

EFFECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE NIIF EN LA CARTERA DE LAS IPS

LUÍS ARTURO ACOSTA ALDANA

EDGAR ANDRÉS GONZÁLEZ BRICEÑO

**ESPECIALIZACIÓN EN ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CONTABILIDAD Y
AUDITORIA**

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO

BOGOTÁ, 2017

EFFECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE NIIF EN LA CARTERA DE LAS IPS

LUÍS ARTURO ACOSTA ALDANA

EDGAR ANDRÉS GONZÁLEZ BRICEÑO

**Monografía para optar al título de Especialistas en Estándares Internacionales de
Contabilidad y Auditoría**

Tutor

Víctor Mauricio Castañeda Rodríguez

**ESPECIALIZACIÓN EN ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CONTABILIDAD Y
AUDITORIA**

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO

BOGOTÁ, 2017

Contenido

Resumen	4
Introduccion	5
El problema de las entidades del sector salud asociado con su cartera.....	6
El tratamiento de las cuentas por cobrar de las entidades privadas bajo norma local y NIIF.....	8
Implicaciones financieras del cambio normativo contable	10
Conclusiones	14
Bibliografía.....	15

Resumen

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las diferencias y similitudes que existen entre la norma colombiana aplicada hasta la fecha y las Normas Internacionales de contabilidad en el manejo de cartera, partiendo desde un análisis para el sector salud. En particular, se comparan los dos modelos contables considerando su aplicación a una entidad privada prestadora de salud, para posteriormente identificar la afectación de las NIIF en el manejo de su provisión de cartera y la implicación que trae la implementación de las NIIF en los estados financieros.

Palabras clave: NIIF; Implementación; sector salud; provisión de cartera.

Abstract

This paper's main objective is to expose the differences and similarities between Colombian accounting laws and the International Financial Reporting Standards (IFRS) regarding the trade receivables for healthcare institutions. Both models are applied to a private Health Maintenance Organization, in order to identify the impact of IFRS implementation in financial statements, especially the provision for doubtful debts.

Keywords: IFRS; Implementation; Health sector; Provision of portfolio.

Introduccion

Este trabajo pretende mostrar las diferencias y similitudes que existen entre la norma colombiana aplicada hasta la fecha y las Normas Internacionales de contabilidad en el manejo de cartera, partiendo desde un análisis para el sector salud. En particular, se comparan los dos modelos contables considerando su aplicación a una entidad privada prestadora de salud, para posteriormente identificar la afectación que implican las NIIF en el manejo de la provisión de cartera y en los estados financieros.

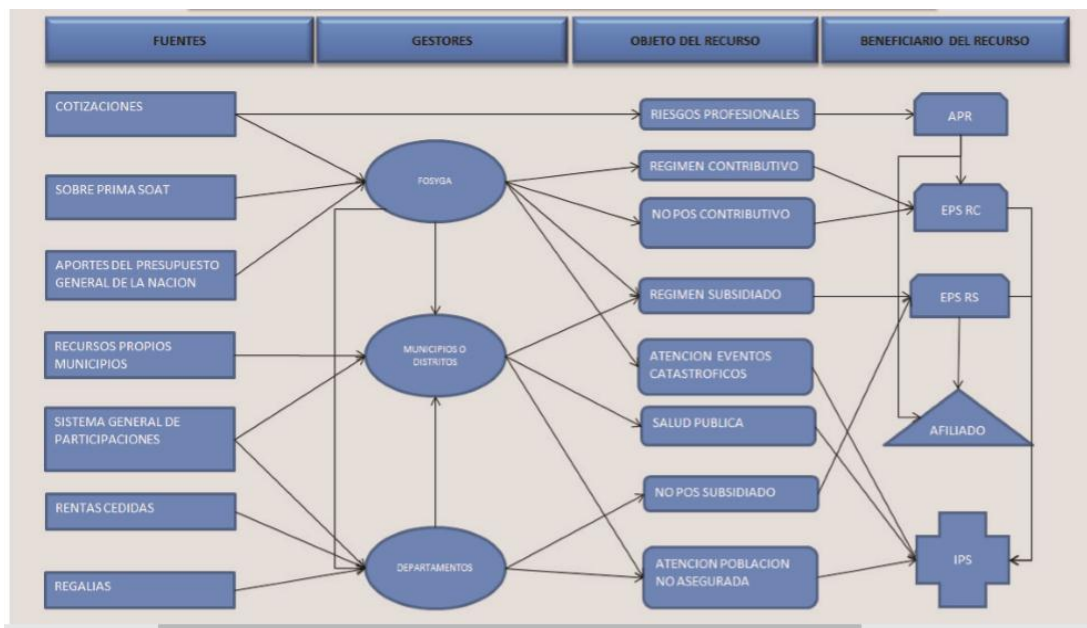
Se incluyen tres capítulos, en el primero se ahonda en el problema que existe en el sector salud, su funcionamiento, características propias y manejo (el problema de las entidades del sector salud asociado con su cartera). En el segundo capítulo titulado “El tratamiento de las cuentas por cobrar de las entidades privadas bajo norma local y NIIF”, se empieza a analizar por medio de diferentes argumentos basados en literatura, los pasos realizados por cada responsable de la información en las diferentes etapas que conforman la provisión de cartera bajo la norma existente, antes de la implementación de las NIIF, para luego entrar a analizar el manejo que se le puede dar a una cartera bajo el esquema de la norma internacional.

