tal razón antes de tomar una deuda es definitivo verificar si los fondos serán invertidos en activos que generen una rentabilidad superior a su costo.

Cuando ya tenemos claridad de que es conveniente asumir el crédito, debemos también verificar la capacidad de la empresa para atender el servicio a la deuda lo cual depende de los siguientes factores:

- Capacidad de generación de flujo de caja libre.
- Plazo y tasa de interés del préstamo.
- Política de dividendos o expectativas de reparto de utilidades.

Después de analizar estos conceptos básicos sobre endeudamiento vamos a ver los indicadores de endeudamiento :

2.2.1 *Razón de endeudamiento*: mide la proporción de los activos que son financiados con deuda. Su fórmula es Pasivos totales / Activos totales.

2.2.2 *Relación Deuda / EBITDA*: el cual refleja las veces que la empresa debe su utilidad EBITDA, un valor por encima de 1,5 en este indicador nos muestra un alto nivel de riesgo financiero para cualquier empresa.

2.2.3 *Cobertura de intereses*: se mide con la Utilidad operativa / Intereses. El resultado también se da en veces y da una idea de la magnitud del riesgo que asume la empresa adquiriendo una deuda, pues se entiende que mientras menor sea el cubrimiento (comparado con el promedio de la

actividad o los objetivos de la empresa), mayor es la probabilidad de que la clínica o el hospital quede en imposibilidad de pagar los intereses, en caso de una disminución sustancial en las ventas o aumento en los costos y gastos.

2.2.4 *Cobertura del servicio a la deuda*: la cual se expresa como Flujo de Caja Libre (FCL) / Servicio de la deuda. La cual se puede utilizar como un indicador de la capacidad de endeudamiento de la empresa, ya se puede concluir que mientras más veces se cubra el servicio más deuda puede tomarse, pues el único compromiso adicional que debe atenderse con el FCL es el de los dividendos.

2.2.5 *Cobertura del activo fijo*: se expresa como Patrimonio / Activos fijos. Este índice, desde el punto de vista del acreedor, puede ayudarle a evaluar el riesgo que se corre con el otorgamiento del crédito y consiste en medir las veces que el patrimonio de los accionistas cubre el valor de los activos fijos de la empresa.

2.2.6 *Apalancamiento financiero o razón deuda capital*: su fórmula es Pasivos totales / Patrimonio. Indica la cantidad de deuda contraída por cada unidad de capital propio.

2.2.7 *Relación deuda permanente a capitalización total*: este indicador es una versión complementaria del índice de endeudamiento total y muestra el peso que la deuda a largo plazo tiene sobre la estructura de capital de la empresa y se calcula de la siguiente forma: Deuda a largo plazo / Deuda a largo plazo + patrimonio.

Es importante mencionar en este tema una estructura que juega un papel importantísimo en todas las empresas, y es la estructura de capital, la cual se define como la financiación permanente o de largo plazo que tiene la clínica y que está representada por los pasivos a largo plazo y el patrimonio; también se le denomina capitalización total, debido a que los pasivos de

largo plazo constituyen una financiación permanente para la entidad en forma similar a como lo hace el patrimonio.

2.3 Indicadores de actividad

Estos indicadores lo que hacen es tratar de medir la eficiencia con la cual una empresa utiliza sus activos, según la velocidad de recuperación de los valores aplicados a ellos. En general, cualquier empresa, y actualmente con mayor razón las dedicadas a prestar servicios de salud, debe tener como propósito general producir los más altos resultados con el mínimo de inversión.

2.3.1 *Rotación de cartera*: nos muestra el número de veces que en el período de análisis se recupera la cartera, normalmente se utiliza un año, su fórmula es: $\text{Ventas } t / \text{Cartera promedio } t$.

2.3.2 *Rotación de inventarios*: establece cuántas veces durante el período de análisis se convierte el inventario en efectivo o en cuentas por cobrar. Su fórmula es $\text{Costo de mercancía vendida } t / \text{inventario promedio } t$.

2.3.3 *Rotación de proveedores*: establece cuántas veces durante el período de análisis se está efectuando el pago a los proveedores. Su fórmula es: $\text{Compras totales} / \text{proveedores promedio}$.

2.3.4 *Ciclo operativo*: representa el ciclo de efectivo que es el tiempo durante el cual deben obtenerse fuentes de financiación adicionales de capital de trabajo para la operación de la compañía, más el período de cuentas por pagar.

2.3.5 *Rotación del activo total*: este mide la eficiencia de la empresa en la utilización de los activos para generar ventas, la fórmula es $\text{Ventas } t / \text{activos totales } t$.

2.4 Indicadores de liquidez

Proviene de la necesidad que tiene la empresa de cancelar sus obligaciones a corto plazo, sus resultados se leen como la facilidad o la dificultad que tienen las empresas para pagar sus pasivos corrientes.

2.4.1 *Razón corriente*: mide la capacidad de cubrir las obligaciones a corto plazo con el efectivo y los activos fácilmente convertibles a efectivo, es deseable a partir de una relación 1 a 1. La fórmula es $\text{Razón corriente} = \text{Activo corriente} / \text{Pasivo corriente}$.

2.4.2 *Prueba ácida*: parte del hecho de que los inventarios normalmente no son fácilmente convertibles a efectivo y su fórmula es: $\text{Prueba Ácida} = \text{Activo Corriente} - \text{inventarios} / \text{Pasivo corriente}$

2.5 Indicadores de valor

Son aquellos que buscan medir la generación de valor para los propietarios de las empresas y maximizar la relación entre la rentabilidad, capacidad de inversión, endeudamiento y recuperación del capital invertido.

2.5.1 *Utilidad operativa*: es la utilidad que una empresa genera como negocio dedicado a una determinada actividad, independientemente de su estructura financiera, es decir, sin tener en cuenta que tenga o no tenga deuda, lo anterior debido a que esta utilidad está afectada únicamente por aquellos elementos derivados de la actividad que la entidad desarrolla sin tener en cuenta, capital de sus socios, o exceso de cuentas por pagar a los proveedores con los consecuentes intereses de mora que ellos implican.

2.5.2 *Costos Indirectos de Operación (CIO)*: definidos como la suma de valores que por su naturaleza son de aplicación a todas las obras efectuadas en un tiempo determinado.

2.5.3 *Capital de Trabajo Neto Operativo (KTNO)*: el capital de trabajo neto operacional está directamente relacionado con las decisiones de inversión en una empresa, esta cifra normalmente no es una cifra estática, por el contrario es dinámica y depende del riesgo operativo que el empresario esté dispuesto a asumir con el mantenimiento de un determinado nivel de inversión en activos. “Refleja la eficiencia con que son aprovechados los recursos corrientes de la empresa. Es el capital de trabajo neto operativo entre sus ingresos y es igual a cuentas por cobrar + inventario – cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios” (García 2009).

2.5.4 *ROIC*: es el retorno sobre el capital invertido, es la tasa de ganancia que recibe la empresa al final del ejercicio de su operación, su fórmula es : $UODI / CIO$.

2.5.5 *Productividad del KTNO*: refleja la eficiencia con que son aprovechados los recursos corrientes de la empresa, es el capital de trabajo neto operativo entre sus ingresos.

2.5.6 *Productividad del activo fijo*: se refiere a la utilización adecuada del capital invertido en propiedades, plantas y equipos, esta eficiencia se observa desde el punto de vista del logro de mayores ventas con un determinado nivel de inversión en activos fijos; es muy importante para la empresa no poseer capacidad ociosa, que produce costos adicionales y deteriora la rentabilidad, es igual a $\text{Activo fijo neto} / \text{ventas}$.

2.5.7 *Margen EBITDA*: 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. Es importante entenderlo como la

utilidad que finalmente se convierte en efectivo y queda disponible para atender los cinco compromisos que tiene la caja de toda empresa que son :

- Pago de impuestos.
- Atención del servicios a la deuda (intereses y abono a capital).
- Inversiones incrementales requeridas en capital de trabajo.
- Reposición de activos fijos.
- Dividendos.

2.5.8 EVA

Existen también indicadores menos utilizados en las IPS como el Economic Value Added (EVA, valor económico agregado) y Earnings Before Interests, Tax, Depreciation and Amortization (EBITDA, también por sus iniciales en inglés, ganancia antes de intereses, impuestos, depreciación y amortización).

Entendiendo la rentabilidad como la medida de productividad de los fondos comprometidos en un negocio y desde el punto de vista del análisis a largo plazo de la empresa, donde lo importante es poder garantizar su permanencia y crecimiento y por ende el aumento de su valor, y el EVA es el valor económico agregado, también denominada ganancia económica, que es la diferencia entre la Utilidad Operativa Después de Impuestos (UODI) que una empresa obtiene y la mínima que debería obtener, analizando el concepto de otro modo, podemos decir que es el remanente que generan los activos cuando rinden por encima del costo de capital; la fórmula para obtener el resultado del EVA es la utilidad operativa después de impuestos menos los

activos por el costo del capital, es importante tener en cuenta que el EVA se puede mejorar por medio de varias acciones como: aumentando la utilidad operativa sin tener que hacer inversiones, invirtiendo en proyectos con rentabilidad superior al costo del capital, liberando fondos ociosos, desinvirtiendo en activos con rentabilidad inferior al costo del capital.

Por lo tanto, en el momento se ha dado gran importancia a un concepto que es la gerencia del valor, “entendida como una nueva cultura empresarial que enfoca la toma de decisiones hacia el permanente mejoramiento de los llamados macroinductores de valor” (García 2009) , ello implica unos cambios sustanciales en el pensamiento gerencial en todos los niveles de las IPS que implica que todos los funcionarios que participan en la toma de decisiones midan el alcance de éstas en términos del posible valor que puedan crear o destruir.

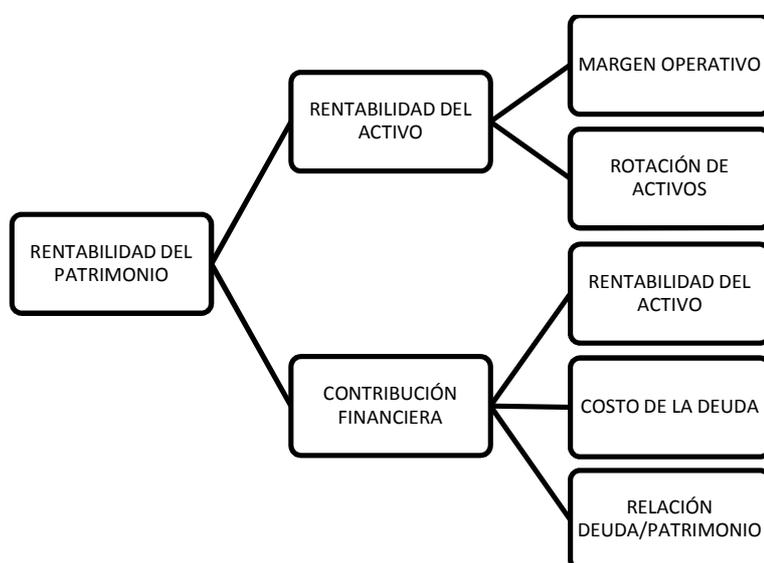
Así las cosas, podríamos decir que el EVA promueve un cambio de actitud en los ejecutivos de las empresas, haciendo que estos actúen como si fueran los dueños, igualmente permiten alienar los objetivos organizacionales y direccionar las decisiones hacia la creación de valor . La cultura EVA en una institución prestadora de servicios de salud, o en cualquier otro tipo de empresa, no se adquiere en corto tiempo, se trata de un trabajo muy bien diseñado, implica un proceso de capacitación y sensibilización sobre el tema en las diferentes unidades funcionales y un transitar por diferentes etapas, antes de llegar a su implementación final, ya que de hacerse en corto tiempo o abruptamente pueden lograrse efectos contrarios con resultados adversos para el personal y para la entidad.

Para la realización de un diagnóstico financiero no se requiere una gran cantidad de información ni utilizar un alto número de indicadores, lo importante es que dicha información sea

relevante y permita calcular los indicadores relacionados con los inductores de valor de la empresa que son la rentabilidad de la empresa y el flujo de caja libre.

Existen métodos tradicionales para la ejecución de análisis financieros , como se observa en la figura 1.

Figura 1. Enfoque tradicional de análisis de indicadores financieros



Fuente: García, 2009: 248.

Este modelo tradicional presenta dos limitaciones grandes: la primera es que el enfoque basado en el comportamiento de los diferentes indicadores sobre la rentabilidad de la empresa se pierde de vista por el efecto que se haya causado sobre el flujo de caja de la misma.

La segunda limitación está dada por el hecho de que el comportamiento de los indicadores de rentabilidad no está directamente correlacionado con la generación de valor de la empresa. Por lo que el autor Oscar León García (2009) ha desarrollado un modelo de diagnóstico financiero

que se fundamenta en la observación, en primera instancia, en los inductores operativos de valor, para luego analizar el efecto que su comportamiento ha producido sobre la estructura de la caja de la empresa, por ejemplo si la empresa recurre al endeudamiento, el análisis de la estructura de la caja permite al analista dirigir la observación a los indicadores de riesgo financiero. A continuación observamos el modelo de diagnóstico financiero propuesto por Oscar de Leon. La siguiente figura ilustra la metodología de análisis.

Figura 2. Modelo de diagnóstico financiero de Oscar León García



Fuente: García, 2009.

Adicionalmente se hallaron unos macroinductores e inductores operativos y financieros de valor, que se relacionan a continuación:

2.6 Macroinductores de valor

“Son aspectos asociados a la operación del negocio que por tener relación causa- efecto con su valor, permite explicar el por qué de su aumento o disminución como consecuencia de las decisiones tomadas”(García, 2003).

Econstruimos dos macroinductores que son: rentabilidad del activo (ROIC), mencionado previamente y Flujo de Caja Libre (FCL), que es aquel que se destina para atender el servicio a la deuda y el pago de dividendos, si a este valor le restamos el servicio a la deuda nos queda el flujo de caja de los propietarios.

“Los inductores operativos y financieros se conciben con la medición de la forma en que la empresa destina su flujo de caja entre la reposición del capital de trabajo y activos fijos, la atención del servicio a la deuda y la repartición de utilidades” (García, 2003).

Margen EBITDA: ya mencionado anteriormente.

Productividad del capital de trabajo: ya explicado previamente.

Productividad del activo fijo: anotado y explicado arriba.

Escudo fiscal: como estrategia para disminuir impuestos mediante desgravaciones fiscales.

Debido a la gran relevancia que se le ha dado al manejo de la caja de la empresa es importante hablar de lo que podría ser el modelo financiero de caja óptimo en una empresa, para hablar sobre este ítem debemos trasladarnos al artículo de William J. Baumol publicado en 1952, en el *“Quarterly Journal of Economics*, donde se conecta el modelo del nivel óptimo de existencias de dinero efectivo, con los modelos de gestión de *stocks*, tratando al dinero como una

mercancía que se almacena en una hipotética caja. El trabajo de Baumol fue muy fructífero, constituyendo así una extensa literatura sobre el tema, también hay otros trabajos de Sastry, en 1970, que están planteados en un contexto de certidumbre pura; también encontramos modelos determinísticos como los aleatorios, en los que la variable demanda de efectivo no se conoce con exactitud, sino tan solo en términos de probabilidad, es decir, utilizando términos de tesorería de períodos anteriores que se aproximan a la función de densidad de la demanda de efectivo.

Los pioneros en los modelos aleatorios de caja óptima son Miller y Orr, que en 1966 y 1968 publicaron dos trabajos donde se da un carácter aleatorio a los movimientos de caja como una secuencia de ensayos independientes de Bernouilli” (Romero, 1983).

A continuación, se determinan las variables económicas que influyen en el mantenimiento de un flujo de caja óptimo.

Es importante tener en cuenta el costo que representa para la empresa mantener un determinado saldo de dinero en efectivo, este es un claro costo de oportunidad, el cual puede estimarse por medio del tipo de interés que la empresa estima puede obtener por los empleos alternativos de su dinero. Se debe tener en cuenta el costo que representa para la empresa que se agoten las existencias de efectivo, y por tanto que no se disponga de dinero suficiente para hacer frente a los pagos correspondientes, este costo viene medido por el tipo de interés que la empresa paga al banco por sus operaciones.

En la mayor parte de los modelos de gestión de caja el costo de transferencia suele considerarse fijo, es decir, se admite como supuesto de trabajo que el costo de transferencias no depende de la cuantía transferida. En resumen los modelos de gestión de caja tratan en definitiva de encontrar una política de tesorería que equilibre las fuerzas anteriores, es decir, los modelos

pretenden ayudar a encontrar el saldo de caja que haga mínima la suma de los costos anteriormente definidos.

La principal diferencia que existe entre el modelo determinístico y el aleatorio es que en el determinístico la demanda de la mercancía almacenada es casi siempre positiva, en el aleatorio puede ser positiva o negativa; los anteriores son modelos y parámetros que podríamos llegar a adoptar en un momento determinado, pero finalmente cada empresa es autónoma en sus decisiones de acuerdo a su composición financiera y a su estructura financiera para utilizar el modelo de caja que para sus condiciones puede ser mejor.

Si logramos realizar comparativos horizontales y verticales de cada uno de los estados financieros de propósito general, así como de los indicadores de la Clínica La Sagrada Familia con las IPS en Colombia, sin importar su nivel de ingresos ya que hablamos de valores porcentuales y a su vez comparamos los resultados de los indicadores no tradicionales, podemos no sólo mostrar la realidad financiera de la entidad, sino que tendremos una tendencia general de las IPS en Colombia y, más importante para nuestro caso, el comportamiento de la clínica con respecto al mercado.

3. MARCO LEGAL

El sistema de seguridad social en Colombia se modificó sustancialmente con la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, en la cual se buscó dar un marco legal a la Seguridad Social y la definió en su preámbulo como: “El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad

económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

Nótese que desde el principio se habla de un trabajo conjunto entre el estado y la sociedad, por lo que el estado dejó su labor asistencial e involucró a nuevos actores, todo con el fin de conseguir una mejor calidad de vida, para ello esta ley subdividió el sistema en cuatro subsistemas, el de pensiones (libro primero), el de seguridad social en salud (libro segundo), sistema general de riesgos profesionales (libro tercero), y los servicios sociales complementarios (libro cuarto). En nuestro caso nos enfocaremos en el libro segundo de esta ley el cual: “Establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación” (artículo 152, ley 100), y plantea como objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud: “Regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (artículo 152, ley 100). En este título de la ley quedaron definidas las reglas del servicio público de salud: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Para ello creó integrantes del sistema los cuales se desagregaron en órganos de dirección, vigilancia y control, órganos de administración, financiación, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), además de los empleadores y trabajadores que contribuyen económicamente al sistema.

Podríamos resumir el modelo de salud planteado por la ley 100 de 1993, de la siguiente manera: el estado, responsable de garantizar el acceso a tratamientos de prevención y cura de la salud, creó un organismo de concertación independiente que en su momento se llamó el Consejo

Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual se conformó con diferentes actores del sistema, desde el mismo gobierno, afiliados, profesionales de la salud y las IPS. Este organismo estaría encargado de puntos como lo muestra el artículo 172 de la ley 100 de 1993:

- “1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro.
2. Definir el monto de la cotización de los afiliados del sistema, dentro de los límites previstos en el artículo 204 de esta ley.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del presente libro.
4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.
5. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud, por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables, de conformidad con lo dispuesto en la ley 60 de 1993.
7. Definir el régimen de pagos compartidos referidos en el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la presente ley.
8. Definir el régimen que deberán aplicar las entidades promotoras de salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo.

9. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

10. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el gobierno nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

11. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

12. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.

13. Presentar, ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

14. Adoptar su propio reglamento.

15. Las demás que le sean asignadas por ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del consejo.

Parágrafo 1. Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministro de Salud.

Parágrafo 2. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso de que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustará en forma automática, en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el gobierno nacional el año inmediatamente anterior” (ley 100 de 1993).

Parágrafo 3. Las definiciones de que tratan los numerales 1, 4, 5, 7 y 11 del presente artículo deberán ser adoptadas por el gobierno nacional.

Estas funciones buscan regular el rol de cada uno de los actores del sistema, gobiernos, administradoras de planes de beneficio, IPS y afiliados; con esta la ley se pasó de un modelo en el cual el estado recibía recursos y realizaba directamente la atención en salud a la población colombiana a través de los hospitales públicos, a un modelo de aseguramiento en el cual el estado regula, vigila y controla el manejo de los recursos y la prestación del servicio.

Dentro de la misma ley se dieron las definiciones de las personas naturales y jurídicas que participarían en el Sistema de Salud: cotizantes, beneficiarios, aseguradoras y las IPS, que de acuerdo con el artículo 185 de la ley 100 se definieron como instituciones encargadas de prestar el servicio de salud directamente a los afiliados, para estas empresas se creó también una regulación en cuanto a la forma de prestar el servicio y los estándares necesarios para ello, conocido como el Sistema General de Garantía de Calidad en Salud (decreto 1011 de 2006).

La ley 100 de 1993 dejó un escenario en el cual el gobierno a través de Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud regulan el sistema. Las EPS y EPSS administran bajo un modelo asegurador, el Fosyga dispone de los recursos, las IPS prestan el servicio y lo cobran a las EPS y EPSS, y el usuario cuando lo requiera hace uso de su derecho a la pronta atención en salud.

Después de promulgada la ley, el estado comenzó a reglamentar a los diferentes participantes del sistema de salud entre ellos las recién nombradas IPS; para cumplir con este sistema se aprobó el decreto 1011 de 2006, en el cual se definen cuatro componentes: el primero es el Sistema Único de Habilitación (resolución 1043 de 2006) que establece las condiciones de capacidad tecnológica, suficiencia patrimonial, financiera y la capacidad técnico administrativa

que deben tener las IPS y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para poder habilitarse ante el ente territorial que para el caso de las IPS son las secretarías departamentales de salud).

El segundo componente es la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Ministerio de la Protección, 2006) que busca la evaluación, seguimiento y mejora de los procesos prioritarios, la comparación entre calidad observada en la atención y la esperada, también busca corregir las desviaciones detectadas en la prestación del servicio.

Un tercer componente es el Sistema Único de Acreditación (Ministerio de la Protección, 2006, acualmente Ministerio de Salud) el cual pretendió buscar niveles superiores de calidad por parte de la IPS. Como último componente el Sistema de Información para la Calidad que busca estimular la competencia para la calidad entre los diferentes organismos y que al mismo tiempo sirva de orientación a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema y sus deberes y derechos.

Luego se promulgó la ley 1122 de enero 9 de 2007, cuyo objeto es el de realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, y la organización y funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud. Esta ley reemplaza el CNSSS por la CRES como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Puntualiza los mecanismos de financiación de la salud así como su distribución, describe muy detalladamente los aportes que la nación y los ciudadanos hacen al sistema, y busca en el artículo 13 un flujo de recursos y protección de los mismos, de tal forma que ayude a mejorar la atención en salud, dando incluso tiempos y porcentajes de pago a las IPS “Las EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación, si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación, si no se presenta glosa el saldo restante se pagará a los 30 días siguientes a la presentación de la factura” (Colombia, ley 1122 de 2007).

El gobierno nacional con el fin de buscar más transparencia entre los actores del sistema, dictó la resolución 3047 del 14 de agosto de 2008 por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago definidos en el decreto 4747 de 2007, de tal forma que todos los servicios presentados para su pago requieren de información previa reportada por las IPS a las EPS y viceversa, disminuyendo las objeciones en los pagos y logrando que el flujo de recursos sea más expedito. Esto fue reafirmado en la última gran reforma al sistema, la ley 1438 de 2011 en su artículo 56, agregando que se prohibía la obligatoriedad de procesos de auditoría previos a la presentación de la factura, por parte de las IPS todo en aras de buscar un mejor flujo de recursos. Por último, y vigente a la fecha, están las resoluciones de giro directo 4182 y 2320 de 2011, basadas en el decreto 971 de 2011, que reglamenta la ley 1122 de 2007 en sus artículos 29, 31 y el 119 de la ley 1483 de 2011, que consiste simplemente en hacer un registro de cuenta bancaria por parte de las IPS ante el administrador fiduciario de los recursos del

sistema (SAYP) para que una vez aprobado por las EPS se giren los dineros directamente a las IPS, buscando así acortar tiempo de pago y garantizar que los recursos se destinen a la prestación de servicios a la población afiliada de cada entidad; la prueba inicial con atenciones a pacientes del régimen subsidiado ha generado buenos resultados según los últimos informes del Ministerio de Salud; para el mes de octubre de 2012 se espera comenzar el mismo mecanismo con atenciones a afiliados al régimen contributivo.

4. MARCO GEOGRÁFICO

La Clínica La Sagrada Familia se encuentra ubicada en la ciudad de Armenia, en el departamento del Quindío, “en la parte centro occidental del país, entre los 04°04’41” y 04°43’18” de latitud norte y entre los 75° 23’41” y 75° 53’56” de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 1.845 km² lo que representa el 0,16% del territorio nacional. Limita por el norte con los departamentos del Valle del Cauca y Risaralda, por el este con el departamento del Tolima, por el sur con los departamentos de Tolima y Valle del Cauca y por el oeste con el departamento del Valle del Cauca.

El departamento del Quindío está dividido en doce municipios, cuatro corregimientos, treinta y cuatro inspecciones de policía, así como numerosos caseríos y sitios poblados.

Tiene 612.719 habitantes, con una densidad de 332,1 habitantes por km², su capital es Armenia, con una población de 321.378 habitantes.

En el territorio del departamento del Quindío se distinguen dos tipos de relieves, el primero es montañoso en el oriente y el segundo es ondulado en el occidente. El montañoso

corresponde al flanco occidental de la Cordillera Central, el cual se extiende en dirección sur norte, con pendientes abruptas, muy relacionadas con la litología, en su mayoría rocas metamórficas. La mayor elevación es el volcán del Quindío. El segundo corresponde al área cubierta de flujos de lodos volcánicos transportados por los ríos, el modelado es suave de colinas bajas. En la faja más occidental de esta morfología se encuentran los valles de los ríos Barragán al sur, de aluviones recientes y el de La Vieja en el sector norte, de rocas sedimentarias.

El clima del departamento de Quindío es muy variado, debido principalmente a factores como la latitud, altitud, orientación de los relieves montañosos, los vientos, etc. La distribución de las lluvias está condicionada a los desplazamientos de la Zona de Convergencia Intertropical (ZCIT), el relieve y la circulación atmosférica. Los meses de máxima cantidad de lluvia se presenta en dos temporadas comprendidas entre marzo a mayo y septiembre a noviembre, los períodos de menor pluviosidad son, enero a febrero y junio a agosto. La temperatura promedio oscila entre los 18° y 21°C; aptas para el crecimiento del café en todas sus fases. Las tierras están comprendidas en los pisos términos templado, frío y bioclimático páramo” (*Toda Colombia*, 2011).

Desde el punto de vista del sistema de salud, cada municipio cuenta con un hospital de primer nivel, con excepción de Calarcá que tiene un hospital de segundo nivel, el municipio más retirado de la capital es Génova y se encuentra a cuarenta y cinco minutos de Armenia, todas las vías son pavimentadas y de fácil acceso, el centro de referencia del departamento para el régimen subsidiado y vinculados es el Hospital San Juan de Dios y para el régimen contributivo es la Clínica La Sagrada Familia de Comfenalco Quindío.

Imagen 6. División político administrativa departamento de Quindío



Fuente: *Gobernación del Quindío*, s. f.

Armenia es la capital del departamento, sus coordenadas geográficas son: 4.3270° latitud norte y 75.4120° longitud oeste, a 290 kilómetros al suroeste de la capital colombiana (Bogotá), está situado a 1.483 metros sobre el nivel del mar y su extensión es de 121km².

Imagen 7. Ubicación de la Clínica La Sagrada Familia



Fuente: *Interacción* 2009, s. f.

La Clínica La Sagrada Familia se encuentra ubicada en el sector centro de la ciudad de Armenia entre las carreras 15 y 16 y las calles 9 y 10. Es un punto estratégico para la población que vive en el norte como la del sur de la ciudad y los del sector centro, está rodeada de una zona comercial y bancaria de gran movimiento, lo que la hace centro de referencia para muchos accidentes de tránsito y para muchos de los eventos o desastres de gran proporción que se pueden llegar a presentar, es por esto que la Caja de Compensación Familiar, de Comfenalco Quindío, tiene un compromiso grande frente a la población del departamento y de la ciudad de Armenia,

ya que actualmente recibe un volumen alto de atenciones por su ubicación y por ser centro de referencia de alta complejidad en el departamento del Quindío.

En la ciudad se encuentran varios centros hospitalarios como el Hospital San Juan de Dios, como centro de referencia para el régimen subsidiado, la población vinculada y una parte pequeña del contributivo; la Clínica Saludcoop Armenia, que presta servicios básicamente a la población del grupo Saludcoop; la Clínica del Café que presta servicios básicamente a la población de Cosmitet y a algunas aseguradoras del régimen contributivo, y la Clínica La Sagrada Familia, como centro de referencia del mayor porcentaje de la población del régimen contributivo de la ciudad y del departamento, incluso del norte del Valle y el Eje Cafetero como tal, ya que en la región se tiene una oferta de camas hospitalarias muy limitada, en ocasiones no es fácil la ubicación de un paciente para un servicio específico o para una unidad de cuidado intensivo adulto, pediátrico o neonatal.

5. OBJETIVOS

- Elaborar un diagnóstico financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia, en el período comprendido entre los años 2009 al 2011.
- Caracterizar el modelo financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia.
- Realizar análisis horizontal y vertical de los estados financieros de los años 2009 al 2011 de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia.
- Elaborar una interpretación de los indicadores tradicionales y no tradicionales de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia entre los años 2009 y 2011.
- Identificar los sistemas financieros de las cuatro clínicas seleccionadas para el análisis comparativo.

- Comparar el modelo financiero utilizado en la Clínica La Sagrada Familia de Armenia con relación al de las cuatro clínicas seleccionadas.
- Presentar conclusiones, sugerencias y recomendaciones finales a la dirección administrativa de la Caja de Compensación Familiar de Fenalco Comfenalco Quindío y el consejo directivo.

6. MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo y cuantitativo, ya que se trata de analizar una información obtenida directamente de los registros que se tienen en la Clínica La Sagrada Familia de Comfenalco Quindío y de otras IPS representativas del país y posteriormente compararlas.

6.2 Sujetos

En este caso los sujetos son los estados financieros de la Clínica La Sagrada Familia de Comfenalco Quindío y los de cinco IPS representativas en Colombia.

Los criterios de selección de las IPS que se tendrán en cuenta en el análisis comparativo serán:

- Prestación de servicios en los cuatro niveles de complejidad.
- Centro de referencia de la región.
- Enfoque de su atención a aseguradoras del régimen contributivo.
- La información financiera de las IPS debe estar disponible en la página de Internet de cada institución.

