

**¿Eliminar la intermediación de la EPS para asignarle esta función al Estado?
¡Peor el remedio que la enfermedad!***

*Fernando Tobón Bernal***

-Introducción. -I. La función de intermediación en el sistema de salud.- a. El papel asignado a las EPS.- b. El estado en el papel de las EPS.- II. El costo de la intermediación. -Comentarios finales: mejorar rectoría, regulación y control. -referencias bibliográficas.

Primera Versión recibida: marzo 15 de 2012; versión final aceptada: junio 14 de 2012

Resumen: La prestación de los servicios de salud en Colombia atraviesa por una crisis cuyo origen se halla en distintas causas. Esa crisis ha llevado a muchas manifestaciones académicas y populares a levantarse en contra de la intermediación de las EPS e, incluso, se ha llegado a proponer un referendo para derogar la Ley 100 de 1993 y convertir al Estado en el único asegurador y pagador directo de los servicios del Sistema de Salud que demanda la población colombiana. A juicio de los proponentes, las razones para esta propuesta obedecen, en lo fundamental, a dos situaciones: al papel de simple intermediación financiera que han desempeñado y a su elevado costo lo que se traduce en la reducción absurda de recursos que deberían ser destinados al objeto esencial del Sistema de Salud, en lugar de convertirse en jugosas ganancias para las EPS.

Palabras clave: Sistema de salud en Colombia, política pública, Ley 100 de 1993, Intermediación financiera.

*

** Profesor, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia. Dirección electrónica:

Abstract:

The provision of the health services in Colombia is having a crisis that surges from different causes. This crisis has got to many academic and popular manifestations against EPS's intermediation, and even there have been a proposal for abolish the Law 100 of 1993 and convert the State in the only insurer and direct payer of the Health System services that Colombian population demands. According to the proponents, the reasons for this proposal obey fundamentally to two situations: the role of simple financial intermediation that have played and the high costs, which finally means an absurd reduction of the resources that must be destined to the essential objective of the Health System, instead of become in juicy profits for the EPS.

Keywords:

Colombian Health System, public policy, Law 100 of 1993, financial intermediation.

Clasificación JEL: I18, I19

INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993 estructuró esencialmente, desde el punto de vista económico, la prestación de los servicios de salud referidos a la enfermedad general y maternidad con dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, dependiendo de la capacidad de pago de la población y con dos tipos de entidades, EPS e IPS, encargadas de atender a los afiliados. Las EPS recibieron la tarea de intermediar, afiliar y contratar con la IPS la prestación directa de los servicios y se dispuso que el conjunto de recursos financieros se administrarían en un fondo único de carácter público: el FOSYGA.

La concepción del modelo inicial se ha venido desdibujando a lo largo de los años de vigencia de la Ley. Las EPS, definidas originalmente como “promotoras” para responsabilizarse de un plan básico de atención, han recibido funciones de “aseguradoras” por la vía de la actualización del POS original y las entidades territoriales, al igual que el FOSYGA, no respondieron oportunamente a su obligación aseguradora de los tratamientos y patologías no amparados en el plan obligatorio mínimo de salud conduciendo con ello a la explosión de las reclamaciones por medio de las tutelas. Por otra parte, los legisladores

por medio de la propia Ley 100 y los órganos de dirección del Sistema, al entender que las EPS tenían poco de aseguradoras establecieron mínimas exigencias para su conformación lo que se vio reflejado en el alto número de entidades de esta clase.

Hoy, la prestación de los servicios de salud atraviesa por una crisis cuyo origen se halla en distintas causas. Esa crisis ha llevado a muchas voces y manifestaciones académicas y populares a levantarse en contra de la intermediación de las EPS e, Incluso, se ha llegado a proponer un referendo para derogar la Ley 100 de 1993 y convertir, en consecuencia, al Estado en el único asegurador y pagador directo de los servicios del Sistema de Salud (incluidos los riesgos laborales) que demande la población colombiana. A juicio de los proponentes, las razones para esta propuesta obedecen, en lo fundamental, a dos situaciones: al papel de simple intermediación financiera que han desempeñado y a su elevado costo lo que se traduce en la reducción absurda de recursos que deberían ser destinados al objeto esencial del Sistema de Salud, en lugar de convertirse en jugosas ganancias para las EPS.

