

ideas verdes

Número 12
Octubre 2018

ANÁLISIS POLÍTICO

Podere fácticos y cooptación en el sistema de salud en Colombia: El caso de Medimás

Carolina Corcho





Fundación Heinrich Böll

La Fundación Heinrich Böll es una fundación política alemana cercana al partido Alianza 90/Los Verdes. Tiene su sede central en Berlín y actualmente cuenta con 33 oficinas repartidas por todo el mundo. En América Latina la fundación se siente especialmente comprometida, junto con muchas organizaciones contrapartes, con la política climática, la promoción de la democracia y de la justicia de género así como la realización de los derechos humanos. Para nosotros es muy importante fortalecer y apoyar organizaciones locales de la sociedad civil. Hacemos hincapié en la transmisión de conocimientos y la comprensión entre los y las actores en Europa y América Latina, para lo cual promovemos también el diálogo internacional, ya que es esencial para la acción política constructiva.

Índice

2	Siglas
3	Introducción
5	Capítulo I. El SGSSS y las regulaciones de la ley 100 de 1993
7	Privatización de la salud y conformación de las EPS
9	La crisis del sistema de salud
10	La Ley Estatutaria de Salud
13	Capítulo II. El caso de Medimás: la cooptación de los reguladores
13	«El desfalco de la historia»
15	Medidas regulatorias expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social
17	La venta de Cafesalud
18	Sigue el desfalco
19	Carrusel financiero
20	Los últimos acontecimientos
21	Reflexiones sobre la cooptación del Estado: caso de la cartera de salud
23	Conclusiones y perspectivas desde la sociedad civil
25	Referencias bibliográficas

Siglas

ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ANIF	Asociación Nacional de Instituciones Financieras
BOCAS	Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones
CRES	Comisión de Regulación en Salud
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
EPS	Entidad o Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresa o Empresas Sociales del Estado
Findeter	Financiera de Desarrollo Territorial S. A.
FMI	Fondo Monetario Internacional
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISS	Instituto de los Seguros Sociales
MIAS	Modelo de Atención Integral en Salud
NIT	Número de Identificación Tributaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
RIAS	Rutas de Atención Integral en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sisbén	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
UPC	Unidad de Pago por Capitación

Podere fácticos y cooptación en el sistema de salud en Colombia: el caso de Medimás

Carolina Corcho

Introducción

La ley 100 de 1993, «[p]or la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones», es una política pública de la década del 90. Surgió en el contexto de las reformas introducidas en América Latina en el marco de los lineamientos del Banco Mundial y del Consenso de Washington.

En el núcleo de esas reformas, se buscaba legitimar la reducción del Estado, con el argumento de ser un cuerpo burocrático ineficaz en la gestión de la prestación de servicios, particularmente, los de salud. Se postuló, entonces, que el Estado sólo debía ocuparse de la salud pública (entendida esta como *prevención y promoción*), en tanto tiene mayores externalidades negativas, y se planteó que la prestación de servicios de salud podría estar a cargo de entidades privadas con financiación estatal, que operarían bajo el principio de costo-efectividad en la oferta de tecnologías en salud.

Como marco teórico, se erigió el esquema del pluralismo estructurado, en el que se organizan los agentes del sistema en cuatro núcleos interdependientes que se definen de acuerdo con las funciones de regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y prestación de servicios. Salvo la función de regulación, las demás pueden asumirlas tanto agentes públicos, como privados y se concibió que entidades privadas podrían prestar servicios médicos con financiación pública. El equilibrio entre los actores estaría dado por la alineación de los incentivos que debe lograr el regulador.

Desde esta perspectiva teórica, se hizo la reforma a la salud en Colombia en los años 90. Las Empresas

Promotoras de Salud (EPS) estuvieron entre los agentes emergentes de la reforma. En el modelo, ellas cumplirían la función de articulación como aseguradoras, pero, a la larga, se convirtieron en intermediarias financieras, dado que, además de administrar la prestación de servicios de salud, también lo hacían con el recaudo, la auditoría y el flujo de recursos del sistema de salud. De esa manera, las EPS se constituyeron en los vehículos para que las corporaciones financieras accedieran al manejo de los billonarios recursos públicos de la salud y pudieron contar con disponibilidad en el mercado especulativo financiero.