Para el último capítulo de este trabajo, llamado “Implicaciones financieras del cambio normativo contable”, se realiza el correspondiente análisis, ya directamente con los estados financieros y sus respectivos cambios sustanciales a la información, para así obtener varias conclusiones respecto al estudio de caso.

El problema de las entidades del sector salud asociado con su cartera

En este capítulo trataremos los problemas que le surgen al sector salud, de acuerdo con la función que cumple con relación a la afiliación, registro, recaudo y protección en salud. Esto puede ser el eje de uno de los problemas que afronta este sector debido a la divergencia de posturas hacia los objetivos, ya que por pertenecer a un sistema capitalista y de captación de recursos del público en general, tiende a volverse burocrático, debido a los procesos de intermediación que existe desde el momento en que se realiza el recaudo hasta aquel en que se presta el servicio. Si bien la Superintendencia Nacional de Salud es la entidad encargada de vigilar a este sector, no cuenta con las herramientas suficientes para garantizar que todos los usuarios tengan acceso a servicios de salud de calidad.

Ilustración 1. Flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social



Fuente: Cendex (2010, pág. 13).

La ley 100 de 1993 introdujo un sistema novedoso con la aparición de las EPS, esto para dar fin al monopolio fundado por el ISS (Instituto de Seguros Sociales), el cual era una entidad gubernamental que se encargaba del aseguramiento de los usuarios con su afiliación y la provisión de servicios de salud. No obstante, en ese momento dicha concentración era una carga muy grande para una sola entidad, más aún cuando esta carecía de ética en el manejo de los recursos asignados. Con dicha ley se quiso dar más competitividad al sector salud, brindando así

un servicio de alta calidad y con acceso a muchos más usuarios; se buscaba segregar la carga que poseía el ISS y mitigar el riesgo en el manejo de los recursos.

Se han realizado estudios para identificar, valorar y diagnosticar los problemas que el SGSSS tiene desde sus inicios, y a pesar que los gobiernos han hecho modificaciones a la legislación para solventar y disminuir los problemas crecientes de este sector, esta labor no ha sido suficiente para que la saturación y la mala prestación del servicio en salud pueda ser saneada de alguna manera y los usuarios no sean los principales afectados.

Aunque la función principal del sector debe ser proveer un servicio básico constitucional, como lo es la salud, en este país ello no ha ocurrido. Por el contrario, se han institucionalizado las empresas para convertir la salud en un modelo de negocio y enriquecimiento, sin importar las vidas que se pongan en riesgo (Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2005).

El sector salud con la creación del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), fue el encargado de cumplir dos funciones fundamentales: Realizar gestiones de aseguramiento, en donde se incluye el proceso de afiliación, registro, recaudo de cotizaciones; y por otro lado proteger la salud en donde se delega a las IPS la prestación del servicio (Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2005). No obstante, este modelo ha dado lugar a que algunos privados empleen los recursos que obtienen en funciones ajenas al sector y se descapitalicen, de manera que ha surgido cierta reglamentación cuyo objetivo ha sido evitar que esto ocurra.

Por ejemplo, el Decreto 2702 2014, en el cual “se actualizan y se unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud”. Dicho decreto fijó un nuevo margen de solvencia para las entidades promotoras de salud para este caso, el monto mínimo de solvencia corresponde a \$8.788.000.000 como valor inicial a partir del año 2014, siguiendo un crecimiento anual determinado por el índice de precios al consumidor. Además, para el caso de EPS se estableció un monto de capital adicional de \$965.000.000, para cada régimen de afiliación que tengan y los planes complementarios de salud que planeen tener.