Para vaticinar el resultado favorable o desfavorable en el evento de eliminar las EPS es necesario proceder a una evaluación en dos horizontes: *i)* el modelo de intermediación vigente; *ii)* el costo fiscal de su funcionamiento puesto que, si desapareciesen las EPS de la organización del Sistema, las labores que desempeñan estas entidades tendrán que ser asumidas por el Estado aún en el caso de establecer un modelo de atención universal sin necesidad de afiliación (toda la población sin distinción alguna) y sin ningún tipo de control para recibir atención médica. El ahorro fiscal que eventualmente se obtendría con el Estado ejerciendo las tareas de intermediación de las EPS difícilmente compensaría el riesgo de entregarle al Gobierno unas funciones delicadas conociendo las debilidades institucionales que ha demostrado, por lo general, el aparato oficial colombiano. Y es que el Estado no pueda asumir las funciones de intermediación por siempre, pero, si se aprobase la propuesta a sabiendas de la arquitectura organizacional que requiere la prestación de servicios de salud, podría resultar peor el remedio que la enfermedad.

A raíz de la crisis que vive en la actualidad el Sistema de Salud muchas voces y manifestaciones populares se han levantado en contra de la intermediación de las EPS. Incluso se llegó a proponer un referendo para derogar la Ley 100 de 1993 y hasta el mismo Presidente del Senado de la República, Doctor Roy Barreras, en una de sus primeras declaraciones en el cargo a los medios de comunicación manifestó la intención de presentar al Congreso un proyecto de ley para eliminar de tajo la intermediación de las EPS y en consecuencia, convertir al Estado no sólo como el único asegurador, sino también, en el único pagador de los servicios de salud que demande la población colombiana. No obstante su pensamiento inicial cambió hasta el punto de mantener la figura de las EPS en el Proyecto de Ley Estatutaria que radicó en la Secretaría del Senado en compañía del también senador doctor Jorge E. Ballesteros.

Por otra parte, diversos gremios y organizaciones asociadas al tema de la salud (entre ellas la Secretaría de Salud de Bogotá) han presentado su propio proyecto de ley estatutaria en el cual proponen eliminar el ánimo de lucro y la intermediación financiera de las EPS. El Gobierno, a su turno, ha manifestado por medio del ministerio de Salud y Protección Social que se acogerá, aceptando en su sentir la necesidad de una ley estatutaria, a la acumulación de materia de los distintos proyectos radicados en el Congreso de la República con el fin de agilizar el trámite pertinente.

Las razones de quienes esgrimen la eliminación de las EPS (tanto las del régimen subsidiado, como las del contributivo) obedecen, en lo fundamental, a dos situaciones: de un lado, el papel que, a juicio de los proponentes, han desempeñado estas entidades donde, al final de cuentas, sólo se han dedicado a autorizar atenciones extemporáneas en muchísimos casos, a imponer precios a los prestadores, a recobrar al FOSYGA sumas exorbitantes y a retrasar injustificadamente los pagos a las IPS con lo que han conducido al colapso financiero de estas últimas instituciones; de otro lado, el elevado costo de la intermediación que les asigna la ley lo que se traduce en la reducción absurda de recursos que deberían ser destinados al objeto esencial del Sistema de salud, en lugar de convertirse en jugosas ganancias para las empresas que participan en este eslabón de la cadena como corresponde al diseño actual del Sistema de Salud colombiano.

Para evaluar la conveniencia de la eliminación de las EPS es preciso partir de su concepción original. Las EPS cumplen un doble papel: *i)* mediana o levemente aseguradoras pues en la Ley se les asigna es la calidad de “promotoras” de la salud y responsables de un limitado plan obligatorio de salud; *ii)* parcialmente administradoras de recursos, puesto que los dineros recibidos por ellas pertenecen al Sistema y no a la entidad promotora. El aseguramiento, a pesar de su profundización durante la vigencia de la ley con la inclusión de nuevas responsabilidades por la vía de la actualización del POS, es bastante restringido; el verdadero aseguramiento recae en el FOSYGA y en las entidades territoriales, para cuyo cumplimiento, infortunadamente, se ha tenido que acudir por “tutela” o por autorización del Comité Técnico Científico -CTC- de la respectiva Promotora de Salud. En asuntos administrativos y de organización del Sistema el principal papel de las EPS, entonces, radica en la función de intermediación y, lamentablemente por esta condición, los requisitos impuestos por las autoridades correspondientes para desempeñar el oficio han sido muy simples.

Para vaticinar el resultado favorable o desfavorable de la propuesta encaminada a sustituir el papel de intermediación en cabeza de las EPS para trasladarlo al Estado como único recaudador, administrador y pagador es necesario proceder a una evaluación en dos horizontes: *i)* el análisis abstracto del modelo de intermediación vigente; *ii)* el costo fiscal de su funcionamiento. En el análisis abstracto se aborda sólo la parte operativa de la función aislando, entonces, además del comportamiento particular de las EPS, variables tales como regulación, dirección, vigilancia, control y sanción efectiva de los actores intervinientes cuando se desvían de los postulados misionales que deben regir el cumplimiento de su labor de intermediación.

