

**FALENCIAS DE CONTROL INTERNO DEL ÁREA FINANCIERA EN LAS IPS EN
COLOMBIA**

**FLOR MARINA GALINDO CUERVO
Cód. 2501081**

**DAVID MENDOZA BELTRÁN
Asesor de investigación**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO
BOGOTÁ, COLOMBIA
JUNIO 2018**

FALENCIAS DE CONTROL INTERNO DEL ÁREA FINANCIERA EN LAS IPS EN COLOMBIA

Resumen

Durante los últimos tiempos el sector salud ha presentado cambios importantes, debido a la regulación vigente colombiana, a la creación de red de prestación de servicios de salud y la regulación en medicamentos y tratamientos obligatorios para los pacientes. Con la Ley 100 de 1993, se implementó afiliaciones de los empleados a alguna EPS lo que trajo consigo la creación de redes prestadoras de salud para suplir las necesidades de los pacientes y usuarios. Sin embargo, aún se está normalizando por parte del gobierno y las empresas están diseñando el modelo de control de los recursos con el fin de maximizar los indicadores económicos.

De acuerdo a la investigación realizada los problemas encontrados en las IPS se deben a que no existe un control riguroso por parte de los administradores y personal encargado de cada una de las áreas claves de la entidad. La facturación no es radicada a la entidad en el tiempo establecido, generando demoras en el envío de la misma a la EPS correspondiente y por tanto la revisión por parte de esta última entidad retrasa el proceso de recaudo; este hecho se traduce, al déficit en los pagos de las IPS lo que genera demoras en la entrega de medicamentos y pagos a los proveedores de servicio de salud, como es el pago de honorarios a médicos, personal asistencial, laboratorio clínico y los demás servicios propios de la entidad, lo que conduce a la baja calidad en la prestación del servicio y posibles sanciones por parte del ente regulador.

Se recomienda a los administradores de las IPS diseñar, implementar y realizar evaluación permanente del sistema de control interno, en donde se incluya y se realice seguimiento de la misión de la entidad, mediante la planificación, revisión y monitoreo por parte de control interno, de esta forma se garantizará la correcta utilización de los recursos financieros, minimiza los riesgos de salida de efectivo no aprobadas por pagos no programados, así como la detección temprana de no prestación del servicio de salud oportunamente, derivado de irregularidades que se presenten ya sea por falta de medicamentos o no pago de honorarios a los médicos que prestan el servicio.

Palabras clave: Instituciones prestadoras de Salud (IPS), Entidades prestadoras de servicios (EPS), Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Protección Social

Abstract

During recent times the health sector has presented important changes, due to the current Colombian regulation, to the creation of a network of health services and the regulation of medications and mandatory treatments for patients. With the Law 100 of 1993, were implemented employee affiliations to different EPS, which led to the creation of health networks to meet the needs of patients and users. However, it is being standardized by the government, companies are designing the resource control model in order to maximize economic indicators.

According to the research carried out, the problems found in the IPS are due to the fact that there is no rigorous control by the administrators and personnel in charge of each of the key areas of the entity. Billing is not settled with the entity in the established time, generating delays in sending it to the corresponding EPS and therefore the review by the latter entity delays the collection process; This fact translates into a deficit in PHIs payments, which generates delays in the delivery of medicines and payments of fee medicos, healthcare personnel, clinical laboratories and other services own by the entity, which leads to low quality in the provision of the service and possible sanctions by the regulator.

It is recommended that the administrators of the PHIs, design, implement and carry out permanent evaluation of the internal control system, where the mission of the entity is included and monitored, through planning, review and monitoring by internal control, this will ensure correct use of financial resources, minimizes the risks of cash outflows not approved by unscheduled payments, as well as the early detection of failure to provide the health service in a timely manner, arising from irregularities by lack of medication or non-payment of fees medical.

Key words: Institutions providing health services (PHIs), Entities Providers Service (EPS), National Superintendence of Health, Ministry of Social Protection

Introducción

Durante los últimos tiempos el sector salud ha presentado cambios importantes, debido a la regulación vigente colombiana, a la creación de red de prestación de servicios de salud y la regulación en medicamentos y tratamientos obligatorios para los pacientes. Con la Ley 100 de 1993, se implementó afiliaciones de los empleados a alguna EPS lo que trajo consigo la creación de redes prestadoras de salud para suplir las necesidades de los pacientes y usuarios. Sin embargo, en la actualidad se está normalizando por parte del gobierno y las empresas están diseñando el modelo de control de los recursos con el fin de maximizar los indicadores económicos.

Por tanto, la importancia de esta investigación radica, entonces, en el impacto y responsabilidad social que se tiene desde las áreas administrativas hacia los afiliados y demás personal que requieren un servicio, así como el impacto económico que tiene con las partes relacionadas (accionistas, pacientes, colaboradores, proveedores, entes de control, etc.).

Por lo anterior el objetivo de este ensayo es determinar la situación actual del control interno de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en Colombia, identificando la problemática económica, social y de prestación de servicio que se presenta en estas entidades, relacionado al control de los recursos y el sistema contable de los mismos.