De otro lado, el arreglo institucional del sistema de salud generó un escenario para que en él se instalara una serie de agentes extractores de rentas, en forma tal que el sistema se convirtió en rentista, que poco tiene que ver con la conformación de una economía de mercado. Estos distintos agentes extractores de rentas se han situado como poderes fácticos, es decir, como actores capaces de movilizar recursos políticos para incidir en la política pública y obtener beneficios para sí; en fin, se volvieron grupos de presión (Maynaud, 1960).

En las siguientes páginas se trabaja con una hipótesis: *factores reales de poder* han influenciado la política pública de salud de manera sistemática. Esos factores reales de poder son las corporaciones financieras y los grupos de interés asociados a la existencia de las EPS, entendidas como vehículos para captar de manera rentista recursos públicos de la salud.

Lo anterior supone que esos factores de poder inciden en un conjunto de medidas regulatorias (acciones u omisiones) orientadas, de un lado, a posibilitar la negación de servicios de salud como medida de contención de costos en salud, de manera que pueden aumentarse las ganancias; o, de otro, a que la prestación de servicios de salud se entregue a proveedores que hacen parte del mismo grupo asegurador, como ocurre en la integración vertical.

Para demostrar lo anterior, se apela al caso de la EPS Medimás, que hace parte de una serie de acciones sistemáticas que se han presentado en las últimas dos décadas, es decir, no es un caso aislado. Esas acciones han derivado en la captura o cooptación de algunas unidades del Estado y, en consecuencia, se han constituido en hechos de corrupción en salud.

Sobre el significado del término captura o cooptación, Luis Jorge Garay dice:

El tipo de corrupción [que se] conoce como Captura del Estado, [se define] usualmente como una especie de corrupción económica a gran escala en la que agentes privados influyen en la formulación de leyes, normas, decretos, regulaciones y políticas públicas, en la búsqueda de favorecer sus propios intereses egoístas

y en detrimento del bienestar general. En este sentido, como las leyes son de aplicación permanente, sus retribuciones podrán ser permanentes y de largo plazo (Garay et al., 2008: 10).

Es de anotar que, en los distintos casos, el Estado, más que actuar de manera monolítica, lo ha hecho de diferentes maneras que se diferencian según si lo hace como poder ejecutivo, legislativo o el judicial, si lo hace como Ministerio Público, o si lo hace como entes de control.

El primer capítulo de esta publicación es una descripción de la política pública de la ley 100 de 1993, sus reformas posteriores en clave de observar las distintas incidencias que han tenido estos poderes. El segundo capítulo toma el caso de SaludCoop-Cafesalud-Medimás y lo presenta como ejemplo de corrupción en salud y de cooptación o captura del Estado.

Se finaliza con conclusiones, análisis y perspectivas de acción para la sociedad civil representada por las organizaciones de trabajadores, pacientes, comunidad científica y las distintas formas de organización ciudadana.

Capítulo I. El SGSSS y las regulaciones de la ley 100 de 1993

La Constitución Política de Colombia, promulgada en 1991, concibió la seguridad social (artículo 48) como un servicio público esencial que estaría bajo la dirección, coordinación y control del Estado y como un derecho irrenunciable que se garantizaría a toda la población. No obstante, el artículo constitucional (48) indicó también que este servicio se garantizaría de manera progresiva con la participación de particulares: «[I]a Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley».

Dos años después, se emitió la reforma a la salud con la ley 100 de 1993, cuyo ponente fue el entonces senador Álvaro Uribe Vélez; esta reforma generó un sistema de aseguramiento según el cual se pasaría de un sistema nacional de salud fragmentado en un subsector de asistencia benefactora de caridad, un subsector de la seguridad social para la población asalariada y un subsector privado (Hernández, 2002), a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que comprendía salud, pensiones, servicios complementarios y riesgos profesionales. La reforma se da en consonancia con los intereses del sector financiero de poder acceder a los fondos privados de pensiones, como se había hecho en el Chile del gobierno de Augusto Pinochet.