6.3 Instrumentos o técnicas de información

Primero se realizó un análisis documental de la información de los estados financieros e indicadores tradicionales y no tradicionales que ha manejado la Clínica La Sagrada Familia de Armenia y esta misma información de cinco IPS representativas del país. También se hicieron comparativos con las IPS seleccionadas, verificando tendencias y variaciones significativas.

Se realizó análisis vertical y horizontal de cada IPS (ver Apéndice 1).

Posteriormente un cuadro resumen donde se unifica toda la información de las cuatro IPS (ver Apéndice 2).

7. PRESENTACIÓN DE DATOS

Se elaboró un análisis comparativo haciendo uso de gráficas de tendencia lineal y barras con su respectiva interpretación, inicialmente se analizó cada IPS y posteriormente se realizó un comparativo con las IPS seleccionadas, verificando tendencias y variaciones significativas; las recomendaciones se dieron a la Caja de Compensación, propietaria de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia. En el caso del Centro Médico Imbanaco, para el análisis del año 2011, se proyectaron los gastos generales, ingresos no operacionales y gastos no operacionales, de acuerdo al comportamiento de los años 2009 y 2010 ya que en la información financiera consultada y disponible no aparecían estos datos específicamente, lo anterior no afecta los principales indicadores. Para el cálculo del Wacc en el año 2009 se tomó el 8% y para el 2010 y 2011 el 7% como costo de oportunidad.

7.1 Clínica La Sagrada Familia

Tabla 1. Balances generales de la Clínica La Sagrada Familia

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO COMPENALCO QUINDÍO								
PROGRAMA IPS CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA								
BALANCES GENERALES DICIEMBRE 31								
CUENTAS	DICIEMBRE DE 2009	COMPOSICIÓN	DICIEMBRE DE 2010	COMPOSICIÓN	DICIEMBRE DE 2011	COMPOSICIÓN	2009 A 2010	2010 A 2011
ACTIVO								
DISPONIBLE	\$ 217.431.285	0,96%	\$ 149.623.045	0,58%	\$ 492.287.654	1,98%	-31%	229%
DEUDORES	\$ 7.539.529.058	33,45%	\$ 11.101.227.927	43,09%	\$ 10.720.414.207	43,12%	47%	-3%
INVENTARIOS	\$ 594.365.980	2,64%	\$ 774.234.021	3,01%	\$ 619.593.111	2,49%	30%	-20%
PROPIEDADES; PLANTA Y EQUIPO	\$ 11.675.121.988	51,80%	\$ 11.000.533.337	42,70%	\$ 10.548.164.951	42,43%	-6%	-4%
DIFERIDOS	\$ 206.175.912	0,91%	\$ 432.795.908	1,68%	\$ 176.861.440	0,71%	110%	-59%
VALORIZACIONES	\$ 2.305.535.245	10,23%	\$ 2.305.535.245	8,95%	\$ 2.305.535.245	9,27%	0%	0%
ACTIVO	\$ 22.538.159.467	100,00%	\$ 25.763.949.484	100,00%	\$ 24.862.856.609	100,00%	14%	-3%
PASIVO								
OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 11.099.445.208	52,07%	\$ 10.345.960.595	43,21%	\$ 9.968.109.013	43,38%	-7%	-4%
PROVEEDORES	\$ 3.431.697.297	16,10%	\$ 4.129.203.753	17,25%	\$ 5.861.463.389	25,51%	20%	42%
CUENTAS POR PAGAR	\$ 6.672.108.939	31,30%	\$ 9.235.242.899	38,57%	\$ 6.922.314.099	30,13%	38%	-25%
IMPUESTOS GRAVÁMENES Y TASAS	\$ 7.889.507	0,04%	\$ 0	0,00%	\$ 4.769.106	0,02%	100%	-
OBLIGACIONES LABORALES	\$ 104.006.140	0,49%	\$ 116.034.606	0,48%	\$ 116.180.017	0,51%	12%	0%
PASIVOS ESTIMADOS Y PROVISIONES	\$ 2.080.909	0,01%	\$ 115.229.304	0,48%	\$ 105.173.769	0,46%	5437%	-9%
TOTAL PASIVO	\$ 21.317.228.001	100,00%	\$ 23.941.671.157	100,00%	\$ 22.978.009.393	100,00%	12%	-4%

				%				
PATRIMONIO								
CAPITAL SOCIAL	\$ 537.662.289	44,04%	\$ 537.662.289	29,50%	\$ 537.662.289	28,53%	0%	0%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	-\$ 1.622.266.068	-132,87%	-\$ 1.020.919.207	-56,02%	-\$ 958.350.319	-50,84%	-37%	-6%
SUPERÁVIT POR VALORIZACIONES	\$ 2.305.535.245	188,83%	\$ 2.305.535.245	126,52%	\$ 2.305.535.245	122,32%	0%	0%
TOTAL PATRIMONIO	\$ 1.220.931.466	100,00%	\$ 1.822.278.327	100,00%	\$ 1.884.847.215	100,00%	49%	3%
PASIVO Y PATRIMONIO	\$ 22.538.159.467		\$ 25.763.949.484		\$ 24.862.856.609		14%	-3%
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO COMPENALCO QUINDÍO								
PROGRAMA IPS CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA								
ESTADO DE RESULTADOS ENERO 1 A DICIEMBRE 31								
INGRESOS								
OPERACIONALES	\$ 26.746.387.439	100,00%	\$ 30.956.088.660	100,00%	\$ 27.240.202.067	100,00%	16%	-12%
INGRESOS	\$ 26.746.387.439		\$ 30.956.088.660		\$ 27.240.202.067		16%	-12%
INSUMOS UNIDAD DE MERCADEO	\$ 5.311.794.240	22,42%	\$ 6.915.612.427	28,04%	\$ 6.895.616.531	31,56%	30%	0%
MANO DE OBRA DIRECTA	\$ 16.912.178.717	71,37%	\$ 16.104.051.621	65,29%	\$ 13.309.445.355	60,92%	-5%	-17%
COSTOS INDIRECTOS	\$ 1.473.023.745	6,22%	\$ 1.646.940.754	6,68%	\$ 1.642.725.608	7,52%	12%	0%
COSTOS DE PRODUCCIÓN Y OPERACIÓN	\$ 23.696.996.702	100,00%	\$ 24.666.604.802	100,00%	\$ 21.847.787.493	100,00%	4%	-11%
UTILIDAD BRUTA	\$ 3.049.390.737		\$ 6.289.483.858		\$ 5.392.414.574		106%	-14%
GASTOS								
ADMINISTRACIÓN								
GASTOS DE PERSONAL	\$ 1.246.248.698	29,13%	\$ 1.581.740.804	31,50%	\$ 1.600.182.524	33,83%	27%	1%
HONORARIOS	\$ 22.031.550	0,51%	\$ 6.677.601	0,13%	\$ 810.000	0,02%	-70%	-88%
IMPUESTOS	\$ 182.572.895	4,27%	\$ 78.000.237	1,55%	\$ 88.589.344	1,87%	-57%	14%

ARRENDAMIENTOS	\$ 164.390.372	3,84%	\$ 98.690.635	1,97%	\$ 3.000.720	0,06%	-40%	-97%
CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES	\$ 4.181.204	0,10%	\$ 2.388.227	0,05%	\$ 3.411.320	0,07%	-43%	43%
SEGUROS	\$ 189.826.983	4,44%	\$ 276.738.261	5,51%	\$ 273.067.082	5,77%	46%	-1%
SERVICIOS	\$ 842.697.396	19,70%	\$ 1.074.365.183	21,40%	\$ 793.960.978	16,79%	27%	-26%
GASTOS LEGALES	\$ 23.016.624	0,54%	\$ 7.006.674	0,14%	\$ 13.360.526	0,28%	-70%	91%
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 273.388.621	6,39%	\$ 188.573.668	3,76%	\$ 179.968.108	3,81%	-31%	-5%
ADECUACION E INSTALACIÓN	\$ 587.420	0,01%	\$ 11.776.469	0,23%	\$ 22.388.753	0,47%	1905%	90%
GASTOS DE VIAJE	\$ 8.469.013	0,20%	\$ 55.940.433	1,11%	\$ 34.091.162	0,72%	561%	-39%
DEPRECIACIONES	\$ 597.268.522	13,96%	\$ 711.140.726	14,16%	\$ 596.073.481	12,60%	19%	-16%
AMORTIZACIONES	\$ 0	0,00%	\$ 9.841.538	0,20%	\$ 51.564.339	1,09%	100%	424%
DIVERSOS	\$ 693.973.478	16,22%	\$ 578.005.238	11,51%	\$ 564.048.193	11,93%	-17%	-2%
PROVISIONES	\$ 30.000.000	0,70%	\$ 339.750.000	6,77%	\$ 504.995.892	10,68%	1033%	49%
DE ADMINISTRACIÓN	\$ 4.278.652.776	100,00%	\$ 5.020.635.694	100,00%	\$ 4.729.512.421	100,00%	17%	-6%
ARRENDAMIENTOS	\$ 0	0,00%	\$ 57.000	100,00%	\$ 0	0,00%	100%	-100%
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES OPERACIONALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 188.000	100,00%	\$ 0	0,00%	\$ 60.000	100,00%	100%	100%
OPERACIONALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 188.000	100,00%	\$ 57.000	100,00%	\$ 60.000	100,00%	-70%	5%
INGRESOS NO OPERACIONALES								
NO OPERACIONALES	\$ 677.621.754	100,00%	\$ 451.614.452	100,00%	\$ 605.860.917	100,00%	-33%	34%
TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES	\$ 677.621.754		\$ 451.614.452		\$ 605.860.917		-33%	34%
GASTOS NO OPERACIONALES								
FINANCIEROS	\$ 1.070.437.783	100,00%	\$ 1.117.571.110	99,87%	\$ 1.206.134.182	100,00%	4%	8%
PÉRDIDAS POR SINIESTROS	\$ 0	0,00%	\$ 1.487.645	0,13%	\$ 0	0,00%	100%	-100%
GASTOS NO OPERACIONALES	\$ 1.070.437.783	100,00%	\$ 1.119.058.755	100,00%	\$ 1.206.134.182	100,00%	5%	8%
EXCEDENTE O PÉRDIDA	-\$ 1.622.266.068	-6,07%	\$ 601.346.861	1,94%	\$ 62.568.888	0,23%	-	-90%

7.1.2 Indicadores de la Clínica La Sagrada Familia

Tabla 2. Indicadores de la Clínica La Sagrada Familia

Indicadores	2009	2010	2011
Estructura financiera			
Del balance pasivo sobre el activo	94,58%	92,93%	92,42%
Del patrimonio sobre el activo	5,42%	7,07%	7,58%
Del costo sobre el ingreso operacional	88,60%	79,68%	80,20%
Del gasto de administración sobre el ingreso operacional	16,00%	16,22%	17,36%
Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	2,53%	1,46%	2,22%
Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	4,00%	3,61%	4,43%
Rentabilidad			
Rentabilidad sobre activos	-7,20%	2,33%	0,25%
Rentabilidad sobre patrimonio	-132,87%	33,00%	3,32%
Rentabilidad operativa	-4,60%	4,10%	2,43%
Rentabilidad Bruta	11,40%	20,32%	19,80%
Endeudamiento			
Endeudamiento	94,58%	92,93%	92,42%
Apalancamiento	1745,98%	1313,83%	1219,09%
Actividad			
Rotación de cartera	101	129	142
Rotación de inventarios	40	40	32
Rotación de proveedores	52	60	97
Ciclo operativo	142	169	174
Rotación de activo total	1,19	1,20	1,10
Liquidez			
Razón corriente	0,39	0,50	0,52
Prueba ácida	0,36	0,47	0,49
Valor			
Utilidad operativa	-\$ 1.229.262.039	\$ 1.268.848.164	\$ 662.902.153
CIO	\$ 9.922.642.073	\$ 9.661.171.679	\$ 9.596.682.436

KTNO	-\$ 1.752.479.914	-\$ 1.339.361.659	-\$ 951.482.516	
ROIC		12,79%	6,86%	
Productividad del KTNO	-6,55%	-4,33%	-3,49%	
Productividad del activo fijo	43,65%	35,54%	38,72%	
EBITDA	-\$ 602.181.517	\$ 2.319.681.890	\$ 1.763.911.526	
TOTAL OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 11.099.445.208	47,6%	0,00%	0,00 %
Patrimonio operativo	\$ 12.228.177.318	52,4%	8,00%	4,19 %
Total estructura financiera	\$ 23.327.622.526	100,0%		4,2%
	2010			
	\$ 10.345.960.595	46,4%	0,00%	0,00 %
	\$ 11.966.706.924	53,6%	7,00%	3,75 %
	\$ 22.312.667.519	100,0%		3,8%
	2011			
	\$ 9.968.109.013	45,6%	0,00%	0,00 %
	\$ 11.902.217.681	54,4%	7,00%	3,81 %
	\$ 21.870.326.694	100,0%		3,8%
VALOR ECONÓMICO AGREGADO				
EVA Histórico	2009	2010	2011	
Capital de trabajo operativo	\$ 8.351.326.322	\$ 12.025.084.993	\$ 11.832.294.972	
Menos: cuentas por pagar proveedores de bienes y servicios	\$ 10.103.806.237	\$ 13.364.446.652	\$ 12.783.777.488	
Capital de trabajo neto operativo	-\$ 1.752.479.914	-\$ 1.339.361.659	-\$ 951.482.516	
Más : activos fijos de operación	\$ 13.980.657.233	\$ 13.306.068.582	\$ 12.853.700.196	
TOTAL ACTIVO NETO OPERATIVO	\$ 12.228.177.318	\$ 11.966.706.924	\$ 11.902.217.681	
UODI (Utilidad Operativa Después de Impuestos)	-\$ 1.229.450.039	\$ 1.268.791.164	\$ 662.842.153	
Rentabilidad sobre el Capital Invertido (%ROIC)		10,4%	5,5%	
Menos. Costo de Capital del ANdeO	4,2%	3,8%	3,8%	
Igual: ganancia económica		6,18%	1,8%	
EVA DE LA EMPRESA		\$ 755.997.131	\$ 213.584.115	
CREACIÓN DE VALOR			-\$ 542.413.016	

Fuente: cuadro realizado por los autores.

7.1.3 Análisis. Clínica La Sagrada Familia

El activo fijo de esta entidad viene muy estable desde el año 2009 con un patrimonio muy bajo frente al activo que representa. El activo está compuesto en su mayor parte por propiedad, planta, equipo y cartera. Esta última, ha venido creciendo. La cartera se origina por la prestación de servicios a entidades promotoras de salud de cualquier índole, ya sean EPS del régimen contributivo, subsidiado o regímenes especiales, aseguradoras del SOAT o incluso algunos clientes como FOSYGA y el Instituto Seccional de Salud. Es así como esta composición del activo hace que el flujo de caja dependa mucho del recaudo de cartera. Por otra parte, los pasivos tienen un valor muy similar al activo y la mitad de estos está compuesto por las obligaciones financieras, las cuales fueron contraídas por la adquisición de la clínica en el año 2008. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que al ser éste un programa dentro de la Caja de Compensación, sus valores y sus manejos de cuentas son totalmente independientes. De tal modo que aquí hacemos el análisis solamente del programa.

Cabe resaltar que en el pasivo tienen un valor significativo las cuentas por pagar y los proveedores. Esos proveedores son principalmente de bienes y servicios, allí se incluyen los profesionales de la salud, prestadores de insumos como equipos médicos y algunos laboratorios. Así mismo, en las cuentas por pagar, también tienen una participación alta las compuestas por las deudas que tiene el programa IPS con otras áreas de la Caja de Compensación Familiar, como el área de mercadeo que suministra a la clínica todos los medicamentos e insumos requeridos para la prestación del servicio, y la misma caja, por dineros que prestó en capital de trabajo para el inicio de labores. Esto ha hecho que el patrimonio de la entidad no supere los dos mil millones de pesos en el todo el tiempo durante el cual se desarrolló el estudio, ya que el dinero de inicio de

operaciones la Caja de Compensación lo entregó como préstamo, no como capital asignado al programa.

En cuanto al estado de las pérdidas y ganancias podemos observar cómo la rentabilidad bruta ha venido creciendo de \$3.049 millones en el 2009 a \$5.395 millones en el 2011, los gastos de administración absorben buena parte de esta utilidad. Quiere decir que la actividad propia de la clínica, la cual es prestar servicios de salud, presenta un excedente o utilidad. Lo anterior significa que es una actividad rentable, el hecho de tener unos ingresos superiores a sus costos, permite concluir que si se presenta algún problema financiero debe hacerse un análisis inicial de los gastos de administración, para así puntualizar el origen de las dificultades y poder trazar un plan de acción al respecto.

Ahora bien, dentro de los costos, la mano de obra directa (que quiere decir el pago a profesionales de la salud) representa el 71% en el 2009 hasta el 61% en el 2011. El segundo ítem representativo a nivel de costos corresponde a los insumos y medicamentos para la atención de pacientes. Con relación a los gastos de administración, el más relevante es el gasto de personal de administración, que son las personas que no están involucradas en la prestación del servicio sino que hacen parte de la administración, entre ellos tenemos: facturación, contabilidad, cartera, dirección médica, gerencia, auxiliares de citas médicas, mantenimiento, etc. El P y G en el año 2009 presentó una pérdida de \$1.622 millones de pesos, pero pudo recuperarse en el año 2010 con un excedente de \$601 millones de pesos, el cual disminuyó en el año 2011 con un excedente de \$62 millones de pesos.

Al comparar estas cifras anuales con ingresos no operacionales que para el 2009 fueron de \$667 millones, para el 2010 de \$451 millones y para el 2011 de \$605 millones y los gastos no

operacionales fueron para el 2009 de \$1.070 millones para el 2010 \$1.119 millones y para el 2011 de \$1.206 millones entendemos que la actividad no operacional ejerce una influencia muy fuerte en el excedente del año tanto que en el año 2010 el 75% del excedente proviene del ingreso no operacional y el año 2011 el ingreso no operacional es superior al excedente, si lo miramos desde los gastos no operacionales el pago de intereses financieros es superior a los \$1.000 millones en los tres años, teniendo un efecto negativo el estado de P y G de la clínica. Esto quiere decir que los gastos no operacionales y los ingresos no operacionales tienen una relación muy directa en la composición del excedente.

Al analizar los indicadores financieros de la Clínica La Sagrada Familia, hay que ratificar lo que se dijo al inicio del análisis, sobre su estructura financiera basada netamente en el crédito, ya que su patrimonio con relación al activo es muy bajo. De hecho, en todos los tres años no llega ni siquiera al 8% del patrimonio es decir que casi todo lo que se tiene en activo o propiedad de la clínica se lo debe a bancos o a terceros.

En cuanto a rentabilidad casi todos los márgenes en el 2009 son negativos a excepción de la rentabilidad bruta, esto quiere decir que su actividad propia de prestar servicios de salud deja un excedente, pero al incorporarle los gastos de administración y los gastos no operacionales para el caso del 2009, da una pérdida. Para el 2010, con un excedente de \$601 millones y para el 2011 con \$62 millones vemos como el excedente fluctua en los tres años sin poder identificar una tendencia marcada.

En el indicador de endeudamiento también podemos observar cómo este soporta todo el activo, como se dijo en la estructura financiera, es decir, casi todo lo que tiene la clínica se lo debe a terceros, ese es un factor que indica que la clínica fue comprada con pasivos o crédito. En

cuanto a los indicadores de actividad vemos una rotación de cartera en aumento pasando de 101 días en el 2009 a 142 días en el 2011, igual acontece con rotación de proveedores que pasó de 52 días en el 2009 a 97 días en el 2011, al contrario, la rotación de inventario ha disminuido pasando de 40 días en el 2009 a 32 en el 2011. Es importante resaltar la capacidad de generar ingresos que tiene el activo fijo, ya que durante el tiempo en que fue realizado el estudio genera más de una vez el valor de activos.

En cuanto a la liquidez podemos decir que es demasiado baja en el 2009 con 0,39 hasta llegar a 0,52 en el 2011, lo que quiere decir que no tiene el dinero suficiente para pagar sus deudas a corto plazo, si a esto le agregamos que la cartera llegó a nivel de 142 días en el 2011 hace más difícil el cumplimiento de las obligaciones a corto plazo, a raíz de este problema la deuda que la clínica posee con la Caja de Compensación creció y sigue siendo un factor de riesgo inminente que afecta este indicador.

Sobre los indicadores no tradicionales la productividad del capital de trabajo neto operativo, la del ROIC, productividad del activo fijo y el EVA vemos indicadores en retroceso; la productividad del KTNO siempre fue negativa -6,55% en el 2009 hasta llegar a -3,49% en el 2011 debido a la iliquidez que durante el período analizado ha tenido la clínica, en cuanto al ROIC en el 2010 fue del 12,79% y pasó al 2011 a 6,86% el cual se origina por la disminución tan fuerte del excedente entre estos dos años, la productividad del activo fijo es positiva en los tres años con niveles bastante altos de 43,65% en el 2009 y llegando a 38,72% en el 2011; si bien hay un descenso el activo fijo sigue generando más ingresos en valores absolutos que su propio valor, el EVA que muestra si la empresa está o no generando valor para su propietario es más que preocupante ya que decreció entre el 2010 y el 2011 en \$542.413.016, lo que nos dice que la

inversión que se tiene en la clínica está perdiendo valor y sería mejor tener los dineros de esta inversión en otra actividad que no generara pérdida del poder adquisitivo de la inversión; .

7.2 Centro Médico Imbanaco

7.2.1 Balances generales y estado de resultados

Tabla 3. Balances generales Centro Médico Imbanaco

**CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI SA
BALANCES GENERALES DICIEMBRE 31**

CUENTAS	DICIEMBRE DE 2009	COMPOSICIÓN	DICIEMBRE DE 2010	COMPOSICIÓN	DICIEMBRE DE 2011	COMPOSICIÓN	DE 2009 A 2010	DE 2010 A 2011
ACTIVO								
DISPONIBLE	\$ 3.196.835.956	1,77%	\$ 2.897.737.915	0,78%	\$ 7.705.572.000	2,10%	-9,36%	165,92%
INVERSIONES TEMPORALES	\$ 323.249.321	0,18%	\$ 942.818.060	0,25%	\$ 1.226.840.000	0,33%	191,67%	30,12%
DEUDORES	\$ 48.906.247.203	27,03%	\$ 77.413.734.102	20,80%	\$ 67.849.200.000	18,50%	58,29%	12,36%
INVENTARIOS	\$ 2.631.218.805	1,45%	\$ 2.886.773.111	0,78%	\$ 3.684.776.000	1,00%	9,71%	27,64%
INVERSIONES PERMANENTES	\$ 15.066.864.064	8,33%	\$ 15.630.828.865	4,20%	\$ 2.318.676.000	0,63%	3,74%	85,17%
PROPIEDADES; PLANTA Y EQUIPO	\$ 55.493.957.308	30,67%	\$ 62.933.291.621	16,91%	\$ 64.614.735.000	17,62%	13,41%	2,67%
INTANGIBLES	\$ 11.778.409.896	6,51%	\$ 163.571.886.122	43,94%	\$ 163.027.341.000	44,45%	1288,74%	-0,33%
DIFERIDOS	\$ 6.343.658.439	3,51%	\$ 5.821.318.404	1,56%	\$ 9.206.403.000	2,51%	-8,23%	58,15%
VALORIZACIONES	\$ 37.205.045.519	20,56%	\$ 40.147.828.510	10,79%	\$ 47.102.747.000	12,84%	7,91%	17,32%
TOTAL ACTIVO	\$ 180.945.486.511	100,00%	\$ 372.246.216.710	100,00%	\$ 366.736.290.000	100,00%	105,72%	-1,48%
PASIVO								
OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 14.613.130.917	24,75%	\$ 23.185.305.150	9,77%	\$ 9.582.841.000	4,37%	58,66%	58,67%

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI SA								
ESTADO DE RESULTADOS ENERO 1 A DICIEMBRE 31								
INGRESOS								
OPERACIONALES	\$ 156.847.584.143	100,00%	\$ 179.102.806.489	100%	\$ 185.018.557.000	100%	14,19%	3,30%
INGRESOS	\$ 156.847.584.143		\$ 179.102.806.489		\$ 185.018.557.000		14,19%	3,30%
COSTOS DIRECTOS	\$ 119.402.440.296	100,00%	\$ 138.058.050.437	100,00%	\$ 144.413.252.000	100,00%	15,62%	4,60%
COSTOS DE PRODUCCIÓN DE OPERACIÓN	\$ 119.402.440.296		\$ 138.058.050.437		\$ 144.413.252.000		15,62%	4,60%
UTILIDAD BRUTA	\$ 37.445.143.847		\$ 41.044.756.052		\$ 40.605.305.000		9,61%	-1,07%
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN								
GASTOS DE PERSONAL	\$ 8.626.373.112	37,92%	\$ 10.771.579.997	40,88%	\$ 12.018.809.098	40,88%	24,87%	11,58%
HONORARIOS	\$ 1.566.297.452	6,89%	\$ 1.639.712.810	6,22%	\$ 1.829.573.307	6,22%	4,69%	11,58%
IMPUESTOS	\$ 693.909.945	3,05%	\$ 576.957.464	2,19%	\$ 643.762.718	2,19%	-16,85%	11,58%
ARRENDAMIENTOS	\$ 1.284.346.121	5,65%	\$ 1.308.335.489	4,96%	\$ 1.459.826.180	4,96%	1,87%	11,58%
CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES	\$ 29.584.734	0,13%	\$ 155.560.566	0,59%	\$ 173.572.749	0,59%	425,81%	11,58%
SEGUROS	\$ 269.432.704	1,18%	\$ 287.458.155	1,09%	\$ 320.742.611	1,09%	6,69%	11,58%
SERVICIOS	\$ 3.246.654.570	14,27%	\$ 3.867.714.078	14,68%	\$ 4.315.552.330	14,68%	19,13%	11,58%
GASTOS LEGALES	\$ 0	0,00%	\$ 5.980.448	0,02%	\$ 6.672.917	0,02%		11,58%
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 1.700.631.662	7,48%	\$ 1.791.668.419	6,80%	\$ 1.999.123.685	6,80%	5,35%	11,58%
ADECUACION E INSTALACION	\$ 0	0,00%	\$ 0	0,00%	\$ 0	0,00%		
GASTOS DE VIAJE	\$ 62.855.881	0,28%	\$ 124.187.984	0,47%	\$ 138.567.571	0,47%	97,58%	11,58%
DEPRECIACIONES	\$ 3.375.451.545	14,84%	\$ 3.609.989.802	13,70%	\$ 4.027.986.450	13,70%	6,95%	11,58%
AMORTIZACIONES	\$ 541.851.093	2,38%	\$ 798.834.889	3,03%	\$ 891.331.080	3,03%	47,43%	11,58%
CONSUMO ALMACÉN GENERAL	\$ 386.691.141	1,70%	\$ 452.507.256	1,72%	\$ 504.902.561	1,72%	17,02%	11,58%
PUBLICIDAD	\$ 334.511.555	1,47%	\$ 354.713.134	1,35%	\$ 395.784.968	1,35%	6,04%	11,58%
DIVERSOS	\$ 628.574.509	2,76%	\$ 606.287.438	2,30%	\$ 676.488.777	2,30%	-3,55%	11,58%

PROVISIONES	\$ 0	0,00%	\$ 0	0,00%	\$ 0	0,00%		
DE ADMINISTRACIÓN	\$ 22.747.166.024	100,00%	\$ 26.351.487.929	100,00%	\$ 29.402.697.000	100,00%	15,85%	11,58%
INGRESOS NO OPERACIONALES								
FINANCIEROS	\$ 2.366.578.503	51,88%	\$ 2.500.566.947	47,45%	\$ 4.283.469.859	47,45%	5,66%	71,30%
ARRENDAMIENTOS	\$ 41.464.912	0,91%	\$ 47.215.805	0,90%	\$ 80.880.649	0,90%	13,87%	71,30%
REINTEGRO DE GASTOS	\$ 176.112.185	3,86%	\$ 422.183.144	8,01%	\$ 723.199.503	8,01%	139,72%	71,30%
DIVIDENDOS Y PARTICIPACIONES	\$ 100.033.758	2,19%	\$ 106.945.477	2,03%	\$ 183.197.546	2,03%	6,91%	71,30%
POR EL MÉTODO DE PARTICIPACIÓN	\$ 123.267.906	2,70%	\$ 241.660.990	4,59%	\$ 413.965.148	4,59%	96,05%	71,30%
INCAPACIDADES E INDEMNIZACIONES	\$ 263.696.671	5,78%	\$ 345.874.286	6,56%	\$ 592.482.469	6,56%	31,16%	71,30%
SERVICIOS	\$ 170.224.045	3,73%	\$ 239.805.120	4,55%	\$ 410.786.044	4,55%	40,88%	71,30%
UTILIDAD EN VENTA DE ACTIVOS	\$ 13.289.788	0,29%	\$ 49.058.634	0,93%	\$ 84.037.414	0,93%	269,15%	71,30%
APROVECHAMIENTOS	\$ 1.027.774.093	22,53%	\$ 994.531.563	18,87%	\$ 1.703.632.042	18,87%	-3,23%	71,30%
DIVERSOS OTROS	\$ 279.146.248	6,12%	\$ 321.713.075	6,11%	\$ 551.094.327	6,11%	15,25%	71,30%
TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES	\$ 4.561.588.109	100,00%	\$ 5.269.555.041	100,00%	\$ 9.026.745.000	100,00%	15,52%	71,30%
GASTOS NO OPERACIONALES								
FINANCIEROS	\$ 5.014.344.492	62,85%	\$ 4.272.962.822	57,03%	\$ 4.418.035.166	57,03%	-14,79%	3,40%
IMPUESTO DE TIMBRE	\$ 25.892.770	0,32%	\$ 1.226.867	0,02%	\$ 1.268.521	0,02%	-95,26%	3,40%
COSTOS Y GASTOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	\$ 589.955.284	7,39%	\$ 545.016.265	7,27%	\$ 563.520.238	7,27%	-7,62%	3,40%
PÉRDIDA MÉTODO DE PARTICIPACIÓN	\$ 338.990.607	4,25%	\$ 208.795.053	2,79%	\$ 215.883.902	2,79%	-38,41%	3,40%
PERDIDA EN VENTA Y RETIRO DE PROPIEDADES Y EQUIPO	\$ 136.553.997	1,71%	\$ 117.771.350	1,57%	\$ 121.769.832	1,57%	-13,75%	3,40%
DONACIONES	\$ 235.795.000	2,96%	\$ 394.690.000	5,27%	\$ 408.090.211	5,27%	67,39%	3,40%
RETIRO DEUDORES DE CARTERA	\$ 413.522.663	5,18%	\$ 281.504.323	3,76%	\$ 291.061.741	3,76%	-31,93%	3,40%
GASTOS DE APARTAMENTOS	\$ 253.503.461	3,18%	\$ 300.350.775	4,01%	\$ 310.548.053	4,01%	18,48%	3,40%
ESTAMPILLAS	\$ 175.756.975	2,20%	\$ 187.083.687	2,50%	\$ 193.435.408	2,50%	6,44%	3,40%
GASTOS NO DEDUCIBLES	\$ 80.823.452	1,01%	\$ 352.295.542	4,70%	\$ 364.256.409	4,70%	335,88%	3,40%

PROVISIÓN INVERSIONES	\$ 64.114.552	0,80%	\$ 51.335.691	0,69%	\$ 53.078.601	0,69%	-19,93%	3,40%
OTROS	\$ 648.867.949	8,13%	\$ 779.730.122	10,41%	\$ 806.202.919	10,41%	20,17%	3,40%
NO OPERACIONALES	\$ 7.978.121.202	100,00%	\$ 7.492.762.497	100,00%	\$ 7.747.151.000	100,00%	-6,08%	3,40%
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO DE RENTA	\$ 11.281.444.730	7,19%	\$ 12.470.060.667	6,96%	\$ 12.482.202.000	6,75%	10,54%	0,10%
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS	\$ 2.136.823.000	1,36%	\$ 1.330.017.000	0,74%	\$ 941.303.000	0,51%	-37,76%	-
UTILIDAD NETA	\$ 9.144.621.730	5,83%	\$ 11.140.043.667	6,22%	\$ 11.540.899.000	6,24%	21,82%	3,60%

Fuente: estados financieros Centro Médico Imbanaco 2009, 2010 y 2011.

