

**EFFECTOS DE IMPLEMENTAR EL TRATAMIENTO DE CARTERA ESTABLECIDO  
POR LAS NIIF EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE CUARTO NIVEL EN BOGOTÁ**

**ENSAYO DE GRADO**

**Normas Internacionales de Información Financiera, auditoria y aseguramiento nias**

**OSCAR ALEXANDER CAMELO PÁEZ**

**JUAN CAMILO CASTAÑEDA MOLINA**

**Fundacion Universitaria Los Libertadores**

**Facultad de Ciencias Económicas y Contables**

**Programa Contaduría Publica**

**Bogotá, Colombia**

**Noviembre 17 de 2017**

## RESUMEN

El proceso de implementación del marco normativo internacional para el tratamiento de la información financiera por parte de las entidades provocó un efecto directo sobre los criterios de reconocimiento establecidos desde las políticas contables de las instituciones. La entrada en vigencia de la ley 1314 de 2009 modificó los conceptos locales enmarcándolos en la propuesta del IASB (International Accounting Standard Board) y el FASB (Financial Accounting Standard Board), organismos responsables de gran parte de la teoría contable.

Los respectivos cambios y las modificaciones en el desarrollo de la profesión contable hacia un marco global a partir de unas características fundamentales como la relevancia y la representación fiel, evidencian la realidad empresarial del país, aumentan el grado de confianza y además elevan los niveles de asertividad en la toma de decisiones por parte de las organizaciones, sin embargo es un escenario incierto, ya que existen sectores de la economía para los cuales no son claros los cambios de condiciones abordados por la leyes actuales, un débil acompañamiento por parte del gobierno ha generado retrasos en la implementación total de dichas modificaciones.

El Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Colombia ha sido un tema recurrente en las agendas de gobierno de los últimos mandatarios. Las dificultades son una constante al revisar el tratamiento de la cartera por parte de las organizaciones que pertenecen a este sector, la transición a un marco internacional contable también ha generado una serie de cambios en el funcionamiento del negocio para las partes involucradas, los cuales deben ser revisados teniendo en cuenta su impacto en la población.

Por lo que vamos a determinar exactamente los cambios que se tienen en el manejo de la cartera tanto en normal local como en NIIF, poder realizar una comparación más asertiva y más concreta sobre el mismo proceso en los dos ámbitos (Normas internacionales de información financiera y decreto 2649), también los cambios más considerables que se encuentran a lo largo del proceso de convergencia y hallar los pros y contra del manejo de la cartera como se venía manejando y como se manejará internacionalmente.

Se pretende aclarar de igual manera los diferentes conceptos que hay actualmente en NIIF versus decreto 2649, para poder tener el mismo dialogo global (Terminología) en el campo de clientes más exactamente en el tratamiento de cartera.

**PALABRAS CLAVE:**

- Cartera
- Deterioro
- Provisión
- Contingencia
- Reconocimiento y Medición.

## INTRODUCCIÓN

La transición del marco de convergencia hacia Normas Internacionales de Información financiera ha sido en los últimos años uno de los temas más complejos de tratar por parte de las empresas en Colombia, debido a un proceso con cambios en el reconocimiento y con una serie de modificaciones sustanciales generados a partir de la entrada en vigencia de la ley 1314 de 2009, en donde se establece un nuevo escenario con relación a la forma en que son desarrolladas las contabilidades en el país.

El sector salud no se encuentra ajeno a la realidad vivida por un gran número de empresas a nivel nacional, de una u otra forma han sido las entidades de este sector las que no logran establecer dentro de sus políticas una adecuada transición entre los conceptos previos a la aplicación de estas novedades. Las proyecciones a partir de la implementación de dicha normativa en las instituciones del sector salud han destacado un desequilibrio a nivel financiero además de evidenciar escenarios donde los bajos niveles de reinversión por parte de las entidades que componen dicho grupo.

El Sistema General de Seguridad Social (SGSS) del país se ha caracterizado por contar con un grupo instituciones con gran reconocimiento a nivel internacional, desde ahí han surgido algunos interrogantes con relación al funcionamiento del negocio, un proceso de convergencia sin reglas claras por parte del gobierno llevó a otorgar un nuevo plazo para estas organizaciones a través del decreto 2496 de 2015. En este se concede un nuevo periodo con el fin de dar un mayor acompañamiento por parte de las entidades correspondientes y para que las instituciones del sector ejecutaran un plan de saneamiento con relación al comportamiento de la cartera de clientes.