Cuatro elementos han garantizado hasta hoy el avance del nuevo modelo de la ley 100 de 1993 en Colombia: la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único en el que confluyen todos los recursos de la salud, el pago de los aseguradores *per cápita* ajustado por riesgo (Unidad de Pago por Capitación, UPC) y la exigencia de un plan

mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud, POS) (Hernández, 2002). La UPC se diseñó como el monto que paga el Estado al asegurador EPS por cada persona afiliada, para que las EPS gestionen la cobertura del POS.

El marco constitucional, hasta ese momento, sólo consideraba la salud como derecho fundamental en el margen de la cobertura del POS, que era exigible al Estado. El carácter del derecho autónomo, exigible más allá del POS, se restringía a poblaciones especiales como la niñez.

El nuevo modelo mantuvo fragmentada la atención en salud de la población: el régimen contributivo cubre la atención de los trabajadores, contribuyentes, pensionados y servidores públicos; el régimen subsidiado se encarga de la población sin capacidad de pago; se le subsidia mediante un proceso de selección dado por el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) y recibe un plan de beneficios inferior al del régimen contributivo. Y en un tercer grupo está la población que no alcanzó el puntaje para ingresar al régimen subsidiado, de modo que no tiene cobertura y solo recibe una atención básica con cargo a recursos de los entes territoriales (Martínez y Rodríguez, 2012).

Esta reforma creó las EPS, que serían las encargadas de administrar los recursos de la salud y actuarían como delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), un fondo público del Estado, para la captación y administración de estos recursos. Se encargarían de la afiliación y la gestión de la red de prestación de servicios de salud. Esto se dio sin unas mínimas exigencias regulatorias de cumplir márgenes

de solvencia financiera que soportaran el manejo de estos recursos públicos que reciben por cada afiliado de un fondo público. Estas aseguradoras privadas coexistieron con el asegurador público de entonces, el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que perdió su monopolio, hasta llegar a su liquidación en 2005.

Se generaron el Fosyga y un Consejo Nacional de Seguridad Social en salud con participación del gobierno y distintos órganos de la sociedad civil. Este Consejo tenía a cargo regular el plan de beneficios (conjunto de tecnologías y tratamientos a las que un afiliado tendría derecho con cargo al valor que gira el Estado a la EPS mediante la UPC); posteriormente, este órgano se cambió por una comisión reguladora de carácter técnico (la CRES), con el objeto de despolitizar las decisiones de carácter técnico en la definición de los planes de beneficio y las tarifas. Se adoptó la forma de operación de las empresas de energía y se concibieron organismos técnicos para la definición de las tarifas.

Luego, se supo de la cooptación de los organismos reguladores, de la CRES, por parte de las EPS para incidir en la definición de los contenidos del plan de beneficios. Por norma, se les permitía a las EPS postular a funcionarios para participar de este tipo de decisiones. El resultado de la acción de la CRES tendría el impacto de definir el monto de lo que deberían pagar las EPS a los afiliados con cargo a la UPC. Es decir, las EPS participaban de la principal medida regulatoria que definiría el uso de los recursos públicos de la salud que estos organismos administraban por delegación del Estado.

La ley 100 de 1993 modificó radicalmente el sistema de salud. Definió que este sería un sistema de aseguramiento con participación del sector privado y marcó una vinculación de los poderes políticos mayoritarios, con los lineamientos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

El Banco Mundial, desde su perspectiva ideológica, erigió una crítica sobre la capacidad y eficacia del Estado para agenciar la gestión de lo público (Banco Mundial, 2003). La expresó en documentos que trazarían la ruta de distintas reformas en América Latina en la década de los 90. Se planteó que debería reducirse la participación del Estado en la administración de los servicios de salud y que el sector privado podría

gestionarlos con financiación estatal. La salud pública debería estar a cargo del Estado porque el sector privado no asumiría la gestión de un renglón con altas externalidades negativas. Se postuló el principio de costo-efectividad para la optimización de las intervenciones dirigidas a la población y la focalización de los recursos hacia los pobres.