7.2.2 Indicadores del Centro Médico Imbanaco

Tabla 3. Indicadores del Centro Médico Imbanaco

Indicadores	2009	2010	2011	
Estructura financiera				
Del balance pasivo sobre el activo	32,63%	63,73%	59,74%	
Del patrimonio sobre el activo	67,37%	36,27%	40,26%	
Del costo sobre el ingreso operacional	76,13%	77,08%	78,05%	
Del gasto de administración sobre el ingreso operacional	14,50%	14,71%	15,89%	
Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	2,91%	2,94%	4,88%	
Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	5,09%	4,18%	4,19%	
Rentabilidad				
Rentabilidad sobre activos	5,05%	2,99%	3,15%	
Rentabilidad sobre patrimonio	7,50%	8,25%	7,82%	
Rentabilidad operativa	9,37%	8,20%	6,05%	
Rentabilidad bruta	23,87%	22,92%	21,95%	
Endeudamiento				
Endeudamiento	32,63%	63,73%	59,74%	
Apalancamiento	48,43%	175,72%	148,37%	
Actividad				
Rotación de cartera	112	156	132	
Rotación de proveedores	52	54	44	
Rotación de activo total	0,87	0,48	0,50	
Liquidez				
Razón corriente	1,62	1,81	2,37	
Prueba ácida	1,55	1,75	2,26	
Valor				
Utilidad operativa	\$ 14.697.977.823	\$ 14.693.268.123	\$ 11.202.608.000	
CIO	\$ 53.196.335.193	\$ 79.494.235.947	\$ 65.188.069.440	
KTNO	\$ 52.990.159.281	\$ 79.061.440.039	\$ 65.011.208.000	
ROIC		27,62%	14,09%	
Productividad del KTNO	33,78%	44,14%	35,14%	
Productividad del activo fijo	35,38%	35,14%	34,92%	
EBITDA	\$ 16.478.457.461	\$ 17.772.075.814	\$ 15.180.622.530	
			tasa	wacc
TOTAL OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 35.987.475.137	20,2%	13,21%	2,67%
Patrimonio operativo	\$ 142.400.707.940	79,8%	8,00%	6,39%
Total estructura financiera	\$ 178.388.183.077	100,0%		9,1%

	2010			
	\$ 208.823.198.185	38,7%	25,38%	9,83%
	\$ 330.083.617.427	61,3%	7,00%	4,29%
	\$ 538.906.815.612	100,0%		14,1%
	2011			
	\$ 188.996.714.000	35,9%	23,52%	8,44%
	\$ 337.437.355.000	64,1%	7,00%	4,49%
	\$ 526.434.069.000	100,0%		12,9%
VALOR ECONÓMICO AGREGADO				
EVA Histórico	2009	2010	2011	
Capital de trabajo operativo	\$ 55.057.551.285	\$ 84.141.063.188	\$ 80.466.388.000	
Menos: cuentas por pagar proveedores de bienes y servicios	\$ 17.134.256.068	\$ 20.710.452.014	\$ 17.773.856.000	
Capital de trabajo neto operativo	\$ 37.923.295.217	\$ 63.430.611.174	\$ 62.692.532.000	
Más: activos fijos de operación	\$ 104.477.412.723	\$ 266.653.006.253	\$ 274.744.823.000	
TOTAL ACTIVO NETO OPERATIVO	\$ 142.400.707.940	\$ 330.083.617.427	\$ 337.437.355.000	
UODI (Utilidad Operativa Después de Impuestos)	\$ 12.561.154.823	\$ 13.363.251.123	\$ 10.261.305.000	
Rentabilidad sobre el Capital Invertido (%ROIC)		9,4%	3,1%	
Menos. Costo de Capital del ANdeO	9,1%	14,1%	12,9%	
Igual: ganancia económica		0,3%	-11,0%	
EVA DE LA EMPRESA		\$ 473.411.342	-\$ 36.354.671.672	
CREACIÓN DE VALOR			-\$ 36.828.083.014	

Fuente: cuadro realizado por los autores.

7.2.3 Análisis Centro Médico Imbanaco

Esta clínica incrementó su activo en este período, pasó de \$180.945 millones en el 2009 hasta llegar a \$366.736 millones en el 2011; un incremento de \$185.790 millones en tres años. Este incremento esta dado especialmente por propiedad, planta y equipo, ya que se realizaron adquisiciones en edificios para ese período, este incremento en el activo está soportado en el 2010 por una obligación financiera a largo plazo que llega a \$184.750 millones; este pasivo originó que la participación del patrimonio sobre los activos fuera menor, ya que para el año 2009

correspondía al 67% del activo, para el año 2011 llegó sólo al 40% a pesar de que en el año 2010 y 2011 hubo un incremento en las valoraciones en el patrimonio de \$9.897 millones, llama la atención que este incremento en activos no se halla visto reflejado de igual forma en las utilidades de la empresa, ya que del 2009 al 2010 sólo hubo un incremento del 22% frente a un incremento en el activo del 106% y para el 2011 la utilidad sólo se aumentó en un 4%. Si la empresa realizó un esfuerzo para obtener más activos, estos deben generar un mayor incremento en ingresos, que al final deben repercutir en un mayor excedente. Pese a las deudas contraídas con entidades financieras para la adquisición en este caso de activos fijos.

En cuanto a los indicadores financieros sus ingresos operacionales en un 76% van al costo directo del servicio en el 2009, 77% en el 2010 y un 78% en el 2011, los gastos de administración en el 2009 fueron de 14,5%, en el 2010 14,31%, en el 2011 15,89%; esto les deja un margen cercano al 10% para lo que tiene que ver con ingresos operacionales y gastos no operacionales y del excedente. Sin embargo, al mirar la rentabilidad de esta empresa sobre los activos encontramos que viene descendiendo pasando de 5,05% en el 2009, 2,99% en el 2010 y 3,15% en el 2011; lo que afirma que el incremento en activos no se ve reflejado en el excedente, lo que representa una rentabilidad baja para una actividad económica con un nivel de ingresos tan alto. Al analizar la rentabilidad, bruta que es la rentabilidad de la operación, encontramos unos buenos márgenes, ya que están sobre el 23,87% en el 2009, 22,92% en el 2010 y 21,95% en el 2011; sin embargo, se nota una tendencia decreciente, lo que origina una dependencia de sus ingresos no operacionales para tener mayores excedentes. El endeudamiento a expensas de la adquisición de activos ha venido creciendo ya que en el 2009 era 32,63%; 63,73% en el 2010 y está en 59,74% en el 2011, la rotación es superior a los cien días durante todo el período analizado. En el 2009 está en 112 días, en el 2010 156 días y en el 2011 en 132 días, que para cualquier sector

económico es una rotación muy alta; hay que esperar mas de tres meses para recibir el dinero por los servicios prestados y tiene rotación de proveedores muy baja, si la comparamos con la rotación de la cartera, que está en el 2009 en 52 días, en el 2010 en 54, en 2011 en 44 días, lo que hace pensar que se necesitaría también un capital de trabajo casi de más de dos meses, en cuanto rotación cartera y proveedores, para poder pagarle a los proveedores y sostener el crédito que se tiene con las entidades. La rotación del activo es menor a uno, lo que nos evidencia un indicador poco favorable para la IPS y se correlaciona con el alto valor de activos que posee. Al contemplar los indicadores de liquidez es importante no basar nuestro análisis sólo en el valor del indicador que evidencia 1,62 (veces) en el 2009 y llega incluso hasta 2,37 en el 2011, el cual se mantiene incluso al descontar los inventarios en la prueba ácida. Lo que se puede traducir en un buen indicador porque en el corto plazo la clínica tendría cómo responder 2,37 veces sus obligaciones a corto plazo, pero en una empresa donde la cartera tiene una representación tan significativa y una rotación tan alta la realidad de la operación muestra problemas en la liquidez.

Los indicadores no tradicionales nos muestran una buena rentabilidad operativa frente a los activos que administra la empresa (ROIC), sin embargo, del año 2010 al 2011 presentó un descenso pasando de 27,62% a 14,09%, en cuanto a la rentabilidad del capital de trabajo neto (KTNO) y del activo fijo son buenos en todos los casos superiores al 33%, sin embargo, al mirar la generacion de valor (EVA) vemos cómo en el año 2010, con la inversión del 2009, la clínica generó valor a sus propietarios; sin embargo, con la inversión del 2011, que es la más alta del período analizado, la rentabilidad no es la suficiente y genera por el contrario una disminución de valor a sus propietarios.

7.3 Clínica de Marly

7.3.1 Balances generales y estado de resultados

Tabla 4. Balances generales Clínica de Marly

CLÍNICA DE MARLY								
BALANCES GENERALES DICIEMBRE 31								
CUENTAS	DICIEMBRE DE 2009	COMP OSICIÓ N	DICIEMBRE DE 2010	COMP OSICIÓ N	DICIEMBRE DE 2011	COMP OSICIÓ N	DE 2009 A 2010	DE 2010 A 2011
ACTIVO								
DISPONIBLE	\$ 4.855.200.000	4,1%	\$ 2.349.540.000	1,8%	\$ 5.176.388.000	3,5%	-51,61%	120,31%
INVERSIONES TEMPORALES	\$ 15.895.995.000	13,3%	\$ 17.839.438.000	13,7%	\$ 24.246.313.000	16,3%	12,23%	35,91%
DEUDORES	\$ 24.041.654.000	20,1%	\$ 26.637.031.000	20,5%	\$ 22.669.310.000	15,3%	10,80%	-14,90%
INVENTARIOS	\$ 2.890.880.000	2,4%	\$ 3.528.542.000	2,7%	\$ 5.607.464.000	3,8%	22,06%	58,92%
INVERSIONES PERMANENTES	\$ 8.741.838.000	7,3%	\$ 8.999.851.000	6,9%	\$ 9.662.273.000	6,5%	2,95%	7,36%
PROPIEDADES; PLANTA Y EQUIPO	\$ 30.666.440.000	25,6%	\$ 36.093.809.000	27,8%	\$ 37.682.054.000	25,4%	17,70%	4,40%
OTROS ACTIVOS	\$ 98.067.000	0,1%	\$ 89.567.000	0,1%	\$ 881.067.000	0,6%	-8,67%	883,70%
DIFERIDOS	\$ 713.195.000	0,6%	\$ 575.993.000	0,4%	\$ 411.583.000	0,3%	-19,24%	-28,54%
VALORIZACIONES	\$ 31.808.078.000	26,6%	\$ 33.662.709.000	25,9%	\$ 42.302.680.000	28,5%	5,83%	25,67%
TOTAL ACTIVO	\$ 119.711.347.000	100,0%	\$ 129.776.480.000	100,0%	\$ 148.639.132.000	100,0%	8,41%	14,53%
PASIVO								
OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 1.050.293.000	5,3%	\$ 562.408.000	3,1%	\$ 275.416.000	1,4%	-46,45%	-51,03%
PROVEEDORES	\$ 3.010.048.000	15,1%	\$ 4.059.614.000	22,4%	\$ 4.609.834.000	24,3%	34,87%	13,55%
CUENTAS POR PAGAR	\$ 5.402.053.000	27,0%	\$ 5.361.889.000	29,5%	\$ 5.408.434.000	28,5%	-0,74%	0,87%
IMPUESTOS GRAVÁMENES Y	\$ 3.131.403.000	15,7%	\$ 1.985.545.000	10,9%	\$ 3.549.253.000	18,7%	-36,59%	78,75%

TASAS								
OBLIGACIONES LABORALES	\$ 626.227.000	3,1%	\$ 682.684.000	3,8%	\$ 806.474.000	4,2%	9,02%	18,13%
OTROS PASIVOS	\$ 6.164.642.000	30,9%	\$ 4.922.473.000	27,1%	\$ 3.313.518.000	17,4%	-20,15%	-32,69%
PASIVOS ESTIMADOS Y PROVISIONES	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		
OBLIGACIONES FINANCIERAS A LARGO PLAZO	\$ 52.021.000	0,3%	\$ 6.162.000	0,0%	\$ 523.704.000	2,8%	-88,15%	8398,93 %
OBLIGACIONES LABORALES A LARGO PLAZO	\$ 329.784.000	1,7%	\$ 390.940.000	2,2%	\$ 359.248.000	1,9%	18,54%	-8,11%
PASIVOS DIFERIDOS	\$ 214.914.000	1,1%	\$ 188.621.000	1,0%	\$ 162.327.000	0,9%	-12,23%	-13,94%
PASIVO	\$ 19.981.385.000	100,0%	\$ 18.160.336.000	100,0%	\$ 19.008.208.000	100,0%	-9,11%	4,67%
PATRIMONIO								
CAPITAL SOCIAL	\$ 108.094.000	0,1%	\$ 108.094.000	0,1%	\$ 108.094.000	0,1%	0,00%	0,00%
SUPERÁVIT DE CAPITAL	\$ 7.514.111.000	7,5%	\$ 7.577.033.000	6,8%	\$ 7.505.865.000	5,8%	0,84%	-0,94%
RESERVAS	\$ 22.156.966.000	22,2%	\$ 34.704.143.000	31,1%	\$ 45.189.397.000	34,9%	56,63%	30,21%
REVALORIZACIÓN DEL PATRIMONIO	\$ 23.983.985.000	24,0%	\$ 23.467.360.000	21,0%	\$ 22.403.787.000	17,3%	-2,15%	-4,53%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	\$ 14.158.728.000	14,2%	\$ 12.096.805.000	10,8%	\$ 12.121.101.000	9,4%	-14,56%	0,20%
RESULTADOS EJERCICIOS ANTERIORES	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%	0,00%	0,00%
SUPERÁVIT POR VALORIZACIONES	\$ 31.808.078.000	31,9%	\$ 33.662.709.000	30,2%	\$ 42.302.680.000	32,6%	5,83%	25,67%
PATRIMONIO	\$ 99.729.962.000	100,0%	\$ 111.616.144.000	100,0%	\$ 129.630.924.000	100,0%	11,92%	16,14%
PASIVO Y PATRIMONIO	\$ 119.711.347.000		\$ 129.776.480.000		\$ 148.639.132.000		8,41%	14,53%
CLÍNICA DE MARLY								
ESTADO DE RESULTADOS ENERO 1 A DICIEMBRE 31								
INGRESOS								
OPERACIONALES	\$ 84.947.856.000	100,0%	\$ 93.830.315.000	100,0%	\$ 100.783.320.000	100,0%	10,46%	7,41%
INGRESOS	\$ 84.947.856.000		\$ 93.830.315.000		\$ 100.783.320.000		10,46%	7,41%
COSTO DE VENTAS								
INSUMOS UNIDAD DE	\$ 6.103.117.000	9,8%	\$ 6.354.946.000	8,9%	\$ 6.445.102.000	8,7%	4,13%	1,42%

MERCADEO								
COSTOS DIRECTOS	\$ 56.071.183.000	90,2%	\$ 64.717.789.000	91,1%	\$ 67.990.787.000	91,3%	15,42%	5,06%
COSTOS DE PRODUCCIÓN U OPERACIÓN	\$ 62.174.300.000	100,0%	\$ 71.072.735.000	100,0%	\$ 74.435.889.000	100,0%	14,31%	4,73%
UTILIDAD BRUTA	\$ 22.773.556.000	26,8%	\$ 22.757.580.000	24,3%	\$ 26.347.431.000	26,1%	-0,07%	15,77%
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN								
GASTOS DE PERSONAL	\$ 3.135.382.000	30,4%	\$ 3.319.266.000	33,3%	\$ 3.672.076.000	32,0%	5,86%	10,63%
HONORARIOS	\$ 961.091.000	9,3%	\$ 789.975.000	7,9%	\$ 690.103.000	6,0%	-17,80%	-12,64%
IMPUESTOS	\$ 272.607.000	2,6%	\$ 281.652.000	2,8%	\$ 339.314.000	3,0%	3,32%	20,47%
ARRENDAMIENTOS	\$ 24.254.000	0,2%	\$ 9.483.000	0,1%	\$ 10.761.000	0,1%	-60,90%	13,48%
CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES	\$ 104.422.000	1,0%	\$ 73.105.000	0,7%	\$ 147.152.000	1,3%	-29,99%	101,29%
SEGUROS	\$ 98.081.000	1,0%	\$ 79.203.000	0,8%	\$ 14.296.000	0,1%	-19,25%	-81,95%
SERVICIOS	\$ 2.880.709.000	27,9%	\$ 3.038.579.000	30,5%	\$ 3.090.153.000	26,9%	5,48%	1,70%
GASTOS LEGALES	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 18.439.000	0,2%	0,00%	0,00%
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 605.925.000	5,9%	\$ 380.995.000	3,8%	\$ 767.623.000	6,7%	-37,12%	101,48%
ADECUACIÓN E INSTALACIÓN	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%		
GASTOS DE VIAJE	\$ 12.596.000	0,1%	\$ 14.895.000	0,1%	\$ 12.200.000	0,1%	18,25%	-18,09%
DEPRECIACIONES	\$ 838.236.000	8,1%	\$ 955.780.000	9,6%	\$ 1.084.120.000	9,5%	14,02%	13,43%
AMORTIZACIONES	\$ 224.093.000	2,2%	\$ 228.478.000	2,3%	\$ 269.221.000	2,3%	1,96%	17,83%
CONSUMO ALMACEN GENERAL	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%		
PUBLICIDAD	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%		
DIVERSOS	\$ 928.030.000	9,0%	\$ 683.467.000	6,9%	\$ 766.569.000	6,7%	-26,35%	12,16%
PROVISIONES	\$ 234.600.000	2,3%	\$ 112.325.000	1,1%	\$ 587.979.000	5,1%	-52,12%	423,46%
DE ADMINISTRACIÓN	\$ 10.320.026.000	100,0%	\$ 9.967.203.000	100,0%	\$ 11.470.006.000	100,0%	-3,42%	15,08%
INGRESOS NO OPERACIONALES								
FINANCIEROS	\$ 6.861.038.000	64,0%	\$ 3.836.087.000	55,2%	\$ 3.908.152.000	61,6%	-44,09%	1,88%
ARRENDAMIENTOS	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		
REINTEGRO DE GASTOS	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		

DIVIDENDOS Y PARTICIPACIONES	\$ 66.076.000	0,6%	\$ 67.333.000	1,0%	\$ 78.993.000	1,2%	1,90%	17,32%
POR EL MÉTODO DE PARTICIPACIÓN	\$ 753.149.000	7,0%	\$ 648.859.000	9,3%	\$ 724.586.000	11,4%	-13,85%	11,67%
INCAPACIDADES E INDEMNIZACIONES	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%		
SERVICIOS	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%		
UTILIDAD EN VENTA DE ACTIVOS	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		
APROVECHAMIENTOS	\$ 0	0,0%	\$ 0	0,0%		0,0%		
DIVERSOS OTROS	\$ 3.038.554.000	28,3%	\$ 2.402.912.000	34,5%	\$ 1.632.844.000	25,7%	-20,92%	-32,05%
TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES	\$ 10.718.817.000	100,0%	\$ 6.955.191.000	100,0%	\$ 6.344.575.000	100,0%	-35,11%	-8,78%
GASTOS NO OPERACIONALES								
FINANCIEROS	\$ 66.991.000	2,2%	\$ 14.202.000	0,4%	\$ 12.126.000	0,4%	-78,80%	-14,62%
DIFERENCIA EN CAMBIO	\$ 614.134.000	20,0%	\$ 215.877.000	6,5%	\$ 311.372.000	10,0%	-64,85%	44,24%
COMISIONES Y OTROS GASTOS BANCARIOS	\$ 108.375.000	3,5%	\$ 101.217.000	3,0%	\$ 83.189.000	2,7%	-6,60%	-17,81%
DESCUENTOS COMERCIALES CONDICIONADOS	\$ 1.913.193.000	62,4%	\$ 2.238.270.000	67,3%	\$ 2.119.720.000	67,9%	16,99%	-5,30%
PÉRDIDA EN VENTA Y RETIRO DE PROPIEDADES Y EQUIPO	\$ 31.149.000	1,0%	\$ 5.630.000	0,2%	\$ 32.334.000	1,0%	-81,93%	474,32%
COSTOS Y GASTOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	\$ 17.882.000	0,6%	\$ 101.343.000	3,0%	\$ 3.167.000	0,1%	466,73%	-96,87%
IMPUESTOS ASUMIDOS	\$ 3.422.000	0,1%	\$ 3.043.000	0,1%	\$ 35.152.000	1,1%	-11,08%	1055,18%
PÉRDIDA POR MÉTODO DE PARTICIPACIÓN	\$ 0	0,0%	\$ 321.155.000	9,7%	\$ 199.147.000	6,4%	0,00%	-37,99%
IMPUESTO GMF	\$ 310.182.000	10,1%	\$ 324.749.000	9,8%	\$ 325.089.000	10,4%	4,70%	0,10%
NO OPERACIONALES	\$ 3.065.328.000	100,0%	\$ 3.325.486.000	100,0%	\$ 3.121.296.000	100,0%	8,49%	-6,14%
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO DE RENTA	\$ 20.107.019.000	23,7%	\$ 16.420.082.000	17,5%	\$ 18.100.704.000	18,0%	-18,34%	10,24%
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS	\$ 5.948.291.000	7,0%	\$ 4.323.277.000	4,6%	\$ 5.979.603.000	5,9%	-27,32%	38,31%

UTILIDAD NETA	\$ 14.158.728.000	16,7%	\$ 12.096.805.000	12,9%	\$ 12.121.101.000	12,0%	14,56%	-0,20%
----------------------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------	--------

Fuente: estados financieros de la Clínica de Marly 2009, 2010 y 2011.

7.3.2 Indicadores de la Clínica de Marly

Tabla 5. Indicadores Clínica de Marly

Indicadores	2009	2010	2011	
Estructura financiera				
Del balance pasivo sobre el activo	16,69%	13,99%	12,79%	
Del patrimonio sobre el activo	83,31%	86,01%	87,21%	
Del costo sobre el ingreso operacional	73,19%	75,75%	73,86%	
Del gasto de administración sobre el ingreso operacional	12,15%	10,62%	11,38%	
Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	12,62%	7,41%	6,30%	
Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	3,61%	3,54%	3,10%	
Rentabilidad				
Rentabilidad sobre activos	11,83%	9,32%	8,15%	
Rentabilidad sobre patrimonio	14,20%	10,84%	9,35%	
Rentabilidad operativa	14,66%	13,63%	14,76%	
Rentabilidad bruta	26,81%	24,25%	26,14%	
Endeudamiento				
Endeudamiento	16,69%	13,99%	12,79%	
Apalancamiento	20,04%	16,27%	14,66%	
Actividad				
Rotación de cartera	102	102	81	
Rotación de inventarios	171	200	313	
Rotación de proveedores	49	48	48	
Ciclo operativo	272	302	394	
Rotación de activo total	0,71	0,72	0,68	
Liquidez				
Razón corriente	3,61	3,98	3,94	
Prueba ácida	3,39	3,70	3,56	
Valor				
Utilidad operativa	\$ 12.453.530.000	\$ 12.790.377.000	\$ 14.877.425.000	
CIO	\$ 69.938.068.000	\$ 77.026.857.000	\$ 85.363.261.000	
KTNO	\$ 39.271.628.000	\$ 40.933.048.000	\$ 47.681.207.000	
ROIC		18,29%	19,31%	
Productividad del KTNO	46,23%	43,62%	47,31%	
Productividad del activo fijo	36,10%	38,47%	37,39%	
EBITDA	\$ 7.802.168.000	\$ 9.763.683.000	\$ 10.839.142.000	
	2009		tasa	wacc
TOTAL OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 1.432.098.000	1,4%	0,91%	0,01 %

Patrimonio operativo	\$ 101.746.146.000	98,6%	8,00%	7,89%
Total estructura financiera	\$ 103.178.244.000	100,0%		7,9%
	2010			
	\$ 959.510.000	0,9%	0,56%	0,00%
	\$ 110.689.566.000	99,1%	7,00%	6,94%
	\$ 111.649.076.000	100,0%		6,9%
	2011			
	\$ 1.158.368.000	0,9%	0,59%	0,01%
	\$ 127.665.941.000	99,1%	7,00%	6,94%
	\$ 128.824.309.000	100,0%		6,9%
VALOR ECONÓMICO AGREGADO				
EVA histórico	2009	2010	2011	
Capital de trabajo operativo	\$ 47.683.729.000	\$ 50.354.551.000	\$ 57.699.475.000	
Menos: cuentas por pagar proveedores de servicios	\$ 8.412.101.000	\$ 9.421.503.000	\$ 10.018.268.000	
Capital de trabajo neto operativo	\$ 39.271.628.000	\$ 40.933.048.000	\$ 47.681.207.000	
Más : activos fijos de operación	\$ 62.474.518.000	\$ 69.756.518.000	\$ 79.984.734.000	
TOTAL ACTIVO NETO OPERATIVO	\$ 101.746.146.000	\$ 110.689.566.000	127.665.941.000	\$
UODI (Utilidad Operativa Después de Impuestos)	\$ 6.505.239.000	\$ 8.467.100.000	\$ 8.897.822.000	
Rentabilidad sobre el Capital Invertido (%ROIC)		8,3%	8,0%	
Menos. costo de capital del ANdeO	7,9%	6,9%	6,9%	
Igual: ganancia económica		0,4%	1,1%	
EVA DE LA EMPRESA		\$ 427.547.057	\$ 1.210.786.140	
CREACIÓN DE VALOR			\$ 783.239.083	

Fuente: cuadro realizado por los autores.

7.3.3 Analisis Clínica de Marly

La Clínica de Marly de Bogotá tiene una composición financiera de unos activos apalancados en su mayor parte, con el patrimonio, el cual es superior a sus pasivos. En ella vemos que el pasivo representa para el año 2009 el 16,69%; en el 2010 es de 13,99% y en el 2011

es de 12,79% de sus activos, esto quiere decir que los aportes y las utilidades que ha tenido la empresa durante su historia son las que soportan el activo de esta institución. Como vemos cada vez debe menos, tiene menos pasivo, lo cual es muy bueno para una entidad con estas características. En cuanto al ingreso operacional este se destina en los siguientes porcentajes para el costo directo de servicio 73,19% en el 2009, al 75,75% en el 2010 y al 73,86% en el 2011; y para los gastos generales en el 2009 se destinó el 12,15% de los ingresos, en el 2010 el 10,62% y para el 2011 el 11,38%. Los ingresos no operacionales tienen mucha importancia en esta clínica por tener valores elevados en el 2009 con 12,69% sobre los ingresos, en el 2010 el 7,41% y en el 2011 el 6,30%, si se comparan estos ingresos no operacionales frente al valor del excedente después de impuestos, vemos como en el 2009 representaron el 75,7%, lo que nos deja concluir que más de la mitad de la utilidad se origina por las actividades que no tienen que ver con servicios de salud.

En cuanto a los indicadores de rentabilidad se observa cómo al comparar la utilidad con los activos se percibe un descenso pasando del 11,83% en el 2009 a 9,32% en el 2010 y terminando en 8,15% en el 2011. Debido al incremento en el activo, especialmente en valorizaciones e inversiones y adicionalmente con una disminución en la utilidad, igual suerte corre la rentabilidad del patrimonio, el cual se vio incrementado por las reservas y las valorizaciones, al tener más patrimonio y menos utilidad el indicador desciende. Caso contrario sucede con la rentabilidad operativa, que es el excedente que produce su objeto social, “prestación de servicios de salud”, la cual se mantuvo relativamente constante en los tres años en 14,35% promedio y en la rentabilidad bruta un promedio de 25,74%, lo que nos muestra que la actividad del negocio deja márgenes buenos para la empresa.

En cuanto al endeudamiento la empresa depende cada vez menos de sus pasivos para financiar sus activos, y el patrimonio es mas autónomo con el paso de los años, porque la relación pasivo-patrimonio presenta una disminución pasando del 20,04% en apalancamiento en el 2009 y terminando en 14,66% en el 2011.

Al analizar los indicadores de actividad la Clínica de Marly viene disminuyendo las rotaciones de cartera, recaudando en el 2009 a 102 días y terminando en el 2011 en 81 días, quiere decir que necesita menos de tres meses de operación para recaudar la cartera, lo que le ha permitido incluso tener siempre inversiones temporales y aumentarlas en el 2011. Sí preocupa la rotación de inventarios que esta pasando de 171 días en el 2009 a 313 en el 2011. Esto podría explicarse con el incremento que han venido teniendo los inventarios, un incremento no muy claro por que viene de \$2.890 millones en el 2009 y terminó el 2011 con \$5.607 millones, es el doble y esa rotación con las mismas ventas hace que sea mucho más lejano el recaudo de los inventarios; 313 días es casi un año para que un producto se recupere. La rotación de proveedores es casi la misma, no tiene ninguna variación del 2009 al 2011, solamente varia un día de 49 días a 48 días, aquí podemos decir que si bien la rotacion de cartera es de 81 días y es baja, la rotación de proveedores es baja aún con 49 días para lo cual necesitaría más de un mes de operaciones en capital de trabajo y así poder operar.

La capacidad que tiene la Clínica de Marly de generar ingresos con sus activos no alcanza un indicador de uno (1), pues sus ingresos en el año son menores al valor del activo total, esto se explica en especial por la política de la compañía de registrar valoraciones. El ciclo operativo es muy lento y se hace aun más lento por la rotacion de inventarios, por ello, en este período se pasó de 271 días en el 2009 a 394 en el 2011. Los indicadores de liquidez nos muestran cómo por cada

peso que debe a corto plazo tiene casi cuatro en activos para pagar, incluyendo los inventarios al descontarlos, la variación no es mucha como se muestra en la prueba ácida.