Así, este artículo pretende brindar elementos en cuanto a la evolución y el deber ser del sistema actual de salud en Colombia. Para lograr este objetivo, el estudio se compone de cuatro apartados, siendo uno de ellos esta introducción. En el capítulo II se describe la función de intermediación del sistema de salud; el capítulo III da cuenta de los costos de

dicha intermediación y, finalmente, se presentan algunos comentarios finales a modo de conclusión.

II. LA FUNCIÓN DE INTERMEDIACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

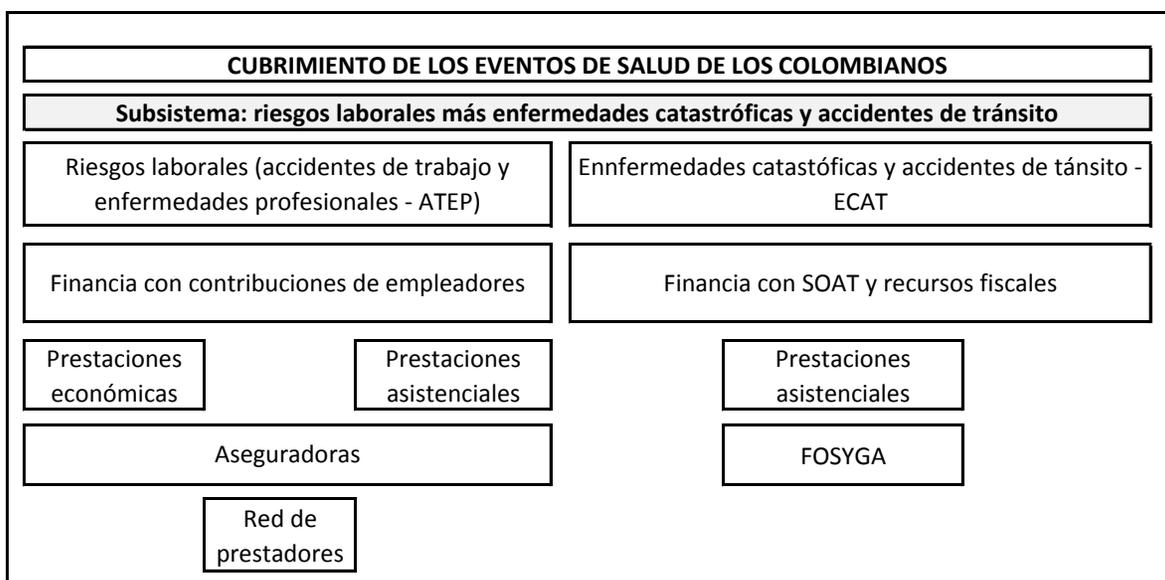
a. El papel asignado a las EPS.

La estructura organizativa para la prestación de los servicios de salud.

Los eventuales cambios que se pueden introducir para mejorar la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio nacional parten de la evaluación de la estructura organizativa del modelo imperante en la actualidad. En general, para efectos de la presente evaluación, la prestación de los servicios de salud podría dividirse en dos subsistemas. El primero comprende los riesgos laborales más las enfermedades catastróficas y los accidentes de tránsito; el segundo, la atención de las enfermedades generales (o comunes) más la maternidad. Su clasificación se justifica para el presente análisis no sólo por los orígenes de los eventos cubiertos, sino también por las fuentes de recursos que nutren su financiación. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1

Nombre del gráfico



Fuente:

La primera pregunta que se debe responder es ¿se mantendría el esquema actual a pesar de que en algunos casos con los recursos del segundo subsistema se atienden eventos del primero como ocurre cuando, por ejemplo, el monto de la indemnización pactada en el SOAT no es suficiente para cubrir el daño causado o cuando el accidente de trabajo de un cuenta-propia es asumido por la EPS debido a la falta de afiliación de este tipo de contribuyente al régimen de riesgos laborales?

Para simplificar el presente estudio se asume que se conserva la división planteada entre riesgos laborales y enfermedad general y maternidad (a pesar del traslapo entre subsistemas) lo que implica que solamente este último estaría sujeto a la posibilidad de “estatizar” el aseguramiento y la intermediación. Cabe anotar que el proyecto de ley estatutaria de algunos gremios y organizaciones de la salud pretende reunir los dos subsistemas bajo la administración estatal.

Características generales de la operación del subsistema de enfermedad general y maternidad.