Por su parte, el artículo 3 del Decreto 2702 da las pautas necesarias para la presentación contable y financiera de las EPS y Caja de Compensación que manejan los recursos de la salud y que además son prestadoras de servicios de salud, permitiendo mostrar por separado las

operaciones financieras y operativas realizadas por estas entidades a fin de que se vea reflejada la realidad económica de la entidad.

Sin embargo, considerando algunos artículos de revista se puede entrever que las EPS y las ARS no administran adecuadamente los recursos asignados y transferidos para la ejecución de sus presupuestos. Durante los últimos años se han destapado fraudes hacia el sistema de salud, en forma de recobros y cobros realizados al Fosyga, aludiendo haber entregado medicamentos y realizado procedimientos a pacientes no cubiertos por el pos, y lo que aún es peor, hay facturas de intervenciones realizadas a personas ya fallecidas.

Además las EPS en varias ocasiones utilizan los recursos asignados para la prestación de los servicios y para el pago a hospitales y clínicas privadas en objetos ajenos a su razón de ser, lo que ha ayudado a que en este sector la cartera ascienda estrepitosamente a niveles insospechados. Esto va en detrimento de los recursos de la salud a pesar de que las leyes proveen herramientas y mecanismos para mitigar el riesgo administrativo (país.com.co, 2011).

El tratamiento de las cuentas por cobrar de las entidades privadas bajo norma local y NIIF

El rubro de cartera se trataba contablemente de conformidad con el Decreto 2649 de 1993, por el cual se expidieron los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia. Además, la Superintendencia de Salud expidió algunas resoluciones que procuraban establecer las provisiones para este rubro del sector de la salud y especialmente las IPSs.

Con respecto a la renta, el Estatuto Tributario establece dos métodos para provisionar cartera; la provisión general e individual. Por el método de provisión general el Estado acepta deducir de la renta el 5% para la cartera que tenga más de 90 y hasta 180 días, el 10% para la cartera vencida que tenga más de 180 días y hasta 360 días, y el 15% para la cartera con más de 360 días de vencida. El otro método denominado provisión individual dice que únicamente a la cartera mayor a un año se le provisiona el 33%.

Todo esto surge del análisis de cartera realizado en conjunto por el contador y el Revisor Fiscal, en donde el contador es quien prepara la información de la cartera a provisionar por el respectivo año, en donde debe listar las facturas por edades, de acuerdo a su fecha de vencimiento, para proceder a aplicarle el método de provisión general de cartera acudiendo al

artículo 75 del decreto 187 de 1975, teniendo en cuenta que al final del periodo de corte no superen los topes y los requisitos para su presunción.

El método de provisión individual es más exhaustivo en su aplicación, debido a que se deben listar todas las facturas detalladas por cliente, tomar cada año y verificar qué facturas que se provisionan, ya fueron canceladas y si hubiere sido así, verificar si se realizó la correspondiente contabilización de la recuperación de cartera. Además, todos los años se debe verificar qué facturas detalladas por cliente tienen una fecha de emisión superior a 360 días calendario, y calcular la respectiva provisión del 33%.

Bajo este sistema funcionan las IPSs desde la Ley 100 de 1990. Es así que la provisión de los Estados Financieros que se presentan a los organismos directivos de cada institución son unos y la provisión realizada para deducir en el impuesto de renta son otros. Es así que la implementación de las NIC y NIIF, hace suponer que en adelante debe realizarse más interpretación, análisis, y sobre todo debe haber mayor razonabilidad en los rubros de cartera y afines, ya que de esto parte la interpretación y toma de decisiones por parte de la dirección.

De acuerdo con la NIC 9, la provisión de cartera en norma internacional se conoce como deterioro de cartera que se mide de acuerdo al análisis del cliente, la capacidad de pago que este tenga en el momento del pago, siendo eso un punto de partida para definir el deterioro. Por su parte, se utiliza un interés efectivo que permite traer a valor presente la deuda teniendo en cuenta el modelo de negocio y el ciclo económico del sector, esto quiere decir que no solamente deben haber unos parámetros de estimación, sino que además se debe hacer todo un análisis acerca de la cartera vencida de acuerdo a unos criterios existentes en las políticas de cartera y de deterioro existentes en cada compañía.

Prosiguiendo con la NIC 9, en su párrafo 5.5.17, nos da claramente una pauta para realizar las mediciones correspondientes buscando reflejar que el importe de probabilidad no sea sesgado, determinado por un rango de resultados posibles, el valor temporal del dinero, la información razonable y sustentable sobre sucesos pasados, condiciones actuales y pronósticos de condiciones económicas futuras.