En cuanto al ROIC se observa un comportamiento positivo pero decreciente del año 2010 al 2011, lo que permite pensar que el capital invertido genera excedentes en la prestación de servicios de salud, se deben hacer ajustes en el costo directo que permitan cambiar la tendencia, el mismo comportamiento se deduce en productividad del activo fijo, en este caso se debe analizar el efecto de las inversiones en propiedad, planta y equipo en los ingresos operacionales. La productividad del capital de trabajo neto operacional (KTNO), presenta un ligero incremento, esto por la resta de los pasivos en el cálculo del indicador. Al hacer el cálculo del EVA, valor económico agregado entre el 2010 y el 2011, se encontró que la Clínica de Marly sí ha generado valor a sus accionistas, comparado con otras alternativas de inversión. Si bien \$783 millones no es una cifra significativa, el hecho de generar valor real a pesar del incremento del patrimonio muestra una eficiencia financiera en el manejo de la clínica.

7.4 Fundación Valle Del Lili

7.4.1 Balances generales y estado de resultados

Tabla 6. Balances generales Fundación Valle Del Lili

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI BALANCES GENERALES DICIEMBRE 31								
CUENTAS	DICIEMBRE DE 2009	COMPOSI CIÓN	DICIEMBRE DE 2010	COMPOS CIÓN	DICIEMBRE DE 2011	COMP OSICIÓN	DE 2009 A 2010	DE 2010 A 2011
ACTIVO								
DISPONIBLE	\$ 1.345.981.000	0,42%	\$ 908.196.000	0,25%	\$ 914.193.000	0,24%	-32,53%	0,66%
INVERSIONES TEMPORALES	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
DEUDORES	\$ 73.080.245.000	22,63%	\$ 80.994.386.000	22,39%	\$ 94.123.024.000	24,28%	10,83%	16,21%
INVENTARIOS	\$ 7.505.531.000	2,32%	\$ 6.877.934.000	1,90%	\$ 7.092.247.000	1,83%	-8,36%	3,12%
GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	\$ 1.325.257.000	0,41%	\$ 1.266.411.000	0,35%	\$ 827.659.000	0,21%	-4,44%	-34,65%
INVERSIONES PERMANENTES	\$ 7.352.000	0,00%	\$ 7.776.000	0,00%	\$ 5.527.294.000	1,43%	5,77%	70981,4 6%
PROPIEDADES; PLANTA Y EQUIPO	\$ 135.184.121.000	41,87%	\$ 156.573.986.000	43,27%	\$ 165.647.330.000	42,72%	15,82%	5,79%
OTROS ACTIVOS	\$ 124.153.000	0,04%	\$ 197.704.000	0,05%	\$ 197.704.000	0,05%	59,24%	0,00%
DIFERIDOS	\$ 11.983.164.000	3,71%	\$ 23.663.438.000	6,54%	\$ 22.696.448.000	5,85%	97,47%	-4,09%
VALORIZACIONES	\$ 92.331.402.000	28,60%	\$ 91.324.991.000	25,24%	\$ 90.702.215.000	23,39%	-1,09%	-0,68%
TOTAL ACTIVO	\$ 322.887.206.000	100,00%	\$ 361.814.822.000	100,00%	\$ 387.728.114.000	100,00 %	12,06%	7,16%
PASIVO								
OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 12.300.592.000	9,45%	\$ 30.481.884.000	18,24%	\$ 15.164.273.000	7,97%	147,81%	-50,25%
PROVEEDORES	\$ 14.196.235.000	10,90%	\$ 12.772.602.000	7,64%	\$ 16.360.391.000	8,59%	-10,03%	28,09%
CUENTAS POR PAGAR	\$ 14.576.570.000	11,19%	\$ 16.773.427.000	10,04%	\$ 14.157.281.000	7,44%	15,07%	-15,60%
IMPUESTOS GRAVÁMENES Y TASAS	\$ 49.086.000	0,04%	\$ 40.222.000	0,02%	\$ 0	0,00%	-18,06%	- 100,00%

INSUMOS UNIDAD DE MERCADEO	\$ 78.017.726.000	38,27%	\$ 71.936.666.000	30,95%	\$ 87.975.639.000	35,59%	-7,79%	22,30%
COSTOS DIRECTOS	\$ 125.856.456.000	61,73%	\$ 160.509.699.000	69,05%	\$ 159.246.024.000	64,41%	27,53%	-0,79%
COSTOS DE PRODUCCIÓN U OPERACIÓN	\$ 203.874.182.000	100,00%	\$ 232.446.365.000	100,00%	\$ 247.221.663.000	100,00%	14,01%	6,36%
UTILIDAD BRUTA	\$ 29.728.685.000	12,73%	\$ 25.913.475.000	10,03%	\$ 26.887.467.000	9,81%	-12,83%	3,76%
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN								
GASTOS DE PERSONAL	\$ 4.955.286.043	37,46%	\$ 6.776.564.000	37,46%	\$ 8.604.524.000	40,88%	36,75%	26,97%
HONORARIOS	\$ 1.061.351.334	8,02%	\$ 1.451.443.000	8,02%	\$ 2.561.924.000	12,17%	36,75%	76,51%
IMPUESTOS	\$ 481.704.975	3,64%	\$ 658.752.000	3,64%	\$ 610.739.000	2,90%	36,75%	-7,29%
ARRENDAMIENTOS	\$ 348.542.015	2,63%	\$ 476.646.000	2,63%	\$ 290.842.000	1,38%	36,75%	-38,98%
CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
SEGUROS	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
SERVICIOS	\$ 1.678.081.733	12,68%	\$ 2.294.848.000	12,68%	\$ 3.301.593.000	15,68%	36,75%	43,87%
GASTOS LEGALES	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 300.358.501	2,27%	\$ 410.753.000	2,27%	\$ 755.718.000	3,59%	36,75%	83,98%
ADECUACIÓN E INSTALACIÓN	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
GASTOS DE VIAJE	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
DEPRECIACIONES	\$ 983.963.608	7,44%	\$ 1.345.612.000	7,44%	\$ 1.209.240.000	5,74%	36,75%	-10,13%
AMORTIZACIONES	\$ 461.325.351	3,49%	\$ 630.882.000	3,49%	\$ 855.857.000	4,07%	36,75%	35,66%
CONSUMO ALMACEN GENERAL	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
PUBLICIDAD	\$ 0	0,00%		0,00%		0,00%		
DIVERSOS	\$ 1.558.891.283	11,78%	\$ 2.131.850.000	11,78%	\$ 968.213.000	4,60%	36,75%	-54,58%
PROVISIONES	\$ 1.002.494.660	7,58%	\$ 1.370.954.000	7,58%	\$ 1.418.632.000	6,74%	36,75%	3,48%
OTROS	\$ 397.155.497	3,00%	\$ 543.127.000	3,00%	\$ 472.700.000	2,25%	36,75%	-12,97%
DE ADMINISTRACIÓN	\$ 13.229.155.000	100,00%	\$ 18.091.431.000	100,00%	\$ 21.049.982.000	100,00%	36,75%	16,35%
INGRESOS NO								

OPERACIONALES								
DESCUENTOS FINANCIEROS	\$ 3.556.238.000	45,58%	\$ 3.936.503.000	42,11%	\$ 4.086.125.000	24,84%	10,69%	3,80%
DESCUENTOS COMERCIALES	\$ 160.410.000	2,06%	\$ 350.229.000	3,75%	\$ 114.016.000	0,69%	118,33%	-67,45%
DIFERENCIA EN CAMBIO		0,00%		0,00%	\$ 101.785.000	0,62%		
INTERESES	\$ 132.779.000	1,70%	\$ 8.221.000	0,09%	\$ 267.922.000	1,63%	-93,81%	3159,00%
DONACIONES RECIBIDAS	\$ 2.061.370.000	26,42%	\$ 1.290.484.000	13,81%	\$ 5.666.911.000	34,45%	-37,40%	339,13%
PARQUEADEROS	\$ 887.622.000	11,38%	\$ 1.078.754.000	11,54%	\$ 1.193.176.000	7,25%	21,53%	10,61%
RECUPERACIONES	\$ 115.062.000	1,47%	\$ 177.615.000	1,90%	\$ 3.357.667.000	20,41%	54,36%	1790,42%
FONDOS POR INVESTIGACIONES	\$ 0	0,00%	\$ 1.006.179.000	10,76%	\$ 1.010.857.000	6,15%	0,00%	0,46%
UTILIDAD EN VENTA DE ACTIVOS	\$ 122.192.000	1,57%	\$ 29.401.000	0,31%		0,00%	-75,94%	100,00%
SOBRANTES, APROVECHAMIENTO Y BONIFICACIONES DE INVENTARIOS	\$ 444.525.000	5,70%	\$ 390.464.000	4,18%	\$ 248.072.000	1,51%	-12,16%	-36,47%
APROVECHAMIENTOS	\$ 183.144.000	2,35%	\$ 573.946.000	6,14%	\$ 277.271.000	1,69%	213,39%	-51,69%
ARRENDAMIENTOS Y COMODATO	\$ 89.132.000	1,14%	\$ 105.951.000	1,13%	\$ 36.359.000	0,22%	18,87%	-65,68%
DIVERSOS OTROS	\$ 49.650.000	0,64%	\$ 399.364.000	4,27%	\$ 87.816.000	0,53%	704,36%	-78,01%
TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES	\$ 7.802.124.000	100,00%	\$ 9.347.111.000	100,00%	\$ 16.447.977.000	100,00%	19,80%	75,97%
GASTOS NO OPERACIONALES								
FINANCIEROS	\$ 4.954.010.000	35,34%	\$ 6.681.758.000	47,27%	\$ 9.362.987.000	49,27%	34,88%	40,13%
SOBREGIROS BANCARIOS	\$ 212.578.000	1,52%	\$ 225.610.000	1,60%	\$ 693.936.000	3,65%	6,13%	207,58%
DIFERENCIA EN CAMBIO		0,00%	\$ 81.571.000	0,58%	\$ 319.911.000	1,68%	0,00%	292,19%
COMISIONES Y OTROS GASTOS BANCARIOS	\$ 120.879.000	0,86%	\$ 171.884.000	1,22%	\$ 138.099.000	0,73%	42,20%	-19,66%
DESCUENTOS COMERCIALES CONDICIONADOS	\$ 89.764.000	0,64%	\$ 106.313.000	0,75%		0,00%	18,44%	100,00%
UNIDAD DE APOYO SOCIAL PACIENTES ESCASOS RECURSOS	\$ 1.038.138.000	7,41%	\$ 855.776.000	6,05%	\$ 965.071.000	5,08%	-17,57%	12,77%
COSTOS Y GASTOS DE	\$ 1.402.520.000	10,01%	\$ 2.007.996.000	14,21%	\$ 3.262.760.000	17,17%	43,17%	62,49%

EJERCICIOS ANTERIORES									
COSTOS DE PARQUEADEROS Y OTROS	\$ 546.151.000	3,90%	\$ 666.833.000	4,72%	\$ 1.197.690.000	6,30%	22,10%	79,61%	
DONACIONES	\$ 1.808.971.000	12,90%	\$ 1.953.050.000	13,82%	\$ 1.285.172.000	6,76%	7,96%	-34,20%	
BAJAS Y AJUSTES DE INVENTARIO	\$ 415.002.000	2,96%	\$ 472.323.000	3,34%	\$ 281.268.000	1,48%	13,81%	-40,45%	
IMPUESTO GMF	\$ 579.765.000	4,14%	\$ 598.718.000	4,24%	\$ 979.703.000	5,16%	3,27%	63,63%	
PROVISIONES	\$ 2.578.382.000	18,39%	\$ 62.080.000	0,44%	\$ 0	0,00%	-97,59%	100,00%	
AMORTIZACIÓN FORWARD NON DELIVERY	\$ 178.196.000	1,27%		0,00%		0,00%	-100,00%	0,00%	
OTROS	\$ 93.353.000	0,67%	\$ 251.445.000	1,78%	\$ 518.204.000	2,73%	169,35%	106,09%	
NO OPERACIONALES	\$ 14.017.709.000	100,00%	\$ 14.135.357.000	100,00%	\$ 19.004.801.000	100,00%	0,84%	34,45%	
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO DE RENTA	\$ 10.283.945.000	4,40%	\$ 3.033.798.000	1,17%	\$ 3.280.661.000	1,20%	-70,50%	8,14%	
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS									
UTILIDAD NETA	\$ 10.283.945.000	4,40%	\$ 3.033.798.000	1,17%	\$ 3.280.661.000	1,20%	-70,50%	8,14%	

Fuente: estados financieros Fundacion Valle Del Lili.

7.4.2 Indicadores de la Fundación Valle Del Lili

Tabla 7. Indicadores Fundación Valle Del Lili

Indicadores	2009	2010	2011	
Estructura financiera				
Del balance pasivo sobre el activo	40,33%	46,19%	49,10%	
Del patrimonio sobre el activo	59,67%	53,81%	50,90%	
Del costo sobre el ingreso operacional	87,27%	89,97%	90,19%	
Del gasto de administración sobre el ingreso operacional	5,66%	7,00%	7,68%	
Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	3,34%	3,62%	6,00%	
Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	6,00%	5,47%	6,93%	
Rentabilidad				
Rentabilidad sobre activos	3,18%	0,84%	0,85%	
Rentabilidad sobre patrimonio	5,34%	1,56%	1,66%	
Rentabilidad operativa	7,06%	3,03%	2,13%	
Rentabilidad bruta	12,73%	10,03%	9,81%	
Endeudamiento				
Endeudamiento	40,33%	46,19%	49,10%	
Apalancamiento	67,58%	85,83%	96,45%	
Actividad				
Rotación de cartera	113	113	124	
Rotación de inventarios	35	34	29	
Rotación de proveedores	51	46	44	
Ciclo operativo	147	147	153	
Rotación de activo total	0,72	0,71	0,71	
Liquidez				
Razón corriente	1,79	1,35	1,97	
Prueba ácida	1,62	1,24	1,83	
Valor				
Utilidad operativa	\$ 16.499.530.000	\$ 7.822.044.000	\$ 5.837.485.000	
CIO	\$ 188.343.073.000	\$ 215.808.473.000	\$ 237.259.122.000	
KTNO	\$ 53.158.952.000	\$ 59.234.487.000	\$ 71.611.792.000	
ROIC		4,15%	2,70%	
Productividad del KTNO	22,76%	22,93%	26,13%	
Productividad del activo fijo	57,87%	60,60%	60,43%	
EBITDA	\$ 18.947.313.619	\$ 11.169.492.000	\$ 9.321.214.000	
	2009		tasa	Wacc
TOTAL OBLIGACIONES	\$ 81.595.104.000	22,52%	22,52%	5,07%

FINANCIERAS				
Patrimonio operativo	\$ 280.674.475.000	77,48%	8,00%	6,20%
Total estructura financiera	\$ 362.269.579.000	100,00%		11,27%
	2010			
	\$ 112.748.675.000	26,85%	26,85%	7,21%
	\$ 307.133.464.000	73,15%	7,00%	5,12%
	\$ 419.882.139.000	100,00%		12,33%
	2011			
	\$ 147.005.834.000	30,95%	30,95%	9,58%
	\$ 327.961.337.000	69,05%	7,00%	4,83%
	\$ 474.967.171.000	100,00%		14,41%
VALOR ECONÓMICO AGREGADO				
EVA histórico	2009	2010	2011	
Capital de trabajo operativo	\$ 81.931.757.000	\$ 88.780.516.000	\$ 102.129.464.000	
Menos: cuentas por pagar proveedores de bienes y servicios	\$ 28.772.805.000	\$ 29.546.029.000	\$ 30.517.672.000	
Capital de trabajo neto operativo	\$ 53.158.952.000	\$ 59.234.487.000	\$ 71.611.792.000	
Más: activos fijos de operación	\$ 227.515.523.000	\$ 247.898.977.000	\$ 256.349.545.000	
TOTAL ACTIVO NETO OPERATIVO	\$ 280.674.475.000	\$ 307.133.464.000	\$ 327.961.337.000	
UODI (Utilidad Operativa Después de Impuestos)	\$ 16.499.530.000	\$ 7.822.044.000	\$ 5.837.485.000	
Rentabilidad sobre el Capital Invertido (%ROIC)		2,79%	1,90%	
Menos. Costo de capital del ANdeO	11,27%	12,33%	14,41%	
Igual: ganancia económica		-8,48%	-10,43%	
EVA DE LA EMPRESA		-\$ 23.813.142.387	-\$ 32.034.752.213	
CREACIÓN DE VALOR			-\$ 8.221.609.826	

Fuente: cuadro realizado por los autores.

7.4.3 Análisis Fundación Valle Del Lili

Para analizar esta empresa debemos tener en cuenta que sus excedentes no son distribuibles en efectivo a propietarios, por ser fundación, y no tiene impuesto de renta su composición financiera; nos muestra que sus activos están respaldados en el patrimonio, pero la

participación del pasivo tuvo un incremento en el período analizado, pasando en el 2009 del 40,33% y llegando al 2011 al 49,11%. Esto tiene una explicación en el incremento que han tenido sus activos, en especial la propiedad, la planta y el equipo por las construcciones que ellos han venido realizando en la Unidad de Cuidados Intensivos, y para la cual adquirieron capital en el sector financiero, dejando el pasivo por este ítem en \$131.841 millones, transformando la composición financiera en el 2011 por mitades entre pasivo y patrimonio. En el caso de esta entidad sus ingresos operacionales se destinan en 87,27% en el 2009, en el 2010 89,97% y en un 90,19% en el 2011 a costos directos del servicio, poseen unos gastos de administración adecuados porque van del 5,66% en el 2009 a 7,68% en el 2011. Este porcentaje no es muy alto frente al ingreso, incluso si lo comparamos con los gastos no operacionales, que en el 2009 fueron del 6% y en el 2011 pasaron al 6,93%. Llama la atención la similitud en los indicadores, esto se debe a las obligaciones financieras contraídas que generan intereses financieros, también es importante resaltar en la composición financiera el valor de los ingresos no operacionales que son muy superiores al excedente neto. En el año 2010 el excedente fue de \$3.033 millones y los ingresos no operacionales de \$9.347 millones; en el año 2011 de \$3.280 millones y los ingresos no operacionales de \$16.447 millones, lo que no indica la dependencia que esta empresa tiene de las actividades de prestación de servicios de salud; también deja entrever problemas en la rentabilidad de objeto social.

En cuanto rentabilidad vemos cómo todos sus indicadores vienen decreciendo desde el 2009 al 2010, la rentabilidad sobre el activo pasó del 3,18% al 0,85%, justamente porque se vienen haciendo inversiones, pero no se refleja el esfuerzo del crecimiento en los excedentes de la empresa, lo que muestra un inconveniente. No es lógico que teniendo más activos la rentabilidad sea menor, tendrían esos activos que producir más ingresos para que su rentabilidad fuera mayor

sobre los activos, esto podría explicarse si fueran obras en construcción y que no están en su etapa productiva, porque la inversión que se hizo no cumplió las expectativas de ingreso que se esperaba, este factor también se refleja en la rentabilidad sobre el patrimonio, el cual va disminuyendo como paso del 2009 al 5,34% hasta llegar en el 2011 al 1,66%.

Lo mismo sucede con la rentabilidad operativa y la rentabilidad bruta. La rentabilidad operativa viene un valor de 7,06% en el 2009 y para el 2012 de 2,13%, disminuyó cinco puntos; es un descenso muy alto para una fundación, un común denominador en este indicador es justamente el excedente que pasó de \$10.283 millones en el 2009 a \$3.028 millones en el 2011, es una disminución de tres veces los excedentes, si se presenta esta disminución todos los indicadores de rentabilidad descienden tanto la utilidad operativa como la rentabilidad bruta, sin embargo, llama la atención que la rentabilidad bruta, si bien disminuyó, no tiene un descenso tan grande porque pasa del 12,73% al 9,81% en el 2012, es una disminución cercana a los tres puntos porcentuales, en cambio la rentabilidad operativa sí tuvo una disminución cercana a los cinco puntos porcentuales, esto quiere decir que la actividad como tal viene presentando un incremento en costos directos superiores al incremento en ingresos operacionales. El endeudamiento como ya se dijo viene subiendo por la adquisición de algunos activos y la construcción de algunas áreas con recursos netamente externos.

Los indicadores de actividad de la fundación vienen deteriorándose, la rotación de cartera pasó de 113 días en el 2009 a 124 en el 2011, podría pensarse que esos once días no son mucho, pero en realidad en una clínica once días más de flujo de caja para sostener una cartera implica un esfuerzo muy alto, más cuando se habla de cifras cercanas a los \$20.000 millones; quiere decir que sería un capital de trabajo cercano a \$10.000 mil millones, lo cual es una cantidad de dinero considerable. Esta actividad de cartera implica más recursos, al igual que la actividad de rotación

de proveedores porque ha disminuido, pasando de 51 días en 2009 a 44 en 2011, esta estrategia tendrá sentido sólo para obtener descuentos por pronto pago, para lo que se hace necesario un aumento en los recursos que permitan sostener la cartera y pagar oportunamente a los proveedores.

El ciclo operativo de esta entidad a raíz del incremento de la cartera no ha variado mucho, pasando de 143 días en el 2009 a 153 en el 2011, en cuanto la capacidad del activo, de generar ingresos, no llega en un año la fundación a vender en ingresos operacionales el valor de sus activos totales; sin embargo, al analizar el incremento tan alto de los activos del año 2009 al 2011 y que el indicador se mantenga en 0,71 refleja que el crecimiento en propiedad, planta y equipo se reflejó en la misma proporción en los ingresos por servicios de salud.

La Fundación Valle Del Lili posee en su liquidez en activos corrientes más del valor de los pasivos corrientes, en todos los años del período analizado; este indicador se viene fortaleciendo pasando de 1,79 veces en el 2009 a 1,97 veces en el 2011, cuando no se tuvieron en cuenta los inventarios; los indicadores continúan siendo positivos. Sin embargo, nuevamente debe tenerse en cuenta que toda su liquidez en activo está basada en la cartera a clientes y esta cartera está rotando muy lentamente.

El ROIC en los años 2010 y 2011 es muy bajo; 4,15% en el 2010 y bajando al 2,70% en el 2011, lo que muestra una utilidad operativa muy baja para el nivel de inversión que tiene la fundación; esto se puede explicar en la participación que tiene el costo directo en los ingresos operacionales que llega a 90,19% en el 2011. La productividad del KTNO presenta una tendencia alcista llegando al 26,13% en el 2011, originada en el incremento de ingresos por servicios de salud. En cuanto a la productividad del activo fijo en el 2010 y en el 2011 están en el 60%, lo que se ve reflejado en las inversiones en propiedad, planta y equipo. Esto se traduce en un incremento

en los ingresos operacionales, pero si la inversión, tanto en activos como en patrimonio, creció y los excedentes disminuyeron, el EVA no generó valor al capital , por esto el cálculo negativo llega a \$8.221 millones negativos a nivel de EVA.

7.5 Promotora Médica Las Américas

7.5.1 Balances generales y estado de resultados

Tabla 8. Balance general Promotora Médica Las Américas

PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A. BALANCES GENERALES DICIEMBRE 31								
CUENTAS	DICIEMBRE DE 2009	COMPOSICIÓN	DICIEMBRE DE 2010	COMPOSICIÓN	DICIEMBRE DE 2011	COMPOSICIÓN	2009 A 2010	2010 A 2011
ACTIVO								
DISPONIBLE	\$ 5.284.642.000	3,61%	\$ 8.779.789.000	5,35%	\$ 6.607.364.000	3,36%	66,14%	-24,74%
INVERSIONES TEMPORALES	\$ 808.078.000	0,55%	\$ 2.191.408.000	1,33%	\$ 2.753.281.000	1,40%	171,19%	25,64%
DEUDORES	\$ 51.038.152.000	34,89%	\$ 62.045.003.000	37,79%	\$ 64.950.871.000	32,99%	21,57%	4,68%
INVENTARIOS	\$ 7.740.878.000	5,29%	\$ 7.341.784.000	4,47%	\$ 6.941.519.000	3,53%	-5,16%	-5,45%
GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	\$ 816.007.000	0,56%	\$ 767.896.000	0,47%	\$ 859.744.000	0,44%	-5,90%	11,96%
INVERSIONES PERMANENTES	\$ 768.814.000	0,53%	\$ 1.452.196.000	0,88%	\$ 1.428.268.000	0,73%	88,89%	-1,65%
PROPIEDADES; PLANTA Y EQUIPO	\$ 20.574.579.000	14,06%	\$ 10.813.457.000	6,59%	\$ 23.084.952.000	11,72%	-47,44%	113,48%
INTANGIBLES	\$ 24.683.503.000	16,87%	\$ 35.108.797.000	21,39%	\$ 45.284.273.000	23,00%	42,24%	28,98%
DIFERIDOS	\$ 1.868.713.000	1,28%	\$ 2.355.740.000	1,43%	\$ 7.781.084.000	3,95%	26,06%	230,30%
VALORIZACIONES	\$ 32.704.007.000	22,36%	\$ 33.311.640.000	20,29%	\$ 37.213.154.000	18,90%	1,86%	11,71%
TOTAL ACTIVO	\$ 146.287.373.000	100,00%	\$ 164.167.710.000	100,00%	\$ 196.904.510.000	100,00%	12,22%	19,94%
PASIVO								
OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 21.721.506.000	26,22%	\$ 11.728.331.000	13,11%	\$ 18.058.618.000	16,34%	-46,01%	53,97%
PROVEEDORES	\$ 15.204.830.000	18,35%	\$ 14.895.125.000	16,65%	\$ 15.853.353.000	14,34%	-2,04%	6,43%

CUENTAS POR PAGAR	\$ 9.176.933.000	11,08%	\$ 8.939.931.000	10,00%	\$ 9.083.859.000	8,22%	-2,58%	1,61%
IMPUESTOS GRAVÁMENES Y TASAS	\$ 511.474.000	0,62%	\$ 2.442.717.000	2,73%	\$ 1.373.281.000	1,24%	377,58%	-43,78%
OBLIGACIONES LABORALES	\$ 3.357.862.000	4,05%	\$ 3.564.508.000	3,99%	\$ 3.764.570.000	3,41%	6,15%	5,61%
OTROS PASIVOS	\$ 8.182.504.000	9,88%	\$ 13.399.526.000	14,98%	\$ 9.672.534.000	8,75%	63,76%	-27,81%
PASIVOS ESTIMADOS Y PROVISIONES		0,00%		0,00%		0,00%		
OBLIGACIONES FINANCIERAS A LARGO PLAZO	\$ 20.332.264.000	24,54%	\$ 31.246.815.000	34,94%	\$ 42.136.054.000	38,11%	53,68%	34,85%
OTROS PASIVOS A LARGO PLAZO	\$ 4.354.754.000	5,26%	\$ 3.219.898.000	3,60%	\$ 8.965.834.000	8,11%	-26,06%	178,45%
IMPUESTOS GRAVÁMENES Y TASAS LP		0,00%		0,00%	\$ 1.642.750.000	1,49%		100,00%
PASIVO	\$ 82.842.127.000	100,00%	\$ 89.436.851.000	100,00%	\$ 110.550.853.000	100,00%	7,96%	23,61%
INTERÉS MINORITARIO	\$ 7.351.369.000		\$ 7.373.633.000		\$ 7.289.770.000		0,30%	-1,14%
PATRIMONIO								
CAPITAL SOCIAL	\$ 3.012.600.000	5,37%	\$ 3.618.265.000	5,37%	\$ 4.021.200.000	5,09%	20,10%	11,14%
PRIMA EN COLOCACIÓN DE ACCIONES	\$ 10.687.677.000	19,05%	\$ 14.961.961.000	22,21%	\$ 17.204.396.000	21,76%	39,99%	14,99%
RESERVA LEGAL	\$ 876.673.000	1,56%	\$ 1.447.292.000	2,15%	\$ 1.882.300.000	2,38%	65,09%	30,06%
RESERVA PARA ADQUISICIÓN DE ACCIONES	\$ 4.566.851.000	8,14%	\$ 4.566.851.000	6,78%	\$ 6.607.527.000	8,36%	0,00%	44,68%
ACCIONES READQUIRIDAS	\$ - 3.564.009.000	-6,35%	\$ - 4.566.851.000	-6,78%	-\$ 4.566.851.000	-5,78%	28,14%	0,00%
RESERVA PARA FUTURAS CAPITALIZACIONES	\$ 319.592.000	0,57%	\$ 5.455.166.000	8,10%	\$ 10.021.694.000	12,68%	1606,92%	83,71%
REVALORIZACIÓN DEL PATRIMONIO	\$ 4.256.159.000	7,59%	\$ 3.991.001.000	5,93%	\$ 1.900.561.000	2,40%	-6,23%	-52,38%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	\$ 5.706.193.000	10,17%	\$ 7.042.212.000	10,46%	\$ 7.759.162.000	9,81%	23,41%	10,18%
SUPERÁVIT POR VALORIZACIONES	\$ 30.232.141.000	53,90%	\$ 30.841.329.000	45,79%	\$ 34.233.898.000	43,30%	2,02%	11,00%
PATRIMONIO	\$ 56.093.877.000	100,00%	\$ 67.357.226.000	100,00%	\$ 79.063.887.000	100,00%	20,08%	17,38%
PASIVO Y PATRIMONIO	\$ 146.287.373.000		\$ 164.167.710.000		\$ 196.904.510.000		12,22%	19,94%
PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS S.A.								