FALENCIAS DE CONTROL INTERNO DEL ÁREA FINANCIERA EN LAS IPS EN COLOMBIA

Para abordar las deficiencias encontradas en el control interno de las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), es necesario entender de donde vienen estas entidades, quién las regula y hacia quienes están dirigidas; por tanto, se cita el Art.49 de la Constitución política de Colombia de 1993 en donde “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes”, es decir, el gobierno nacional debe velar por prestar el servicio de salud de todos los colombianos y residentes extranjeros en el país.

Por lo anterior, el Congreso de la República de Colombia por medio de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, promueve la creación del sistema de seguridad social integral, en donde busca ofrecer a la ciudadanía gozar de calidad de vida, mediante actividades que el estado debe garantizar. En lo relacionado con la salud, el libro II “El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)” Art. 142 establece “los fundamentos que rigen al SGSSS y determina la dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las organizaciones que derivan su aplicación”.

Así mismo, en el Art. 153 numeral 2, implementa la obligatoriedad de la afiliación al sistema de salud de todos los habitantes de Colombia, por este motivo todos los empleadores deben afiliarse a sus trabajadores al sistema de salud y facilitar el pago del mismo (Congreso de la República, 1993); para dicha afiliación los empleados tienen pleno albedrío en la selección de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) a la que se van a afiliarse.

Es pertinente indicar que el Sistema de Seguridad Social en Salud, presentan dos regímenes, el Régimen Contributivo (RC), en este se afilia los trabajadores asalariados, independientes y pensionados con ingresos superiores a un salario mínimo y el Régimen Subsidiado afilia a todas las personas sin pago y que tiene escasos recursos (Congreso de la

República, 1993). Sin embargo, independiente del sistema en que se encuentren el Gobierno nacional debe procurar y velar por la salud de los mismos.

Por tanto, las EPS tienen a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de los recursos de las entidades que prestaran el servicio de salud, para ello en el literal G, del Art. 156, de la Ley 100, faculta a las EPS de escoger libremente a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y/o profesionales adscritos que prestarán el servicio de salud. En cuanto a la escogencia de las entidades, en Colombia se está creando redes de prestación de servicios de salud, con lo cual se busca articular todos los servicios en una misma compañía con el fin de minimizar costos, prestar servicios de calidad a los pacientes y/o usuarios y minimizar al máximo la gestión y tramites propios de este servicio. En Colombia, desde 1995 fecha de inicio de la aplicación de la Ley 100 se ha presentado un incremento significativo en la afiliación de los usuarios a alguna Entidad Promotora de Salud EPS, a continuación se presenta gráficamente el incremento.



Ilustración 1 Cobertura de afiliación. Fuente:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

De acuerdo a la gráfica anterior, la afiliación a nivel nacional se ha incrementado considerablemente; para 1995 se tenía un porcentaje de afiliación del 29,21% y a diciembre de 2017 el 94,88% de la población colombiana que se encuentra inscrita bajo algún régimen de salud (contributivo o subsidiado).

Ahora bien, para iniciar a hablar de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), se define como entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de servicios de salud, afiliados al SGSSSS o fuera de ella (Congreso de la República, 1993).

De acuerdo al capítulo II de la Ley 100 del 93 Art. 185, las IPS prestan servicios de salud según su nivel de atención teniendo como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Adicionalmente, en el parágrafo I del mencionado artículo, se establece que se deberá contar con un sistema contable que le permita registrar los costos ofrecidos, es decir, tener un aplicativo único de tarifas y adoptarlo al sistema contable aplicable en la entidad.

Es preciso aclarar que el nivel de prestación de servicios de salud de las IPS, dependen de la capacidad tecnológica y científica, capacidad de la suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico administrativa. A continuación se hará una breve explicación de cada capacidad:

La capacidad tecnológica y científica hace referencia a los estándares básicos de estructura y procesos que deben cumplir estas entidades por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, entre estos recursos se debe tener en cuenta: el recurso humano, la infraestructura - instalaciones físicas-mantenimiento; dotación-mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; los procesos prioritarios asistenciales; historia clínica y registros asistenciales; interdependencia de servicios; referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud. (Ministerio de Protección Social, 2007).

La suficiencia patrimonial y financiera de acuerdo a la resolución 2680 de 2007, se refiere a las condiciones de las *“instituciones prestadora de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Entre esta solvencia se debe tener en cuenta:*

1. *Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.*
2. *Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.*
3. *Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente (...)*”.

“Para la institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, Administradora del Régimen Subsidiado, entidad adaptada, Caja de Compensación Familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece. (Ministerio de Protección Social, 2007).

Y por último, la capacidad técnica - administrativa hace referencia a lo siguiente:

1. *El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.*
2. *El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.*

La IPS que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y

representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece” (Ministerio de Protección Social, 2007).

Según los parámetros establecidos y cumpliendo con los requisitos mencionados en el párrafo anterior, las IPS serán catalogadas entre el nivel I hasta el nivel IV de complejidad, siendo el último el más complejo debido a que atiende a los pacientes de cuidado crítico, enfermedades de alto costo, también presta servicios de cirugía en diferentes especialidades; el nivel tres no presta servicio de cirugía y las enfermedades que atiende son menos complejas, las de nivel I y II son de atención al paciente para medicina general y pacientes no crónicos y/o complejos.