En relación con los hospitales públicos, se inició un proceso de empresarización que buscaba la autonomía financiera y la sobrevivencia de los mismos por venta de servicios, en competencia en el mercado con el sector privado. Las nuevas Empresas Sociales del Estado (ESE) tenían que asumir elevadas cargas prestacionales y vincular a su planta personal de control interno, asesoría, auditorías para responder a los requerimientos de los órganos de control. Pero esos requerimientos no se hacían a sus pares de competencia de mercado en el sector privado. A la postre, se generó una competencia inequitativa que condujo a la sistemática liquidación y a la fusión de las ESE.

El marchitamiento de la red de hospitales públicos se dio por la segmentación de su financiación. Normativamente, los hospitales se encargaron de las prestaciones individuales, el POS, que estuvieron separadas de las acciones de salud de carácter colectivo, lo que vulneraba la integralidad de la atención. A las nuevas empresas se le obligó a aumentar plantas y costos de operación con retroactividad de cesantías y pasivos prestacionales.

Privatización de la salud y conformación de las EPS

La implementación de la ley 100 de 1993 tuvo dificultades. Los grandes capitales no tenían interés en participar de la prestación de servicios de salud y en la conformación de las EPS, pues les asistía más bien el interés de administrar los recursos de los fondos privados de pensiones (Martínez, 2013). La razón es que el negocio de la salud no les garantizaba rentabilidad económica, dado que no tenían posibilidades de prever cuanto podría gastarse un paciente en una enfermedad de alto costo y no podían negarse a atender a los usuarios afiliados, por preexistencias. Así que, en síntesis, el sector empresarial se negó a entrar en este negocio porque, de hacerlo, le implicaría hacer inversión de su capital sin posibilidad de calcular el riesgo.

El Ministerio de Salud, en la búsqueda de dolientes para asumir esta nueva tarea, logró comprometer a las empresas de medicina prepagada apelando a un ejercicio de poder del regulador: de no asumir el aseguramiento del sistema de salud, se les extremarían las exigencias para agenciar los seguros voluntarios. Por esta vía, empresas prepagadas como Coomeva, ingresaron al mercado de aseguramiento del régimen contributivo. De otro lado, se le propuso al sector cooperativo y a las cajas de compensación familiar que asumieran esta tarea. Estas últimas empresas sin ánimo de lucro vieron en este negocio la oportunidad de manejar cuantiosos recursos públicos por la vía del acceso a la UPC. En cuanto al sector cooperativo, se podría decir que las EPS como SaludCoop (que luego se transformó en Medimás), se crearon con la cédula; es decir, fueron insignificantes las exigencias que hizo el gobierno en términos de capital para poder acceder al negocio. Prácticamente, la capitalización de estas empresas se alcanzó con los recursos públicos de la UPC.

Lo ocurrido con el régimen subsidiado, encargado de la atención de la población no asalariada, lo describe Martínez (2013) de la siguiente manera:

En el Régimen Subsidiado, resulta aún más curioso el modelo de creación de mercados y de privatización, por cuanto es el Gobierno quien crea inicialmente las Empresas Solidarias de carácter comunitario para el manejo del Régimen Subsidiado y, posteriormente, dada su falta de capacidad técnica como aseguradoras, las obliga a fusionarse. Posteriormente, también el Gobierno central les reparte regiones con millones de afiliados y les da el beneficio de administrar recursos públicos por cientos de miles de millones a pesar de que están lejos de cumplir los estrictos requisitos técnicos y financieros fijados a las EPS del Régimen Contributivo. Finalmente, gobierno y Congreso las convierten en EPS iguales a las del Régimen Contributivo.

En suma, se genera un proceso de privatización de la salud con recursos públicos de la ciudadanía colombiana, sin ninguna exigencia mínima técnico-financiera para que agentes particulares administren esos recursos y gestionen el riesgo en salud. Este es el inicio de una política pública que desde su concepción

posibilita que se instalen en el sistema de salud diversos actores rentistas.

Dicho de otra manera, lo que se instauró con el modelo de la ley 100 de 1993 no fue una economía de mercado de la salud, sino un sistema semifeudal fundamentado en la extracción de rentas del Estado, con la anuencia de los hacedores de la política pública. El constituir empresas por parte de los particulares, sin las mínimas exigencias de inversión, pero que podían manejar y capitalizarse con recursos del Estado, abrió una compuerta de irregularidades estructurales que se encuentra en el núcleo de la crisis permanente del sistema de salud colombiano hasta el día de hoy.