ESTADO DE RESULTADOS ENERO 1 A DICIEMBRE 31								
INGRESOS								
OPERACIONALES	\$ 167.075.877.000	100,00%	\$ 181.289.688.000	100,00%	\$ 191.869.095.000	100,00%	8,51%	5,84%
INGRESOS	\$ 167.075.877.000		\$ 181.289.688.000		\$ 191.869.095.000		8,51%	5,84%
COSTO DE VENTAS								
COSTOS DIRECTOS	\$ 121.127.554.000	100,00%	\$ 132.669.959.000	100,00%	\$ 142.014.036.000	100,00%	9,53%	7,04%
COSTOS DE PRODUCCIÓN U OPERACIÓN	\$ 121.127.554.000		\$ 132.669.959.000		\$ 142.014.036.000		9,53%	7,04%
UTILIDAD BRUTA	\$ 45.948.323.000	27,50%	\$ 48.619.729.000	26,82%	\$ 49.855.059.000	25,98%	5,81%	2,54%
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN								
GASTOS DE PERSONAL	\$ 11.431.560.000	41,64%	\$ 12.197.377.000	41,20%	\$ 14.015.564.000	44,23%	6,70%	14,91%
HONORARIOS	\$ 3.380.968.000	12,31%	\$ 3.179.777.000	10,74%	\$ 3.586.035.000	11,32%	-5,95%	12,78%
IMPUESTOS	\$ 1.471.845.000	5,36%	\$ 1.586.451.000	5,36%	\$ 1.583.107.000	5,00%	7,79%	-0,21%
ARRENDAMIENTOS	\$ 805.434.000	2,93%	\$ 849.073.000	2,87%	\$ 634.264.000	2,00%	5,42%	-25,30%
CONTRIBUCIONES Y AFILIACIONES	\$ 221.768.000	0,81%	\$ 201.066.000	0,68%	\$ 192.202.000	0,61%	-9,33%	-4,41%
SEGUROS	\$ 752.138.000	2,74%	\$ 887.103.000	3,00%	\$ 999.784.000	3,16%	17,94%	12,70%
SERVICIOS	\$ 3.894.479.000	14,19%	\$ 4.150.144.000	14,02%	\$ 4.501.499.000	14,21%	6,56%	8,47%
GASTOS LEGALES	\$ 81.518.000	0,30%	\$ 83.741.000	0,28%	\$ 54.668.000	0,17%	2,73%	-34,72%
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 2.507.626.000	9,13%	\$ 2.973.583.000	10,04%	\$ 2.801.770.000	8,84%	18,58%	-5,78%
LIBROS Y SUSCRIPCIONES	\$ 27.536.000	0,10%	\$ 20.908.000	0,07%	\$ 22.027.000	0,07%	-24,07%	5,35%
GASTOS DE VIAJE	\$ 280.276.000	1,02%	\$ 240.054.000	0,81%	\$ 229.514.000	0,72%	-14,35%	-4,39%
DEPRECIACIONES	\$ 695.055.000	2,53%	\$ 772.847.000	2,61%	\$ 538.200.000	1,70%	11,19%	-30,36%
AMORTIZACIONES	\$ 351.326.000	1,28%	\$ 648.656.000	2,19%	\$ 968.896.000	3,06%	84,63%	49,37%
CONSUMO ALMACÉN GENERAL		0,00%		0,00%		0,00%		
PUBLICIDAD		0,00%		0,00%		0,00%		
DIVERSOS	\$ 1.434.778.000	5,23%	\$ 1.816.776.000	6,14%	\$ 1.336.053.000	4,22%	26,62%	-26,46%

PROVISIONES	\$ 117.985.000	0,43%	\$ 0	0,00%	\$ 220.830.000	0,70%	-100,00%	#iDIV/0!
OTROS		0,00%		0,00%		0,00%		
DE ADMINISTRACIÓN	\$ 27.454.292.000	100,00%	\$ 29.607.556.000	100,00%	\$ 31.684.413.000	100,00%	7,84%	7,01%
INGRESOS NO OPERACIONALES								
INGRESOS FINANCIEROS	\$ 2.760.604.000	30,14%	\$ 3.554.328.000	41,57%	\$ 4.909.510.000	57,00%	28,75%	38,13%
HONORARIOS Y COMISIONES	\$ 95.241.000	1,04%	\$ 101.498.000	1,19%	\$ 114.550.000	1,33%	6,57%	12,86%
INDEMNIZACIONES	\$ 315.045.000	3,44%	\$ 495.179.000	5,79%	\$ 439.602.000	5,10%	57,18%	-11,22%
DIVIDENDOS Y PARTICIPACIONES	\$ 158.710.000	1,73%	\$ 173.179.000	2,03%	\$ 169.331.000	1,97%	9,12%	-2,22%
RECUPERACIONES	\$ 4.140.211.000	45,21%	\$ 2.530.067.000	29,59%	\$ 1.832.504.000	21,28%	-38,89%	-27,57%
UTILIDAD EN VENTA DE INVERSIONES	\$ 0	0,00%	\$ 16.796.000	0,20%	\$ 24.460.000	0,28%	#iDIV/0!	45,63%
UTILIDAD EN VENTA DE ACTIVOS	\$ 497.696.000	5,43%	\$ 656.380.000	7,68%	\$ 1.454.000	0,02%	31,88%	-99,78%
INGRESOS EJERCICIOS ANTERIORES	\$ 424.000	0,00%	\$ 2.237.000	0,03%	\$ 24.589.000	0,29%	427,59%	999,20%
ARRENDAMIENTOS	\$ 974.413.000	10,64%	\$ 821.821.000	9,61%	\$ 835.823.000	9,70%	-15,66%	1,70%
DIVERSOS	\$ 216.397.000	2,36%	\$ 199.626.000	2,33%	\$ 261.124.000	3,03%	-7,75%	30,81%
TOTAL INGRESOS NO OPERACIONALES	\$ 9.158.741.000	100,00%	\$ 8.551.111.000	100,00%	\$ 8.612.947.000	100,00%	-6,63%	0,72%
GASTOS NO OPERACIONALES								
GASTOS FINANCIEROS	\$ 6.824.273.000	42,74%	\$ 7.735.616.000	55,05%	\$ 7.771.723.000	53,98%	13,35%	0,47%
PROVISIONES	\$ 4.280.084.000	26,80%	\$ 2.867.594.000	20,41%	\$ 2.606.475.000	18,10%	-33,00%	-9,11%
GLOSAS Y DEVOLUCIONES	\$ 1.165.120.000	7,30%	\$ 429.202.000	3,05%	\$ 899.027.000	6,24%	-63,16%	109,46%
IMPUESTOS DIFERIDOS	\$ 659.804.000	4,13%		0,00%	\$ 0	0,00%	-100,00%	#iDIV/0!
CUENTAS EN PARTICIPACIÓN	\$ 472.750.000	2,96%	\$ 461.695.000	3,29%	\$ 567.812.000	3,94%	-2,34%	22,98%
GASTOS DE TERCEROS	\$ 472.672.000	2,96%	\$ 873.032.000	6,21%	\$ 254.366.000	1,77%	84,70%	-70,86%
COSTOS Y GASTOS DE BIENES ARRENDADOS	\$ 908.465.000	5,69%	\$ 806.327.000	5,74%	\$ 1.014.393.000	7,05%	-11,24%	25,80%
DEPRECIACIONES	\$ 607.353.000	3,80%	\$ 387.827.000	2,76%	\$ 76.595.000	0,53%	-36,14%	-80,25%
DONACIONES	\$ 207.401.000	1,30%	\$ 274.909.000	1,96%	\$ 325.973.000	2,26%	32,55%	18,57%

GASTOS DIVERSOS Y OTROS	\$ 369.585.000	2,31%	\$ 216.341.000	1,54%	\$ 881.679.000	6,12%	-41,46%	307,54%
NO OPERACIONALES	\$ 15.967.507.000	100,00%	\$ 14.052.543.000	100,00%	\$ 14.398.043.000	100,00%	-11,99%	2,46%
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO DE RENTA	\$ 11.685.265.000	6,99%	\$ 13.510.741.000	7,45%	\$ 12.385.550.000	6,46%	15,62%	-8,33%
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS	\$ 3.541.961.000	2,12%	\$ 4.454.110.000	2,46%	\$ 2.890.141.000	1,51%	25,75%	-35,11%
INTERÉS MINORITARIO	\$ 2.437.111.000		\$ 2.014.419.000		\$ 1.736.247.000		-17,34%	-13,81%
UTILIDAD NETA	\$ 5.706.193.000	3,42%	\$ 7.042.212.000	3,88%	\$ 7.759.162.000	4,04%	23,41%	10,18%

Fuente: estados financieros Promotora Médica Las Américas.

7.5.2 Indicadores de la Promotora Médica Las Américas

Tabla 9. Indicadores de la Promotora Médica Las Américas

Indicadores	2009	2010	2011	
Estructura financiera				
Del balance pasivo sobre el activo	61,66%	58,97%	59,85%	
Del patrimonio sobre el activo	38,34%	41,03%	40,15%	
Del costo sobre el ingreso operacional	72,50%	73,18%	74,02%	
Del gasto de administración sobre el ingreso operacional	16,43%	16,33%	16,51%	
Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	5,48%	4,72%	4,49%	
Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	9,56%	7,75%	7,50%	
Rentabilidad				
Rentabilidad sobre activos	3,90%	4,29%	3,94%	
Rentabilidad sobre patrimonio	10,17%	10,46%	9,81%	
Rentabilidad operativa	11,07%	10,49%	9,47%	
Rentabilidad bruta	27,50%	26,82%	25,98%	
Endeudamiento				
Endeudamiento	61,66%	58,97%	59,85%	
Apalancamiento	160,79%	143,73%	149,04%	
Actividad				
Rotación de cartera	110	123	122	
Rotación de proveedores	72	65	63	
Rotación de activo total	1,14	1,10	0,97	
Liquidez				
Razón corriente	1,13	1,64	1,47	
Prueba ácida	1,00	1,49	1,34	
Valor				
Utilidad operativa	\$ 18.494.031.000	\$ 19.012.173.000	\$ 18.170.646.000	
CIO	\$ 61.064.566.000	\$ 67.336.385.000	\$ 79.400.775.000	
KTNO	\$ 40.489.987.000	\$ 56.522.928.000	\$ 56.315.823.000	
ROIC		31,13%	26,98%	
Productividad del KTNO	24,23%	31,18%	29,35%	
Productividad del activo fijo	12,31%	5,96%	12,03%	
EBITDA	\$ 13.679.325.000	\$ 13.965.147.000	\$ 15.272.184.000	
	2009		tasa	wacc
TOTAL OBLIGACIONES FINANCIERAS	\$ 42.053.770.000	32,73%	32,73%	10,72%

Patrimonio operativo	\$ 86.417.204.000	67,27%	8,00%	5,38%
Total estructura financiera	\$ 128.470.974.000	100,00%		16,10%
	2010			
	\$ 42.975.146.000	31,54%	31,54%	9,95%
	\$ 93.274.392.000	68,46%	7,00%	4,79%
	\$ 136.249.538.000	100,00%		14,74%
	2011			
	\$ 60.194.672.000	35,51%	35,51%	12,61%
	\$ 109.324.159.000	64,49%	7,00%	4,51%
	\$ 169.518.831.000	100,00%		17,12%
VALOR ECONOMICO AGREGADO				
EVA histórico	2009	2010	2011	
Capital de trabajo operativo	\$ 64.871.750.000	\$ 80.357.984.000	\$ 81.253.035.000	
Menos: cuentas por pagar proveedores de bienes y servicios	\$ 31.733.132.000	\$ 31.208.689.000	\$ 32.226.982.000	
Capital de trabajo neto operativo	\$ 33.138.618.000	\$ 49.149.295.000	\$ 49.026.053.000	
Más : activos fijos de operación	\$ 53.278.586.000	\$ 44.125.097.000	\$ 60.298.106.000	
TOTAL ACTIVO NETO OPERATIVO	\$ 86.417.204.000	\$ 93.274.392.000	\$ 109.324.159.000	
UODI (Utilidad Operativa Después de Impuestos)	\$ 12.514.959.000	\$ 12.543.644.000	\$ 13.544.258.000	
Rentabilidad sobre el Capital Invertido (%ROIC)		14,52%	14,52%	
Menos. Costo de capital del ANdeO	16,10%	14,74%	17,12%	
Igual: ganancia económica		-1,58%	-0,22%	
EVA DE LA EMPRESA		-\$ 1.366.470.096	-\$ 205.092.897	
CREACIÓN DE VALOR			\$ 1.161.377.200	

Fuente: cuadro realizado por los autores.

7.5.3 Análisis Promotora Médica Las Américas

Entidad conformada por varias empresas pequeñas, en donde son accionistas mayoritarios, pero que prestan conjuntamente servicios de salud en su mayoría en la Clínica Las Américas, por ello en la clínica hay una empresa para radiología, otra para laboratorio,

medicamentos y manejo de UCIS. Pero al final consolidan los estados financieros como grupo empresarial. Por eso se puede analizar esa consolidación. Esta compañía posee una estructura financiera basada netamente en el crédito, pero ha buscado disminuirla; en el 2009 tenían el 61,66% de sus activos comprometidos por pasivos, y al 2011 a un 59,81%; no es una disminución muy alta pero es una tendencia que así sea baja es positiva, si bien los pasivos en cifras netas se incrementaron, los activos aumentaron en mayor proporción, esto quiere decir que los activos cada vez mas, así sea en una proporción muy pequeña, están apalancados en el patrimonio.

Al descomponer sus ingresos operacionales el 72,5%, en el 2009, se fue al costo directo de la prestación de servicios de salud, en el 2010 el 73,18% y en el 2011 el 74,02%, es un porcentaje que ha venido creciendo. Estos puntos pequeños, al cuantificarlos frente a los ingresos que en el 2009 llegaron a \$167.075 millones y cerraron en el 2011 en \$191.869 millones, son cifras que pasan los \$3.800 millones; los gastos de administración están casi en un mismo estado, el 16,43% en el 2009 para terminar en el 16,51% en el 2011, un incremento bajo; los ingresos no operacionales están en el orden de 5,48% en el 2009 llegando hasta el 4,49% en el 2011, y muestran una relativa estabilidad que se rompe al incluir en el análisis los gastos no operacionales, los cuales pasaron en el 2009 de 9,56% a 7,50% en el 2011. Esto justamente por su composición financiera basada en el crédito, ya que la mitad de los costos no operacionales corresponden a gastos financieros.

Al referirnos a la rentabilidad comenzamos con la de activos totales y se observa cómo la utilidad es el 3,90% de estos, llegando al 3,94% en el 2011; es una rentabilidad baja si vemos el nivel de activos que posee la compañía. En el caso de la rentabilidad del patrimonio presenta una leve disminución, pasando de 10,17% en el 2009 y terminando en

el 9,81% en el 2011. Originado un incremento en el patrimonio para los años 2010 y 2011, provenientes de las valorizaciones, prima en colocación de acciones y las reservas constituidas de las utilidades. Las rentabilidades operativas y brutas pueden analizarse en un solo concepto, ya que presentan una disminución paulatina durante los tres años, en el primer caso pasó de 11,07% en el 2009 hasta llegar al 9,47% en el 2011, y en la rentabilidad bruta comenzó en 27,50% en el 2009 llegando a 25,98% en el 2011; esa tendencia está originada en el no incremento proporcional de la utilidad operativa y bruta frente a los activos; llama la atención que a pesar de que la Promotora Médica Las Américas ha incrementado su utilidad de \$5.706 millones en el 2009 a \$7.759 millones de pesos en el 2011, presente una disminución en la rentabilidad operativa, de igual forma, una disminución en la rentabilidad bruta.

La rotación de cartera ha pasado de los 120 días en el 2009 hasta llegar a los 122 en el 2011, un incremento muy leve, pero una rotación poco favorable. En cuanto a la rotación de proveedores ha disminuido de 72 días en el 2009 a 63 días en el 2011, estas cifras implican un capital de trabajo para sostener un incremento en la rotación de cartera y una disminución en la rotación de proveedores

El endeudamiento de la compañía, como puede observarse en la composición financiera, ya que el pasivo financia cada vez menos el activo lo que se refleja en el indicador de apalancamiento, donde el patrimonio es mayor que los pasivos, incluyendo el porcentaje que corresponde a los accionistas.

La Promotora Médica Las Américas posee una liquidez superior a uno, en todos los años objeto de evaluación ha pasado de 1,13 veces en el 2009 a 1,47 en el 2011, y aún

cuando se hace el cálculo, descontando los inventarios, el indicador se mantiene superior a uno, lo que nos dice que la empresa posee activos corrientes para pagar sus pasivos a corto plazo. Al analizar los indicadores no tradicionales se encuentra una disminución del ROIC del 31,13% en el 2010 al 26,98% en el 2011, originado por una disminución en la utilidad operativa entre el 2010 y el 2011. En la productividad del KTNO presenta una fluctuación en los tres años comenzando en 24,23% en el 2009, pasando por 31,18% en el 2010 y terminando en 29,35% en el 2011; esta fluctuación se debe al comportamiento que de esta misma forma tiene la propiedad planta, equipo y los intangibles; esta misma tendencia la presenta la productividad en el activo fijo justamente por las mismas fluctuaciones.

En la generación de valor, la Promotora Médica Las Américas, ha venido teniendo un EVA negativo, no obstante ha venido disminuyendo, lo cual hace que genere valor de un año a otro, no porque el EVA sea positivo, sino por que pasó de un EVA \$1.366 millones negativos a \$205 millones también negativos. En realidad hay una generación de valor y de continuar la tendencia, en algún momento debe pasar a positivo, y de esta forma lograr que las inversiones de capital que los propietarios tienen en la empresa generen valor.

7.6 Comparación de la Clínica La Sagrada Familia con en el sector

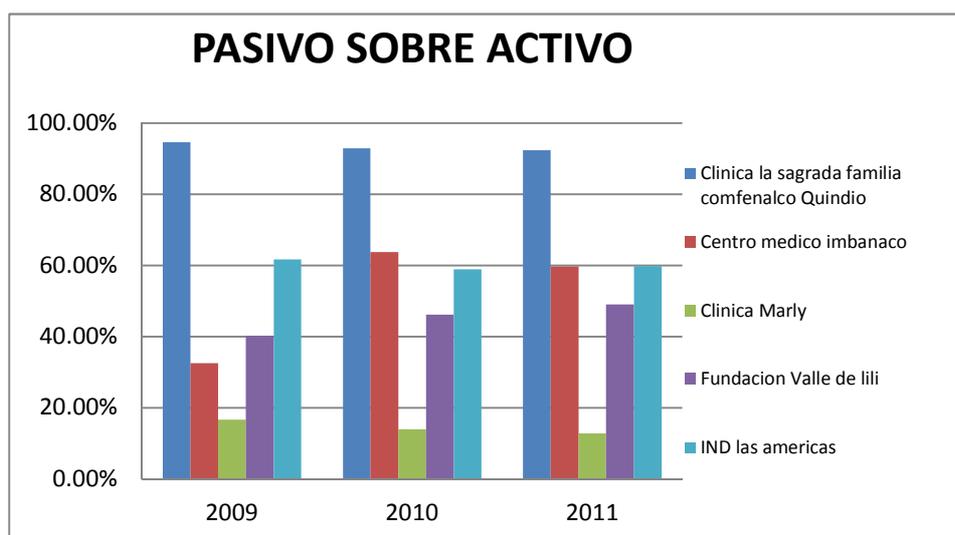
7.6.1 Resultado comparativo composición financiera

Tabla 10. Comparativo composición financiera IPS

COMPARATIVO COMPOSICIÓN FINANCIERA IPS			
Indicadores			
Del pasivo sobre el activo	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	94,58%	92,93%	92,42%
Centro Médico Imbanaco	32,63%	63,73%	59,74%
Clínica de Marly	16,69%	13,99%	12,79%
Fundación Valle Del Lili	40,33%	46,19%	49,10%
IND Las Américas	61,66%	58,97%	59,85%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 1. Pasivo sobre activo



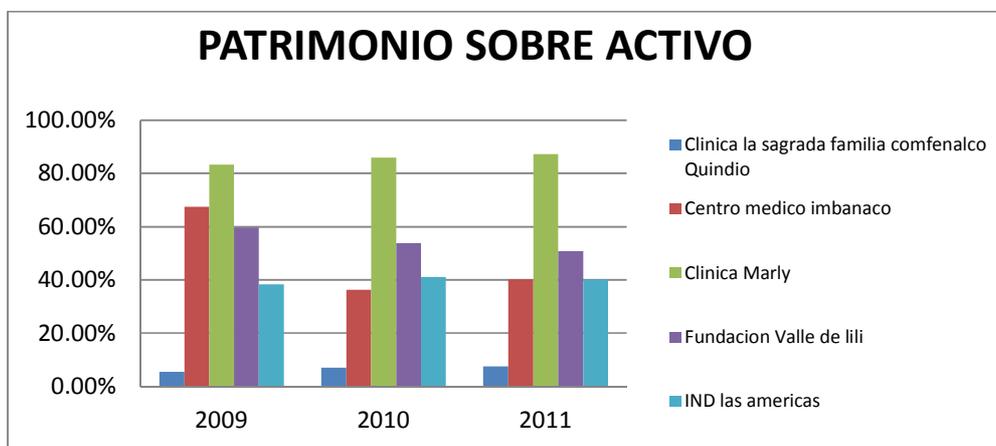
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 11. Patrimonio sobre activo

Del patrimonio sobre el activo	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	5,42%	7,07%	7,58%
Centro Médico Imbanaco	67,37%	36,27%	40,26%
Clínica de Marly	83,31%	86,01%	87,21%
Fundación Valle del Lili	59,67%	53,81%	50,90%
IND Las Américas	38,34%	41,03%	40,15%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 1. Patrimonio sobre activo



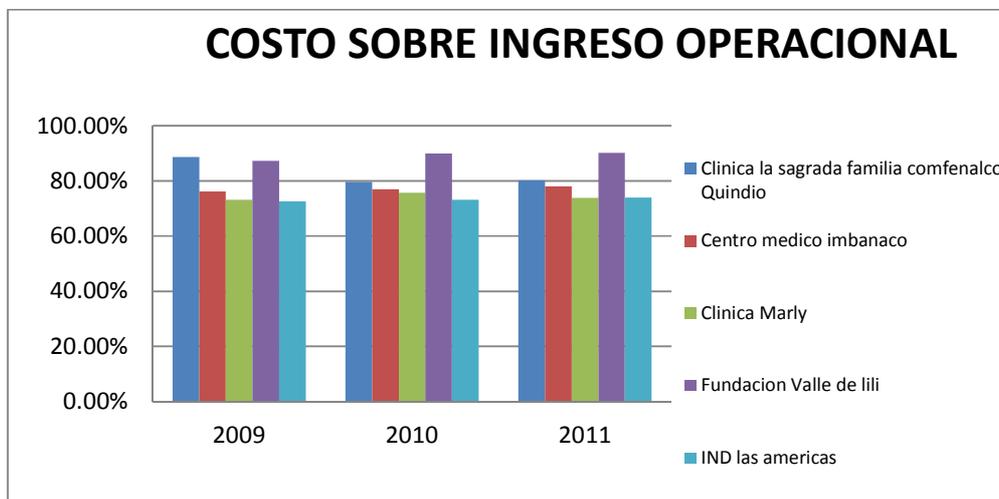
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 12. Costo sobre el ingreso operacional

Costo sobre el ingreso operacional	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	88,60%	79,68%	80,20%
Centro Médico Imbanaco	76,13%	77,08%	78,05%
Clínica de Marly	73,19%	75,75%	73,86%
Fundación Valle Del Lili	87,27%	89,97%	90,19%
IND Las Américas	72,50%	73,18%	74,02%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 2. Costo sobre ingreso operacional



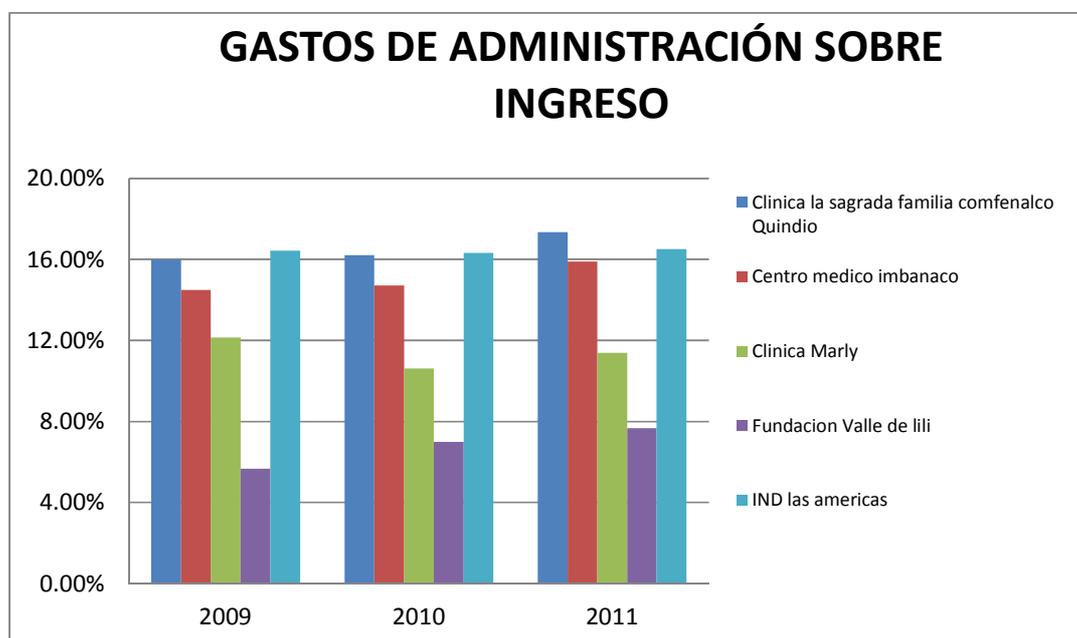
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 13. Gasto de administración sobre ingreso operacional

Gasto de administración sobre el ingreso operacional	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	16,00%	16,22%	17,36%
Centro Médico Imbanaco	14,50%	14,71%	15,89%
Clínica de Marly	12,15%	10,62%	11,38%
Fundación Valle Del Lili	5,66%	7,00%	7,68%
IND Las Américas	16,43%	16,33%	16,51%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 3. Gastos de administración sobre ingreso



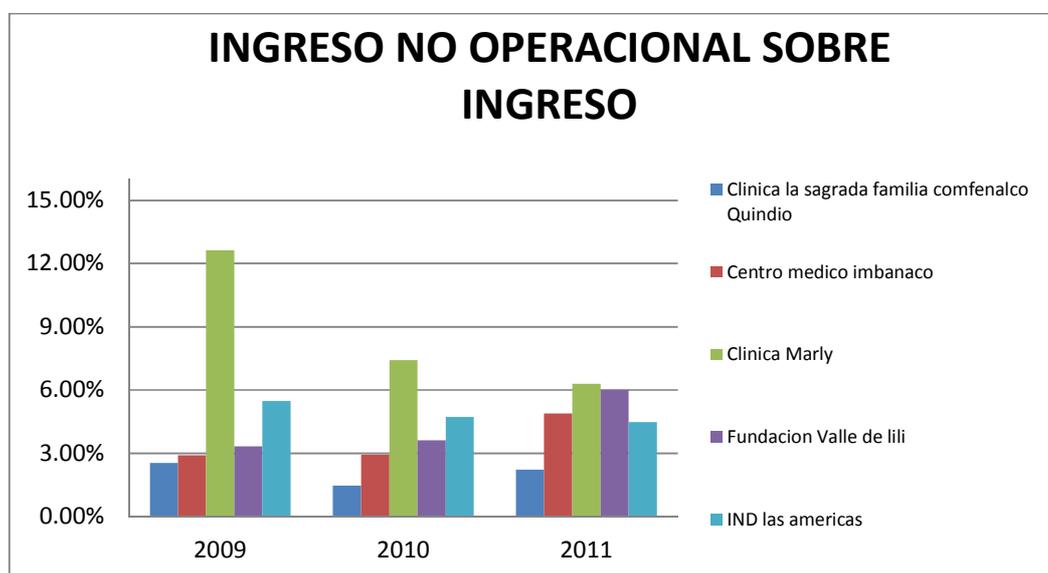
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 14. Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional

Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	2,53%	1,46%	2,22%
Centro Médico Imbanaco	2,91%	2,94%	4,88%
Clínica de Marly	12,62%	7,41%	6,30%
Fundación Valle Del Lili	3,34%	3,62%	6,00%
IND Las Américas	5,48%	4,72%	4,49%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 4. Ingreso no operacional sobre ingreso



Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 15. Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional

Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional	2009	2010	2011
Clínica la Sagrada Familia Comfenalco Quindío	4,00%	3,61%	4,43%
Centro Médico Imbanaco	5,09%	4,18%	4,19%
Clínica de Marly	3,61%	3,54%	3,10%
Fundación Valle Del Lili	6,00%	5,47%	6,93%
IND las Américas	9,56%	7,75%	7,50%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 5. Gasto no operacional sobre ingreso



Fuente: gráfico realizado por los autores.

7.6.1.1 Análisis comparativo composición financiera

Analizando el consolidado de las clínicas, la estructura financiera de las entidades objeto de estudio presentan diferencias sustanciales con relación a la Clínica La Sagrada

Familia, ya que la mayoría de estas entidades en el rango de tiempo estudiado, del año 2009 al 2011, no dejan que el 60% de su activo provenga del pasivo, de las deudas externas, tal es el caso de la Promotora Médica Las Américas en donde su activo, en el año 2009, provenía del pasivo en un 61,66% y fue disminuyendo hasta llegar a un 59,85%. Hay casos incluso donde el activo no tiene una relación muy alta con el pasivo, como el caso de la Clínica de Marly, donde en el 2009 sus deudas eran del 16,69% del activo, llegando en el 2011 inclusive al 12,79%. Este indicador no es muy bueno para esta clínica ya que si lo comparamos con las clínicas analizadas hay una diferencia casi de treinta y cuarenta puntos porcentuales, ya que la Clínica La Sagrada Familia tiene su activo comprometido con el pasivo en un 94,58 % en el 2009 hasta llegar a 94,42% en el 2011.

Lógicamente quiere decir que es una empresa demasiado endeudada, casi todo su activo se lo debe a externos, lo ideal sería al menos estar en el promedio cercano al 30% ya que hay entidades como la Clínica de Marly que tiene una estructura con pocas raíces en el pasivo, esto hace justamente que la participación del patrimonio en el activo, en el caso de la Clínica La Sagrada Familia sea casi inexistente, no llega ni siquiera a un 10% y en el comparativo de la mejor, que es la Clínica de Marly, el patrimonio tiene una participación hasta del 87,21% en el año 2011. Un factor preocupante con esta estructura es el endeudamiento que origina una participación de los intereses bastante alta en los gastos no operacionales. La participación del costo sobre el ingreso operacional, tanto en la Clínica La Sagrada Familia como en la Fundación Valle Del Lili son muy altos, inclusive la Fundación Valle Del Lili llega a un 90,19% en 2011 en la participación del costo directo del servicio sobre los ingresos. La Clínica La Sagrada Familia está entre el 86,60% en el 2009 quedando en el 80,20% en el 2011, la tendencia en la mayoría de instituciones como

Centro Médico Imbanco, Clínica de Marly y La Protora Medica Las Américas están entre un rango de 73,19% a un 78,5%. Estamos hablando de un rango promedio de 75% de los costos directos sobre los ingresos.

En este sentido, tanto la Clínica La Sagrada Familia como la Fundación Valle del Lili tienen una participación muy alta en los costos directos; es una diferencia de alrededor de unos doce puntos, que en estas cantidades de dinero es un valor muy significativo.

La participación de los gastos de administración sobre el ingreso operacional nos muestra la carga administrativa que cada clínica tiene, se puede observar en los comparativos de las clínicas que los gastos de administración están normalmente sobre el 12%, y tenemos como ejemplo la Fundación Valle Del Lili cuyos gastos de administración tienen solamente el 5,66% del 2009 y llegan al 7,68% en el 2011. Esto puede reflejarse en una distribución del gasto de administración en los costos directos como vimos anteriormente. La Clínica La Sagrada Familia está pasando del 16% en el 2009 al 17,36% en el 2011.

Hay entidades como la Clínica de Marly que tiene el 12,15% en el 2009 al 11,38% en el 2011; esto nos muestra que la Clínica La Sagrada Familia está por encima de todas las entidades anotadas, a excepción de la Pomotora Médica Las Américas; estas dos entidades son las únicas que pasan el umbral del 16%, y la Clínica La Sagrada Familia llega inclusive hasta el 17,36%; es un mal indicador que se deteriora si lo comparamos con los costos directos. La Clínica La Sagrada Familia es la entidad que más participación tiene de los costos directos y gastos de administración sobre los ingresos operacionales, lo que se traduce en una baja rentabilidad.