Para otorgarles el nivel, la Superintendencia Nacional de Salud, realiza las validaciones necesarias de calidad de servicio y de equipos médicos - científicos, número de personal contratado, análisis de infraestructura, análisis y capacidad de consultorios médicos, protocolos del prestación del servicio y procedimientos a desarrollar, así como la plataforma tecnológica médica y financiera. Una vez se realice este análisis la Supersalud emite resolución de habilitación la cual tiene vigencia aproximada de cuatro (4) años, una vez finalice esta etapa la IPS correspondiente debe iniciar nuevamente los trámites de inspección para continuar habilitado; durante este tiempo puede seguir funcionando (Ministerio de Protección Social, 2006).

Continuando con los niveles de calidad otorgados a las IPS, también se encuentra la acreditación de calidad en salud la cual es emitida por el departamento de “Acreditación en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, esta acreditación, hace referencia al *“conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional, utilizados voluntariamente para demostrar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios (...)”* (<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas//instituciones-prestadoras-de-salud-ips-acreditadas.aspx>, s.f.).

Actualmente las IPS acreditadas en calidad se detallan a continuación:

Prestadores Públicos	Prestadores Privados	Prestadores Privados - Continuación
▶ Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	▶ Clínica del Country	▶ Clínica del Occidente
▶ Hospital Civil de Ipiales	▶ Clínica Universidad Pontificia Bolivariana	▶ Clínica Reina Sofía
▶ Hospital Pablo VI de Bosa	▶ Centro Policlínico del Olaya	▶ Fundación Clínica Shaio
▶ Hospital de Caldas	▶ Clínica Universidad de la Sabana	▶ Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul
▶ Hospital Susana López Valencia	▶ Fundación Cardioinfantil	▶ Clínica FOSCAL Internacional
▶ Hospital Universitario Departamental de Nariño	▶ Javesalud	▶ Hospital de San José
▶ Hospital Universitario de la Samaritana	▶ Hospital Infantil Universitario San José	▶ Fundación Cardiovascular de Colombia
	▶ Fundación Valle de Lili	▶ Fundación Santa Fé de Bogotá
	▶ Hospital Infantil Los Angeles	▶ Laboratorio Clínico Continental
	▶ Hospital Pablo Tobón Uribe	▶ Carriazo - Centro Oftalmológico
	▶ Instituto Roosevelt	▶ Clínica Juan N. Corpas
	▶ Virrey Solís - IPS	▶ Hospital Universitario San Ignacio
	▶ Clínica Chía	▶ Medicina Intensiva del Tolima UCI
	▶ Centro Medico Imbanaco	▶ Laboratorio Clinico Angel

Ilustración 2 Instituciones Acreditadas Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/instituciones-prestadoras-de-salud-ips-acreditadas.aspx>

Para mantener la calidad en la prestación del servicio las IPS de acuerdo al Art. 35 del Decreto 1011 de 2016 numeral 2 las IPS *“deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales”*.

Información financiera

Para la adecuada vigilancia y control de la información financiera y contable de las entidades que hacen parte del sector salud, la Ley 100 en el Art. 225 establece que toda entidad debe tener un sistema de costos, facturación y publicidad independiente, el cual cuente con un presupuesto anual, garantizando la separación de ingresos y gastos de los servicios prestados y de esta manera hacer seguimiento continuo del uso de los recursos, adicionalmente, en el Art. 233 numeral 6, se establece a la Superintendencia Nacional de Salud, como responsable único de emitir las reglas generales de contabilidad de todas las entidades que hacen parte del sector salud. Asimismo, la vigilancia y control está asignada al revisor fiscal quién debe cumplir con las

funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del código de comercio (Congreso de la República, 1993).

Ahora bien, conociendo la organización y normatividad aplicable de las IPS, es necesario mencionar, que estas entidades son empresas independientes de origen público pero con características privadas, por tanto, los inversionistas son externos y generalmente tiene ánimo de lucro, por lo que el capital social es derivado de las acciones que se emitan y la compra y venta de las mismas. Se debe agregar que en Colombia se están creando redes de prestación de servicios de salud en donde lo que se busca es integrar el sistema en un mismo conjunto de servicio, con menores costos, mayor oportunidad en la generación de asignación de citas médicas y atención de los pacientes en programas de redes de urgencias y programas nacionales para el desarrollo y el fortalecimiento de los servicios prioritarios.

En lo que se refiere a contabilidad e información financiera y de aseguramiento, de acuerdo al Decreto 1018 de 2007 del Ministerio de Protección Social, faculta a la Superintendencia Nacional de Salud a emitir las normas en materia contable, esta entidad es la encargada de direccionar e implementar el plan único de cuentas para el sector salud. Así mismo, otorga el poder para que indique las normas de manejo y control de cada una de las cuentas contables, es por ello que en el año 2008 mediante la Resolución 724 de 2008, fue creado el plan de cuentas aplicable para el sector salud en entidades públicas y privadas, el objetivo del gobierno nacional es hacer seguimiento y control a las cuentas más importantes para el SGSSS. Este plan de cuentas difiere del comercial en la apertura de las cuentas de cartera y en la aplicación de la provisión de la misma.

A su vez, la Superintendencia Nacional de Salud debe velar con la correcta aplicación de la norma, velar por el control de los recursos dados para la salud y asegurar que los dineros destinados allí sean usados para los fines pertinentes dentro de la industria, sin embargo, al introducirnos en las compañías que hacen parte del sector, es decir, IPS, EPS y demás empresas privadas, se observa, que esto no es fácil de controlar porque muchos de los recursos son usados para otros fines, los recaudos y conciliaciones entre las entidades no se hacen de acuerdo a lo establecido por la Ley y por tanto cada día los recursos son limitados y las obligaciones se

incrementan para satisfacer las necesidades y es aquí en donde se presentan las falencias en el sistema contable de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS).