En este punto, es importante comprender que las EPS se fueron posicionando en el sistema como intermediarias financieras. Es decir, además de tener la función de administrar la prestación de servicios de salud, se convirtieron en los agentes encargados de posibilitar el flujo de los recursos públicos. Más allá de ejercer funciones de auditoría, pagar a las clínicas y hospitales, se les adjudicó la función de recaudo de los contribuyentes.

Los recursos recaudados se depositaban en los bancos, específicamente en Bancolombia, miembro del Grupo Empresarial Antioqueño, que llegó a manejar 14 de las 18 cuentas del Fosyga. La retención de los recursos en el sector financiero para obtener rendimientos, fue uno de los mecanismos para extraer rentas. Es por esta vía que las corporaciones financieras incursionaron en el negocio de la salud instaurado. Dicho de otra manera, las EPS se convirtieron en los vehículos con que el sector financiero accedió a billonarias sumas de recursos públicos para movilizar en sus arcas.

Lo anterior se sumó a uno de los efectos de este diseño institucional que ya se mencionó: se requería negar servicios de salud. ¿Por qué? Uno de los orígenes de esa necesidad está en que el incentivo del sistema para obtener ganancias es evitar al máximo el uso de la UPC en la prestación de servicios de salud, para lo que era necesario incidir en la restricción del plan de beneficios. Fue de conocimiento público que funcionarios de las EPS transitaron a cargos directivos del Ministerio de Salud, tomaron parte de los organismos reguladores como el Consejo de Seguridad Social en Salud y por norma pudieron incidir en el nombramiento de los miembros de la CRES (Órgano técnico para la definición del plan de beneficios)

(Gran Junta Medica Nacional, 2018). Se supo además, que las EPS presentaban a su conveniencia la información para definir el aumento anual de la UPC.

El resultado de esta práctica de contención del gasto en salud para aumentar ganancias a las intermediarias fue, entonces, la negación de servicios de salud a la población. La Defensoría del Pueblo ha señalado que en Colombia se han instaurado 3 millones de tutelas demandando el servicio de salud. Cada cuatro minutos se interpone una tutela solicitando la prestación del servicio y el 70 % de estas tutelas corresponden al POS (Defensoría del Pueblo, 2016).

Dada esa situación, la Corte Constitucional hizo una compilación de las tutelas y decidió emitir la sentencia T-760 de 2008 de Reforma Estructural del Sistema de Salud. En ella, emitió una serie de órdenes al poder ejecutivo para dar cumplimiento a las regulaciones contempladas en la legislación, entre ellas, unificar los planes de beneficio, es decir, que tanto la población contribuyente, como la subsidiada, tenían derecho a acceder al mismo paquete de tecnologías y tratamientos.

Otras órdenes tenían que ver con el establecimiento de un listado de las EPS para que el usuario tuviera posibilidad de elegir libremente; la actualización periódica

e integral del POS, la cobertura universal sostenible, la sostenibilidad fiscal y el flujo de recursos, el establecimiento de una base de datos para establecer la negación de servicios y tener la posibilidad de compulsar copia a los organismos penales, disciplinarios y fiscales.

De las 16 órdenes, según informe entregado por la Comisión de Seguimiento de la sentencia T-760 (órgano de la sociedad civil), el gobierno nacional solo había cumplido, para 2016 una: la orden de agilizar los pagos de recobros atrasados a las EPS. Esta evaluación se hizo 8 años después de emitida la sentencia y dos gobiernos habían incumplido el resto de las órdenes del alto tribunal constitucional.

De igual manera, por reiterados fallos de tutela se habilitó el No POS, es decir, que si el paciente requería el tratamiento o servicio médico, así no estuviera incluido en el POS, debía autorizarlo la EPS mediante un comité técnico científico y prestarlo (véase recuadro *Sentencia T-760*). La tutela, como mecanismo de exigibilidad del derecho, generaba también posibilidades de recobro al sistema por parte de la EPS; por tanto, las EPS adoptaron el mecanismo de negar el servicio para poder recobrar, además de lo que les ingresaba por cuenta de la UPC.