El número de instituciones que funcionan en Colombia entre hospitales públicos, privados e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), superan la cifra de 1.100 establecimientos cuya misión es responder a las necesidades de la población en materia de salud. Sin embargo, el desequilibrio ha sido una constante para muchas de las organizaciones que pertenecen al sector, e incluso la falta de recursos además de la acumulación de deudas por parte de los clientes han conducido incluso a escenarios de quiebra y liquidación donde el principal argumento es la falta de flujos de capital que permitan cumplir con las responsabilidades correspondientes.

La innovación en el tratamiento de las patologías que afectan a gran parte de la población continúa realizándose en algunas de las instituciones de mayor reconocimiento a nivel nacional, teniendo como referente que la mayoría funcionan en la capital del país. La transición a un nuevo marco normativo en materia contable no ha sido ajena para la administración de dichas entidades, es por esto por lo que resulta importante determinar parte de los efectos de implementar el tratamiento de cartera establecido por las NIIF en instituciones de salud y medir aspectos de relevancia en las de cuarto nivel en Bogotá, ya que son estas entidades son las que cuentan con un portafolio más amplio para la atención del usuario.

Reconocer los cambios es la tarea principal que se deberá desarrollar en las organizaciones con el fin de estructurar la información de una forma más estandarizada como lo dicta la ley, además es la oportunidad de identificar las fortalezas y debilidades con relación a estas nuevas políticas teniendo en cuenta que las NIIF son el marco global que al final permitirá la llegada de posibles inversionistas.

En la actualidad la situación de insostenibilidad financiera por la que atraviesan muchas de estas instituciones se atribuye en forma directa a la concentración registrada en las cuentas por cobrar de las instituciones prestadoras de salud (IPS). Entre los principales elementos que caracterizan la cartera de estas organizaciones se evidencia un alto grado de morosidad por parte de los clientes, adicionalmente los montos acumulados que tienen relevancia significativa en el momento de consolidar la información.

A nivel nacional son pocas las instituciones de tercer y cuarto nivel de origen público o privado, las cuales aún no establecen un adecuado protocolo que les permita desarrollar la cartera como lo establecen las NIIF. La operación del sistema del sector salud cambiara de cara a un proceso de globalización desde la llegada de nuevos inversionistas y aseguradoras ha provocado un efecto de internacionalización de la información, el cual ha implicado un sacrificio por parte de las organizaciones. La Superintendencia de Sociedades proyecta un cambio entre el 7% y 10% por ciento en el valor del patrimonio que reportan normalmente bajo norma local, en ese orden se debe buscar un desarrollo de plataformas tecnológicas por parte de las instituciones, además de una adecuada capacitación y asesoramiento al usuario de la información. La dinámica del negocio por parte de las entidades prestadoras de salud en el país se caracteriza por brindar el servicio, generar

la factura correspondiente por dichos elementos y esperar a recibir el pago después de los plazos administrativos establecidos. Sin embargo, muchas veces los procesos de pago se retrasan y aumentan el volumen de cuentas por cobrar, a partir de esto se consolida una cartera con un grupo de clientes, la cual debe someterse a ciertas condiciones de ley.

La metodología del presente documento será de carácter cualitativo con la finalidad de evidenciar desde varios condicionales algunas ventajas y desventajas frente a la aplicación por parte de las organizaciones de cuarto nivel en Bogotá según decreto 2349, además de evidenciar como se tratará según las NIIF con el fin de revelar algunos aspectos que condicionan el comportamiento de la cartera. La estructura se desarrollará desde tomar los aspectos de ley establecidos de forma histórica, analizar el caso de alguna entidad con las características previamente mencionadas y evidenciar una serie de conclusiones generadas a partir de los datos recopilados.

## COMPORTAMIENTO DEL SECTOR

El sector salud se ha visto expuesto en los últimos años a la opinión pública, una reestructuración al SSGS ha evidenciado la falta de sostenibilidad de las organizaciones involucradas. Como lo público portafolio “Alrededor del 30% de la facturación de la salud en Colombia se devuelve, desencadenando la falta de recursos del sector salud para atender con calidad a los pacientes. En otras palabras, el problema fundamental no es la falta de recursos, sino la falta de flujo de dinero entre los diferentes actores. Según datos de la Superintendencia de Salud, “las EPS llevan tres años en rojo y solo este año perderán 1,8 billones de pesos”. (PORTAFOLIO , 2017)

De ahí la problemática, en el que se involucra directamente la entrada de dinero a las entidades del sector salud, por lo que no va haber un flujo de efectivo y por ende se afectará la cartera en cierta medida, ¿Por qué se verá afectada la cartera si no ingresa dinero en la compañía? Es una incertidumbre que se tiene, pues si bien sabemos que la cartera solo es afectada cuando el cliente no efectúa el pago de la obligación a tiempo y dependiendo de las políticas de la empresa se determinará si ya es un cliente moroso o no, pero para responder la pregunta hecha, la cartera se verá afectada porque no se está reflejando un recaudo de la obligación por parte de nuestro cliente , es decir estadísticamente se puede deducir que del 30% de la facturación devuelta (Según portafolio) la gran mayoría se encuentre en cartera.