Miremos, por ejemplo, el caso de la Fundación Valle del Lili que a pesar de tener un costo directo muy alto el gasto de administración es muy bajo y se complementan; esto puede deberse a una política contable en la cual distribuyan los gastos generales en el costo directo mediante costeo ABC, o puede existir un manejo de centro de costos al detalle donde parte de los gastos de administración se hayan identificado, decidiendo cuáles van a la prestación directa del servicio o cuáles se incorporan como costo directo. Esto hace que el costo directo sea más alto en la participación del ingreso y en el gasto de administración no tenga tanto efecto. Si comparamos los ingresos no operacionales estos vienen por actividades de arrendamiento y descuentos, por pronto pago concebidos por los proveedores; la Clínica de Marly, en el 2009, tenía un indicador de 12,15 y terminó en 6,3% en el 2011, comprado frente al ingreso operacional. La Clínica La Sagrada Familia pasó del 2,53% en el 2009 al 2,22% en el 2011, que es una participación muy baja con respecto a las otras entidades; es la que menos participación tuvo, porcentualmente hablando.

El caso de la Clínica Fundación Valle Del Lili es interesante analizarlo, comenzó en el 2009 con 3,34% y llegó al 6% en el 2011 debido al manejo que tiene de sus parqueaderos, recuperaciones por actividades académicas en becas, donaciones y descuentos con proveedores; esto nos muestra una forma diferente de generar ingresos no operacionales. En la Promotora Médica Las Américas los descuentos de proveedores y los arrendamientos tienen una participación constante. En la Clínica de Marly la participación de los descuentos por pronto pago es más marcada que en las demás entidades objeto de estudio. Como observamos en el comparativo, en todas las entidades el indicador de ingresos no operacionales es mayor a 3%, y en el año 2011 sobrepasa el 4,5% con

excepción de la Clínica La Sagrada Familia que llega a un máximo de 2,53% para terminar, incluso, en un 2,22%. Un análisis adicional de este indicador sería que los ingresos no operacionales deberían ser inferiores a las utilidades o excedentes anuales, si por el contrario el excedente es inferior a los ingresos no operacionales nos mostraría que la actividad para la cual se creó no está produciendo, como se observa en la Clínica La Sagrada Familia para los años 2009 y 2011, para la Clínica Valle Del Lili y la Promotora Médica Las Américas en los años 2010 y 2011.

Los gastos no operacionales en todas las clínicas están compuestos en su mayoría por los descuentos que se pueden entregar por un pronto pago, descuento concedido a los clientes como una estrategia de mantener una liquidez que les permita cumplir con sus obligaciones. La Promotora Médica Las Américas es la empresa que mayor participación tiene en los gastos no operacionales: 9,56% en el 2009 y 7,50% en el 2011; en el Centro Médico Imbanaco y la Clínica Fundación Valle Del Lili la participación es superior al 5%; en el 2009 la Clínica La Sagrada Familia llegó al 4% para terminar en el 2011 con un 4,43%. En este comparativo la entidad que tiene mejor indicador es la Clínica de Marly que siempre estuvo rondando el 3% en todos los años; esto se explica en la disminución de descuentos por pronto pago a sus clientes gracias a la excelente liquidez que aparece cada año y que le permite no conceder descuentos y no incrementar sus gastos no operacionales.

7.6.2 Resultados comparativo indicadores de rentabilidad

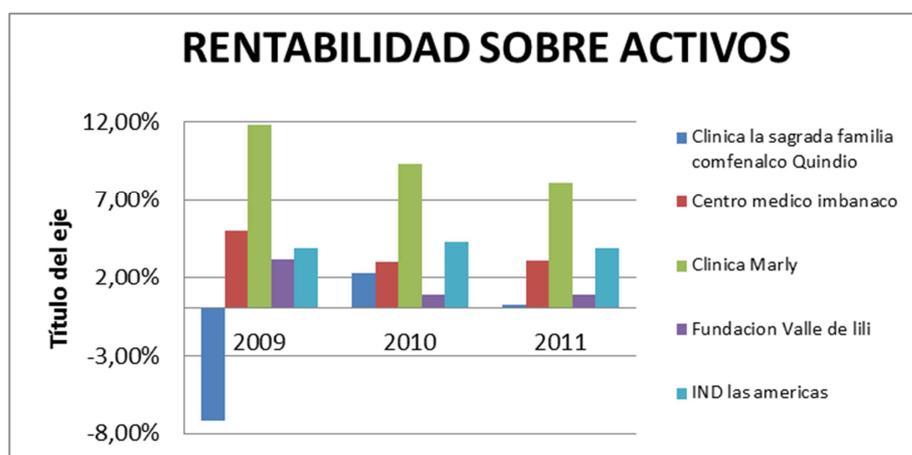
Tabla 16. Comparativo indicadores de rentabilidad IPS

COMPARATIVO INDICADORES DE RENTABILIDAD IPS			
Indicadores			

Rentabilidad sobre activos	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	-7,20%	2,33%	0,25%
Centro Médico Imbanaco	5,05%	2,99%	3,15%
Clínica de Marly	11,83%	9,32%	8,15%
Fundación Valle Del Lili	3,18%	0,84%	0,85%
IND Las Américas	3,90%	4,29%	3,94%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 6. Rentabilidad sobre activos



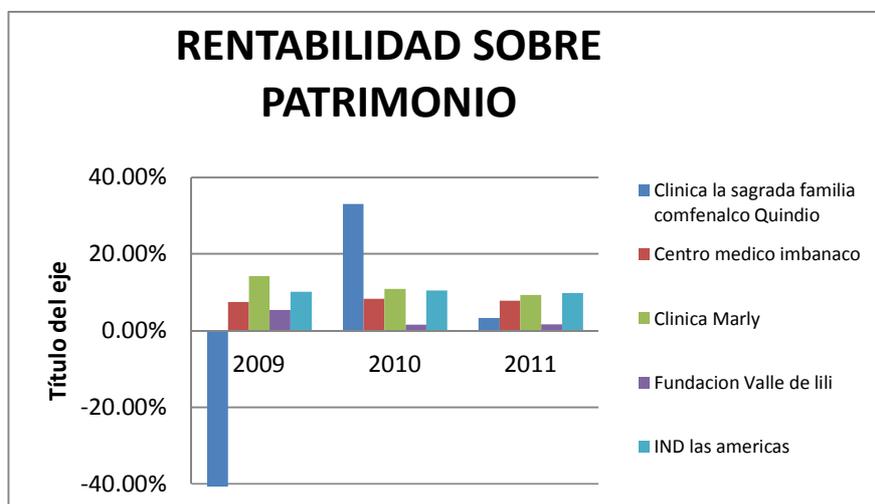
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 17. Rentabilidad sobre patrimonio

Rentabilidad sobre patrimonio	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	-132,87%	33,00%	3,32%
Centro Médico Imbanaco	7,50%	8,25%	7,82%
Clínica de Marly	14,20%	10,84%	9,35%
Fundación Valle Del Lili	5,34%	1,56%	1,66%
IND Las Américas	10,17%	10,46%	9,81%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 7. Rentabilidad sobre el patrimonio



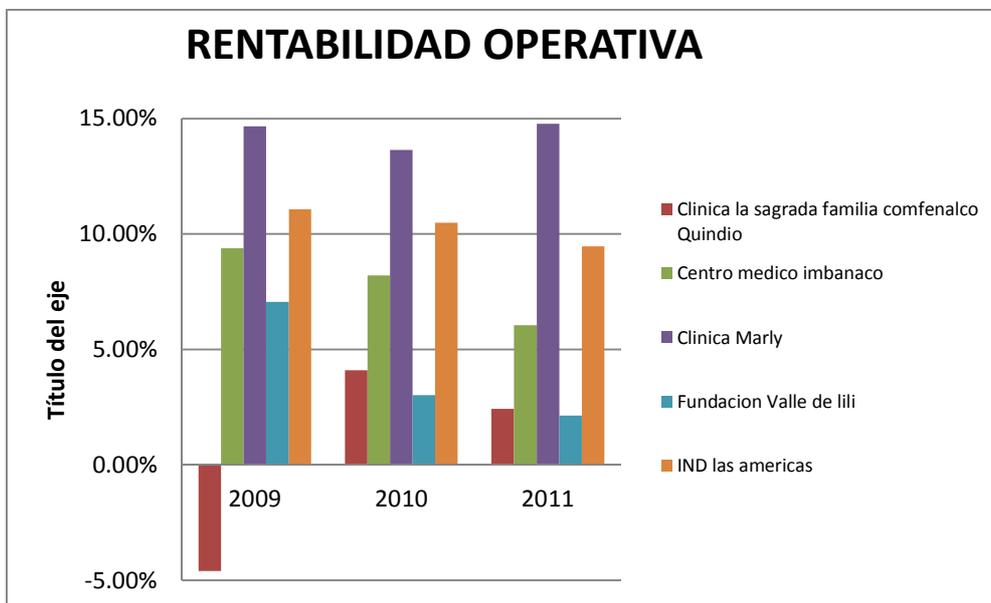
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 18. Rentabilidad operativa

Rentabilidad operativa	2009	2010	2011
Clinica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	-4,60%	4,10%	2,43%
Centro Médico Imbanaco	9,37%	8,20%	6,05%
Clínica de Marly	14,66%	13,63%	14,76%
Fundación Valle Del Lili	7,06%	3,03%	2,13%
IND Las Américas	11,07%	10,49%	9,47%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 8. Rentabilidad operativa



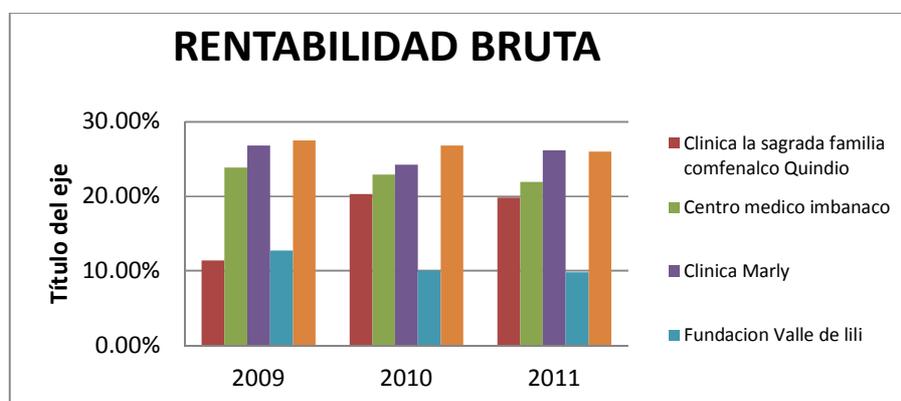
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 19. Rentabilidad bruta

Rentabilidad bruta	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	11,40%	20,32%	19,80%
Centro Médico Imbanaco	23,87%	22,92%	21,95%
Clínica de Marly	26,81%	24,25%	26,14%
Fundación Valle Del Lili	12,73%	10,03%	9,81%
IND Las Américas	27,50%	26,82%	25,98%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 9. Rentabilidad bruta



Fuente: gráfico realizado por los autores.

7.6.2.1 Análisis resultados indicadores de rentabilidad

La rentabilidad de los activos nos muestra cuánto se aprovecharon los activos fijos para generar utilidades o excedentes en la empresa; en este indicador los más bajos porcentajes están en la Clínica La Sagrada Familia, comenzando con un negativo en el 2009 de -7,20% y llegando al 0,25% en el 2011. En el otro extremo está la Clínica de Marly que tuvo en el 2009 un 11,83% y ha venido decreciendo llegando hasta el 8,15%, sin embargo, sigue siendo la entidad que más rentabilidad tiene sobre el valor de los activos.

Preocupa mucho la Fundación Valle Del Lili que venía de 3,18% en el 2009 y pasa al 0,85% en el 2011; al igual que el Centro Médico Imbanaco que está en el 5,05% en el 2009 y pasa al 3,15% en el 2011. Esto se debe, como vemos en sus balances, a que ellos han ido adquiriendo propiedad, planta y equipo lo cual ha hecho que el valor de sus activos crezca sustancialmente pero sus excedentes no crezcan al mismo ritmo y se mantengan

constantes o incluso disminuidos. Si tengo más activos pero no se ven reflejados en el excedente la rentabilidad sobre el activo tiende a bajar, esto se refleja dependiendo de dónde las empresas hayan obtenido los recursos para incrementar los activos fijos en la rentabilidad del patrimonio por que si no se obtuvieron los recursos del patrimonio y la rentabilidad se mantiene constante, la rentabilidad sobre el patrimonio no se va a afectar, por el contrario, se va a mejorar. Por esta razón, en el caso del Centro Médico Imbanaco, si bien la rentabilidad sobre el activo disminuyó, la rentabilidad del patrimonio no se vio afectada pues pasó del 7,50% en el 2009 y llegó al 7,82% en el 2011, seguramente las inversiones en activos no fueron a través del patrimonio, sino con recursos externos.

La Fundación Valle Del Lili pasó en la rentabilidad del patrimonio del 5,34% al 1,66%, en este caso hay un efecto grande justamente por el manejo de las inversiones en activos, ellos decidieron hacer un edificio nuevo para una Unidad de Cuidados Intensivos con recursos externos; su patrimonio prácticamente no se incrementó pues estos recursos externos generaron más gastos financieros, y si el incremento en ingresos no es proporcional el excedente disminuye y la rentabilidad del patrimonio se ve afectada, por esto la tendencia negativa del indicador. En la Clínica La Sagrada Familia ha venido mejorando esta rentabilidad, que estaba negativa a raíz de las pérdidas que tuvo en el 2009 que era de -7,32% para llegar al 3,3% positivo en el 2011, es una mejoría bastante buena debido a los excedentes que tuvo en el 2010 y en el 2011 con prácticamente el mismo patrimonio.

Para el cálculo de la rentabilidad operativa se incluyen gastos de administración; vemos como la Clínica de Marly y la Promotora Médica Las Américas tienen una rentabilidad operativa muy buena en el 2009 (14,66%) llegando al 14,76% casi constante, y del 11,07% bajando un poco al 9,47% en el 2011 respectivamente, les sigue el Centro

Médico Imbanaco que tiene una rentabilidad del 9,37% en el 2009 bajando al 6,05%, una disminución de más de tres puntos porcentuales, y luego la Fundación Valle Del Lili que ha deteriorado bastante este indicador del 7,06% al 2,13% en el 2011, la Clínica La Sagrada Familia ha presentado un leve incremento debido a fluctuaciones porque estaba negativa -4,06% en el 2009, en el 2010 4,1% y bajó al 2,43% en el 2011. Esto indica que tanto en la Fundación Valle Del Lili y la Clínica La Sagrada Familia hay que hacer un trabajo para mejorar la rentabilidad operativa en ocho o nueve puntos porcentuales, ya sea mejorando el nivel de ingreso operacional sin afectar el costo directo ni los gastos generales y disminuir los costos directos o los gastos generales con un mismo nivel de ingresos operacionales.

En cuanto al comparativo de la rentabilidad bruta que se produce al restar de los ingresos operacionales los costos directos del servicio para poder obtener después una rentabilidad operativa observamos como la Promotora Médica Las Américas y la Clínica de Marly tienen una rentabilidad bruta alta, la Promotora Médica Las Américas pasó del 27,5% en el 2009 al 25,98% en el 2011, siempre estando cercana al 26%; y la Clínica de Marly del 26,81% en el 2009 al 26,14% en el 2011 teniendo una rentabilidad sobre el 26% también. La Clínica La Sagrada Familia fue del 11,4% y llegó 20,32% en el 2010, que ha sido lo máximo, y 19,8% en el 2011 dejándole en una cifra cercana al 20%. Más preocupantes resultan los indicadores de la Fundación Valle Del Lili que han estado del 2009 en 12,73% y en el 2010 de 10,03% para terminar en el 9,81% para el 2011. Es una rentabilidad muy baja sobre los ingresos operacionales si se compara con las primeras dos instituciones que presentan rentabilidades brutas cercanas al 26%, mas si tenemos en cuenta que de esta rentabilidad luego se pagan los gastos de administración y los gastos no operacionales.

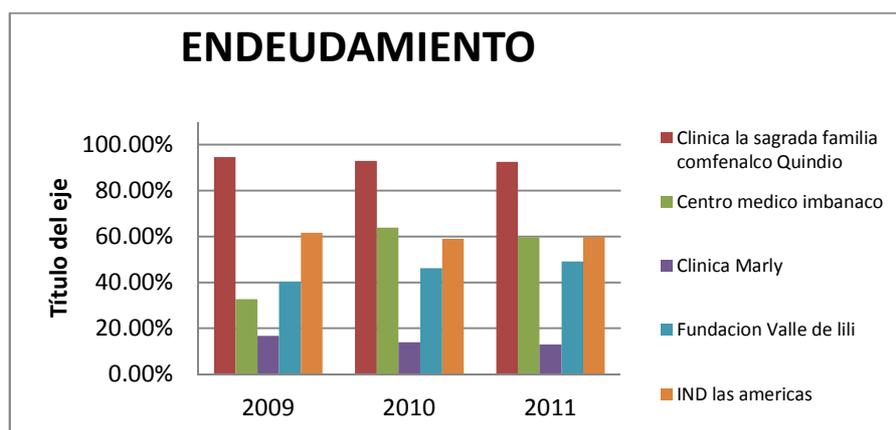
7.6.3 Resultados análisis indicadores de endeudamiento

Tabla 20. Comparativo indicadores de endeudamiento

COMPARATIVO INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO IPS			
Indicadores			
Endeudamiento	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	94,58%	92,93%	92,42%
Centro Médico Imbanaco	32,63%	63,73%	59,74%
Clínica de Marly	16,69%	13,99%	12,79%
Fundación Valle Del Lili	40,33%	46,19%	49,10%
IND Las Américas	61,66%	58,97%	59,85%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 10. Endeudamiento



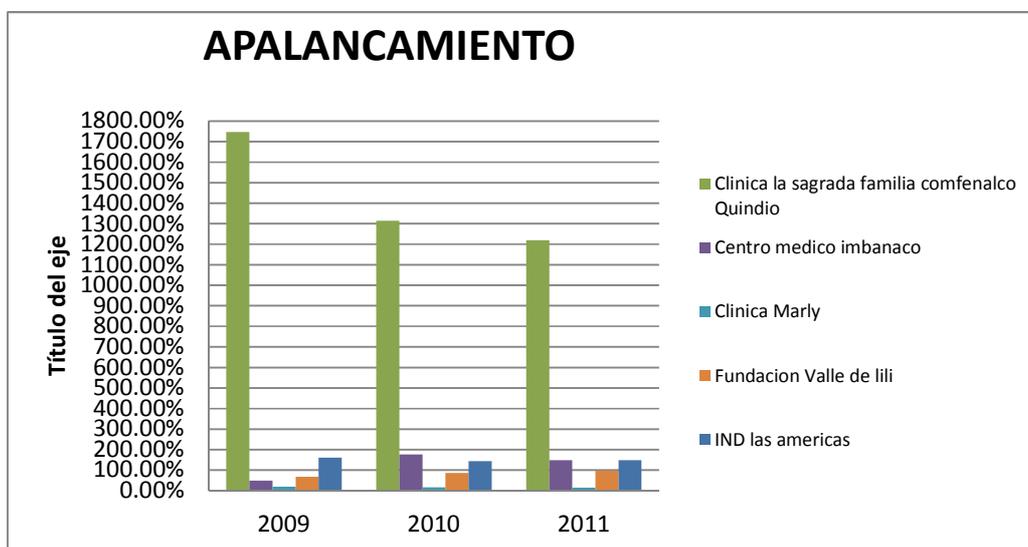
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 21. Apalancamiento

Apalancamiento	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	1745,98%	1313,83%	1219,09%
Centro Médico Imbanaco	48,43%	175,72%	148,37%
Clínica de Marly	20,04%	16,27%	14,66%
Fundación Valle Del Lili	67,58%	85,83%	96,45%
IND Las Américas	160,79%	143,73%	149,04%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 11. Apalancamiento



Fuente: gráfico realizado por los autores.

7.6.3.1 Análisis de resultados. Indicadores de endeudamiento

El endeudamiento de la Clínica La Sagrada Familia es superior siempre al 90%; en el 2009 estaba en el 94,58% y terminó en el 92,42% en el 2011, indica esto que todos sus activos provienen de los proveedores, créditos externos y las deudas, que en este caso el programa tiene con la Caja de Compensación Familiar, pero tenemos entidades como la Clínica de Marly donde el endeudamiento pasó del 16,69% en el 2009 hasta el 12,79% en el 2011; es una participación del endeudamiento baja pues posee deudas con algunos de sus proveedores. Estos dos son casos extremos dentro del sector de las IPS. La Clínica de Marly tiene años de reconocimiento, la Clínica La Sagrada Familia lleva solamente tres años operando y su andamiaje fue creado a partir de deudas.

Las otras IPS estudiadas poseen un indicador entre el 60 y 40%, así: Promotora Médica Las Américas comenzó en 62,66% para el 2009 y terminó en 59,85% en el 2011; el Centro Médico Imbanaco comenzó con 32,63% y terminó con el 74% en el 2011, debido a la adquisición de deudas para incrementar su activo fijo; en un nivel cercano se encuentra la Fundación Valle Del Lili que pasó del 40,33% en el 2009 al 49,10% en el 2011, a raíz de la financiación externa que adquirió para realizar obras de activo fijo.

Llama la atención cómo las entidades al adquirir más activos asumen que van a realizar más ventas de servicios y por lo tanto van a obtener mayor rentabilidad; esta hipótesis conduce a errores financieros, ya que en el sector de la salud el tener más activos fijos implica hacer más erogaciones y por tanto incrementar el costo fijo de cada institución.

Las inversiones en activos fijos están supeditadas al buen comportamiento de la cartera, ya que si la empresa necesita más dinero para invertir en activos y la rotación de la cartera no disminuye, sino que por el contrario crece, se traduce en mayor inversión en capital de trabajo que genera problemas de liquidez, que a la postre ocasiona dificultades de rentabilidad a través del incremento de costos directos y gastos no operacionales por intereses.

El apalancamiento de estas entidades comparando patrimonio con pasivo se puede dividir en dos grupos: las que tienen un patrimonio superior a los pasivos como el Centro Médico Imbanaco, la Clínica de Marly y la Fundación Valle Del Lili que presentan un indicador menor a 100%, y las que el pasivo supera el patrimonio como la Promotora Médica Las Américas y la Clínica La Sagrada Familia con indicadores bastante preocupantes superiores al 140% en la Promotora Médica Las Américas y llegando a más de 1.745% para el caso de La Sagrada Familia.

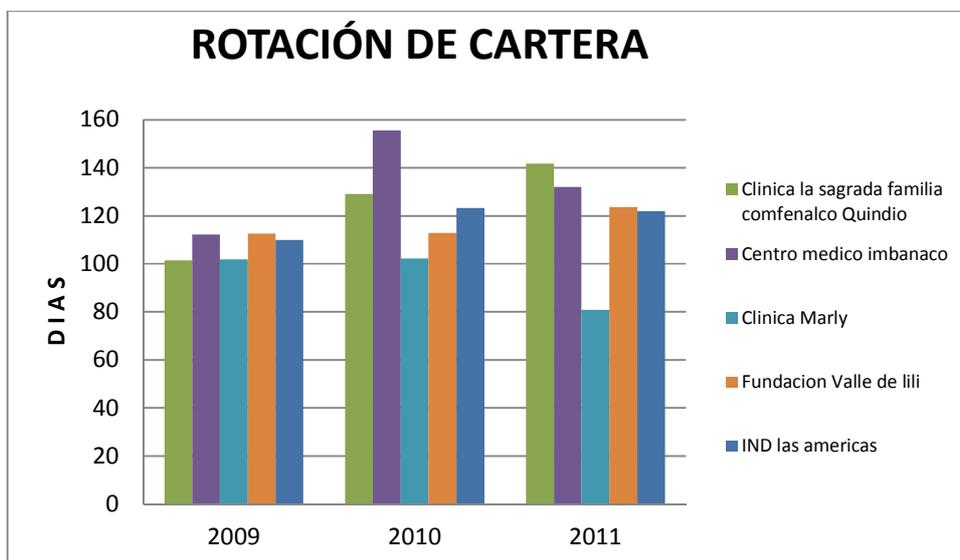
7.6.4 Resultados comparativo indicadores de actividad

Tabla 22. Comparativo indicadores de actividad IPS

COMPARATIVO INDICADORES DE ACTIVIDAD IPS			
Indicadores			
Rotación de cartera	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	101	129	142
Centro Médico Imbanaco	112	156	132
Clínica de Marly	102	102	81
Fundación Valle Del Lili	113	113	124
IND Las Américas	110	123	122

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 12. Rotación de cartera



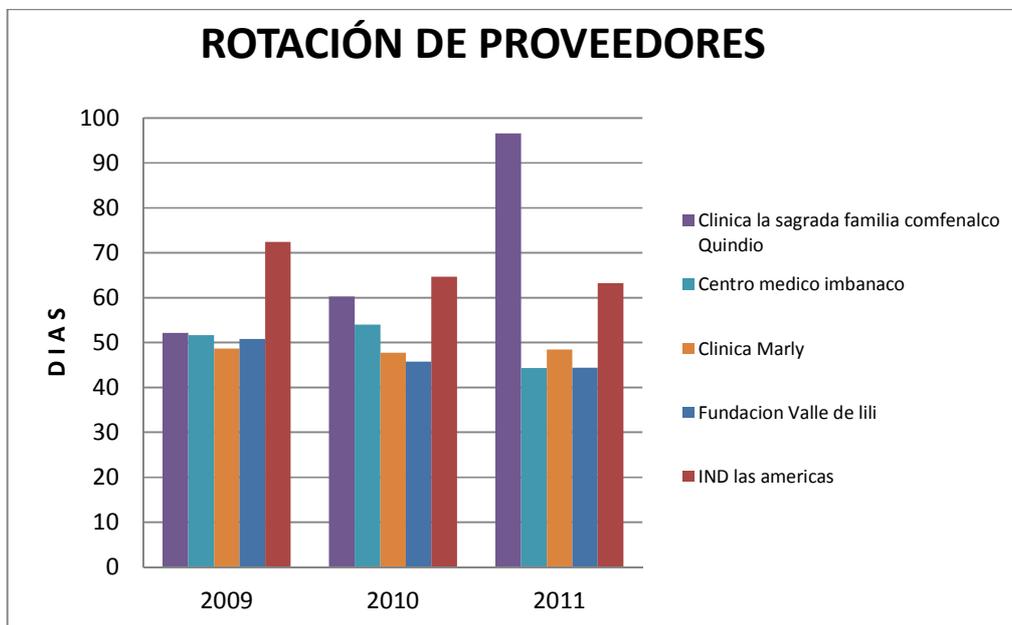
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 23. Rotación de proveedores

Rotación de proveedores	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	52	60	97
Centro Médico Imbanaco	52	54	44
Clínica de Marly	49	48	48
Fundación Valle Del Lili	51	46	44
IND Las Américas	72	65	63

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 13. Rotación de proveedores



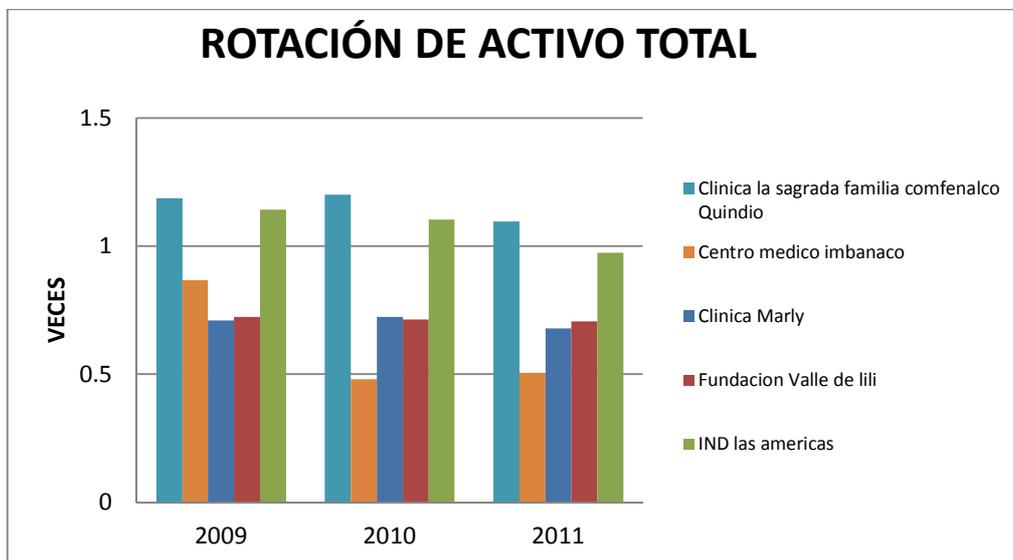
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 24. Rotación de activo total

Rotación de activo total	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	1,19	1,20	1,10
Centro Médico Imbanaco	0,87	0,48	0,50
Clínica de Marly	0,71	0,72	0,68
Fundación Valle Del Lili	0,72	0,71	0,71
IND Las Américas	1,14	1,10	0,97

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 14. Rotación de activo total



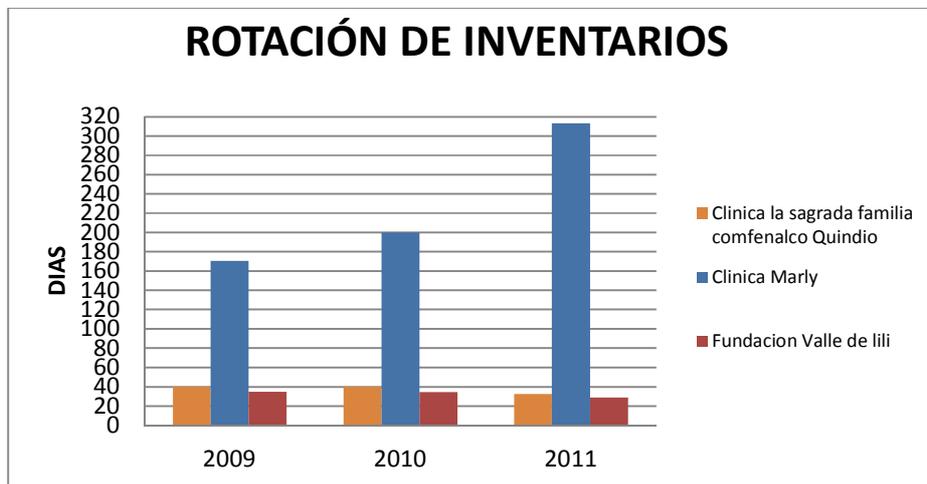
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 25. Rotación de inventarios

	2009	2010	2011
Rotación de inventarios			
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	40	40	32
Clínica de Marly	171	200	313
Fundación Valle Del Lili	35	34	29

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 15. Rotación de inventarios



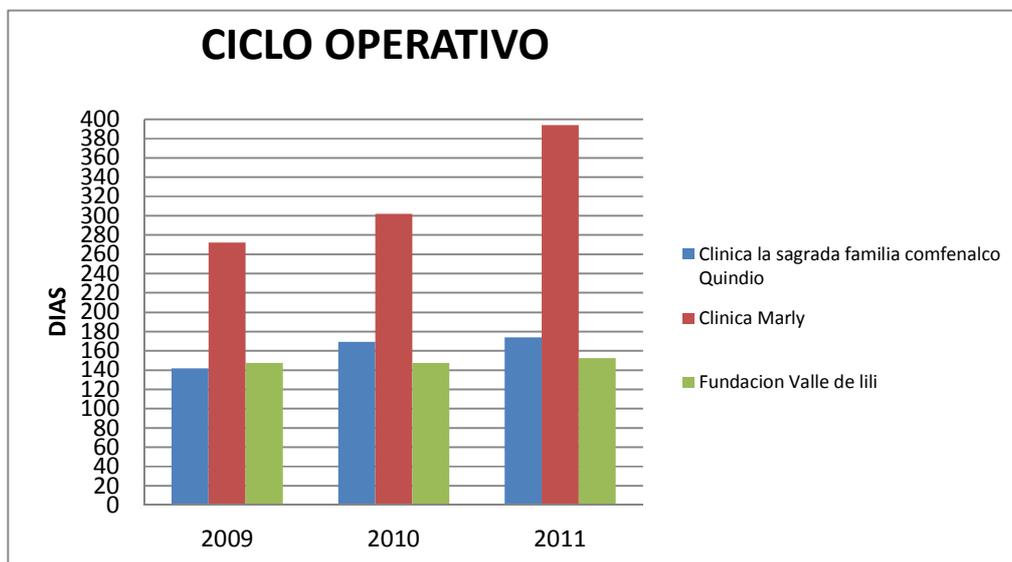
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 26. Ciclo operativo

	2009	2010	2011
Ciclo operativo			
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco- Quindío	142	169	174
Clínica de Marly	272	302	394
Fundación Valle Del Lili	147	147	153

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 16. Ciclo operativo



Fuente: gráfico realizado por los autores.