Problemática IPS

Para iniciar a hablar de la problemática en el área financiera de estas entidades, es necesario, decir que, a nivel contable de las IPS la cuenta de deudores comerciales y otras cuentas por cobrar (cartera) es el activo más importante de estas entidades, ya que en ellas se concentra aproximadamente el 89% del total de los activos y el 11% restante se encuentra entre inventarios, efectivo y equivalentes de efectivo y propiedad planta y equipo. A continuación se presenta la estructura de los activos de una IPS en Colombia.

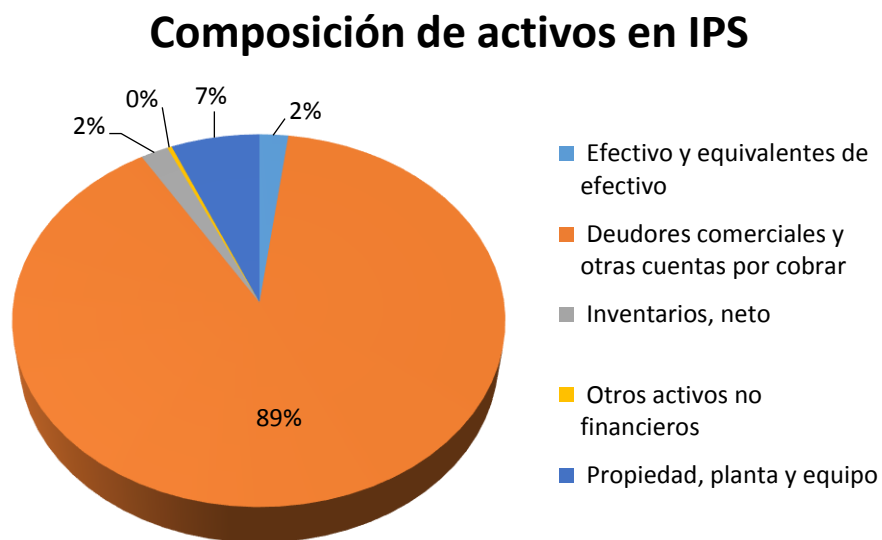


Ilustración 3 Composición de activos IPS. Fuente: Propia

La gráfica anterior confirma que el activo más importante es la cuenta de deudores Comerciales y otras cuentas por cobrar, allí se registra todos los servicios prestados por salud que están por cobrar a los pacientes independientes, afiliados a EPS, afiliados a seguros obligatorios por accidente de tránsito (SOAT), en esta cuenta se concentra la razón de ser de las IPS y a su vez a medida que se controle y se haga seguimiento continuo se asegura la continuidad de las operaciones; es por ello, que la Supersalud se enfoca en hacer seguimiento y control a esta cuenta,

normalizado el recaudo de cartera, la conciliación entre las EPS y las IPS y el tiempo de demora en glosa; el tiempo de facturación, así mismo normaliza la provisión por deterioro de cartera, en relación a que un inadecuado manejo podría llevar a la quiebra a una entidad.

Considerando que en el desarrollo económico del sector salud, desde el inicio de la Ley 100 hasta nuestros días se han presentado problemas relacionados con las irregularidades en los pagos, demoras en la prestación del servicio de salud debido a la falta de recursos financieros, incremento en el nivel de endeudamiento interno, baja productividad relacionada en la atención a los pacientes, demoras en la entrega de medicamentos, entre otras razones por los cuales algunas EPS han entrado en procesos de liquidación, esto sin mencionar el desequilibrio en la administración de medicamentos, relacionado con la asociación y control de los contratos de compras y la correcta aplicación de insumos, lo que presenta un agravante y deterioro en la prestación del servicio para los pacientes.

Por lo que se refiere a los recursos, las EPS son las encargadas de administrar los aportes de los afiliados tanto del régimen contributivo (hacen a través del pago de recursos por medio de operadores PILA, es decir, planilla electrónica como: Mi planilla, SOI, aportes en línea, Asopagos, Simple, entre otras.) como subsidiado (a través del FOSYGA que es quién realiza los pagos a las EPS de sus afiliados). Los operadores administran y recaudan lo dineros y se encargan de realizar la distribución adecuada a las EPS correspondientes.

Conforme a los recursos que las EPS reciben, se comprometen a atender a los pacientes afiliados tanto cotizantes como beneficiarios, procurando y asegurando la calidad del servicio; es por esto que las EPS contratan a las IPS teniendo en cuenta: primero, la capacidad de atención de la IPS y así mismo le otorga un número de población a afiliar y segundo el número de población atendida por evento.

La población es atendida a través de contratos de acuerdo al número de pacientes que debe atender la IPS con una tarifa general por cada uno y por los servicios eventuales los cuales se cancelan una vez cumpla los requisitos de cobro, es decir, que contenga: (Nombre del paciente, número de identificación, días de atención, número de autorización médica, nombre del

procedimiento, EPS, valor de la tarifa negociada con previamente), así como los soportes médicos a través de la historia médica y firma del paciente. Para esta última forma de pago, el cobro puede demorar más de 180 días una vez sea aceptada la factura por parte de la EPS, esto hace que las IPS demoren en el pago a proveedores de medicamentos, personal asistencial, servicios públicos y demás pagos por falta de liquidez y por tanto la prestación del servicio a los pacientes fuera más demorado pues no se cuenta con los recursos suficientes.