Como se indicó en un principio las IPS tienen una participación importante en cuanto al recaudo de cartera se refiere, ya que por ello es que se evidencia el gran fracaso que tienen en el sector y su gran mayoría ha quebrado por no tener el recaudo que se esperaba.

El gobierno debe aportar desde su posición como garante del debido funcionamiento por parte de EPS, IPS y Hospitales tanto de nivel público o privado, ya que hasta la fecha se muestra su intervención solo en aquellos momentos donde las organizaciones se encuentran en procesos de liquidación, garantizar el flujo de efectivo y la reducción en la cartera entre los afectados permitiría mejorar las condiciones del negocio reflejadas en elevar los estándares de calidad en lo relacionado a la atención del usuario.

**“Las cifras de la cartera de salud crecen al tiempo que los reconocimientos merman”**

A continuación, veremos unas cifras que nos otorga Consultorsalud en donde nos reflejan el impacto contable y financiero del no recaudo de la cartera en el primer trimestre del año 2016, por lo que se está manejando como una cifra a considerar.

**“1) Régimen Contributivo:**

a) La cartera en el régimen contributivo creció en el trimestre enero a marzo de 2016 un 21% a decir de las IPS y un 22% reconocido por las EPS.

b) La cartera reportada por los prestadores en el régimen contributivo paso de \$3,3 billones, a \$4,02 billones en solo tres (3) meses... asombroso.

c) Por su parte las EPS del régimen contributivo solo reconocen de esa cifra, la cantidad de \$ 1,73 billones, marcando una diferencia de \$2,28 billones en contra de las IPS.”

El aumento de cuentas por pagar de parte del régimen contributivo permite inferir un atraso en los pagos por parte de las EPS correspondiente a los servicios prestados a sus usuarios, un aumento en los días de rotación por partes de las entidades ha llevado a aumentar los montos pendientes. Argumentada ineficiencia en los procesos de facturación y contratación por parte de las IPS, esto al final se sustenta en los altos niveles de glosa generados por la mayoría de compañías.

**“2) Régimen Subsidiado**

a) Por su parte en ese mismo lapso de tiempo en el régimen subsidiado, la cartera se redujo un 19% según las EPS, y solo un 0,7% de acuerdo a los reportes de las IPS

b) La cartera reportada por los prestadores en el régimen subsidiado paso de \$2,43 Billones a \$2,42 billones, reflejando un proceso de estabilización en el trimestre, y dando quizás una pequeña muestra de recuperación.

c) Las EPS del régimen subsidiado reconocen de esa cifra con corte a marzo, únicamente \$1,47 billones, marcando una diferencia de \$ 949 Mil Millones en contra de las IPS.”

Un régimen subsidiado que se respalda en los recursos del estado muestra un proceso donde han logrado pagar algunas de las cuentas pendientes con las Instituciones prestadoras de salud, permitiendo un saneamiento en gran parte de la cartera pendiente y mostrando una eficacia en plan diseñado por parte del gobierno actual.

### 3) NO POS régimen subsidiado

a) La cartera que reportan las EPS, y que estaría a cargo de los ET subió en el primer trimestre del año 2016 un 14,24%.

b) Esa cartera asciende a \$ 279 Mil Millones.

c) Los ET reconocen de esa deuda el 89,5%

### 4) NO POS régimen contributivo (auditoría FOSYGA al paquete de mayo 2016):

a) Se radicaron 513.944 recobros por Medicamentos No Pos por un valor de \$ 224.861.101.984,90

b) se aprobaron \$ 171.844.269.095,45 (76,42%), y

c) se glosaron \$ 53.016.832.889,45 (23,57%).

d) Por Tutelas, se radicaron 47.813 recobros por un valor de \$ 45.968.857.085,38,

e) se aprobaron \$ 24.343.079.500,88 (52,95%), y

f) se glosaron \$ 21.625.777.584,50 (47,04%).” (CONSULTORSALUD, 2017)

En el primer ítem se puede identificar claramente que las entidades de salud de régimen contributivo tuvieron un aumento en su cartera, durante el periodo de enero a marzo del 2016, tanto IPS como EPS tuvieron un comportamiento similar, ya que la diferencia de una y la otra es tan solo de 1%.