La propuesta de eliminar la intermediación ejercida en la actualidad por las EPS en este subsistema exige el estudio cuidadoso de todos los aspectos administrativos y financieros que realizan estas entidades en los distintos niveles de intervención en los que hoy participan y que mañana serían reunidos bajo la responsabilidad única del Estado.

¿Se conservaría la coexistencia de dos regímenes de atención: contributivo y subsidiado?

La coexistencia de dos regímenes contemplados en la ley 100 de 1993 responde no sólo a las fuentes de financiación, sino también al tipo de prestaciones ofrecidas. El régimen contributivo se financia con las cotizaciones de trabajadores (dependientes e independientes), pensionados y otras personas con capacidad de pago. Reciben, como compensación cuando lo requieran, prestaciones económicas y asistenciales. Las primeras, con fundamento en una de las conquistas básicas de los trabajadores, atienden la renta por incapacidad médica para laborar y la licencia de maternidad y paternidad. Su control y pago

se hace por medio de la EPS. Al régimen contributivo pertenecen, en principio, todos los trabajadores del sector público y privado. No obstante, la Ley ha permitido la existencia de algunos regímenes especiales.

El régimen subsidiado, concebido para los habitantes sin capacidad de pago para inscribirse en el contributivo, se financia con recursos fiscales en los que se incluyen los de solidaridad, provenientes del régimen contributivo. A él se accede con verificación previa de sus condiciones de necesidad económica para financiar la respectiva cotización. Dada la configuración del régimen, los afiliados no reciben prestaciones económicas.

La concepción del modelo descrito es correcta, salvo el lunar de los regímenes especiales dentro del régimen contributivo. El Estado es el administrador único de los recursos del régimen contributivo donde, obviamente, los empleadores, como ha sido la tradición, corren con el mayor costo de la afiliación de los trabajadores formales como parte del costo de la nómina; y las personas sin capacidad de pago para sufragar la afiliación al Sistema corren por cuenta del Estado, previa comprobación de sus dificultades económicas.

Sustituir el modelo vigente por un fondo común surtido exclusivamente con impuestos, ahora que se han unificado los planes de beneficios, demandaría un excesivo esfuerzo fiscal y persistiría la obligación de reconocer la renta por inasistencia al trabajo como consecuencia de la incapacidad médica y la licencia por maternidad y paternidad. No sobra advertir que con la unificación de beneficios y la intención de la Reforma Tributaria de cambiar la fuente de financiación del régimen contributivo el Ministerio de Salud y Protección Social parece estar inclinado a manejar los dineros de ambos regímenes en una sola cuenta. Sin embargo, el régimen contributivo no desaparecería porque no sólo los trabajadores seguirían cotizando para gozar de las prestaciones económicas, sino que el perdón del aporte a los empleadores únicamente cobijaría a las sociedades que serían los contribuyentes sobre los cuales recaería el “impuesto a la equidad” para reemplazar el aporte parafiscal.

Gráfico 2

Nombre del gráfico

CUBRIMIENTO DE LOS EVENTOS DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS			
Subsistema: enfermedad general (o común) y maternidad			
Régimen contributivo (régimen común y regímenes especiales)		Régimen subsidiado	
Financia con contribuciones del afiliado		Financia con recursos fiscales	
Prestaciones económicas	Prestaciones asistenciales		Prestaciones asistenciales
	POS	No POS	POS
	EPS - C	FOSYGA	EPS - S
	Afiliar y contratar red de prestadores para		Afiliar y contratar red de prestadores para
	P y P		P y P
	1 ^{er} nivel, complejidad		1 ^{er} nivel, complejidad
	Resto niveles		Resto niveles
	Hospitalización		Hospitalización
	Cirugía		Cirugía
	Medicamentos		Medicamentos
	Laboratorio clínico		Laboratorio clínico
	Imágenes diagnósticas		Imágenes diagnósticas
	Dispositivos		Dispositivos
	Atención domiciliaria		Atención domiciliaria
	Transporte		Transporte
	Otros		Otros
			FOSYGA, MINHACIENDA, DPTOS y DISTRITOS

Fuente:

Como se observa en el gráfico 2 y en forma muy general, la participación de las EPS en la administración de los eventos asociados a la enfermedad de carácter general y la maternidad es apenas parcial. Su papel, bastante importante por cierto, está dirigido al pago, por un lado, de la renta por incapacidades laborales y las licencias de maternidad y paternidad, en el caso del régimen contributivo y al cubrimiento pleno de las prestaciones asistenciales comprendidas en el plan obligatorio de salud (POS), en el caso de ambos regímenes de atención. La responsabilidad en el aseguramiento y pago de las atenciones en salud correspondientes al no POS ha corrido por cuenta del FOSYGA y de las entidades territoriales (es decir, el Estado como asegurador y pagador) sin que se pueda predicar, en este caso, la oportunidad de las entidades oficiales para atender las obligaciones contraídas.

b. El Estado en el papel de las EPS

Si desapareciesen las EPS de la organización del Sistema, las labores que desempeñan estas entidades (afiliación, pago de prestaciones económicas y contratación de prestadores de servicios, a grandes rasgos) tendrán que ser asumidas por el Estado aún en el caso de establecer un modelo de atención universal sin necesidad de afiliación (toda la población sin distinción alguna) y sin ningún tipo de control para recibir atención médica.