Implicaciones financieras del cambio normativo contable

Con la adopción en Colombia de las Normas Internacionales de Contabilidad de la Ley 1314 de 2009 y su posterior reglamentación con el Decreto 2784 de 2012, se inició el proceso de implementación en todas las empresas, segmentadas en los grupos que estableció la mencionada ley. Por su lado, las IPSs son el eslabón más débil y menos favorecido de la cadena de prestación de servicios de salud establecido por la Ley 100 de 1993, por cuanto en este sector es donde se observa el mayor impacto de la falta de recursos del sistema.

De otro lado, se debe enfatizar en que la norma internacional no tiene reglas, lo que menciona son estándares. Por ejemplo, la sección 11 de las NIIF para PYMES indica que la cartera se debe evaluar teniendo en cuenta su deterioro o pérdida de valor adquisitivo y para eso cada entidad debe crear las políticas por las cuales registrarse.

Implementando este proceso, las IPSs en Colombia han aumentado significativamente el valor de la provisión de cartera, ahora llamado deterioro por las NIIF, tanto que en muchos casos su patrimonio se ha visto ostensiblemente afectado. Al realizarse el proceso contable necesario para elaborar el Estado de situación financiera de apertura, los mayores valores por deterioro de cartera impactan directamente al patrimonio de la entidad debido a que estos afectarían negativamente la cuenta de “Resultados acumulados en conversión a NIIF”, quedando en peligro de llegar a indicadores de insuficiencia patrimonial según lo establecido por el Decreto 2702 de 2014.

Para ver esto, se propone un análisis al caso de una clínica universitaria de tercer nivel del sector privado, que al ser entidad sin ánimo de lucro no seguía ninguno de los métodos de provisión de cartera mencionados en el Estatuto Tributario, pues no debía presentar declaración de renta sino declaración de ingresos y patrimonio. Por lo tanto, dicha entidad siempre provisionó bajo la norma contable establecida en el Decreto 2649 de 1993, según la conveniencia financiera para mantenerse en el mercado y tratando de cumplir con las normas de la Superintendencia de Salud.

Esta entidad al cierre de 2014 con manejo contable acorde con las normas del Decreto 2649 de 1993 presentó unos estados financieros con una cartera de \$67.291 millones y un valor de provisión de \$15.830 millones, establecida por un método mixto, de edades en algunos casos y

en otros análisis cualitativos de cada empresa. Este último suponía revisar la cartera de cada EPS teniendo en cuenta la situación financiera y jurídica, la edad de la cartera y las glosas realizadas por esa EPS. A continuación presentamos la provisión de cartera de manera detallada.

Ilustración 2. Provisión de cartera bajo Decreto 2649

Consecutivo	Nombre del Cliente	CARTERA	DIAS DE CARTERA	PROVISION
1	CAFESALUD E.P.S	221,058,961	180	11,052,948
2	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA	200,000,000	83	-
3	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	3,000,000,000	844	450,000,000
4	CAJA DE PREVISION SOCIAL	15,647,999,900	388	5,347,199,985
5	CONFENALCO CAJA DE COMPENSACION ANTIOQUIA	4,367,892,300	380	655,183,845
6	CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL	7,058,984,534	370	1,058,847,680
7	CLINICA BUCARAMANGA	234,567,830	190	23,456,783
8	CLINICA METROPOLITANA BUCARAMANGA	896,253,710	270	89,625,371
9	CLINICA CARTAGENA DEL MAR	154,678,340	210	15,467,834
10	CLINICA MONTERIA	11,773,801,000	220	2,039,380,100
11	COOMEVA E.P.S S.A	32,346,780	230	3,234,678
12	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	168,346,560	160	8,417,328
13	ELCO MEDILAB S A S	29,868,540	45	-
14	DASALUD CORDOBA	312,494,440	120	15,624,722
15	EMDISALUD E.S.S.	112,595,620	120	5,629,781
16	E.P.S. SANITAS	24,579,030	130	1,228,952
17	HUMANA S.A. CIA MEDICINA PREPAGADA	6,588,620	158	329,431
18	HUMANA VIVIR E.P.S.	2,105,896,148	610	315,884,422
19	FUNDACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2,548,999,400	400	382,349,910
20	GOLDEN GROUP S.A.	10,084,132,000	383	4,512,619,800
21	HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA	149,735,020	210	14,973,502
22	MAPFRE COLOMBIA VIDA DE SEGUROS	48,677,600	243	4,867,760
23	LATINOAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA	275,697,700	411	41,354,655
24	PREVIMEDIC	545,100,540	333	54,510,054
25	QBE CENTRAL DE SEGUROS	150,000,000	150	7,500,000
26	SALUD COLPATRIA S.A. MEDICINA PREPAGADA	460,000,000	80	-
27	S.A.S.LTDA	730,000,000	43	-
28	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA	3,605,518,888	805	540,827,833
29	SEGUROS DEL ESTADOS S.A.	126,000,000	93	6,300,000
30	SEGUROS LIBERTY S.A.	240,000,000	67	-
31	SURAMERICANA S.A.	190,000,000	-	-
32	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO	290,000,000	25	-
33	VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA	1,499,800,000	410	224,970,000
		67,291,613,461.00		15,830,837,374.05