En nuestro segundo escenario tenemos las entidades de salud, pero de régimen subsidiado, el impacto es más notorio y por así llamarlo más favorable, ya que la cartera tuvo una disminución

considerable si se compara con las de entidades de régimen contributivo, pero es de aclarar que la mejoría fueron a las EPS ya que para las IPS la disminución no alcanzo ni al 1%.

La entidad territorial encargada de cubrir los tratamientos no incluidos en el plan de benéficos tanto para usuarios del régimen subsidiado y algunos específicos del régimen contributivo continúan retrasando los pagos correspondientes a dichos servicios ya prestados, además de elevar los niveles de morosidad. Se determina desde unos niveles de facturación total donde contratan casi por mitad entre lo que se paga y las cuentas que se glosan por no estar sustentadas para pagar según las condiciones ley.

### **Perdidas en el sector salud en el año 2016**

Durante todo el periodo del 2016 las entidades del sector salud (hospitales, IPS y EPS) reflejaron perdidas en sus estados financieros de acuerdo a la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que veremos los datos suministrados por tal entidad.

“El subsector asegurador obligatorio del SGSSS, en el agregado, generó pérdidas por valor de \$1,2 billones, dentro del cual aproximadamente el 15% de las EPS son del régimen contributivo y el 85% del subsidiado

Por su parte, de las 41 EPS que reportaron información, 17 generaron utilidades por \$194 mil millones, de las cuales el 70% corresponde al régimen subsidiado, mientras que, de las 23 entidades que generaron pérdidas, el 83% es atribuido a aquellas que operan el régimen subsidiado y el 17% al contributivo

En cuanto a los prestadores de salud, en el agregado, generaron utilidades cercanas a \$1.9 billones de pesos, de los cuales el 12.5% es atribuido a entidades públicas y el 87.5% a entidades privadas. En concreto, 597 hospitales públicos y 4.340 IPS privadas registraron utilidades, mientras que 340 hospitales públicos y 764 IPS privadas registraron pérdidas” (Superintencia de Salud , 2017)

Por lo anterior se indica que según las cifras suministradas el compilado de entidades que conforman el grupo categorizado como aseguradores obligatorios del sistema, en el consolidado de cifras acumulo perdidas por montos superiores a \$1,2 billones. En el desglose de dicha cifra se

identifica que cerca del 15% del total corresponde a las EPS categorizadas con naturaleza de régimen contributivo y un 85% pertenece al régimen subsidiado.

El consolidado permite evidenciar que a partir de la información suministrada por las IPS consultadas en su mayoría acumulan pérdidas en su mayoría producto de una cartera acumulada correspondiente a las entidades que pertenecen al régimen subsidiado, frente a un reducido grupo de instituciones que declaran utilidades cercanas a los \$194 mil millones. Existen varios factores que inciden en este comportamiento del sector, pues existen muchas entidades cuyo capital está constituido con dineros del estado.

Al partir de las cifras registradas previamente se evidencia un desbalance por parte del gobierno para con las entidades públicas, carteras con un alto volumen de cuentas por cobrar determinan algunas de las condiciones que se evidencian en una falta o incluso del inicio de procesos de liquidación en contraste las entidades de capital mixto o privado han registrado ganancias y eso se debe por adaptarse a las condiciones de mercado, tomando las medidas suficientes para evitar acumular cuentas que en un futuro se conviertan como difícil cobrabilidad.

El gobierno distrital ha planteado soluciones con el fin de frenar los efectos de una posible crisis con un impacto general sobre las instituciones de salud. Informes como DIAGNÓSTICO SECTORIAL DE SALUD junto al INFORME DE COMPRA DE CARTERA son algunos de los esfuerzos a nivel local por mantener en funcionamiento la estructura del sistema de salud en la capital.

### **Cambios en las finanzas del sector**

Los niveles de endeudamiento en el sector salud aumentan de forma considerable, teniendo en cuenta las modificaciones realizadas en el plan de beneficios diseñado con una serie de coberturas para el tiramiento médico de los colombianos. El ministerio de salud reconoce los inconvenientes en el tratamiento de cartera por parte de las organizaciones pertenecientes a dicho grupo, partiendo de un sistema donde crecen las cifras de servicios no incluidos y necesarios para brindar un servicio de calidad, el cual responda a las necesidades de la población.