Sentencia T-760

Fue uno de los hitos centrales para los avances del derecho a la salud en Colombia. La Carta Política, promulgada en 1991, había adoptado la salud como un servicio público esencial, postulado que en ese momento era el más avanzado en el mundo. A partir de ahí, el derecho a la salud era tutelado por su conexidad con el derecho a la vida.

El panorama cambió en 2000 con la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), que declara la salud como un derecho fundamental autónomo:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley (Observación General 14, 2000).

Este concepto se incorporó por primera vez en la jurisprudencia colombiana en la sentencia T-859 de 2003, del magistrado Eduardo Montealegre, quien concede una tutela por un injerto de rodilla, invocando el derecho a la salud como autónomo. Este avance jurisprudencial se recogió posteriormente en la sentencia T-760 de 2008.

La utilización del mecanismo mencionado se demostró en 2011 cuando se hizo apertura de investigación a las EPS agremiadas en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi). La causa de esa apertura fue la cartelización para hacer sobrecobros fraudulentos por costos de medicamentos al Fosyga y el hecho de ponerse de acuerdo para negar servicios de salud incluidos en el POS. Esto derivó en una sanción establecida por la Superintendencia de Industria y Comercio a las 14 EPS comprometidas. En ese momento se dijo que la defraudación podría alcanzar los 4 billones de pesos.

El caso de la Acemi fue objeto de escándalo mediático e implicó denuncia pública del presidente de la República entrante Juan Manuel Santos. Hoy no se conocen más desarrollos investigativos de esta defraudación. La sanción establecida rodeaba los mil millones de pesos, pero nunca se estableció si estas multas se pagaron con los mismos recursos públicos.

La crisis del sistema de salud

Desde 1993, el sistema de salud se fue sumiendo en un déficit financiero. En 2009, el gobierno del presidente Álvaro Uribe Vélez entregó su diagnóstico y tomó una decisión. Dijo que el déficit respondía a los recobros del No POS, que habían ascendido a los 2 billones de pesos y se habían pagado 1,8 billones. La Presidencia atribuyó también este déficit a un abuso de la tutela y a las medidas garantistas de los jueces de tutelas que mediante sus fallos obligaban a las EPS a entregar tratamientos. Señaló que, en los 32 departamentos, el déficit de la salud había pasado de un déficit de 409.187 millones de pesos en 2008, a 885.237 millones de pesos en 2009. El déficit total del sistema sería de 3,57 billones de pesos (decreto 4975 de 2019, 2009).

El gobierno decidió que se declararía una emergencia social en salud y expidió el decreto 4975 de 2009 bajo el Ministerio de Diego Palacio. La regulación de esa norma se desarrolló con la participación de representantes de las EPS. En ella, el peso específico del déficit financiero del sector salud se atribuye, como se dijo, a las medidas garantistas adoptadas por los jueces de tutela, quienes, mediante fallos obligaban a las EPS a dar tratamientos a los tutelantes; a la prescripción médica que era excesiva y a la demanda por parte de los pacientes de tecnologías en salud no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud-No POS.

En consecuencia, se plantearon medidas de racionalización y contención del gasto, en las que se postuló a los médicos como ordenadores del gasto, con el objetivo de lograr amedrentar la orden médica y, por esta vía, inducir la negación de servicios de salud. La expedición de este decreto generó una respuesta masiva de trabajadores de la salud, pacientes y ciudadanía en general, con movilizaciones en todo el país. Solicitaban el hundimiento de esta medida.

La Corte Constitucional debía dar el veredicto final en cuanto a la constitucionalidad de esta medida y luego de las manifestaciones de protesta, mediante la sentencia C-252 de 2010, declaró inexecutable la emergencia social. Rechazó en primera instancia que el gobierno atribuyera a los jueces de la República la responsabilidad por el déficit fiscal, en tanto cumplieron su labor constitucional de fallar en derecho; hizo también una defensa de la autonomía médica, pues la orden del médico tratante es el mandato legítimo para que el sistema asuma la atención de los pacientes; estableció que la crisis del sistema de salud no responde a hechos sobrevinientes, ni extraordinarios; de hecho, la sentencia T-760 de 2008 había anticipado con claridad cuáles eran los problemas estructurales que el sistema debía afrontar.