Por lo anterior y de acuerdo a estudios realizados por la Supersalud y las diferentes EPS e IPS estos pagos no eran suficientes y las instituciones prestadoras del servicio entraban en déficit de recaudos y terminaban generando pérdidas y demoras en la prestación del servicio. Por esto el gobierno nacional creó la Ley 1797 de 2016, en la cual estableció directrices de saneamiento de deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de los recursos y la calidad del servicio, con esta decisión, se autorizó la capitalización de las EPS a través de la inversión de los rendimientos acumulados y de esta forma generar liquidez para el pago a las IPS. Así mismo, estableció la conciliación y depuración de cuentas entre estas entidades en un plazo no mayor de 90 días (Congreso de la República de Colombia, 2016). Financieramente, las IPS en su momento se vieron beneficiadas por el pago realizado por las EPS, aumentando el flujo de efectivo a su vez el pago a todos los proveedores.

Acciones de mejora según la Superintendencia de Salud

Como primera medida, con la decisión de capitalización indicada en el párrafo anterior y con el ánimo de controlar y hacer seguimiento a las IPS en relación con la liquidez y flujo de los recursos, las IPS deben identificar la cartera en: Trámite, Radicadas, Factura en glosa, Radicadas y aceptadas. Lo cual significa:

1. Trámite: Factura que está siendo revisada por auditoría médica de la IPS que prestó el servicio, previo a ser radicada a la EPS correspondiente.
2. Radicada: factura que fue entregada a la EPS pero que aún no cuenta con el sello de aceptación de la misma.

3. Factura en Glosa: Una vez fue revisada por la EPS fue devuelta a la IPS por que no cumple con alguno de los requisitos enunciados anteriormente.
4. Radicada y aceptada: previo a la revisión de los requisitos la factura se encuentra adecuadamente realizada y por tanto entra a cronograma de pagos por parte de la EPS.
5. Consignaciones pendientes por aplicar.

Como resultado de esta normatividad y para dar cumplimiento a la conciliación de la cartera de 90 días indicado en la Ley 1797 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social, el 7 de diciembre de 2016 emitió la resolución número 6066 en la cual establece los términos y condiciones para el saneamiento de cuentas entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) y así mismo reflejar razonablemente las cifras en los estados financieros de las entidades; para ello y de acuerdo a esta resolución la entidad debe realizar:

1. *“Depuración contable y financiera: La información contable de las entidades debe reflejar la realidad financiera, económica y social conforme a la normatividad contable vigente, en consecuencia, las -ERP e -IPS deberán adelantar de manera permanente todas las gestiones administrativas para depurar las cuentas por pagar, cuentas por cobrar, consignaciones pendientes por identificar, glosas y convenios sin liquidar que correspondan al pago de servicios de salud, en los estados financieros como en los demás reportes contables y de cartera obligados a presentar, de tal forma que estos sean confiables y razonables.*
2. *Depuración de cartera originada en derechos u obligaciones. Con el propósito de realizar la depuración de cartera, las IPS y las ERP, deberán en un término de noventa (90) días, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, realizar las siguientes acciones:*

- a) *Efectuar internamente la conciliación y depuración de las obligaciones y derechos existentes que permitan establecer los saldos reales, iniciando por la cartera más antigua y de mayor valor.*
- b) *Aplicar a las cuentas por cobrar, una vez adelantadas las acciones administrativas que permitan identificar el origen de los recursos consignados, los recaudos por clasificar correspondientes al pago de la prestación de servicios de salud.*
- c) *Identificar, por parte de las ERP, las facturas de los pagos globales realizados por concepto de prestación de servicios de salud, que permita a las IPS, registrar y descargar contablemente las cuentas por cobrar”.*

A fin de dar cumplimiento a esta normatividad, las IPS deben conciliar con la EPS cada 90 días, sin embargo, en la actualidad se está incumpliendo debido a que las citas para conciliación deben ser asignadas por las EPS y estas por el flujo de operaciones otorga las citas con un tiempo superior a 90 días, incluso algunas IPS no concilian con la EPS por más de un año, además, en el momento de la conciliación detallan las partidas que cada una tenga y posteriormente inician a conciliar, demorando más de un mes para tener en definitiva la conciliación.

Por otra parte, de acuerdo a esta misma normatividad las glosas deben responderse y aclararse en un tiempo no mayor de 90 días, pasado este tiempo deben ser provisionadas, no obstante, este procedimiento no se cumple por parte de las IPS ya que el valor de las provisiones es alto, lo que generaría efectos negativos en los resultados de las operaciones de las compañías, pero tampoco se ha diseñado un procedimiento de respuesta pronta de las glosas.