Fuente: elaboración propia.

En los mismos estados financieros, con igual valor de cartera, pero expresados bajo NIIF, la provisión de cartera llegó a \$20.563 millones, lo que representa un aumento del 30% en este solo rubro, deteriorando el patrimonio en este mismo valor. Dicho efecto se presenta en la ilustración 3.

Ilustración 3. Deterioro de cartera bajo NIIF

CONSECUTIVO	Nombre del Cliente	CARTERA S.I.	Estudio de Cartera	Cartera a 31 dic/14	DIAS DE CARTERA	Deterioro de Cartera	Saldo de cartera con deterioro	Saldo de cartera sin deterioro	DETERIORO VALOR PRESENTE	TOTAL DETERIORO DEL ESFA
31	SURAMERICANA S.A.	190,000,000.00	X	190,000,000.00	-	0.00	158,995,815.90	0.00	31,004,184.10	31,004,184.10
32	SEGUROS DE VIDA DEL S.A.S.LTDA	290,000,000.00	X	290,000,000.00	25	0.00	242,677,824.27	0.00	47,322,175.73	47,322,175.73
27	S.A.S.LTDA	730,000,000.00	X	730,000,000.00	43	0.00	610,878,661.09	0.00	119,121,338.91	119,121,338.91
13	ELCO MEDILAB S A S	29,868,540.00	X	29,868,540.00	45	0.00	24,994,594.14	0.00	4,873,945.86	4,873,945.86
30	SEGUROS LIBERTY S.A.	240,000,000.00	X	240,000,000.00	67	0.00	200,836,820.08	0.00	39,163,179.92	39,163,179.92
26	SALUD COLPATRIA S.A.	460,000,000.00	X	460,000,000.00	80	0.00	384,937,238.49	0.00	75,062,761.51	75,062,761.51
2	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.	200,000,000.00	X	200,000,000.00	83	0.00	167,364,016.74	0.00	32,635,983.26	32,635,983.26
29	SEGUROS DEL ESTADOS UNIDOS S.A.	126,000,000.00	X	126,000,000.00	93	0.00	105,439,330.54	0.00	20,560,669.46	20,560,669.46
14	DASALUD CORDOBA S.A.	312,494,440.00	X	312,494,440.00	120	0.00	261,501,623.43	0.00	50,992,816.57	50,992,816.57
15	EMDISALUD E.S.S.	112,595,620.00	X	112,595,620.00	120	0.00	94,222,276.15	0.00	18,373,343.85	18,373,343.85
16	E.P.S. SANITAS	24,579,030.00	X	24,579,030.00	130	0.00	20,568,225.94	0.00	4,010,804.06	4,010,804.06
25	QBE CENTRAL DE SEGUROS S.A.	150,000,000.00	X	150,000,000.00	150	0.00	125,523,012.55	0.00	24,476,987.45	24,476,987.45
17	HUMANA S.A. CIA MEDICA	6,588,620.00	X	6,588,620.00	158	0.00	5,513,489.54	0.00	1,075,130.46	1,075,130.46
12	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	168,346,560.00	X	168,346,560.00	160	0.00	140,875,782.43	0.00	27,470,777.57	27,470,777.57
11	CAFESALUD E.P.S.	221,058,961.00	X	221,058,961.00	180	0.00	184,986,578.24	0.00	36,072,382.76	36,072,382.76
7	CLINICA BUCARAMANGA S.A.	234,567,830.00	X	234,567,830.00	190	0.00	196,291,071.13	0.00	38,276,758.87	38,276,758.87
9	CLINICA CARTAGENA DE INDIA S.A.	154,678,340.00	X	154,678,340.00	210	25,000,000.00	129,437,941.42	25,000,000.00	25,240,398.58	50,240,398.58
21	HOSPITAL INFANTIL NAZARENO S.A.	149,735,020.00	X	149,735,020.00	210	0.00	125,301,271.97	0.00	24,433,748.03	24,433,748.03
10	CLINICA MONTERIA S.A.	11,773,801,000.00	X	11,773,801,000.00	220	1,173,000,000.00	9,852,553,138.08	1,173,000,000.00	1,921,247,861.92	3,094,247,861.92
11	COOMEVA E.P.S.S.A.	32,346,780.00	X	32,346,780.00	230	0.00	27,068,435.15	0.00	5,278,344.85	5,278,344.85
22	MAPFRE COLOMBIA VIGILANTE S.A.	48,677,600.00	X	48,677,600.00	243	0.00	40,734,393.31	0.00	7,943,206.69	7,943,206.69
8	CLINICA METROPOLITANA S.A.	896,253,710.00	X	896,253,710.00	270	0.00	750,003,104.60	0.00	146,250,605.40	146,250,605.40
24	PREVIMEDIC S.A.	545,100,540.00	X	545,100,540.00	333	0.00	456,151,079.50	0.00	88,949,460.50	88,949,460.50
6	CAPRECOM - CAJA DE PENSIONES S.A.	7,058,984,534.00	X	7,058,984,534.00	370	0.00	5,907,100,028.45	0.00	1,151,884,505.55	1,151,884,505.55
5	CONFENALCO CAJA DE PENSIONES S.A.	4,367,892,300.00	X	4,367,892,300.00	380	545,444,444.00	3,655,140,000.00	545,444,444.00	712,752,300.00	1,258,196,744.00
20	GOLDEN GROUP S.A.	10,084,132,000.00	X	10,084,132,000.00	383	760,000,000.00	8,438,604,184.10	760,000,000.00	1,645,527,815.90	2,405,527,815.90
4	CAJA DE PREVISION SOCIAL S.A.	15,647,999,900.00	X	15,647,999,900.00	388	4,100,000,000.00	13,094,560,585.77	4,100,000,000.00	2,553,439,314.23	6,653,439,314.23
19	FUNDACION UNIDAD DE VIDA S.A.	2,548,999,400.00	X	2,548,999,400.00	400	355,222,222.00	2,133,053,891.21	355,222,222.00	415,945,508.79	771,167,730.79
33	VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA S.A.	1,499,800,000.00	X	1,499,800,000.00	410	300,000,000.00	1,255,062,781.51	300,000,000.00	244,737,238.49	544,737,238.49
23	LATINOAMERICANA DE SEGUROS S.A.	275,697,700.00	X	275,697,700.00	411	50,000,000.00	230,709,372.38	50,000,000.00	44,988,327.62	94,988,327.62
18	HUMANA VIVIR E.P.S.	2,105,896,148.00	X	2,105,896,148.00	610	277,777,777.00	1,762,256,190.79	277,777,777.00	343,639,957.21	621,417,734.21
28	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	3,605,518,888.00	X	3,605,518,888.00	805	500,000,000.00	3,017,170,617.57	500,000,000.00	588,348,270.43	1,088,348,270.43
3	CAJA DE COMPENSACION Y PENSIONES S.A.	3,000,000,000.00	X	3,000,000,000.00	844	1,585,888,888.00	2,510,460,251.05	1,585,888,888.00	489,539,748.95	2,075,428,636.95
		67,291,613,461.00		67,291,613,461.00			56,310,973,607.53		10,980,639,853.47	20,652,973,184.47