Afiliación al Sistema.

Si se mantienen las fuentes de financiación del Sistema con participación de los empleadores y de los trabajadores independientes con capacidad de pago para que ambos reciban prestaciones económicas, además de las asistenciales, será imprescindible establecer puestos de afiliación en las oficinas públicas o bajo contrato con operadores privados que con la plataforma tecnológica apropiada realicen la afiliación y el recaudo de las respectivas cotizaciones. La identificación de beneficiarios del régimen subsidiado continuará bajo la responsabilidad de municipios y distritos los cuales, a la vez, cumplirían con el registro de los habitantes de la localidad en el registro único nacional de afiliación.

Control y pago de prestaciones económicas.

Al desaparecer la intermediación de las EPS el Estado debe asumir el control y pago de las prestaciones económicas de los afiliados con derecho a esta prerrogativa. Conocer el origen de la incapacidad laboral (ATEP o EGM), liquidar el valor de la renta por incapacidad y realizar el pago de la indemnización son labores que se deben cumplir de manera oportuna puesto que el valor reconocido al trabajador no puede sufrir demoras ya que se trata de su salario. ¡Qué tal el Estado reconociendo esta obligación a los seis meses de sucedido el evento! Una solución para evitar los tropiezos de la posible demora consistiría en autorizar a los empleadores para que liquidaran, con fundamento en el informe del médico tratante, la indemnización de acuerdo con los criterios estipulados en la legislación reinante y cancelaran directamente al trabajador el valor de la correspondiente indemnización. El valor pagado se descontaría de la cotización mensual a cargo del patrono. La simplificación así propuesta exigiría el registro previo de médicos en una base central de información y control estricto sobre los empleadores que manifiesten haber realizado el procedimiento.

Contratación de red de prestadores de servicios.

El Estado, en el evento de asumir la intermediación que hoy realizan las EPS, debe emprender la tarea de contratar la red de prestadores de servicios para atender los eventos de enfermedad general y maternidad, salvo que el nuevo modelo fuese tan generoso que le permitiera al afiliado acudir al profesional de la especialidad que estimase conveniente y al centro de atención de su preferencia, incluídos laboratorios clínicos y ayudas diagnósticas. En esta generosidad de modelo, producida la atención, y con la simple firma del paciente, el fondo central de aseguramiento cancelaría la factura al prestador de servicios.

Como una minita con tanto oro no se encuentra y los habitantes del territorio nacional no son ángeles, alguien tiene que, previa habilitación de calidad y convenio con el Estado, autorizar la atención del paciente y el fondo único de aseguramiento estatal cancelar las facturas. Los programas de promoción y prevención, el manejo de la atención primaria en salud y la organización de redes de servicios, para sólo citar estos casos, tendrían que ser contratados por el Estado.

Autorización y pago del no POS

Las autorizaciones, las revisiones y el pago inicial, entre otras, de tratamientos, medicamentos y dispositivos, no POS hoy corren por cuenta de las EPS. El pago final de este grupo de servicios corresponde al FOSYGA o a las entidades territoriales, según el régimen al que pertenezca el afiliado. Si el Estado asume la intermediación que cumplen las EPS en la actualidad alguien tendrá que ejercer sus funciones. Podría pensarse que con la unificación de los planes de beneficios y la desaparición de las EPS todos los gastos de salud, sin ninguna distinción, se absorberán por el fondo estatal único de aseguramiento y, en consecuencia, lo que ordenen los prestadores (se supone que los habilitados y contratados por el fondo único estatal) se cancelarán de esa cuenta. En estas condiciones resulta imaginable el crecimiento en el gasto médico cuando se prescriba todo tipo de medicamento en presentación comercial de última generación, con los biológicos a bordo, tratamientos médicos con tecnologías de punta, etc. si es que no se realiza un control previo por parte del Estado en su papel de intermediación.