Así las cosas, el sistema de pagos y recaudos en el sector salud está debilitado, los recursos con los que se cuentan no son suficientes para abarcar las necesidades que tiene el sector, el gran número de operaciones y de facturación que emite diariamente una IPS no permite el adecuado control y seguimiento en el cobro, así como tampoco que cuente con la calidad necesaria, que le permita minimizar los tiempos de radicación de la factura ante las EPS, situación que se presenta, debido al reducido nivel de recurso humano con el que cuenta. A su vez las EPS por el alto volumen

de facturación recibida dura aproximadamente entre 90 y 180 días en revisión de aceptación de factura y por tanto el reconocimiento de la prestación del servicio recibido es demorado.

Igualmente, por el alto nivel de información las IPS realizan el cobro de facturación de forma manual y los pagos son cargados al sistema por factura. Sin embargo, para que sea descargada del sistema debe estar en estado radicado y conciliado, de acuerdo a indagaciones realizadas con algunos administradores de las IPS este manejo es engorroso, debido a que una factura en glosa puede ser cancelada por parte de la EPS pero no se aplica el pago debido a que el sistema no reconoce este estado; al hacer este proceso manual se presta la oportunidad para hacer malos manejos de las cuentas y perder el control de las mismas.

Para continuar con el sistema contable de las IPS, es necesario precisar que la contrapartida de la cuenta cartera está directamente relacionada con los ingresos recibidos por la prestación del servicio y que a su vez estos sean asociados con los costos; los cuales están distribuidos principalmente por los medicamentos dados al paciente durante y después del tratamiento médico, así como el pago de los honorarios médicos y los insumos en los que se incurren para la prestación del servicio; generalmente estos costos se registran automáticamente en el sistema contable a medida que se presta el servicio, la contrapartida es la cuenta de acreedores y otras por pagar. A continuación, se detalla composición del pasivo de una compañía IPS en Colombia.

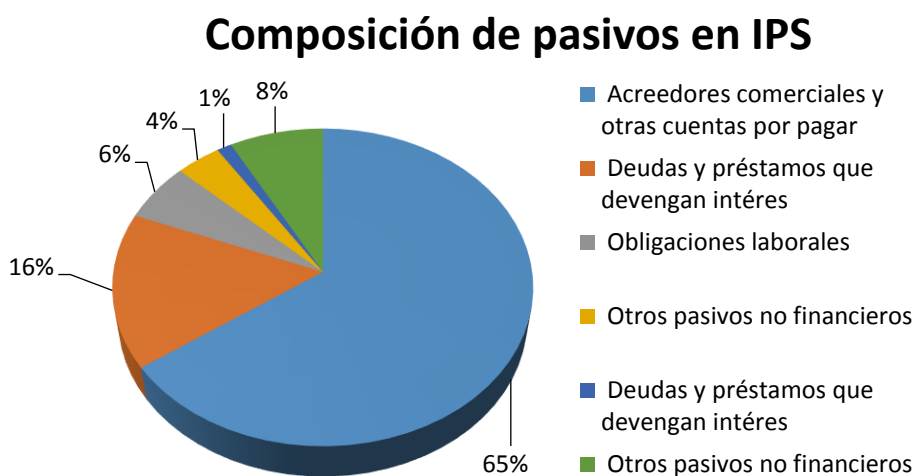


Ilustración 4 Composición pasivo IPS: Fuente Propia

Como se observa en la gráfica, el 65% del pasivo está concentrado en acreedores y otras cuentas por pagar, allí se registran las cuentas por pagar a proveedores y honorarios médicos. De acuerdo a indagaciones realizadas a algunas IPS, estas cuentas tienen una rotación inferior a 180 días ya que dependen de la negociación que se tenga con el proveedor del servicio que se está adquiriendo, el cual para el caso de honorarios médicos oscila entre 30 y 90 días y para el pago de proveedores de medicamentos se encuentra entre 90 y 180 días, tiempo en que deben cubrir estos pagos para que los proveedores no cancelen el contrato y sigan dándoles opciones de crédito y oportunidad en la entrega de los medicamentos.

Con los hechos presentados, se observa un desfase en el flujo de caja debido a que los recaudos por facturación tiene una rotación superior a 180 días y los pagos a proveedores a un tiempo menor (generalmente 90 días), lo que pone al sistema en aprietos por la alta demanda de dinero en el corto plazo. Adicionalmente, para la entrega de medicamentos los proveedores se deben realizar unos anticipos para que lleguen oportunamente los medicamentos, es por esto que en Colombia se han identificado riesgo de negociación entre los proveedores y los administradores del contrato.

Para el análisis de pasivos, es pertinente recordar que en Colombia se han presentado casos de fraude en IPS Y EPS por salida de efectivo no autorizadas y/o con el seguimiento indebido de los contratos, es por ello que cobra importancia de revisión del sistema de control interno en la entidad, un ejemplo de este caso fue la intervención realizada a Saludcoop EPS, la cual fue realizada mediante la Resolución 0801 de la Superintendencia Nacional de Salud, del 11 de mayo de 2011 por medio de la cual se tomó posesión de los bienes y haberes de esta EPS entre una de las razones por el pago irregular de bonificaciones a los directivos por \$6.000 millones de pesos, el aumento en la antigüedad de las cuentas por pagar y a su vez el aumento de créditos para suplir los costos contractuales (Superintendencia Nacional de Salud, 2011).