“El problema, de acuerdo con el ministro, es que si se comparan tanto los gastos que cubre el Plan Obligatorio de Salud (POS) como los que no cubre, con los ingresos que recibe la cartera por pagos de impuestos y otras contribuciones, es notable el exceso de gasto del sector salud”. Las soluciones son recurrentes teniendo en cuenta que durante los últimos mandatos el hueco fiscal del sector salud ha sido cubierto por impuestos recurrentes, los cuales terminan respondiendo a la ausencia de recursos necesarios es por eso que en los detalles de las últimas reformas tributarias se defina la destinación de estos recursos, con el fin de nivelar de alguna forma y dar un mayor espacio con el fin dar un espacio para que las entidades de este sector logren fortalecer sus aparatos administrativos, redimiendo su particular esfuerzo en una mejor posición al interior del mercado.

“Para generar mayores ingresos, el ministro Gaviria destaca la importancia de aprobar la nueva reforma tributaria que plantea dos “impuestos saludables”. El primero es gravar con un impuesto de \$300 por litro a las bebidas azucaradas y el segundo es incrementar el impuesto específico para las cajetillas de cigarrillos desde los actuales \$700 hasta \$2.100 por cajetilla en el 2017 y desde el 2018 se aplicaría una fórmula de inflación más 4%. Con todos estos cambios, el Ministerio estima que el sector salud tendría recursos adicionales por cerca de \$3,2 billones anuales.” (Revista Dinero , 2016)

Las proyecciones estimadas por parte del gobierno permiten identificar que desde el objetivo que enmarca la ley 1797 del 13 de Julio del 2016, la cual se realiza con el fin de “fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de 1 deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la: I prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud ~ (SGSSS)”.

En relación al tratamiento de la cartera establece un plan de choque como lo describe el Artículo 9 de la ley en mención, “Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independientemente de su naturaleza jurídica, el Fosyga o la entidad que haga sus veces y las entidades territoriales, cuando corresponda, deberán depurar y conciliar permanentemente las cuentas por cobrar y por pagar entre ellas, y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros”. (EL CONGRESO DE COLOMBIA, 2016)

Un saneamiento contable es el adjetivo por un gran número de entidades que operan el sector salud, con la definición de nuevos conceptos en materia de reconocimiento, obligan a iniciar procesos de depuración completa de la cartera en las organizaciones. Al iniciar un nuevo proceso debe asegurarse un tratamiento adecuado para aquellos clientes de los que se tienen pagos pendientes aún.

La aplicación de un marco de tratamiento de la información contable global tendrá efectos directos sobre el funcionamiento de las instituciones, los cambios en el tratamiento de la cartera deberán abordarse reconociendo como se llevaba bajo política local frente a la aplicación según lo dictan las NIIF.

### **TRATAMIENTO DE CARTERA SEGÚN ESTABLECE LA LEY**

Para el tratamiento de cartera bajo decreto 2649 primero hablaremos sobre la provision de la misma, teniendo en cuenta que el concepto “Provisión” solo se maneja en norma local, para ello como se conoce este término, hace referencia a cartera que no se va recuperar y lo reconoceremos como una pérdida.

Esta provisión se maneja para todas las empresas que realizan ventas a crédito, ya que siempre va haber un riesgo de “pérdida” por ende este valor debe reconocerse en los estados financieros de la compañía (PYG)

En norma colombiana existen dos métodos de provisionar la cartera, conocidas como individual y general.

El método individual consiste en tomar el saldo a final del periodo y que estas deudas tengan más de un año de vencidas, se le aplicará un 33% sobre el monto total, por lo que al realizar este proceso el valor de la cartera disminuirá (La contabilización de ese 33% se llevará como un gasto)

Para el método general, también se tomará el saldo final del periodo de la cartera vencida teniendo en cuenta la periodicidad de vencimiento (Es decir cartera por edades, sea de 3 a 6 meses, 6 a 12 y de 12 en adelante). Para el primer escenario donde el saldo de vencimiento se encuentre entre el rango de 3 a 6 meses se le aplicará un 5% de para provisión; de 6 a 12 meses será del

10% y cartera vencida de 12 meses en adelante la provisión se calculará sobre el 15% sobre el valor. De igual manera que la individual esta provisión se reconocerá como un gasto.