Fuente: Elaboración propia.

Para determinar los \$20.653 millones de provisión se establecieron unas políticas por cuenta contable y por edad de la cartera, teniendo en cuenta situaciones particulares como son las cuentas en proceso jurídico. Esta política procura tener en cuenta todas las situaciones particulares de la cartera y ser lo más ajustada posible a la realidad. A continuación, se relaciona la política de cartera para esa entidad.

Ilustración 4. Políticas contables para el deterioro de cartera

CUENTA	CLASIFICACION DE LA CARTERA	CONDICIONES CALCULO DE LA PROVISION									
		SIN RADICAR	1-180	181-210	211-240	241-270	271-300	301-330	331-360	>360	
1301	GENERADA PENDIENTE DE RADICAR	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1302	RADICADA	0%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	100%	
1303	RADICADA Y GLOSADA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1304	RADICADA EN PROCESO JURIDICO	0%	Semestralmente De Acuerdo con el informe de los abogados								
1305	RADICADA CONCILIADA CON MERITO EJECUTIVO	0%	0%	2%	3%	5%	5%	5%	5%	30%	
1306	GIROS PARA ABONO A CARTERA PENDIENTE POR APLICAR	Se tomara como un menor valor de la cartera radicada menor a 180 días.									
1390	DEUDA DE DIFICIL COBRO	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	DEVOLUCIONES	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	SERVICIOS DE TRANSPORTES	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	PENSIONES	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	MATRICULAS	0%	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	ARRENDAMIENTOS	0%	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	TRANSPORTES ESPECIALES	0%	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	CASA HOGAR FUSA	0%	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1305	ADMINISTRACION CENTRAL DE COMPRAS	0%	> 60 Días 100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

Fuente: Elaboración propia.