Control Interno

De acuerdo a los hechos anteriormente detallados, un grupo de auditoria externa en una IPS de nivel IV en Colombia al área financiera, analizó las áreas de facturación y cuentas por pagar, para lo cual solicitó:

1. Detalle de la composición por cuenta y tercero
2. Análisis de antigüedad de la cuenta
3. Existencia de conciliaciones entre las IPS y las EPS
4. Validación de conciliaciones entre la IPS y los proveedores
5. Validación de facturación física debidamente registrada, radicada y autorizada, tanto por la IPS como por la EPS
6. Informe de análisis contable ante la administración de la IPS

Al hacer el análisis de la información detallada anteriormente, se observó el no cumplimiento de lo establecido en la Resolución 066, por lo cual, la IPS se encuentra el déficit financiero por falta de flujo de efectivo y a su vez presenta riesgo de sanción financiera por parte de la Superintendencia de Salud, por el no cumplimiento a la normatividad establecida.

Ahora bien, en cuanto a la validación del área de control interno y los cinco (5) componentes del COSO por sus siglas en inglés, (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), se observó el siguiente comportamiento durante el último año:

1. Ambiente de control

- Presenta un organigrama, en donde se detalla la estructura organizacional
- Tiene vigente la misión, visión y principios, los cuales están publicados y socializados en la página web.
- Tiene manuales de funciones en relación con el perfil y cargo del colaborador.
- Tiene vigente, comunicado y divulgado a toda la entidad el código de ética y de conducta; allí se identifica los valores y principios que rigen la institución y que se debe

de hacer en caso que algún colaborador lo incumpla; así como, como resolver conflictos que se pudiesen presentar.

- La entidad tiene con un plan anual estratégico, relacionado al cumplimiento de los objetivos y al presupuesto, se realiza seguimiento mensual y se hacen las correcciones pertinentes.
- Se encuentra en elaboración el estatuto anticorrupción.

2. Evaluación del Riesgo

- La entidad no cuenta con un mapa de riesgos, se encuentra en proceso de elaboración de metodología y procedimientos para la identificación de riesgos y causas de los mismos en cada uno de los procesos.
- La entidad se encuentra en proceso de elaboración de metodología para la implementación de los controles que mitiguen los riesgos.

3. Riesgos de control

- La Entidad cuenta con estatutos, manuales y procedimientos donde se definen cargos, instancias y/o órganos de alto nivel, establecidos con el propósito de realizar seguimiento gerencial al desempeño de cada colaborador.
- La entidad presenta reportes de evaluación de desempeño financiero de manera mensual a la gerencia financiera y de manera semestral al ente regulador (Superintendencia Nacional de Salud)
- Los estados financieros son revisados y auditados por el revisor fiscal correspondiente, los cuales son presentados ante la asamblea de accionistas para la debida revisión y aprobación.

4. Información y comunicación

La entidad cuenta con procedimientos en manejo de la información en cuanto a:

- La información relacionada con los pacientes y proveedores cumpliendo con las políticas de confidencialidad de datos de terceros.
- Backup de información interna de la compañía de acuerdo a las políticas establecidas.
- Creación de usuarios individuales para los sistemas de información, cumpliendo con las políticas de seguridad de acceso.
- Las políticas establecidas por la compañía se encuentran divulgadas en la intranet.

5. Supervisión y monitoreo

- La entidad realiza seguimiento mensual a los indicadores financieros.
- El área de control interno realiza seguimiento al cumplimiento de manuales y procedimientos establecidos por la entidad, de acuerdo al cronograma establecido por la entidad.

Luego de hacer la revisión de los cinco componentes del COSO en la IPS, se observó 42 actividades existentes en la entidad, arrojando los siguientes resultados:

