



EPS e IPS, cara y sello en balance financiero del 2017

Las primeras perdieron, las segundas ganaron, según informe de la Supersalud.

A las empresas aseguradoras en salud (EPS) les fue mal en el 2017. Tuvieron ingresos por 44,8 billones de pesos, pero pérdidas en su operación de 1,1 billones. Las del régimen subsidiado llevaron la peor parte con un déficit de 928.000 millones de pesos, según el informe de resultados financieros de la Superintendencia de Salud.

Por su parte, a la mayoría de hospitales y otras IPS les fue mejor. Este documento da cuenta de que 4.416 prestadores tuvieron utilidades por 2,4 billones de pesos, aunque no hay un desglose de ese dato. Se dice además que 922 de estas empresas dieron pérdidas por 359.000 millones de pesos.

Este balance, según Luis Fernando Cruz Araujo, superintendente de Salud, fue realizado por el equipo técnico de la entidad con base en la información que reportan los actores (en cumplimiento de la Circular 000016 del 2016), como elemento de vigilancia.

El informe revela que el segmento del aseguramiento reportó ingresos por 55,6 billones de pesos, en los que 13 EPS del régimen contributivo, 30 del subsidiado, tres inactivas y dos adaptadas aportaron el 80,5 por ciento de estos ingresos. Los 10,7 billones de pesos de ingresos restantes fueron reportados por empresas de medicina prepagada (5,8 billones) y administradoras de riesgos laborales y Soat (4,9 billones).

Por su parte, los prestadores, representados en 5.360 IPS, sumaron ingresos por 40,9 billones de pesos, con la salvedad de que estas entidades son de carácter privado, por lo que los balances de las IPS públicas no estuvieron disponibles a la fecha del análisis.

Llama la atención que el sector asegurador obligatorio generó pérdidas por 1,1 billones de pesos, de los cuales el 82,7 por ciento son del régimen subsidiado y 17 por ciento del contributivo. De manera más específica se aprecia que de las 24 EPS que tuvieron pérdidas, el 80 por ciento pertenecen al régimen subsidiado.

Al individualizar los resultados (vea gráfico), se encuentra que la EPS que obtuvo más utilidades fue Salud Total (del contributivo) con cerca de 43.000 millones de pesos; seguida por Capital Salud (del subsidiado) con 42.000 millones y la recién conformada Medimás (mixta) con 38.000 millones.

En pérdidas, las aseguradoras que muestran peores cifras son Savia Salud (subsidiado) con un déficit de 395.000 millones de pesos, Asmet Salud (subsidiado), con 175.000 millones; Saludvida (mixto), 164.000 millones; y Famisanar (contributivo), con números negativos de 126.000 millones de pesos.



Hospitales, algo mejor

El panorama es diferente al analizar a los prestadores de salud privados, que en el consolidado tuvieron utilidades de 2 billones de pesos a diciembre del 2017. Sin embargo, en este subsector existen asimetrías notables, porque mientras el 80 por ciento de las IPS reportaron ganancias por 2,4 billones de pesos, el resto se enfrentaron a un resultado deficitario que linda los 360.000 millones de pesos. En el campo de las empresas de medicina prepagada (que ofrecen seguros voluntarios), el total de utilidades reportadas alcanzaron los 335.000 millones, sin que existan diferencias significativas, al punto que no se registran pérdidas llamativas.

El escalafón de los hospitales ganadores lo encabeza la Administradora Country, con 70.000 millones de pesos; seguida de la Fundación Valle del Lili (61.000 millones); y la Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social (46.000 millones). Por el lado de las pérdidas, Lafam, el Hospital San Vicente de Paúl de Rionegro y la IPS universitaria de Pamplona fueron las más damnificadas.

Nada que sorprenda

Voceros del sector coinciden en que estas dificultades financieras, si bien no son nuevas, al visibilizarse permiten análisis más objetivos. Jaime Arias, presidente de Acemi (gremio de las EPS del contributivo), dice que estos informes suman en la búsqueda de la transparencia para las finanzas de la salud y que en el caso de las EPS estas vienen perdiendo de manera continua cerca de un billón de pesos al año, desde hace ocho años.

“Esta es una situación muy grave a la que hay que ponerle freno. Es inconcebible que estas empresas hayan acumulado faltas cercanas a los 8 billones de pesos, que ponen en riesgo su permanencia”, afirmó e insistió que aquellas que reportan utilidades las han obtenido porque tienen reservas que generan rendimientos.

Por su parte, Juan Carlos Giraldo, director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, afirma que al profundizar el análisis sobre las utilidades del sector encuentra que en 600 hospitales con camas, la utilidad de 1,1 billón de pesos está compuesta en el activo corriente por un 83 por ciento de cuentas por cobrar. “Es decir las utilidades ciertas en la contabilidad no se reflejan en liquidez real. En ese mismo grupo la rotación de cartera se demora 236 días”, dice Giraldo.

Mejorar administración y aclarar cuentas

Julio César Castellanos, director del Hospital Universitario San Ignacio y con amplia experiencia en la administración del sector, llama la atención en que EPS en las mismas



Sala de Prensa

condiciones y en el misma jurisdicción como Famisanar y Salud Total presenten cifras con resultados tan opuestos. La primera dando pérdidas, la segunda con utilidades.

Según Castellanos, esto dejaría entrever problemas ligados más a la forma de administrar y de gestionar de las empresas y no a alteraciones en el sistema. De ahí que insiste en la imperiosa necesidad de mejorar los gobiernos en estas empresas, revisar las formas de contratación y el manejo de los recursos antes de solicitar más recursos y de lamentarse.

Por el lado de los hospitales, insiste en que muchas de las utilidades reportadas son contables, es decir que incluyen deudas de difícil recaudo o prácticamente irrecuperables, por lo que deben ser saneadas en los balances antes de ser presentadas. Aunque reconoce que hay que ser realistas con la disponibilidad de los recursos.

Castellanos sugiere también que se homogenicen las formas de contratación entre EPS y hospitales, porque algunas de las primeras sin red terminan pagando por la atención de los usuarios de urgencias a tarifas más elevadas de lo normal, lo que infla los ingresos de los hospitales. Por eso indica que se debe regular este mercado de una manera más uniforme.

Por último, César Burgos, presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, dice que estos informes no pueden caer en un terreno árido sino que deben servir para realizar análisis profundos sobre las finanzas del sector, aclarar con celeridad las deudas entre prestadores y aseguradores e iniciar un proceso progresivo de saneamiento de cuentas para darles mayor transparencia al área económica de la salud.

Ninguno de los expertos consultados niega que hay una crisis económica, pero todos coinciden en que se requiere urgente poner sobre la mesa, de forma cruda, el estado de cuentas para saber exactamente cuáles son los déficits y luchas por los recursos objetivamente.