El papel del Estado reemplazando la función de intermediación se resume en el siguiente gráfico:

Gráfico 3

Nombre del gráfico



Fuente:

Centralizar o desconcentrar la función pública de intermediación

Ahora bien, las funciones de intermediación por parte del Estado se pueden ejercer en forma centralizada (todo concentrado en Bogotá lo que resultaría absurdo) o permitiendo la intervención de los distritos y municipios. Pero ¿todos los municipios independientemente de su categoría y capacidad administrativa? O ¿se montaría una estructura de municipios certificados y no certificados para que el departamento asuma la intermediación de los no certificados?

Cualquiera que sea la opción que se adopte, el aparato burocrático, así como el soporte tecnológico, que se requieren para atender la demanda oportuna de servicios de salud de

todo orden por parte de los individuos exigirá el consumo de grandes sumas de dinero por parte del Estado.

III. EL COSTO DE LA INTERMEDIACIÓN

El ahorro fiscal al eliminar la intermediación.

La Ley 1438 de 2011 (artículo 23) fija como techo el 10% del valor de la UPC para que las EPS puedan asumir los gastos de administración que demanda su función y obtener el respectivo beneficio económico por atender la intermediación y el grado de aseguramiento que ordena el Sistema de Salud.

Con dicho porcentaje de comisión, las 72 EPS que atienden los regímenes contributivo y subsidiado recibirían en 2012 una remuneración anual igual a \$2,12 billones tomando como base la población afiliada en diciembre de 2011 de acuerdo con el reporte de la BDUA y precio de la UPC para ambos regímenes determinado por la CRES.

Para el cálculo de la remuneración total por intermediación se deben tener en cuenta las primas adicionales reconocidas por la CRES por dispersión poblacional en determinadas regiones de la geografía nacional, así como a las ciudades conurbadas y las EPS que, por la composición etaria de la población, asumen un mayor riesgo en la protección de sus afiliados.

Por los problemas políticos que acarrearía su eliminación, se excluyen de la estimación los grupos amparados por regímenes especiales como consecuencia existencia de entidades adaptadas y de las excepciones contempladas en la ley 100 de 1993 (fuerzas armadas, ECOPETROL, magisterio y universidades oficiales incorporadas a esta categoría por medio de la Ley 647 de 2001). La tabla 1 muestra el cálculo desagregado de la comisión por intermediación de las EPS.

Tabla 1

Nombre de la tabla

Valor comisión EPS 2012 (10% de UPC = \$547.639, RC y \$433.667, RS) Millones de pesos					
	Régimen Contributivo		Régimen Subsidiado		Comisión total
	Número	Valor	Número	Valor	
Afiliados	19.756.282	1.081.931	22.295.165	966.868	2.048.799
Afiliados con prima por dispersión	620.450	3.398	2.827.686	14.065	17.463
Afiliados con prima por conurbanismo	10.014.851	32.907	3.538.724	11.510	44.417
Prima de riesgo NUEVA EPS (6%)	2.345.355	7.706			7.706
Prima de riesgo COMPENSAR (2%)	704.834	772			772
		1.125.942		992.443	2.118.385
Fuentes. BDU A para afiliados, diciembre 2011; CRES, valor UPC y primas, Acuerdos 30 y 32					
Nota. En afiliados se excluyen grupos de régimen especial (excepcionados y entidades adaptadas)					

Fuente:

Una lectura ligera de la cifra hallada (2,12 billones de pesos) podría llevar a la falsa idea según la cual, si se elimina la intermediación, esa suma se destinaría a financiar los gastos de salud desconociendo que las funciones que hoy realizan las EPS las tendrá que asumir el Estado.

El Estado tendrá que afiliar a las personas si se mantienen las fuentes de financiación, atender la diferencia de beneficios otorgados (prestaciones asistenciales y económicas) a cada régimen de afiliación y mantener el modelo de subsidios a la demanda para identificar a la población merecedora del apoyo estatal; deberá, así mismo, ejercer control para el reconocimiento y pago de las incapacidades laborales y las licencias de maternidad y paternidad y necesitará, igualmente, habilitar, contratar y supervisar la red de prestadores de servicios de salud. ¿A cuánto ascendería el gasto para llevar a cabo todas estas operaciones de intermediación?

Un cálculo brusco de la inversión necesaria para sustituir la labor de intermediación podría hacerse en dos niveles de gastos: laboral e instalación o capacidad operativa. Los gastos laborales (salarios, prestaciones sociales, aportes a la seguridad social, gravámenes a la nómina y otros como indemnizaciones, reemplazos, etc.) se pueden establecer en función de un número dado de afiliados que deben ser atendidos por cada empleado vinculado al fondo único estatal que se crearía para recaudar los dineros del Sistema y responder por los pagos que demande la prestación del servicio en todas las modalidades y niveles de complejidad. Los gastos de capacidad operativa (uso de plataforma tecnológica y otros activos fijos, papelería e insumos de oficina, servicios públicos, licencias, mantenimiento,

etc.) se podrían estimar, para simplificar los cálculos, como un porcentaje de los ingresos imputados por intermediación que se dejarían de reconocer a las EPS y que fueron tasados en 2,12 billones de pesos.