Por último, la Corte Constitucional instó al gobierno nacional a apelar a los mecanismos democráticos para presentar reformas a la financiación del sistema y, en este tiempo, señaló que existía la posibilidad de que gestionaran traslados presupuestales para responder a la demanda de servicios de salud.

En ese momento, se encontraban en el Congreso de la República 14 iniciativas legislativas de reforma a la salud. En respuesta a la Corte, el gobierno referenció 27 iniciativas legislativas archivadas, 8 del propio gobierno. El último trámite legislativo que adelantó el gobierno de Uribe Vélez fue la ley 1393 de 2010, en la que se aumentaban los impuestos para financiar la unificación del plan de beneficios ordenado por la Corte Constitucional con la sentencia T-760 de 2008 (Hernández, 2011). Hoy, ese plan de beneficios está sin unificar y, no obstante, se adoptaron medidas orientadas a obtener recursos para inyectar al sistema con este fin.

Un año después, en 2011, en el inicio del gobierno de Juan Manuel Santos, se adelantó la última reforma

a la ley 100 de 1993, mediante la ley 1438. La medida buscaba de nuevo poner fin a la crisis financiera y de salud pública, pero sin tocar la intermediación financiera de las EPS. Se intentó restringir a las EPS la integración vertical, es decir, impedirles contratar con sus propios prestadores y proveedores, pero después de varias acciones de cabildeo de parte de estas empresas, se mantuvo lo establecido en la ley 1122 de 2007: las EPS solo podrían contratar hasta con un 30 % de su red propia de prestación de servicios.

Otro tema de discusión se refiere a disposiciones que los superintendentes de Salud nunca aclararon y que consistían en que, de manera reiterada, omitían las exigencias contables que debían hacer a las EPS de separar las cuentas de los recursos públicos de la salud y de sus propios recursos. Eso fue posible dada la confusión con respecto a ese manejo. Con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Constitucional referida a los fondos privados de pensiones, se estableció que las EPS podían hacer uso de un 10 % de los recursos para asumir la administración del sistema, lo que significaba, en términos de los recursos que maneja hoy el sistema (45 billones de pesos), que las EPS podían acceder a 4,5 billones solo por ejercer una función administrativa y de intermediación.

En la ley 1438 de 2011, como se mencionó, se reiteró a las EPS que su función era la de ser intermediarias financieras y se sofisticaron varios mecanismos para garantizar el pago y el flujo de recursos. Uno de los propósitos de la ley, en el discurso que divulgaba en la opinión pública, era responder a las órdenes de la Corte Constitucional expedidas en la sentencia T-760 de 2008. Se introdujeron conceptos de avanzada en la doctrina de la salud pública y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el de Atención Primaria en Salud, Salud Integral, Redes Integrales de Servicios de Salud, pero bajo ninguna circunstancia se permitió que se tocara el núcleo duro que sustenta el modelo de aseguramiento de la ley 100, dado por la intermediación financiera de las EPS. Todo debía darse en ese contexto, bajo ese esquema y con la hegemonía de las aseguradoras (EPS).

La Ley Estatutaria de Salud

En 2012, se presentó una respuesta de la sociedad civil expresada en organizaciones de pacientes, de trabajadores de la salud de gremios médicos, a

la exhortación hecha por la Corte Constitucional al Congreso de la República: tramitar una ley estatutaria que definiera el alcance del derecho fundamental a la salud y sincronizara el cauce jurisprudencial adoptado por esta corporación, a partir de las tutelas, con los desarrollos legislativos. Noventa y tres organizaciones sociales, secundadas posteriormente por los gremios médicos, radicaron un proyecto de ley de iniciativa parlamentaria para estatuir la salud como derecho fundamental.

Ese proyecto de ley tuvo muchas dificultades en el Congreso de la República. Sin embargo, después de un diálogo de los gremios médicos con el presidente de la República, pudo tramitarse en una segunda versión con mensaje de urgencia. Uno de los debates se dio alrededor de si, mediante la ley estatutaria, podía erradicarse la intermediación financiera de las EPS. Esto se intentó, pero no tuvo ningún éxito en el Congreso.