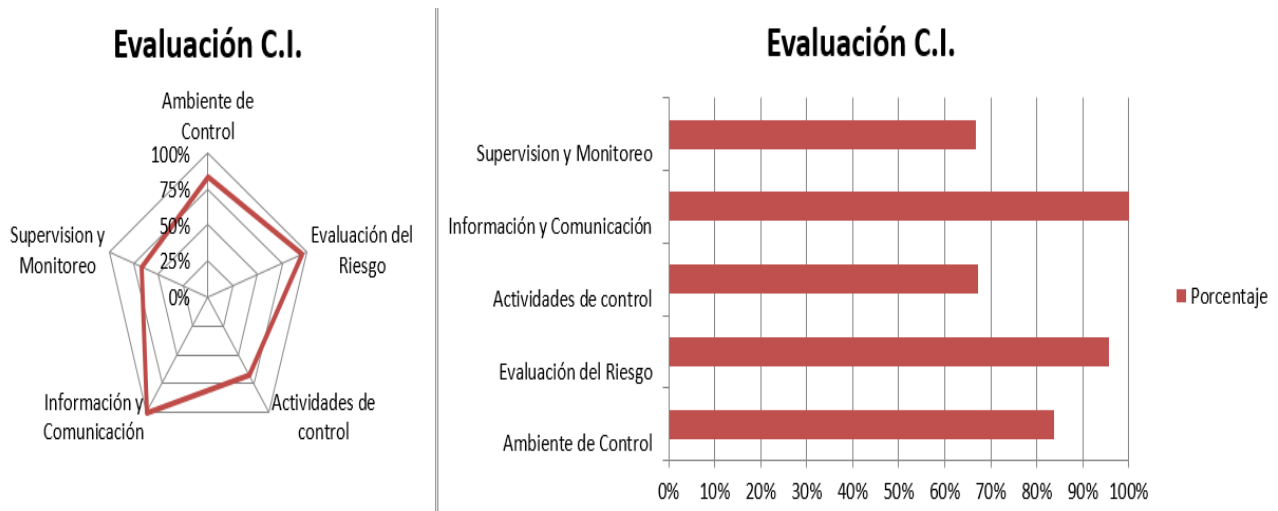


Ilustración 5 Evaluación de control interno. Fuente: Propia

De acuerdo a la revisión de los resultados, se deduce que a nivel interno la compañía se encuentra controlada. Sin embargo, si bien es cierto, los procesos y actividades a realizar se cumplen de acuerdo a los cronogramas establecidos, los resultados esperados por los accionistas y el ente regulador no se cumple según lo emanado, debido a que los procesos claves de la operación como son facturación, recaudo y compras se encuentran atrasados, no cumpliendo las fechas de conciliación, recaudos y pagos según lo establecido; el no cumplimiento de esta normatividad presenta el riesgo de no reconocimiento y pago oportuno por parte de las EPS, así como una posible sanción por parte del ente regulador; es por esto, que el área de control interno debe implementar medidas más fuertes de seguimiento y monitoreo para el control de las áreas claves del negocio, con el fin de fortalecer los procesos y minimizar la materialización de estos riesgos.

Adicional a lo anterior, es importante que el área de control interno dentro del cronograma de actividades y plan anual de auditoria tenga en cuenta la revisión del proceso de compras - cuentas por pagar, ya que hay gran cantidad de salida de dinero y negociación de recursos permanentes en la entidad y da paso al riesgo de posibles negociaciones que favorezcan a personal diferente a la entidad. Así mismo, es importante identificar los riesgos presentes en los procesos y los controles que los mitigan. Así como, revisar y validar la antigüedad de las cuentas por pagar, monitorear que no exista manipulación en fechas presentando facturas corrientes de pago y verificar el porqué no se ha realizado el pago de las partidas muy antiguas, lo anterior con el fin de hacer depuración en el estado de situación financiera; para este análisis es pertinente realizar:

1. La verificación de los anticipos sean tenidos en cuenta en el momento del registro de la factura, es decir, sean descontados del pago.
2. Seguimiento a la correcta aplicación y estructuración de los contratos.
3. Verificación de la correcta negociación de los contratos los cuales estén con los parámetros y políticas establecidas por la entidad.

4. Al seguimiento y control de la antigüedad de las cuentas por pagar validando el cumplimiento de tiempos establecidos con el proveedor.
5. A la calidad de los medicamentos y/o servicios recibidos.

Con relación a las falencias de las conciliaciones entre las EPS, ERP y las IPS, es necesario fortalecer el proceso de revisión del área de facturación y recaudo, con el fin de que la factura sea radicada a la entidad en menor tiempo posible, verificando que la factura cumpla con las condiciones establecidas por las EPS, de esta manera se evitara que la factura sea glosada y por tanto se incremente el tiempo de recaudo. Así mismo, mantener el seguimiento oportuno y permite con el administrador del proceso en relación con el agendamiento de conciliaciones con las diferentes EPS con el fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Supersalud.

Por último cumpliendo con las actividades relacionadas anteriormente, el área de control interno contribuye con la responsabilidad social hacia los pacientes ya que se relaciona con la prestación del servicio de salud con calidad y eficiencia, así como la oportunidad en la atención a citas médicas, prontitud en los tratamientos de los pacientes, entrega de los medicamentos tan pronto los requieran, mejorando de esta manera la calidad de vida de los mismos.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las deficiencias encontradas se concluye que estas se deben a que no existe un control riguroso por parte de los administradores y personal encargado de cada una de las áreas claves de la entidad.

La facturación no es radicada a la entidad en el tiempo establecido, generando demoras en el envío de la misma a la EPS correspondiente y por tanto la revisión por parte de esta última entidad retrasa el proceso de recaudo; este hecho se traduce, al déficit en los pagos de las IPS lo que genera demoras en la entrega de medicamentos y pagos a los proveedores de servicio de salud, como es el pago de honorarios a médicos, personal asistencial, laboratorio clínico y los demás servicios propios de la entidad, lo que conduce a la baja calidad en la prestación del servicio y posibles sanciones por parte del ente regulador.

El área de control interno debe establecer un cronograma de seguimiento de los procesos propios relacionados con la razón de ser de la entidad, con el fin apoyar al cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por los accionistas, así como con los entes reguladores.

Los administradores de las IPS se recomienda diseñar, implementar y realizar evaluación permanente del sistema de control interno, en donde se incluya y se realice seguimiento de la misión de la entidad, mediante la planificación, revisión y monitoreo por parte de control interno, de esta forma se garantizará la correcta utilización de los recursos financieros, minimiza los riesgos de salida de efectivo no aprobadas por pagos no programados, así como la detección temprana de no prestación del servicio de salud oportunamente, derivado de irregularidades que se presenten ya sea por falta de medicamentos o no pago de honorarios a los médicos que prestan el servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asamblea Constituyente de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*.

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100*. Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2009). *Ley 1314*. Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/instituciones-prestadoras-de-salud-ips-acreditadas.aspx>. (s.f.).

Ministerio de la protección social. (2006). *Decreto número 1011*.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Resolución 2680*.

Superintendencia Nacional de Salud. (2011). *Resolución 0801*.