Las bases de cálculo para estimar los gastos de funcionamiento del fondo único estatal de recaudo y pago de las obligaciones contraídas con los afiliados al Sistema de Salud se describen en la tabla 2. Obsérvese que las bases de estimación son relativamente modestas. Un salario medio mensual igual a \$1.200.000 para la calidad de labor profesional que deben desempeñar los funcionarios del organismo tales como comprobación de medicamentos y procedimientos realizados a los afiliados; autorización de tratamientos especiales así como revisión y control de facturación; un factor de costo salarial equivalente al 50% del salario básico para cubrir prestaciones sociales, seguridad social y aportes parafiscales y una intensidad media de trabajo calculada en 800 afiliados por empleado a sabiendas que no existirán grandes economías de escala en materia operativa puesto que se necesitará la intervención de departamentos, distritos y municipios.

Tabla 2

Nombre de la tabla

<i>Bases de cálculo de gastos laborales para estimar la ganancia estatal al eliminar la intermediación de las EPS</i>	
Número de afiliados (BDUA, diciembre 2011)	42.051.447
Número estimado de afiliados por empleado	800
Número estimado de empleados requeridos según parámetro anterior	52.564
Salario medio mensual estimado por empleado	1.200.000
Gasto laboral anual por empleado (con factor laboral estimado = 50%)	21.600.000
Empleados: operativos (repcionistas, oficios varios, poago de prestaciones asistenciales y económicas y otros) y directivos (gerencia, control, científicos y otros)	
Supone descentralización o delegación de funciones en departamentos y municipios certificados, salvo el recaudo	

Fuente:

Con las bases de cálculo indicadas anteriormente la ganancia estimada del fondo único estatal por asumir las funciones que hoy realizan las EPS (medida por la diferencia entre las comisiones que obtienen las EPS y los gastos totales de intermediación en los que incurriría el fondo único estatal) podría llegar a unos 400 mil millones de pesos por año, como lo muestra la tabla 3, sin tener en cuenta el impuesto de renta y complementarios que dejaría de percibir la Nación. Si se tiene en cuenta el impuesto de renta con una tarifa del 20%, bajo el supuesto de que las EPS fuesen contribuyentes especiales, la ganancia se reduciría a unos 320 mil millones de pesos y el margen neto de intermediación podría situarse en el 15%, cifra bastante competitiva para empresas de servicios como sería el caso de esa institución oficial.

Tabla 3
Nombre de la tabla

<i>Ganancia estatal esperada al eliminar las EPS</i>	
Comisión de intermediación de EPS	2.118.385
Gasto laboral total estimado por año del fondo único estatal (en millones de \$)	1.135.389
Gasto estimado de capacidad instalada del fondo único estatal (20% de ingresos por comisiones; en millones de \$)	423.677
Imprevistos estimados de gastos del fondo único estatal (10% de gastos; en millones de \$)	155.907
Gastos totales de intermediación del fondo único estatal (millones de \$)	1.714.973
Ganancia estimada del fondo único estatal por asumir la intermediación de las EPS (millones de \$)	403.413
Margen operacional por intermediación estatal	19%
<i>Notas. No incluye impuesto de renta y complementarios dejado de percibir por el Estado. Tampoco, comisión de recaudo pagada al sector financiero y al operador</i>	

Fuente:

La situación financiera sería aparentemente favorable si esa fuese la ganancia final y el excedente se pudiese destinar al Sistema. Para llevar a cabo este objetivo se podría usar la

vía del control de los gastos de administración fijando, por ejemplo, un porcentaje (6 u 8%) del valor de la UPC determinada para los regímenes contributivo y subsidiado como tope máximo de gastos de funcionamiento del fondo público de aseguramiento e intermediación. No obstante, los imponderables y contingencias (eventuales indemnizaciones a las EPS por retirarlas del mercado con lo que se desvanecería la ganancia esperada) que surgen al entregarle la intermediación al Estado dadas sus inflexibilidades institucionales ponen en riesgo la mejoría en la calidad del servicio,. La oportunidad en la atención, la celeridad de las contrataciones con los prestadores y el aumento en la velocidad del flujo de recursos (basta pensar en el FOSYGA para responder por el no POS) no estarían garantizados con el esquema propuesto de intermediación estatal.