La situación de las IPSs y en general de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud fue reconocida por la Superintendencia de Salud, ya que con el Decreto 2496 de diciembre de 2015 se amplió el plazo hasta el 2017 para implementar las NIIF en estas entidades.

Si bien la decisión de la Superintendencia de Salud estuvo dada por la morosidad de la cartera de las IPS y la crisis del sector salud que se tenía en el momento, es de aclarar que en la actualidad se presenta una situación coyuntural muy similar y hasta peor a la que dio origen al mencionado aplazamiento. Hoy se tiene una EPS como Cafesalud en caos por los pacientes que tuvo que asumir por el cierre de SaludCoop; otra EPS muy importante como la Nueva EPS presenta una cesación de pagos y en el mejor de los casos sólo paga a algunas IPS.

Por último, se procede a realizar un análisis financiero que permita estudiar el impacto que tienen las NIIF en los estados financieros. Se realizó un supuesto con unos valores acordes a la situación financiera y operativa de la entidad, solo con el objetivo de tener una percepción sobre la relevancia que tienen las NIIF sobre los estados financieros.

En la siguiente ilustración se puede observar, partiendo de un análisis vertical, como las cuentas por cobrar son un elemento integrante, muy importante del estado de la situación financiera que corresponde al 86.79% del activo realizando el análisis bajo norma internacional, y una participación dentro del activo del 88.05% bajo norma local, esto requiere un análisis exhaustivo y una política contable que permita valorar adecuadamente el estado de cartera y el deterioro de la misma, para así brindar informes acordes a la situación financiera de la entidad en determinado momento.

Ilustración 5 Análisis vertical Estado de situación financiera

1	ANALISIS VERTICAL BAJO NIIF			ANALISIS VERTICAL BAJO NORMA LOCAL DECRETO 2649		
2						
3	ACTIVO	53,692,067,724	100%	ACTIVO	58,514,203,534	100%
4	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES DE EFFECTIVO	436,478,467	0.81%	DISPONIBLE	436,478,467	0.75%
5	CUENTAS POR COBRAR	46,698,516,477	86.97%	CUENTAS POR COBRAR	51,520,652,287	88.05%
6	CLIENTES	67,291,613,461		CLIENTES	67,291,613,461	
7	OTRAS CUENTAS POR COBRAR	59,876,200		OTRAS CUENTAS POR COBRAR	59,876,200	
8	DETERIORO DE CARTERA	20,652,973,184		DETERIORO DE CARTERA	15,830,837,374	
9	INVENTARIOS	238,325,192	0.44%	INVENTARIOS	238,325,192	0.41%
10	ACTIVOS FIJOS	6,303,460,888	11.74%	ACTIVOS FIJOS	6,303,460,888	10.77%
11	OTROS ACTIVOS	15,286,700	0.03%	OTROS ACTIVOS	15,286,700	0.03%
12						
13						
14						
15						
16	CLIENTES	67,291,613,461		CLIENTES	67,291,613,461	
17	DETERIORO DE CARTERA	20,652,973,184	30.69%	DETERIORO DE CARTERA	15,830,837,374	23.53%

Teniendo una política acorde a las necesidades de la entidad y al sector económico al que pertenezca, se considera en este caso la comparación entre el resultado obtenido del deterioro de cartera bajo norma Internacional y el resultado obtenido por provisión bajo norma colombiana. Se identifica un incremento del valor de deterioro en norma internacional en un 7.16%, como se puede apreciar en el cuadro anterior, y por otro lado se encuentra que la participación de las cuentas por cobrar dentro del activo disminuyen en 1,08%, debido a que la afectación que tiene el deterioro de cartera es concluyente de acuerdo a la política adoptada por la entidad.

