R

ecientemente se emitió el [*Statement on Auditing Standards 136 Forming an Opinion and Reporting on Financial Statements of Employee Benefit Plans Subject to ERISA*](https://www.aicpa.org/content/dam/aicpa/research/standards/auditattest/downloadabledocuments/sas-136.pdf). Según enseña el *U.S. Department of Labor* “*The Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA) is a federal law that sets minimum standards for most voluntarily established retirement and health plans in private industry to provide protection for individuals in these plans. ―ERISA requires plans to provide participants with plan information including important information about plan features and funding; provides fiduciary responsibilities for those who manage and control plan assets; requires plans to establish a grievance and appeals process for participants to get benefits from their plans; and gives participants the right to sue for benefits and breaches of fiduciary duty.* (…)”

Está muy claro que la transparencia es el mayor antídoto contra la corrupción, que gusta de lo clandestino. Imaginemos que todas las entidades vinculadas al sistema de seguridad social estuvieran obligadas a producir informes sobre sus actividades, incluyendo un claro reporte financiero sobre el uso de los recursos que ingresan a sus arcas. Esto sería muy distinto al montón de datos en poder del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, que no conocen los aportantes beneficiarios. Ha llegado el momento en pensar más en las veedurías ciudadanas porque es necesario vigilar si todos hacen lo que les toca. El grave problema del sector, que ha llegado a implicar la [declaración de deuda pública](https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201350%20DEL%2026%20DE%20JULIO%20DE%202019.pdf) de una parte muy apreciable de las cuentas por pagar, se puede repetir si las cosas no se cambian de fondo. No es explicable cómo el rechazo de las cuentas creció y creció sin que se reaccionara. Tampoco es razonable que muchas prestaciones obligatorias solo se hayan atendido ante un fallo judicial. Peor aún: hay casos reportados sobre prestaciones no realizadas, aunque exista una sentencia ordenándolas. Sin duda debería instituirse un encargo de aseguramiento estatutario, es decir, impuesto por la ley, que tenga por finalidad examinar los informes específicos sobre la actividad de cada uno de los actores de la seguridad social, de manera que los beneficiarios reciban el informe correspondiente debidamente asegurado. La red constituida por el Ministerio, la Superintendencia, el control interno (es decir los propios administradores), los revisores fiscales y los auditores médicos, falló. Hay que tomar medidas al respecto, porque el problema fue de malos manejos y de mucha indolencia, lo que no se supera por el pago de ciertas deudas, muy atrasadas. Es increíble que hoy en día haya contratos que estipulen el pago de los bienes y servicios recibidos por una IPS cinco meses después del pago o reembolso respectivo por la EPS de turno. ¿Cuál es el capital de trabajo que debe tener un médico que le pagan varios meses después de haber prestado sus servicios?

Alguien debe haberse beneficiado de este desastre ¿Quién fue? ¿Qué saben los muchos contadores activos en el sector?

*Hernando Bermúdez Gómez*