Caso diferente para NIIF en el que el término utilizado es “deterioro” de cartera, pues se es conocido que también se tratará como una pérdida igual que en el concepto de provisión a diferencia que el deterioro es una pérdida ya real es decir ya se dio mientras en la provisión es una posibilidad.

El factor del tiempo influye bastante en la diferencia entre provisión y deterioro, ya que en el caso del deterioro habrá escenarios donde se determine que una cartera mayor a 360 días será una cartera irrecuperable y por ende una pérdida, lo que sería falso dado que se conocen eventos donde la gerencia de la empresa tome la decisión de hacer un acuerdo de pago o refinanciar la deuda. Otro elemento importante para tener en cuenta entre el deterioro y la provisión es que el primero en NIIF deteriora los activos y la provisión se efectúa en los pasivos, ya que de acuerdo a la NIC 37 “Una provisión es un pasivo en el que existe incertidumbre acerca de su cuantía o vencimiento”. (IASB, 2009, NIC37.10).

En norma internacional indica que las “probabilidades” no serán tenidas en cuenta ya que para que se puedan reconocer en los instrumentos financieros tuvo que haber ocurrido el hecho, tal como se indica en la NIC 39 “Una entidad evaluará al final de cada periodo sobre el que se informa si existe evidencia objetiva de que un activo financiero o un grupo de ellos medidos al costo amortizado esté deteriorado.” (IASB, 2009, NIC 39.58)

## **INSTITUCIONES DE SALUD EN LA CAPITAL**

En la ciudad de Bogotá operan instituciones con diferentes niveles de atención, sin embargo, son pocas las que cuentan con un portafolio integral en materia de atención, entre las que cuentan con habilitación de Cuarto Nivel aparecen un grupo reducido de organizaciones algunas de origen público y otras de capital privado, pero con gran trayectoria en el sistema de salud.

En la capital desde 1972 funciona una entidad de carácter privado la cual ha orientado su misión a resolver desde la innovación algunas de las patologías que aquejan a la población a nivel distrital como nacional. Establecida desde su fundación como una entidad sin ánimo de lucro, la cual ha constituido gran parte de su capital de trabajo desde los aportes realizados por un grupo de benefactores, entre los que se destacan algunos de los grandes empresarios del país contribuye desde sus políticas de transformación de manera positiva al sistema de salud. Sin embargo, a pesar de sus altos niveles de productividad no se ha visto ajena a los fenómenos de crisis financiera que padece el sector.

La incobrabilidad y morosidad en los pagos por parte de sus clientes han llevado a reestructurar sus políticas en materia de atención, obligándolos a establecer alianzas con el sector privado con el fin de generar un ambiente de sostenibilidad financiera si se compara con otros agentes del sector. La entidad ha limitado su relación con EPS o entidades de régimen especial, recurriendo al recurso de un pago preliminar por la atención de usuarios con el fin de evitar una pérdida total por la prestación de los servicios, con esto ha garantizado no elevar sus montos pendientes de cobro.

En las políticas de esta institución se encuentra continuar respondiendo a las necesidades de la población, pero manteniendo la solvencia en materia financiera, suficiente ha sido la incobrabilidad en el pago de servicios prestados que no se encuentran contemplados en el plan de beneficios. El Fondo Financiero Distrital, Saludcoop, Caprecom entre otras entidades acumulan deudas a nivel histórico con esta organización por montos superiores a \$2.000 millones. El reproceso entre radicación y devolución de facturas por aplicación de glosa sostenida contrastan con la aplicación del nuevo marco normativo donde desde lo revisado previamente se identifica que bajo Decreto 2649 de 1993 se calculaba una provisión de cartera bajo el precepto de perdidas ya dadas por eventos históricos, mientras que bajo Niif plenas el concepto de deterioro amplía su perspectiva a no deteriorar en forma escalonada la cartera según condiciones futuras.