7.6.4.1 Análisis resultados indicadores de actividad

La rotación de cartera en todas las empresas o se ha mantenido cercana a los cien días o está superior a ellos. La Clínica La Sagrada Familia en el 2009 tiene 101 días llegando hasta 142 días en la rotación de cartera. Son casi cinco meses para que le paguen la cartera radicada. El Centro Médico Imbanaco llegó a 156 días en el 2010 y quedó en 132 en el 2011. La Clínica de Marly ha sido la única que ha disminuido esta rotación de cartera, puede estar influenciada por el incremento en gastos no operacionales, por descuentos, por pronto pago a sus clientes. Pasó de 102 días en el 2009 a 82 días en el 2011, este es el único caso analizado de disminución de rotación de cartera, todas las demás, como la Fundación Valle Del Lili, que pasó de 113 en el 2009 a 124 en el 2011, la Promotora Médica Las Américas, que pasó de 110 días en el 2009 a 121 en el 2011, en donde el indicador de

rotación de carteras creció a excepción de la Clínica de Marly. Se detallan los casos del Centro Médico Imbanaco y la Fundación Valle Del Lili que están haciendo inversiones para prestar más servicios. La rotación de cartera tiene una tendencia a incrementarse, lo que necesariamente se traduce en la necesidad de más recursos en el capital de trabajo, por lo que debe no solamente pagar el crédito que adquirió sino también buscar recursos de capital de trabajo para poder operar, de no ser así presentaría activos improductivos.

La rotación de proveedores se ha mantenido relativamente estable, cercano a los cuarenta días en el sector económico de las IPS que estamos analizando. La Clínica La Sagrada Familia pasó de 52 días en el 2009 a 97 días en el 2011, esto también debido a que si la rotación de cartera aumenta no hay recursos para pagar a sus proveedores y debe pedir más plazo a esos proveedores para generar los pagos. El Centro Médico Imbanaco ha disminuido esta rotación de proveedores de 52 días en el 2009 a 47 en el 2011; la Promotora Médica Las Américas también ha disminuido pasando de 72 días en el 2009 a 63 días en el 2011; la Fundación Valle Del Lili también lo disminuyó de 51 días en el 2009 a 44 días en el 2011 y la Clínica de Marly sí se ha mantenido constante durante los tres años.

Aquí también se acentúa el problema del Centro Médico Imbanaco y la Fundación Valle Del Lili, que como se observa disminuyeron la rotación de proveedores, lo que nos muestra un pago más oportuno, más o menos en quince días. Al sumar esta variable a este análisis tenemos que están recaudando dinero más tarde y al mismo tiempo realizaron inversiones en activo fijo, esto origina que el problema de iliquidez acentúe porque se necesitan más recursos para soportar la cartera y para cumplirle a los proveedores más rápido, debido a los desembolsos que genera poner en marcha un activo fijo productivo en

nomina e insumos y el credito que se presta a los clinetnes por los servicios que se presten en las nuevas instalaeciones, generando necesariamente un problema de iliquidez.

La rotación del activo total ha sido una rotación casi constante en las empresas analizadas, a excepción del Centro Médico Imbanaco que pasó del 0,87 al 0,50 veces el valor de los activos. La Fundación Valle Del Lili, pasó del 0,73 en el 2009 a 0,71 en el 2011, es un indicador muy similar para el Centro Médico Imbanaco, la Clínica de Marly y la Fundación Valle Del Lili en los tres años; el caso es similar también para la Clínica La Sagrada Familia y la Promotora Médica Las Américas en los tres años.

Se observan también dos tendencias: las empresas que logran generar en ingresos un valor superior a sus activos como La Promotara Medica Las Américas y la Clínica La Sagrada Familia; la segunda tendencia, marcada en las demás instituciones, en donde en un año no generan en ingresos el valor de sus activos, esto nos puede mostrar que no necesariamente crecer en activos es sinónimo de crecimiento en ingresos.

En cuanto a la rotación de inventarios no en todas las entidades se pudo hacer el comparativo, debido a que no presentan discriminado el costo directo, el costo del inventario. Las que presentaron la información completa fueron: la Clínica La Sagrada Familia, la Clínica de Marly y la Fundación Valle Del Lili, las cuales presentan una tendencia creciente en número de días poco lógica: la Clínica de Marly pasa de 171 días en el 2009 a 313 días en el 2011, esto quiere decir que cada vez que compran un medicamento o un insumo lo vienen a utilizar a los 300 días, no es lógico y es preocupante ya que la rotación debería de ser cada vez menor, inclusive en un sector como la salud, donde normalmente la medicación presenta una buena rotación. Estos resultados son muy

distantes comparados con los de la Clínica La Sagrada Familia quien presenta un indicador de 40 días en el 2009 y 32 días en el 2011 y la Fundación Valle Del Lili que tiene 35 días en el 2009 a 29 días en el 2011.

Consideramos que las clínicas al interior deben tener una rotacion cercana a los quince días ya que los pedidos se hacen generalmente cada semana y los laboratorios normalmente poseen existencias suficientes para responder pronta y oportunamente a las necesidades de las entidades, para esto se debe hacer una mejor negociación con los proveedores para que la rotación de inventarios sea más rápida y esto ayude al capital de trabajo, ya que entre más días de rotación de inventario tengan, mayor capital de trabajo se va a necesitar debido a que la institucion tendrá unos insumos improductivos que se deben pagar; debido a este indicador el ciclo operativo se eleva para la Clínica de Marly que pasó de 272 días en el 2009 a 394 días en el 2011, en cambio las demás se mantuvieron entre 142 como la Clínica La Sagrada Familia en el 2009 a 174 en el 2011. La Fundación Valle Del Lili 147 días en el 2009 a 153 en el 2011. Al hacer la comparacion entre las clínicas, vemos que el sector se mantiene en una cifra cercana a 150 días, que es un ciclo muy alto y que está influenciado especialmente por la cartera. Son ciclos que no deberían estar pasando maximo de 60 días. Esto muestra lo debilitado que se encuentra el sector y los problemas que tiene de liquidez.

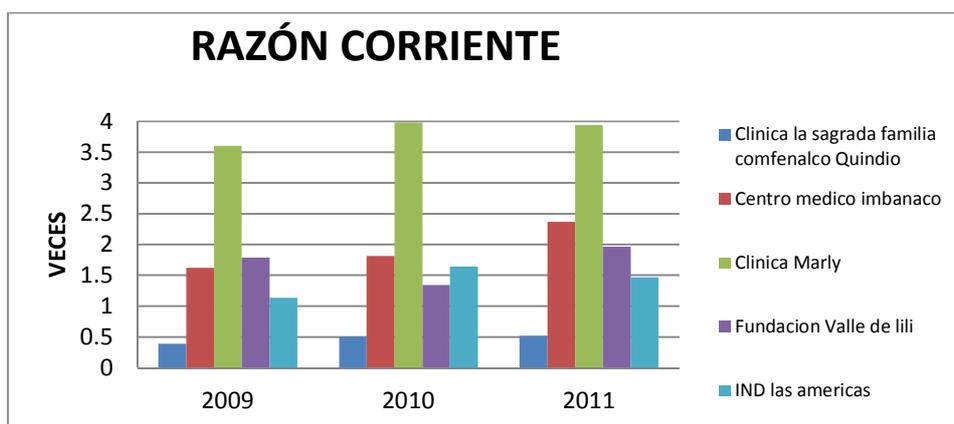
7.6.5 Resultados comparativos indicadores de liquidez

Tabla 27. Comparativo indicadores de liquidez

COMPARATIVO INDICADORES DE LIQUIDEZ IPS			
Indicadores			
Razón corriente	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	0,39	0,50	0,52
Centro Médico Imbanaco	1,62	1,81	2,37
Clínica de Marly	3,61	3,98	3,94
Fundación Valle Del Lili	1,79	1,35	1,97
IND Las Américas	1,13	1,64	1,47

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 17. Razón corriente



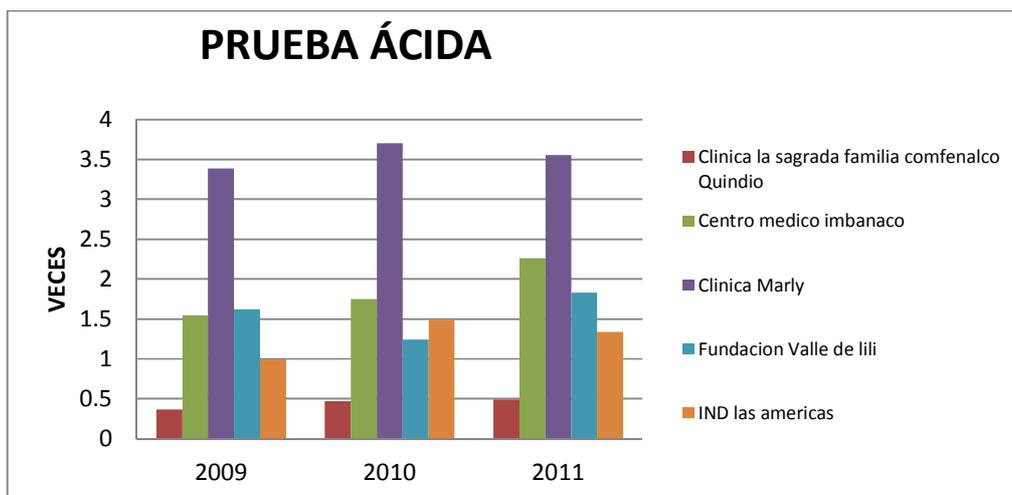
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 28. Prueba ácida

Prueba ácida	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	0,36	0,47	0,49
Centro Médico Imbanaco	1,55	1,75	2,26
Clínica de Marly	3,39	3,70	3,56
Fundación Valle Del Lili	1,62	1,24	1,83
IND Las Américas	1,00	1,49	1,34

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 18. Pueba ácida



Fuente: gráfico realizado por los autores.

7.6.5.1 *Análisis resultados indicadores de liquidez*

La iliquidez es común denominador en casi todas las IPS analizadas, a excepción de la Clínica de Marly que posee incluso en sus balances inversiones de alta liquidez como los CDT, los encargos fiduciarios y las TES, debido a los excedentes de tesorería que le originan una alta liquidez. Llama la atención que justamente ésta sea la entidad que tenga más liquidez y a su vez, la que más descuentos por pronto pago concede a sus clientes, afectando gastos no operacionales; sin duda se debe a una política de negociación con las entidades para que les paguen más rápido. Si bien le generan este gasto no operacional, a la larga le generan mayor liquidez y se ve reflejado incluso en la prueba ácida, su razón corriente pasó en el 2009 de 3,61 veces a 3,94 veces en el 2011, lo que quiere decir que pueden pagar tranquilamente sus pasivos corrientes ya que tiene casi cuatro veces en activos corrientes lo que tienen en deudas corrientes. En la prueba ácida pasaron del 3,39 veces en el 2009 al 3,56 veces en el 2011 que a pesar de la rotación en inventarios sigue siendo un indicador muy bueno para el sector.

En otro grupo están: el Centro Médico Imbanaco, la Promotora Médica Las Américas y la Fundación Valle Del Lili, quienes en la razón corriente como en la prueba ácida tuvieron resultados mayores a 1, lo que quiere decir que tienen con qué pagar sus deudas corrientes siempre y cuando realicen oportunamente el recaudo de cartera, este resultado del indicador podríamos tomarlo como lo normal en el sector de las IPS; en el otro extremo de este grupo está la Clínica La Sagrada Familia que tiene un indicador inferior a 1, comenzando en el 2009 con una razón corriente de 0,39 veces y terminando en el 2011 con 0,52 veces; al aplicar la prueba ácida en el 2009 tena 0,36 veces y en el 2011 0,49 veces, lo que nos muestra que en el corto plazo no tiene cómo pagar sus pasivos

corrientes. Este indicador se ve afectado por las cuentas por pagar que la Clínica La Sagrada Familia tiene con la Caja de Compensación catalogadas como corrientes, sin hacer abonos a capital, generando un interés mensual. Esta deuda en realidad es un capital invertido en el proyecto que debería estar en el patrimonio y que si en algún momento se hiciera la exigencia de pagar esa deuda total en el corto plazo no existiría dinero con que hacerlo.

7.6.6 Resultados comparativos indicadores de valor

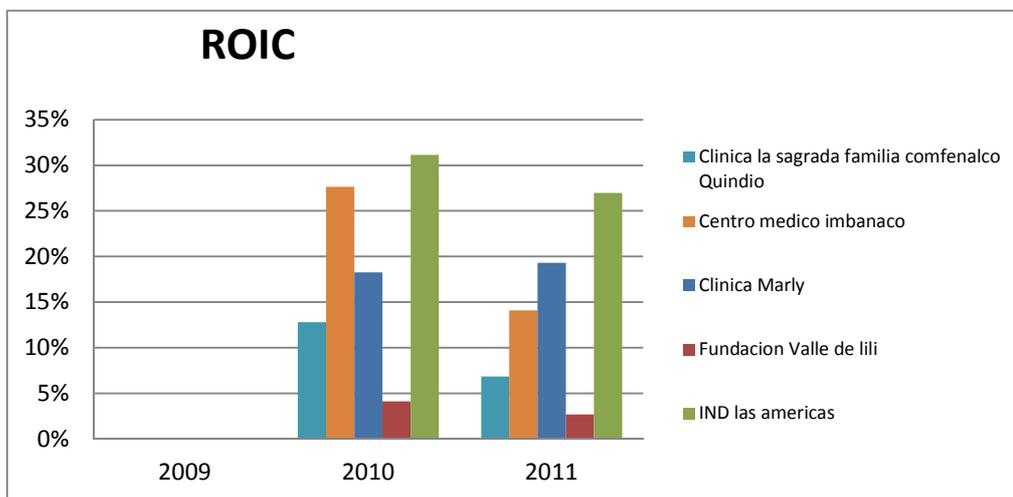
Tabla 29. ROIC

ROIC	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	0,00%	12,79%	6,86%
Centro Médico Imbanaco	0,00%	27,62%	14,09%
Clínica de Marly	0,00%	18,29%	19,31%
Fundación Valle Del Lili	0,00%	4,15%	2,70%
IND Las Américas	0,00%	31,13%	26,98%

Fuente:

tabla realizada por los autores.

Gráfico 19. ROIC



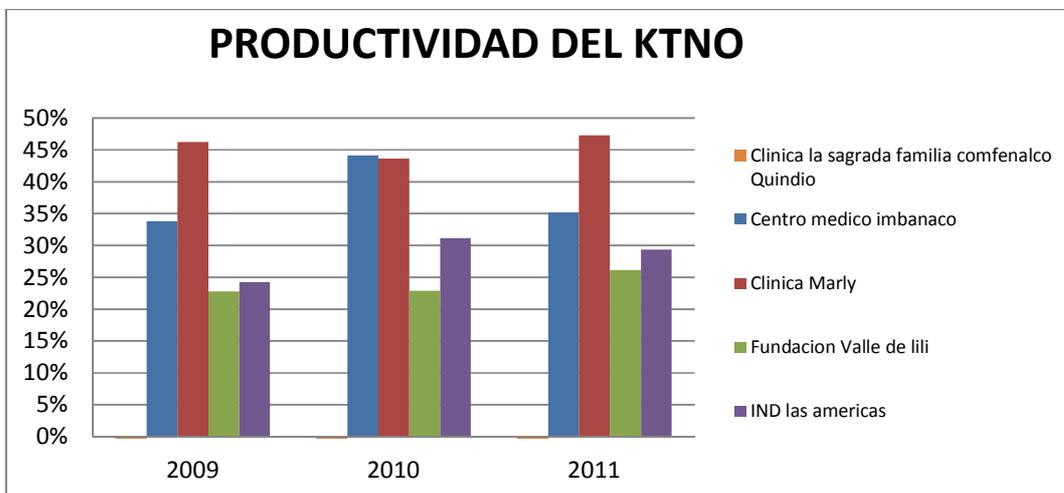
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 30. Productividad KTNO

Productividad del KTNO	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	-6,55%	-4,33%	-3,49%
Centro Médico Imbanaco	33,78%	44,14%	35,14%
Clínica de Marly	46,23%	43,62%	47,31%
Fundación Valle Del Lili	22,76%	22,93%	26,13%
IND Las Américas	24,23%	31,18%	29,35%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 20. Productividad del KTNO



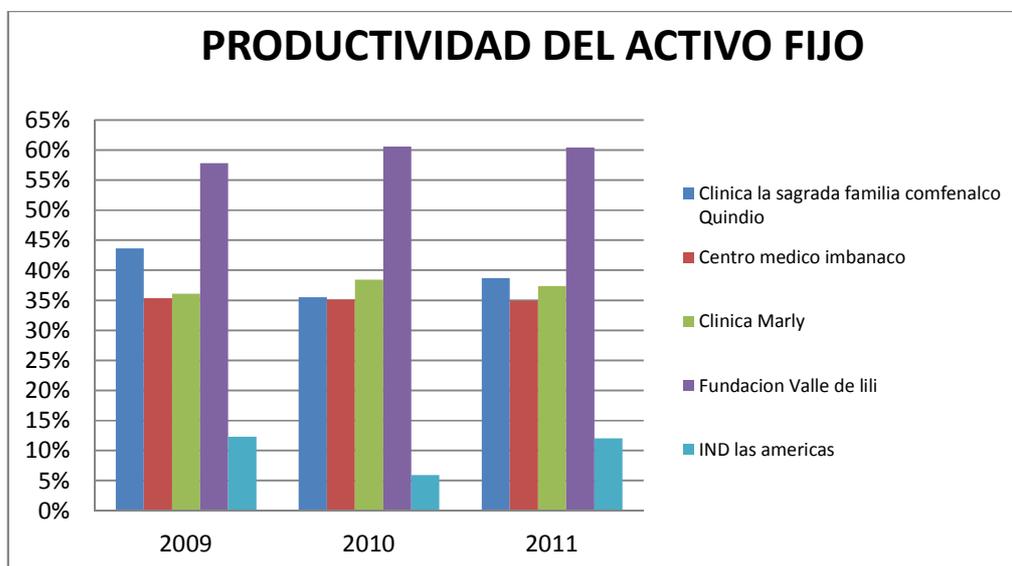
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 31. Productividad del activo fijo

Productividad del activo fijo	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	43,65%	35,54%	38,72%
Centro Médico Imbanaco	35,38%	35,14%	34,92%
Clínica de Marly	36,10%	38,47%	37,39%
Fundación Valle Del Lili	57,87%	60,60%	60,43%
IND Las Américas	12,31%	5,96%	12,03%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 21. Productividad del activo fijo



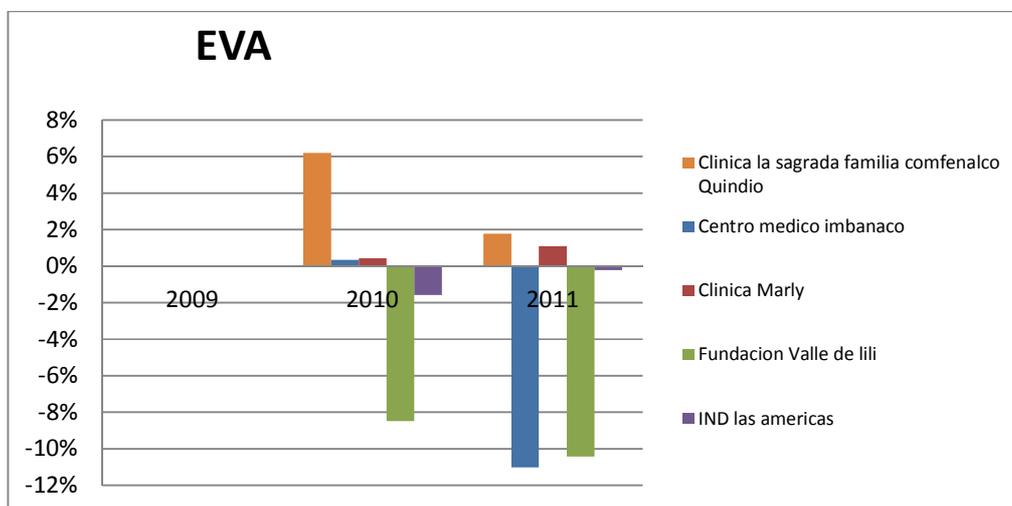
Fuente: gráfico realizado por los autores.

Tabla 32. EVA

EVA	2009	2010	2011
Clínica La Sagrada Familia Comfenalco-Quindío	0,00%	6,18%	1,78%
Centro Médico Imbanaco	0,00%	0,33%	-11,01%
Clínica de Marly	0,00%	0,42%	1,09%
Fundación Valle Del Lili	0,00%	-8,48%	-10,43%
IND Las Américas	0,00%	-1,58%	-0,22%

Fuente: tabla realizada por los autores.

Gráfico 22. EVA



Fuente: gráfico realizado por los autores.

7.6.6.1 Análisis de resultados de los indicadores de valor

Los indicadores de valor son los más importantes para cualquier entidad, toda vez que nos muestran si realmente la empresa está creciendo o no en valores absolutos, y si realmente la inversión que realizaron los accionistas va creciendo, va mejorando de año en año o si por el contrario deberían tener su inversión en otro tipo de actividad. Las cifras absolutas de utilidad operativa, CIO y KTNO, varían de acuerdo al nivel de inversión, ingreso y costo de cada entidad, pero son la base para el cálculo de los indicadores; el ROIC presenta una tendencia de disminución en casi todas las clínicas, sólo la Clínica de Marly pasa de 18,29% en 2010 a 19,31% en 2011; en el caso de la Fundación Valle Del Lili no sólo disminuye, sino que genera la más baja rentabilidad del 4,15 % en 2010 a 2,7% en 2011; en

cambio la Promotora Médica Las Américas tiene en 2010 31,13% y en 2012 26,98%; el Centro Médico Imbanaco en 2010 27,62% y en 2011 14,09%, y en el caso de la Clínica La Sagrada Familia es una rentabilidad baja comparada con las tres primeras IPS, en 2010 12,79% y en 2011 6,86%; este indicador nos muestra que a pesar de la tendencia a disminuir deberían estar alrededor del 20%, como sucede al menos en tres de las cinco clínicas.

En cuanto a la productividad del KTNO (hay que tener en cuenta que aquí se analizan también las valorizaciones sobre el excedente) la Clínica de Marly tiene una productividad buena del 46,23% en el 2009 al 47,31% en el 2011; lo mismo el Centro Médico Imbanaco del 33,78% en el 2009 al 35,14% en el 2011. La Fundación Valle Del Lili y la Promotora Médica Las Américas presentan valores entre el 22,76% y el 31,185% en diferentes años, pero la Clínica La Sagrada Familia tiene una productividad del KTNO negativa en los tres años, -6,55% en el 2009 al -3,49% en el 2011; esto originado por su capital de trabajo negativo debido a los problemas de liquidez.

La productividad del activo fijo muestra la capacidad que tienen para generar ingresos, entre más bajo mejora el indicador debido a la relación entre ingresos-activos fijos, en este orden de ideas no se observa una tendencia marcada en el sector, hay demasiados extremos; la Fundación Valle Del Lili en los tres años está cercano al 60% teniendo más activos y no creciendo proporcionalmente en ingresos; el Centro Médico Imbanaco y la Clínica de Marly están por el orden del 36%, muy cerca de esta cifra en el 2009 está la Clínica La Sagrada Familia, y la que presenta mejor indicador es la Promotora Médica Las Américas que casi con el mismo activo fijo logró incrementar sus ingresos. Al no tener una tendencia marcada en las cinco entidades podría pensarse que si la Promotora

Médica Las Américas puede tener indicadores tan buenos las demás IPS pueden mejorarlos; en este caso vuelve y toma relevancia la planeación en inversiones de activos fijos que garanticen que el capital invertido se transforme en mayores ingresos.

Para concluir tenemos el EVA, el cual presenta una tendencia negativa en casi todas las clínicas, excepto en La Sagrada Familia, por venir de una pérdida en el período de 2009 y al presentar una Utilidad Operativa Después de Impuesto (UODI) positiva en los años siguientes; esto hace que se refleje una generación de valor en los dos años, pero con una tendencia negativa para el año 2011. Las demás clínicas presentan valores cercanos al 1% o negativos; la Clínica de Marly es la única que tiene un progreso leve del año 2010 al 2011 por un incremento en la UODI, el Centro Médico Imbanaco, la Fundación Valle Del Lili y la Promotora Médica Las Américas no están generando valor a sus propietarios, ya sea por mayor activo neto operativo o por disminución en la UODI en cada período, lo que puede llevar a los propietarios a trasladar su inversión a otra actividad diferente, esto quiere decir que la actividad de prestación de servicios de salud no es atractiva y no llamaría la atención para ningún inversionista, un inversionista no se va a fijar en un sector donde el valor agregado sea negativo, donde su capital no crezca realmente.

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

8.1 Clínica La Sagrada Familia

De acuerdo al análisis financiero realizado en la Clínica La Sagrada Familia de Armenia, durante los años 2009 a 2011, se determinó que la IPS ha tenido un comportamiento variable en excedentes y rentabilidad debido a las pérdidas marcadas con

las que termina el año 2009, el paso a un excedente alto en el año 2010 y posteriormente una disminución del excedente muy considerable para el año 2011; a su vez se dio una gran oscilación en la rentabilidad bruta, afectada por las variaciones en los ingresos operacionales y en los costos directos, lo que no ha permitido encontrar una tendencia estable en su comportamiento financiero debido al poco tiempo de operación de esta unidad funcional y al limitado desarrollo de algunos procesos que aún se encuentran en perfeccionamiento.

Se evidencian unos resultados negativos en los indicadores de actividad como rotación de cartera, inventarios, proveedores, liquidez y EVA. Estos ocasionan que la operación de la IPS sea más compleja y costosa debido a la necesidad de recursos para sostener una cartera superior a 140 días, con el riesgo de mantener durante los tres años una liquidez negativa permanentemente, lo que origina una disminución marcada en el poder de negociación frente a los proveedores y pérdida de descuentos por pronto pago.

Con relación a la generación de valor de la empresa se encontró que la Clínica La Sagrada Familia genera un mínimo valor a la Caja de Compensación Familiar hasta el año 2011, lo que podría inducir al inversionista, en este caso la Caja de Compensación, a trasladar su inversión a otro tipo de negocios.

Analizado el panorama puede concluirse que el estado financiero de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia ha sido crítico durante el período evaluado, presentando solamente una tendencia de mejora en el 2010.

La sostenibilidad de la IPS se ha dado debido a que la Caja de Compensación no ha exigido los pasivos que tiene la clínica con ella, en el momento en que esto sea una

obligación para la Caja de Compensación, la clínica no tendría recursos para pagar estas obligaciones y sostener la operación simultáneamente.

Todo lo anterior denota una situación financiera de total vulnerabilidad que pone en riesgo la sostenibilidad futura de la empresa. Con respecto al modelo financiero de la IPS, se encontró que está basado principalmente en el crédito externo, a través de proveedores, pasivos con la Caja de Compensación y obligaciones financieras; se debe aclarar que la compra de la edificación y los equipos se realizó vía crédito y no se asignó un patrimonio autónomo suficiente para el inicio de operaciones. En cuanto a la composición del ingreso operacional este se distribuye casi en su totalidad en costos directos y gastos de administración, dejando un margen muy estrecho para una rentabilidad operativa. Con relación a los ingresos, la situación es aún más compleja si tenemos que la política de venta es también vía crédito y con un riesgo grande por temas como: glosas, devoluciones, falta de recursos de algunas administradoras de planes de beneficios y liquidación de las mismas por razones de orden administrativo.

8.2 Clínica de Marly

La IPS presenta una composición financiera positiva, esto debido a su bajo nivel de endeudamiento con niveles incluso del 12,79% sobre los activos. De acuerdo a sus resultados se evidencia un nivel de liquidez alto ya que casi todo su activo está apalancado en el patrimonio. Posee también una muy buena distribución del ingreso operacional, porque el costo directo no sobrepasa el 76% del ingreso operacional, adicionalmente el gasto de administración presenta unos niveles bajos frente a los ingresos operacionales, sin sobrepasar el 12,15%.

Esta clínica ha venido incrementando sus ingresos entre los años 2009 y 2011, pero sus costos directos y gastos de administración se han aumentado en mayor proporción, lo que la conduce a una disminución de la utilidad en el período analizado, pasando de \$14.158.000.000 a \$12.121.000.000 después de impuestos. Lo anterior nos lleva a concluir que a pesar de tener un muy buen excedente con respecto al sector, si se hubiera mantenido la tendencia entre los ingresos y egresos los resultados podrían arrojar una mayor rentabilidad.

Con relación a los indicadores se encontró que la Clínica de Marly tiene una tendencia de mejoramiento en casi todos los ítems, en especial el de rotación de cartera, que es tan sensible para las entidades de salud, pasando de 102 días en el 2009 a 81 días en el 2011.