Ilustración 6 Análisis Financiero Estado de Resultados

	ANALISIS VERTICAL BAJO NIIF			ANALISIS VERTICAL BAJO NORMA LOCAL		
20	VENTAS	45,856,742,359		VENTAS	45,856,742,359	
21	DEV VENTAS	321,435,602	0.70%	DEV VENTAS	321,435,602	0.70%
22	DESCUENTOS VENTAS	-	0.00%	DESCUENTOS VENTAS	-	0.00%
23	VENTAS NETAS	45,535,306,757	99.30%	VENTAS NETAS	45,535,306,757	99.30%
24						
25						
26	COSTO DE VENTAS	7,045,189,711	15.36%	COSTO DE VENTAS	7,045,189,711	15.36%
27	TOTAL COSTO DE VENTAS	7,045,189,711	15.36%	TOTAL COSTO DE VENTAS	7,045,189,711	15.36%
28						
29	GASTOS ADMINISTRACION	908,665,866	1.98%	GASTOS ADMINISTRACION	908,665,866	1.98%
30	GASTOS DE VENTAS	20,652,973,184	45.04%	GASTOS DE VENTAS	15,830,837,374	34.52%
31	TOTAL GASTOS OPERACIONALES	21,561,639,050	47.02%	TOTAL GASTOS OPERACIONALES	16,739,503,240	36.50%
32						
33	UTILIDAD DE OPERACIÓN	16,928,477,996	36.92%	UTILIDAD DE OPERACIÓN	21,750,613,806	47.43%
34						
35	INGRESOS NO OPERACIONALES	377,376,592	0.82%	INGRESOS NO OPERACIONALES	377,376,592	0.82%
36	GASTOS NO OPERACIONALES	158,536,351	0.35%	GASTOS NO OPERACIONALES	158,536,351	0.35%
37	UTILIDAD O (PERDIDA) NO OPERACIONAL	218,840,241	0.48%	UTILIDAD O (PERDIDA) NO OPERACIONAL	218,840,241	0.48%
38						
39	UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	17,147,318,237	37.39%	UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	21,969,454,047	47.91%
40						
41	IMPUESTO DE RENTA	4,286,829,559	9.35%	IMPUESTO DE RENTA	5,492,363,512	11.98%
42						
43	UTILIDAD DEL EJERCICIO	12,860,488,678	28.04%	UTILIDAD DEL EJERCICIO	16,477,090,535	35.93%

El análisis financiero vertical realizado al estado de resultados de la entidad refleja que la participación que tiene el deterioro de cartera, dentro de la operación de la entidad bajo norma internacional, corresponde al 45.04%, mientras que en norma local corresponde a un 34.52%. Esto refleja una variación de 10.52% de incremento en el total de gastos operacionales, afectando así en un 7.89% a la utilidad operacional.

Conclusiones

- ❖ Se deberían implementar normas particulares que apliquen a las IPSs como se hizo con el sector financiero, debido a la situación financiera del sector, ya que estas son el eje central operacional en la prestación del servicio de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social y de Salud.

- ❖ Implementar las NIIF como están establecidas en este momento afecta la situación patrimonial de las IPSs directamente, como se acaba de mostrar en este documento. Además, si se implementan las NIIF como están, van a hacer que cada IPS acomode las políticas de deterioro de cartera según sus necesidades financieras.
- ❖ En la elaboración de este documento se pudo observar la falta de preparación que existe en el sector de la salud en la implementación de las NIIF, lo que se suma a otras cosas como el hecho de que los actuales softwares no cumplen con los requerimientos que necesitan las entidades en la implementación de las políticas contables bajo NIIF.
- ❖ Anteriormente aplicando la norma colombiana se tenían reglas claras, de cómo realizar los procedimientos de provisión de cartera y sus métodos, ahora con las NIIF los procedimientos se rigen básicamente por las políticas adoptadas por cada compañía, teniendo en cuenta el sector económico, el ciclo económico de las operaciones de este, la valoración que tiene el cliente según el estudio realizado por la compañía, los tiempos de la cartera pendiente por pagar, la tasa de interés con la que se calcula el valor presente de la cartera, todo lo cual deja varias dudas acerca del manejo dado por la dirección de cada entidad.

Bibliografía

Centro de Investigaciones para el Desarrollo (2005). *Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud*. BOGOTÁ.

La entrevista. Mayo-Junio 2012, Plata hay, la falla del sistema de salud en Colombia es estructural, Revista Hospitalaria, 82, recuperado de http://www.achc.org.co/documentos/hospitalaria/La_entrevista_82.pdf

La Nación, P. G. (s.f.). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Bogotá: ECOE EDICIONES LTDA. Obtenido de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicación%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>

Ruiz-Gomez, Fernando (2012). Los Tres Males del sistema de salud. El Espectador, 19 de Julio 2012, Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-tres-males-del-sistema-de-salud-articulo-361405>