“El concepto de deterioro no contiene el conflicto de la incertidumbre dentro de su política de reconocimiento, tiene una definición muy concisa “Pérdida por deterioro del valor es la cantidad en que excede el importe en libros de un activo o unidad generadora de efectivo a su importe recuperable” (IASB, 2009, NIC 36.6c) y el importe recuperable “de un activo o de una unidad generadora de efectivo es el mayor entre su valor razonable menos los costos de venta y su valor en

uso”. (IASB, 2009, NIC 36.6c) por lo tanto, no dice que será las posibles pérdidas futuras, sino que es la incapacidad del activo de recuperar su valor actual de libros sea por venta o por uso. Otro elemento importante para separar estos dos conceptos es que el deterioro se conceptualiza para los activos y las provisiones en NIIF (IFRS) solo se contabiliza para los pasivos, “Una provisión es un pasivo en el que existe incertidumbre acerca de su cuantía o vencimiento”. (IASB, 2009, NIC37.10) lo que lleva a determinar que bajo NIIF (IFRS) se deteriora los activos y se provisión a los pasivos. El termino provisión era más amplio bajo la política contable de reconocimiento del Decreto Reglamentario 2649/93, este incluía las provisiones de activos y las provisiones pasivos como lo definían en el Art. 52” Se deben contabilizar provisiones para cubrir pasivos estimados, contingencias de pérdidas probables, así como para disminuir el valor, Re-expresado si fuere el caso, de los activos, cuando sea necesario de acuerdo con las normas técnicas. Las provisiones deben ser justificadas, cuantificables y confiables.” Esto lleva a comprender, que el termino provisión del 2649/93, no es el mismo utilizado en las NIIF (IFRS), que no es solamente un cambio de nombre a “deterioro”. Igualmente es contrario a las provisiones cartera del art. 145 del estatuto tributario, al desestimar la posibilidad de que se provisiones cualquier categoría del activo.” (Rincon Soto, 2015)

La depuración en el tablero de mando como lo denomina la entidad permite apreciar una reducción en las condiciones para recuperar el capital inicial adeudado a la IPS. Tradicionalmente se establecía una provisión bajo determinadas características, sin embargo, con el nuevo proceso de reconocimiento se estableció una política contable donde el deterioro de algunas cuentas individuales se verifica caso a caso con el fin de determinar su probable o nula cobrabilidad. A la fecha se han castigado un gran número de cuentas cuya deuda acumulada se responsabiliza sobre los entes territoriales, al evidenciar que existen eventos sin pago, con antigüedad superior a los cinco años, obliga a la administración a desarrollar un plan cuyo objetivo es no afectar los estados financieros actuales y si declarar caducidad para algunos casos específicos.

En ese orden de ideas esta organización ha establecido un plan de contingencia durante el proceso de transición con el fin de presentar la mayor cantidad de recobros a dichas entidades que presentan mora en sus pagos y determinar aquellas cuentas a las cuales se les deberá aplicar un deterioro total, con el fin de reflejar unas condiciones más reales con relación a la situación financiera de la organización. Proteger los recursos del patrimonio es un indicio que se continuara

manejando relaciones mixtas entre entidades del sector privados y del sector público, a estas últimas aplicando ciertos condicionales con el fin de no inflar la cartera de la institución, con el fin de no entrar a la larga lista de entidades que se encuentran al borde de la quiebra por no contar con los recursos suficientes para respaldar su operación.

El deterioro de la cartera se establece en la entidad y según la norma contable vigente como la depuración sobre el rubro de cuentas por cobrar, teniendo en cuenta una serie de características que al final pretenden demostrar la incapacidad de recuperar su valor original y si determinar la pérdida acumulada por un capital no recibido. Desde que se consideró la entrada en vigencia del nuevo marco normativo la organización optó por proteger sus finanzas, establecer un manejo claro con determinados clientes, además de dar una revisión completa al estado de su cartera. Desarrollar lo anterior le ha permitido mantener financieramente una organización con altas expectativas de crecimiento además de ser del grupo líder en innovación y desarrollo dentro del grupo de entidades pertenecientes al sector salud del país.

## CONCLUSIONES

1. El reconocimiento de los cambios en el manejo de la cartera por parte de las organizaciones del sector salud, requiere de una planeación que permita desarrollar una actualización en el proceso de depuración de la misma, teniendo en cuenta el marco normativo contable que debe aplicarse actualmente, el cual reflejará con mayor veracidad la situación financiera de las entidades y permitirá elevar las utilidades o declarar con mayor seguridad sus pérdidas en el funcionamiento del negocio.
2. Las entidades de salud en el país deben aplicar políticas que les permitan proteger su patrimonio y unos flujos de efectivo que garanticen el funcionamiento del negocio en marcha. Adaptarse a las condiciones de un sector donde la morosidad en el pago a las IPS ha llegado a provocar una inflación de la cartera de dichas entidades, es por eso que se hace necesario evitar la incobrabilidad, interactuar con la inversión del sector privado y no limitarse a trabajar con el capital del estado, teniendo en cuenta que las cuentas con mayor acumulación provienen de responsables como los fondos territoriales y EPS subsidiadas por el gobierno.
3. El proceso escalonado a partir de la ley 1314 del 2009 para las entidades de salud se desarrolló a partir de las condiciones propias de cada sector, las entidades del sector salud históricamente han afrontado crisis por diferentes motivos, entre los cuales se destaca la falta de flujos de efectivos, además de un sistema de salud desbordado en su capacidad para la atención de la población en el país. El volumen consolidado en la cartera de muchas entidades, en su mayoría de origen público ha conducido a retrasar el proceso de adhesión al nuevo marco de convergencia. Haber desarrollado las políticas actuales en la mayoría de entidades desde que se estableció dicho cambio hubiera terminado en la declaración de insostenibilidad financiera por parte de dichas organizaciones.
4. El reconocimiento de pérdidas en el momento de evaluar la cartera de las organizaciones se establece desde la aplicación del concepto deterioro, el cual aleja la incertidumbre por posibles pagos, se desenlaza de las probabilidades y establece para la unidad generadora