Llama la atención que existen dos indicadores desfavorables para la entidad como son: la rotación de inventarios que pasó de 171 días a 313 días, debido al incremento en el saldo final de sus inventarios de medicamentos e insumos para desarrollar sus labores asistenciales; y la rotación del activo total, ya que esta empresa no logra generar en el año ingresos operacionales superiores al valor de sus activos.

En cuanto a los indicadores no tradicionales, todos presentan un muy buen comportamiento, debido a que sus excedentes son constantes en el tiempo y al margen que existe entre los ingresos operacionales costos directos y gastos de administración, generando así para sus accionistas un valor agregado positivo, lo que hace que sea una inversión atractiva de mantener y de adquirir por cualquier inversionista.

8.3 Fundación Valle Del Lili

Esta entidad presenta una composición basada en créditos de mediano y largo plazo y una alta deuda con sus proveedores, la cual se incrementó durante el período analizado, pasando del 40,33% al 49,10%; esto debido a un plan de crecimiento en infraestructura, lo que originó a su vez un incremento de casi el doble en los gastos financieros.

Se encontró que de todas las entidades analizadas es la que más ingresos operacionales obtiene, llegando hasta 247 mil millones de pesos, sin embargo, llama la atención que su rentabilidad no es la más grande de las IPS estudiadas, esto debido a que la composición del costo directo frente al ingreso operacional se ha incrementando y llega hasta niveles de 90,19%, lo que origina que su excedente haya disminuído casi tres veces llegando a valores de 3 mil millones de pesos.

Con relación a sus indicadores la rentabilidad de activos, patrimonio y operativa, presentaron una disminución más marcada durante el período de estudio. Su rotación de cartera se ha venido incrementando de manera paulatina, lo que tiene un efecto negativo debido al nivel alto de ingresos que tiene la entidad, este efecto es más fuerte aún si se tiene en cuenta que durante estos tres años la institución disminuyó la rotación de proveedores, lo que significa que está pagando más rápido sus acreencias por actividades propias del servicio; a pesar del elevado nivel de ingresos, no logra superar en ingresos operacionales el valor de sus activos, lo que hace que la rotación del activo fijo no llegue a 1 durante el tiempo del análisis.

Con respecto a la liquidez la fundación presenta buenos indicadores para el pago de sus deudas a corto plazo, sin embargo, al soportar gran parte de su liquidez en cuentas por

cobrar a clientes se hace vulnerable, dado el caso de retrasos en pagos por parte de las aseguradoras.

En cuanto a la generación de valor de esta institución, debido a su escaso excedente y al bajo resultado en la productividad del ROIC frente a la inversión reflejada en el patrimonio tan alto que tiene, es la entidad que menos valor genera de las analizadas a lo largo del trabajo.

8.4 Centro Médico Imbanaco

La composición financiera del Centro Médico Imbanaco se ha venido modificando, partiendo de manejar sus propios recursos a través del patrimonio en el año 2009, con un 32,73% de pasivos, pasando a tener soportado su activo a través de pasivos externos, con un 59,74% para el 2011 de deuda; lo anterior se origina por la adquisición de obligaciones financieras a largo plazo en el año 2010, destinadas a la construcción de edificaciones a través de leasing, las cuales se ven reflejadas en el activo .

Con relación a los ingresos operacionales se evidencia un incremento cercano al 8% durante el período evaluado, igualmente los costos directos de operación se han incrementado en un 10% aproximadamente.

La rentabilidad se ha incrementado progresivamente, en un nivel superior a los ingresos, esto motivado especialmente por el incremento de los ingresos no operacionales, con dos aspectos representativos que son descuentos financieros y aprovechamiento.

Se encontró que la rentabilidad sobre el activo ha tenido una ligera disminución, ya que el crecimiento porcentual de activos es superior al crecimiento de la rentabilidad en este período. La rentabilidad del patrimonio ha estado constante, ya que el patrimonio en sí no ha presentado mayor variación, adicionalmente la rentabilidad operativa y la rentabilidad bruta presentan una ligera disminución debido a que los costos y gastos operacionales se han incrementado en una mayor proporción que los ingresos operacionales.

Los indicadores de endeudamiento han tenido un incremento significativo por la adquisición de edificaciones a través de préstamos a largo plazo, lo que puede ocasionar un riesgo financiero para la entidad, de no ser bien manejado el endeudamiento por el incremento de intereses.

La rotación de cartera se ha venido postergando cada año, una diferencia final de veinte días durante el período analizado, esto ocasiona la necesidad de requerir más recursos para el capital de trabajo; también encontramos que se ha venido desembolsando más ágilmente el pago a proveedoras, lo que agudiza la necesidad de mayores recursos permanentemente.

Debido al incremento en activos y al no crecimiento en ingresos en la misma proporción, la rotación del activo total ha venido disminuyendo, lo que nos indica que la institución no logra generar en el año un valor similar al de sus activos.

Hablando de la liquidez del Centro Médico Imbanaco observamos que el comportamiento en estos tres años ha sido con tendencia al mejoramiento, ya que al cierre del 2011 por cada peso que debe a corto plazo tiene 2,37 centavos para pagarlos, esto motivado especialmente por la disminución de las obligaciones a corto plazo y el pago más rápido a proveedores.

En cuanto a los indicadores de valor, la IPS posee niveles buenos de productividad del ROIC, del KTNO y de los activos fijos, por los excedentes que ha presentado durante el estudio, si embargo, al analizar la generación de valor de la empresa, llama la atención que para 2010 la entidad presentó un EVA positivo de 473 millones, el cual cae drásticamente en el 2011 debido al incremento del activo neto operativo que llegó a duplicarse con respecto al del 2009, y con una UODI que tendió a la baja. Esto hizo que la empresa perdiera valor en 36.354 millones de pesos.

8.5 Promotora Médica Las Américas

La composición financiera de este grupo también está basada en el crédito, el cual ha estado constante durante el período evaluado; teniendo en cuenta que el incremento en pasivos se ha visto reflejado en activos fijos.

Los ingresos de la Promotora Médica Las Américas han ido incrementándose en el tiempo de manera sostenida, igualmente sus costos fijos, lo que marca una tendencia estable en su comportamiento financiero y en cuanto a su excedente, sin mayores variaciones. El costo directo representa el 73,2% del ingreso operacional durante el período, y el gasto de administración es del 16,43% en promedio.

Es importante también mencionar que los porcentajes de rentabilidad sobre los activos y sobre el patrimonio, de la utilidad operativa y de la utilidad bruta, no tuvieron mayores variaciones durante el tiempo evaluado, esto por un crecimiento muy medido también en los costos y los gastos.

Con relación a los indicadores de actividad encontramos que la rotación de cartera creció levemente del 2009 al 2011, mientras que la rotación de proveedores disminuyó levemente en el período evaluado lo que originó la necesidad de algunos recursos para el capital de trabajo.

Llama la atención en esta IPS la rotación del activo total, ya que logra obtener en ingresos operacionales un valor similar a sus activos totales, lo que dice del buen aprovechamiento que tienen los activos fijos, incluso para los años 2009 y 2010 los ingresos fueron superiores a sus activos.

Con relación a la liquidez se dió un mejoramiento progresivo hasta tener 1,47 veces en activo corriente con qué pagar sus acreencias a corto plazo.

La rentabilidad del ROIC y el KTNO son estables para el sector, debido a que mantuvo un nivel de excedentes con casi la misma inversión.

El EVA, en el año 2010 y 2011, fue negativo, con tendencia al mejoramiento, lo que denota que la empresa está generando valor, lo que estimula a los inversionistas a participar en este tipo de empresas.

8.6 Analisis Clínica La Sagrada Familia frente a las demás IPS

De acuerdo al análisis realizado de la Clínica La Sagrada Familia de Comfenalco-Quindío, frente a la demás IPS estudiadas, se determinó que la composición que se encuentra en peores condiciones financieras es La Sagrada Familia, ya que por ejemplo la Clínica de Marly presenta indicadores de endeudamiento en promedio de 14,49% durante los tres años estudiados, mientras que la Clínica La Sagrada Familia presenta este mismo indicador en promedio de 93,31%. La IPS que está más cercana a la Sagrada Familia es la Promotora Médica Las Américas, de 60,16% promedio en los tres años, con una diferencia de 32% frente a la Sagrada Familia.

En cuanto a la distribución del costo directo y el gasto de administración la Sagrada Familia es la entidad que más proporción utiliza del ingreso operacional para esta destinación, llegando a un 99,36% para los tres años. Hay otras entidades como la Clínica de Marly que destina sólo el 85,65% durante los últimos tres años para cubrir costos directos y gastos de administración, pero también se encontró que la Fundación Valle Del Lili es la que más se acerca a la Sagrada Familia con un 95,93% del ingreso operacional.

De acuerdo a la rentabilidad observada la Clínica La Sagrada Familia es la de peores resultados frente a las demás, teniendo en cuenta que fue negativa la rentabilidad sobre activos y la rentabilidad sobre patrimonio. Con las demás IPS pasó lo siguiente: la de mejor indicador es la Clínica de Marly, con una rentabilidad sobre activos de 9,77%, seguida de la Prmotora Medica Las Américas, con una rentabilidad sobre activos de 4,04%, posteriormente está el Centro Médico Imbanaco con 3,73% , por último tenemos la Fundación Valle Del Lili con una rentabilidad sobre activos de 1,62%. Esta misma

tendencia se observa en la rentabilidad sobre el patrimonio y la rentabilidad operativa, sin embargo, con relación a la rentabilidad operativa, la Clínica La Sagrada Familia muestra un resultado promedio de 0,65%, en el período evaluado, siendo igualmente la más baja de todas las IPS estudiadas, en parte por la complicada situación financiera descrita anteriormente.

Al hacer el comparativo del endeudamiento de la Clínica La Sagrada Familia con las empresas analizadas, encontramos que tiene un alto nivel de endeudamiento y un marcado apalancamiento, con una gran ventaja, que es la entidad que menos patrimonio tiene con respecto a sus pasivos, lo que hace que el indicador de apalancamiento muestre una cifra que pareciera desbordada: 1.426,3%, cuando la empresa que más cerca está es la Promotora Médica Las Américas con 151,19% promedio de apalancamiento en los tres años.

En cuanto a la actividad, notamos que la Clínica La Sagrada Familia conserva una tendencia similar a las empresas objeto de estudio ya que la rotación de cartera sobrepasa los 120 días, excepto la Clínica de Marly que sobrepasa los 100 días a pesar de su alta liquidez, en los pagos a proveedores es la empresa que más se demora en pagar a sus proveedores terminando en el 2011 con 97 días mientras las demás están por debajo de los 60 días. A pesar de estos indicadores la Clínica La Sagrada Familia es la que más ingresos genera con relación a sus activos fijos, es la única empresa en la que los ingresos operacionales producidos en un año son superiores al valor de sus activos, lo cual muestra

un aprovechamiento ideal de sus instalaciones; en este caso, la empresa que más se acerca en indicadores es La Promora Medica Las Américas. Son preocupantes los resultados del Centro Médico Imbanaco, que terminó el año 2011 generando en ingresos tan sólo la mitad del valor de sus activos fijos.

Si bien generar ingresos es importante, uno de los ítems que nos demuestra sostenibilidad de la empresa en el tiempo es la liquidez, en este caso la Clínica La Sagrada Familia por la historia económica que posee y por las deudas que adquirió con la Caja de Compensación, presenta una liquidez totalmente deteriorada ya que tiene menos de la mitad en activos de alta liquidez, para pagar sus compromisos inmediatos. El extremo en este caso es la Clínica de Marly, la cual tiene en promedio 3,84 veces el activo corriente para pagar sus pasivos líquidos. Como se observa, es una diferencia muy alta y ninguna de las clínicas objeto de análisis tiene indicadores como este. La de menos liquidez entre ellas la Promotora Médica Las Américas, con un promedio de 1,41 veces, dejando con entrever una situación crítica para la Clínica La Sagrada Familia con respecto al sector.

Con referencia a los indicadores de valor, al comparar la Clínica La Sagrada Familia con las demás empresas se encontró un comportamiento bajo en la productividad del ROIC, pero no negativo y no menor como en la mayoría de indicadores, lo que nos muestra una oportunidad de crecimiento en la medida que se continúe generando ingresos operacionales superiores a los activos fijos y se mantenga una utilidad operativa positiva. En este indicador la clínica sobrepasa a Valle Del Lili, ya que ésta obtuvo una rentabilidad operativa baja frente a los activos invertidos (3,43% promedio para 2010 y 2011); las demás clínicas referentes tienen indicadores que llegan cerca al 30%, como la Promotora Médica Las Américas. Caso contrario sucede con la productividad del KTNO, siendo la

única clínica con indicador negativo, esto por efecto de la liquidez al ser superiores los pasivos corrientes que los valores en caja banco e inventarios, haciendo que el valor sea negativo y con igual efecto en el indicador, ninguna de las clínicas analizadas presenta este comportamiento. Con respecto a la productividad del activo fijo se observa una tendencia muy similar a la mayoría de las clínicas, puede decirse que el Centro Médico Imbanaco, la Clínica de Marly y la Clínica La sagrada Familia presentan comportamientos similares, alcanzando ingresos operacionales superiores a sus activos fijos, lo que demuestra una buena utilización de los mismos.

De otro lado está Valle Del Lili que no logró tener esta capacidad en la misma proporción y la Promotora Médica Las Américas que, por el contrario, tiene indicadores excelentes con poco activo fijo y genera mayor ingreso operacional.

Una tendencia marcada en el sector es presentar un EVA negativo o muy bajo, debido a las grandes inversiones de capital que se realizan y la poca productividad que generan todas las empresas objeto de estudio, en este caso por la composición financiera que tiene la Clínica La Sagrada Familia el patrimonio es bajo, y en los años que presenta excedente genera valor agregado a la inversión en márgenes pequeños y con tendencia a la baja, pero positivos; lo que no sucede con el Centro Médico Imbanaco, la Fundación Valle Del Lili y la Promotora Médica Las Américas, que tienen EVA negativo y poca rentabilidad para inversiones patrimoniales; la única que está cerca en el indicador es la Clínica de Marly con una cifra cercana al 1% en ambos años, lo que demuestra que el sector de las clínicas y de la salud en Colombia definitivamente no es un sector atrayente para los inversionistas de capital, hasta tanto no exista una reforma de fondo que pueda garantizar el flujo de recursos de sistema, tanto en el régimen contributivo y subsidiado, y de esta forma

propiciar un mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de los servicios de salud a toda la población.

9. DISCUSIÓN

De acuerdo con la revisión teórica y los resultados obtenidos con las indagaciones en este estudio, se refuerza el planteamiento de la criticidad del sector de la salud en Colombia, teniendo en cuenta que se eligieron entidades representativas en el país y con varios años en operación para hacer la comparación.

Se muestra una realidad, los márgenes de rentabilidad para las IPS en la actualidad son muy bajos, frente a un nivel de ingresos que a simple vista pueden ser altos, pero existen varios factores que hacen costosa la operación de las IPS, como los requerimientos de tipo legal y de habilitación, que son cada vez más exigentes, lo que conduce a una inversión mucho mayor en tecnología, equipos biomédicos, personal asistencial e infraestructura.

Se evidenció que el costo con respecto al personal asistencial es muy alto, pero que definitivamente se necesita para el funcionamiento de los servicios; adicionalmente, en nuestro país no hay ninguna regulación con respecto a los honorarios de los especialistas en medicina, normalmente su remuneración se da por un histórico, por una cifra que la da el mercado, y que varía en cada una de las regiones, por tanto esto también es un factor que afecta de manera directa los objetivos y las metas financieras de cualquier clínica u hospital.

De acuerdo a los referentes teóricos de este estudio, con relación a los indicadores de endeudamiento, León García (2009) nos dice que el endeudamiento, junto con la liquidez y la rentabilidad, son los signos vitales de cualquier empresa, no obstante para la Clínica La Sagrada Familia encontramos resultados muy diferentes de lo propuesto en la teoría, ya que el nivel de endeudamiento es muy alto por las razones previamente anotadas y la liquidez está muy golpeada por la rotación de cartera, que también se encontró en el análisis con promedios en general superiores a los 120 días; y si vamos a hablar del margen de rentabilidad también se encontró muy estrecho en el período mencionado, una parte del período analizado arrojó una rentabilidad negativa grande, lo que nos permite pensar que estos signos vitales están muy débiles en la IPS y que se requiere una reingeniería a nivel administrativo, asistencial y de servicios que permita mejorar las condiciones actuales encontradas en el estudio y poder así garantizar su viabilidad futura.

Si hablamos del endeudamiento, el indicador de la Clínica La Sagrada Familia está completamente alejado del esperado, según la teoría. Previamente se han explicado algunas razones propias de la IPS que nos desvían de este resultado.

Al comparar los resultados obtenidos en los indicadores de actividad de las empresas analizadas encontramos como estos son contrarios a los esperados de acuerdo a la base teórica y a la fundamentación financiera para cualquier empresa, cuando hablamos de rotación de cartera, rotación de inventarios o rotación del activo total, según García (2009), estos muestran la eficacia con que una empresa utiliza sus activos, en general las empresas deben buscar generar la mayor rentabilidad con un mínimo de inversión; en este ítem efectivamente destacamos los resultados obtenidos frente a la teoría, ya que la Clínica La Sagrada Familia es la empresa que más ingresos genera de acuerdo a sus activos fijos, y

esto es importante destacarlo pues las demás IPS llevan mucho más tiempo en el mercado lo que les permite haber superado una curva de aprendizaje que en este caso para la IPS La Sagrada Familia aún persiste.

Tocando ya el punto de los indicadores de valor, que son aquellos donde todo administrador e inversionista debe centrar su atención, y según García (2009), el EVA y la cultura EVA deben estar presentes en toda empresa que quiera crecer y trabajar mejor, vemos cómo la Clínica La Sagrada Familia ha tenido un EVA positivo en algunos momentos del período evaluado, lo que llama la atención claramente frente a otras IPS que efectivamente presentan un EVA permanentemente negativo durante todo el período evaluado.

Todo lo anterior nos conduce a pensar que las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia deben enfocar sus esfuerzos para poder ser productivas con pocos recursos, a buscar minimizar sus costos y gastos y a elegir muy bien las entidades con las cuales van a tener relaciones comerciales para así poder garantizar un flujo de recursos que al menos permita continuar la operación de las instituciones y no desmejorar en prestación de servicios ni en el sistema de garantía de calidad en salud.

10. conclusiones

De acuerdo a la observación y a los análisis de los resultados se encontró que el modelo financiero más predominante en el sector de la salud es el basado en el endeudamiento externo en proveedores y créditos financieros, de tal forma que cada vez el patrimonio respalda más al activo; esto hace que sea un sector que genere un alto nivel de gastos no operacionales vía intereses.

La Clínica La Sagrada Familia de Armenia tiene un comportamiento similar a las demás, con relación a su modelo financiero, con un nivel de endeudamiento superior a un 90% en cada uno de los tres años, lo que marca una diferencia grande frente a las demás, debido a que la inversión que su propietario realizó fue a través de crédito y no con un patrimonio autónomo, lo cual podría generar dos escenarios: el primero que se obligue a la clínica a hacer el pago de la deuda a la Caja de Compensación, lo que generaría una iliquidez total y un cierre inminente de la entidad; el segundo es que esta deuda se convierta en una inversión, a través de patrimonio, para la Caja de Compensación, generando una liquidez positiva para la clínica como unidad de negocios a largo plazo.

A nivel financiero la Clínica La Sagrada Familia presenta un mayor grado de vulnerabilidad frente a las IPS evaluadas, ya que su endeudamiento, la participación del costo directo y el gasto de administración sobre el ingreso operacional, su rentabilidad de activo, patrimonio y utilidades son más críticas comparadas con las otras entidades evaluadas. Esto ubica a la Clínica La Sagrada Familia en una situación de riesgo económico, financiero y de continuidad en la prestación del servicio.

El estado de resultados de la Clínica La Sagrada Familia ha sido muy variable durante el período estudiado, por la puesta en marcha de la IPS y por las grandes variaciones administrativo asistenciales que ha ido experimentando la entidad a lo largo del tiempo, ya que se ha logrado tener una tendencia estable en el costo directo y en el gasto de administración.

La liquidez de la Clínica La Sagrada Familia ha sido permanentemente negativa durante el período, a pesar de una leve mejoría que presentó del 2009 al 2011, lo cual

representa el factor de mayor riesgo en la operación de la IPS, y donde se deben enfocar todos los esfuerzos para garantizar su viabilidad futura.

Los balances generales de la Clínica La Sagrada Familia, durante el período analizado, no presentan variaciones significativas en cuanto a su comportamiento y composición, debido a que durante el período 2009 a 2011 el crédito utilizado con la entidad financiera estaba en período de gracia y por lo tanto el abono al capital era mínimo.

Se observa en general que la prestación de servicios de salud, bajo la normatividad vigente, no es atractiva para ningún tipo de inversionista debido a los riesgos de liquidez y al bajo nivel de rentabilidad, lo que afecta directamente la calidad en la prestación de servicios de salud.

11. recomendaciones

Para mejorar la composición financiera del programa Clínica La Sagrada Familia se podría transferir a Comfenalco el edificio como activo fijo y que a cambio asuma las deudas con bancos y parte del pasivo con la misma Caja de Compensación, a cambio de un canon mensual por arrendamiento. Si bien a largo plazo genera un gasto constante, en el corto mejora flujo de caja y su composición financiera.

La distribución del ingreso operacional de la Clínica La Sagrada Familia debe tomar acciones que le permita llegar a niveles cercanos al 90%, esto implica una reducción en el costo directo y en gastos generales de 9,35 puntos porcentuales; y si tomamos como

referencia la mejor clínica en este aspecto (Clínica de Marly) tiene una meta para lograr el 13,71% promedio.

La participación de los ingresos no operacionales frente al ingreso debe ser cada vez mayor buscando generar actividades que le permitan mejorar sus excedentes: como renegociaciones con sus proveedores para descuentos por pronto pago, arrendamientos, ingresos por participación, publicidad, o académicos, como los posee la Fundación Valle Del Lili; a la par los gastos no operacionales deben disminuir o ser fuente de mayor liquidez como los descuentos por pronto pago a clientes.

También se puede bajar la participación porcentual de los costos directos y los gastos de administración no sólo con la disminución en erogaciones si no con el incremento en ingresos por cualquiera de las dos vías la utilidad bruta y operativa mejoraran lo que beneficiará los indicadores de productividad en todos sus cálculos

Un mecanismo para inyectar recursos a la operación de la clínica es mejorar sus indicadores de actividad, la rotación de cartera no debe sobrepasar la rotación de proveedores, para ello se deben buscar estrategias con los clientes para mejorar los tiempos de revisión y presentación de cuentas, glosas y pagos. En el sector de prestación de servicios de salud se podrían manejar tarifas diferenciales a las empresas administradoras de planes de beneficios de acuerdo a los tiempos de pagos, entre más se demore el pago más alta será la tarifa y viceversa, pero sólo se aplicará el descuento en el momento del desembolso; esta estrategia, que se observa en la Clínica de Marly, con un correcto manejo en los descuentos por pronto pago elevan los gastos no operacionales y le permite a la clínica obtener recursos que le hacen tener mejor liquidez; y si a la par se toman políticas

con proveedores de tiempos de pago y descuentos comerciales los indicadores de actividad se mejorarán influenciando necesariamente a los de liquidez.

En un sistema de salud como el colombiano, tal como lo vimos en el marco jurídico y con los indicadores financieros observados, el mejor mecanismo para mejorar todos los indicadores de valor es modernizar las políticas macroeconómicas del sector; esto no depende de las empresas evaluadas porque como lo vimos todas tienen EBITDA, KTN y ROIC con buenos márgenes de productividad, y todas conservan una tendencia de no generación de valor (EVA); esto nos lleva a evaluar la continuidad para Comfenalco como propietaria de la Clínica LaSagrada Familia en un negocio donde los indicadores son en general negativos y tienden a agravarse cuando se analiza la clínica frente a las demás empresas del sector, esto ligado a que en el 2012 no hubo políticas macroeconómicas que buscaran, por parte del gobierno nacional, mejorar el flujo de recursos, principal problema resultado de nuestra evaluación; esto nos hace dejar como sugerencia la evaluación de la continuidad de un negocio con graves indicadores financieros y con mucha incertidumbre jurídica.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abásolo, A.; J. Giner y R. Lorenzo (s. f). *Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: un estudio comparado en el conjunto español*. Madrid: Universidad de La Laguna.

Arce, M.C. y A. González (2011). Sitio web: *Centro Médico Imbanaco*. “Balance general corporativo Centro Médico Imbanaco al 31 de diciembre de 2011 y 2010”. Disponible en: <http://www.imbanaco.com.co>. Consulta: mayo 3 de 2012.

Arias, M. (2007). *Plan de desarrollo institucional 2006- 2010 empresa social del estado hospital Santa Ana*. Risaralda: Universidad Tecnológica de Pereira.

Borrero, V.; J. C Gutierrez y J. A. Toro (2010). Sitio web: *Fundación Valle Del Lili*, “Balances generales Fundación Valle Del Lili”. Disponible en: <http://www.valledelili.com.co>. Consulta: mayo 10 de 2012.

Carranza, M.; E. Guzmán & I. Rosales (2011). *Modelo de gestión estratégica para determinar el nivel de apalancamiento financiero óptimo en las empresas dedicadas a servicios médicos especializados*. El Salvador: Universidad del Salvador.

Castaño, E.; J. Correa y L. Bedoya (2010). “La importancia de la planeación financiera en la elaboración de los planes de negocio y su impacto en el desarrollo empresarial”. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*. Vol. 18. Núm. 1: pp. 179-194.

Cavelier, L. E.; L. M. Guzmán y M. R. Moreno (2009). Sitio web: Clínica de Marly.

“Estados financieros Clínica de Marly” (s. f.). Sitio web: *Clínica de Marly*. Disponible en: <http://www.marly.com.co>. Consulta: junio 15 de 2012.

Colombia, clínicas y hospitales (s. f.). Sitio web: *Skyscrapercity forums*. Disponible en: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=782172&page=2>. Consulta: junio 20 de 2012.

Comfenalco Quindío (s. f.). Disponible en: www.comfenalcoquindio.com. Consulta: noviembre 15 de 2012.

Clínica de Marly (s. f.). Disponible en: www.marly.com.co. Consulta: noviembre 15 de 2012.

“Departamento del Quindío” (s. f.). Sitio web: *Toda Colombia*. Disponible en www.todacolombia.com. Consulta: diciembre 15 de 2013.

Espinosa, K.; J. H. Restrepo y S. Rodríguez (2003). Sitio web: *Redalyc. Lecturas de economía*. “Producción académica en economía de la salud en Colombia, 1980-2002”. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=155218004001#>. Consulta: junio 18 de 2012.

Estupiñán, R. (2004). *Papeles de trabajo en la auditoría financiera*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Fundación Valle Del Lili (s. f.). Disponible en: www.valledellili.org. Consulta: noviembre 15 de 2012.

Gaitán, R. E. (2003). *Análisis financiero y de gestión*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

García, O. L. (2009). *Valoración de empresas, gerencia del valor y EVA*. Cali: Presan Moderna Impresores S.A.

Gobernación del Quindío (s. f.). Disponible en: www.quindio.gov.co. Consulta: diciembre 15 de 2012.

Interacción 2009 (s. f.). Disponible en: <http://interaccion2009.aipo.es/armenia>. Consulta: diciembre 15 de 2012.

“Ley 100 de 1993” (s. f.). Sitio web: *Consejo de Estado*. Disponible en: <http://190.24.134.67/pce/>. Consulta: octubre 15 de 2012.

Orozco, J. M. (2011). *Análisis sobre la conveniencia de liquidar la ESE Hospital Regional de Bolívar*. Colombia: s.e.

Ortiz, A. H (2000). *Flujo de caja y proyecciones financieras*. Departamento de publicaciones universidad externado de Colombia.

“Reseña histórica” (s. f.). Sitio web: *Grupo Empresarial Las Américas*. Disponible en: <http://www.lasamericas.com.co/site/institucional.aspx>. Consulta: noviembre 15 de 2012.

República de Colombia (1993). Ley 100.

_____ (2006). Decreto 1011.

_____ (2006). Resolución 1043.

_____ (2007). Decreto 4747.

————— (2007). Ley 1122.

————— (2008). Resolución 3047.

Romero, C. (1983). “Modelos financieros de caja óptima”. *Revista española de financiación y contabilidad*. Vol. XII. Núm. 40: pp. 125-154.

Ruiz, O. (s. f.). *Diagnóstico financiero hospital San José de Maicao: especialización gerencia financiera*. Riohacha, Colombia: Universidad de la Guajira.

Santos Calderón, G. (2011). “La corrupción en salud”. *El Tiempo*.

Silva, R. O. (2002). *Teorías de la administración*. Mexico: Cengage Learning Editores.

Suárez, E. M. (s.f). “Políticas de la salud colombiana en los modelos de desarrollo”. *Revista de la Universidad Javeriana Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. Vol. 5. Núms. 1 y 2: pp. 29-39.

Toda Colombia (2011). Disponible en: www.todacolombia.com. Consulta: julio 25 de 2012.

“Torre Médica Las Américas” (s. f.). Sitio web: *Grupo Empresarial Las Américas*.

Disponible en: <http://www.lasamericas.com.co/site/torre-medica/>. Consulta: julio 25 de 2012.

Vidal Arizabaleta, E. (2004). *Diagnóstico organizacional*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

APÉNDICES

Apéndice 1. Matriz de indicadores

MATRIZ INDICADORES

Indicadores	2009	2010	2011
Estructura financiera			
Del balance pasivo sobre el activo			
Del patrimonio sobre el activo			
Del costo sobre el ingreso operacional			
Del gasto de administración sobre el ingreso operacional			
Del ingreso no operacional sobre el ingreso operacional			
Del gasto no operacional sobre el ingreso operacional			
Rentabilidad			
Rentabilidad sobre activos			
Rentabilidad sobre patrimonio			
Rentabilidad operativa			
Rentabilidad bruta			
Endeudamiento			
Endeudamiento			
Apalancamiento			
Actividad			
Rotación de cartera			
Rotación de inventarios			
Rotación de proveedores			
Ciclo operativo			
Rotación de activo total			
Liquidez			
Razón corriente			
Prueba ácida			
Valor			
Utilidad operativa			
CIO			
KTNO			
ROIC			

ACTIVO								
PASIVO								
PATRIMONIO								
PASIVO Y PATRIMONIO								
ENTIDAD								
ESTADO DE RESULTADOS ENERO 1 A DICIEMBRE 31								
INGRESOS								
COSTOS DE PRODUCCIÓN U OPERACIÓN								
UTILIDAD BRUTA								
GASTOS								
ADMINISTRACIÓN								
INGRESOS NO OPERACIONALES								
GASTOS NO OPERACIONALES								
EXCEDENTE O PÉRDIDA								

Fuente: realizado por los autores.