El ahorro fiscal que eventualmente se obtendría con el Estado ejerciendo las tareas de intermediación de las EPS difícilmente compensaría el riesgo de entregarle al Gobierno unas funciones delicadas conociendo las debilidades institucionales que ha demostrado, por lo general, el aparato oficial colombiano. Y es que el Estado no pueda asumir las funciones de intermediación por siempre, pero, si se aprobase la propuesta a sabiendas de la arquitectura organizacional que requiere la prestación de servicios de salud, podría resultar peor el remedio que la enfermedad

Comentarios finales: Mejorar rectoría, regulación y control

En conclusión, a mi juicio, no es conveniente que el Estado, en el subsistema referido a la enfermedad general y maternidad, asuma directamente la intermediación y, en consecuencia, afilie, contrate la red de prestadores y pague los servicios prestados y las prestaciones económicas a los afiliados al régimen contributivo. En otras palabras, el problema no está en la concepción de las EPS en abstracto. Lo que se exige para mejorar la atención con calidad a los usuarios del Sistema es perfeccionar las funciones de rectoría, regulación y control.

Las EPS, concebidas en la Ley 100 como promotoras y administradoras de un POS específico con su valoración (UPC) definida con ponderadores por grupo etario y sexo, han venido recibiendo funciones de aseguramiento a medida que se ha ajustado el plan de

beneficios con lo que el rol, originalmente asignado se ha modificado. La modificación hacia el aseguramiento puede ser acertada, pero con clara conciencia de la nueva función. Sin embargo, el aseguramiento, con la consabida asunción del riesgo, no es posible con los indicadores de solidez financiera, el tamaño y la composición poblacional que muestran la mayoría de estas empresas. De 72 EPS (24 del régimen contributivo donde incluyen las Empresas Públicas de Medellín y el Fondo del Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales y 48 del régimen subsidiado) las dos terceras partes aparecían con menos de 500.000 afiliados a finales de enero de 2011 y el 26% del total de EPS contaban con menos de 100.000 afiliados, según el Ministerio de Protección Social. La Ley 1438 de 2011 obliga a sanear esta situación, pero 20 meses después de sancionada dicha Ley (enero de 2011), las condiciones de inestabilidad financiera siguen intactas.

Es imprescindible aumentar la velocidad del flujo de recursos monetarios, problema crucial en la calidad del servicio; sin embargo, sólo es posible destrabar la lentitud del flujo en los contratos capitados porque cuando el pago es por evento (bien sea bajo responsabilidad de las EPS o del FOSYGA) las revisiones son tan dispendiosas que pueden conducir a suspensión de los servicios por parte de las IPS como consecuencia de la falta de oxígeno como ocurre en la actualidad con el FOSYGA para cuyo caso el Ministerio de Salud y Protección Social declaró en días pasados que procederá a una auditoría para verificar, apenas ahora, la veracidad de las cuentas de cobro.

Por otra parte, entre otras muchas revisiones que exige el Sistema como por ejemplo la claridad de si se quieren administradoras o aseguradoras, la CRES necesita una autonomía real para cumplir sus funciones y las competencias asignadas a los actores deben definirse de tal manera que evite la continua colisión de intereses entre los distintos órganos que intervienen en la dirección, administración y control del Sistema antes de caer en la situación complicada de trasladarle a los entes territoriales o concentrar en un centro nacional las autorizaciones de atención en salud de los habitantes del territorio nacional.

Y no es que no sea posible un fondo público único que asuma todas las funciones que demanda la arquitectura del Sistema, pero si se deja en manos del Gobierno la

intermediación que hoy llevan a cabo las EPS puede resultar peor el remedio que la enfermedad.

Referencias bibliográficas

BARRERAS M, ROY Y BALLESTEROS B, JORGE. (2012). Proyecto de ley estatutaria “Por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Agosto.

Colombia. Comisión de Regulación en Salud, CRES. (2011-2012). Acuerdos 30 y 32.

Colombia, Comisión de Seguimiento, Secretaría Distrital de Salud, Alianza Nacional por la salud y la seguridad social, el cumplimiento de la Sentencia T-760. (2012). “Proyecto de ley estatutaria en Salud”.

Colombia. Congreso de la República. (1993). “Ley 100 de 1993”.

Colombia. Congreso de la República. (2011). “Ley 1438 de 2011”.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). “Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia”.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Base de datos única de afiliados –BDUA.

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, (2012). “Pronunciamiento de las instituciones académicas y de los centros de investigación de la salud sobre la necesidad de una reforma a la Ley 100 de 1993”. Septiembre 6 y 7 de 2012.