de efectivo unas condiciones claras en el momento de medir el desgaste de las cuentas por cobrar. Además, define las provisiones para los pasivos y el deterioro con los recaudos aún pendientes que se encuentran en el acumulado.

5. Las entidades públicas del sector salud se ven limitadas en sus proyecciones de crecimiento, en contraste con las de origen privado, ya que los flujos de efectivos no son los necesarios, en su mayoría las deudas por parte de los entes territoriales y de las organizaciones de régimen subsidiado a la mayoría de hospitales han sumergido en una crisis a un gran número de estas entidades, lo anterior se resume en la crisis de la salud que está por venir donde los grandes volúmenes de cartera muestran una falta de organización por parte del gobierno en la planeación para las entidades del sector salud.
6. El sector privado en su mayoría ha logrado adaptarse a un mercado con crisis constantes, la inversión extranjera evidencia también el lado positivo de este sector en cuanto al flujo de efectivo. En los últimos años la aparición de conglomerado de diferentes países, interesados en invertir en grupos farmacéuticos, operación de IPS entre otros, evidencian características interesantes en el funcionamiento del negocio, ya que al adoptar un marco contable internacional ha permitido hacer del negocio algo más global. Abrirse a nuevos focos de mercado ha sido la consigna de muchas de estas multinacionales, las cuales asumen el riesgo de inversión al ver calidad en el manejo financiero y proyecciones de crecimiento que garantice el crecimiento del patrimonio. El desarrollo adecuado de la cartera en las organizaciones del sector privado ha sido interesante teniendo en cuenta que se adaptan además establecen políticas adecuadas que garanticen la protección de sus finanzas.

## BIBLIOGRAFIA

CONSULTORSALUD. (12 de JUNIO de 2017). *SOS - LA CARTERA ESTA HUNDIENDO EL SISTEMA DE SALUD*. Obtenido de CONSULTORSALUD :

<http://www.consultorsalud.com/sos-la-cartera-esta-hundiendo-el-sistema-de-salud>

EL CONGRESO DE COLOMBIA. (13 de JULIO de 2016). *LEY 1797 DEL 13 DE JULIO DEL 2016*. Obtenido de <http://es.presidencia.gov.co>:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201797%20DEL%2013%20DE%20JULIO%20DE%202016.pdf>

PORTAFOLIO . (23 de Octubre de 2017). *Flujo de caja, el gran problema del sector salud en Colombia*. Obtenido de Portafolio: <http://www.portafolio.co/innovacion/flujo-de-caja-el-gran-problema-del-sector-salud-en-colombia-510918>

Revista Dinero . (11 de AGOSTO de 2016). *¿Cómo mejorar las finanzas de la salud en Colombia?* Obtenido de DINERO: <http://www.dinero.com/pais/articulo/el-sector-salud-necesita-mejorar-sus-finanzas-en-colombia/238655>

Rincon Soto, C. A. (16 de MARZO de 2015). *Deterioro versus Provisiones en las NIIF (IFRS)*. Obtenido de AprendeNIIF.com: <http://aprendeniif.com/deterioro-versus-provisiones-en-las-niif-ifrs/>

Superintendencia de Salud . (19 de SEPTIEMBRE de 2017). *Un total de 340 hospitales públicos, 764 IPS privadas y 23 EPS registraron pérdidas en 2016*. Obtenido de El Diario de Salud : <http://www.eldiariodesalud.com/nacional/un-total-de-340-hospitales-publicos-764-ips-privadas-y-23-eps-registraron-perdidas-en-2016>