El paso por el Congreso de la propuesta legislativa debió enfrentar la embestida de las bancadas del gobierno en cabeza del ministro de Salud Alejandro Gaviria, que pretendieron aprobar una ley en la que se restringiera la tutela, mecanismo que, hasta ahora, obligaba al sistema a prestar los servicios de salud. Buscaron anteponer el principio de la sostenibilidad fiscal sin importar que se limitara el goce efectivo del derecho, fundamentadas, las bancadas, en el acto legislativo 16 de 2010, que elevó la sostenibilidad fiscal al orden constitucional, como un principio que garantiza los «derechos de todos».

Los esfuerzos de las mayorías del Congreso de la República se encaminaron a generar mecanismos para hacer contención del gasto en salud. Esto favorecía la intermediación financiera de las EPS y, además, con ello, estas entidades podían destinar menos recursos propios en la prestación de servicios.

El trámite de la Ley Estatutaria comenzó en las comisiones constitucionales del Congreso, en las que tienen poca injerencia los grupos de interés del sector salud. Estos grupos se concentran en las comisiones séptimas del Senado y de la Cámara. El inicio de su trámite por las comisiones séptimas tal vez hubiera frustrado la gesta de la aprobación de la ley estatutaria, por la diversidad de intereses que allí se expresan.

La Ley Estatutaria, por ser un desarrollo de la Constitución Política, debía pasar por control de constitucionalidad que hace la Corte. Esta corporación declara su exequibilidad con modulaciones, en la sentencia C-313 de 2014. Las modulaciones centrales fueron la protección de la tutela como mecanismo para la garantía del derecho fundamental y la relativización de la sostenibilidad financiera en salud como un elemento orientador y no como un principio rector, dado que esto podría derivar en la vulneración del derecho.

Uno de los mandatos de la Ley Estatutaria de Salud es que se crea un sistema de salud inclusivo, es decir, desaparecen los planes de beneficio y todo lo que requiera el paciente debe suministrarse de acuerdo con el concepto médico. De esto se excluirá solamente aquello que no cumpla con unos criterios específicos que define la ley, tecnologías que no cubre ningún sistema de salud del mundo, como lo cosmético y lo suntuario, lo que se encuentra en experimentación. Aun así, la Corte Constitucional conceptuó que, también lo excluido es susceptible de suministrarse mediante una orden de tutela.

Los enunciados de la Corte Constitucional generaron una reacción del gobierno. El ministro de Salud dijo a la opinión pública: «La Corte Constitucional quiere que todos comamos langosta» (Semana, 2014), en respuesta al sentido igualitario y universal que otorgó esta corporación al derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley Estatutaria. La expectativa de las instituciones financieras era que esta Ley lograra la contención del gasto en salud y Sergio Clavijo, director de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), expresó la frustración por el resultado final después de la revisión de la Corte:

La aprobación de la Ley Estatutaria de poco ha servido a la hora de contener los gastos del sector salud, dado que en ella simplemente se convalidaron dicha universalización y la homologación de los servicios (además, con un «POS ampliado»). Todo ello resulta preocupante, desde la óptica fiscal, si se tiene en cuenta que la deuda contingente en salud y pensiones ya multiplica por cinco la deuda pública vigente (La República, 2018).

En ese contexto, es que el presidente de la República se niega, por primera vez en la historia consti-

tucional del país, a sancionar la Ley Estatutaria, que sólo requería de su firma para entrar en vigencia. Así, una organización de la sociedad civil, la Academia Nacional de Medicina, tuvo que instaurar una acción jurídica denominada *Constitución en Renuencia*, donde se requería al presidente del Congreso Jesús David Name para que sancionara la ley, ante la negativa del jefe de Estado (ANM, 2015).

Finalmente, la movilización de la sociedad civil logró su cometido, sancionar la Ley, y esta entró en vigencia el 15 de febrero de 2015. Lo que sucedió después fue la contrarreforma por parte del gobierno por la vía de decretos y resoluciones, para mantener el modelo de aseguramientos instaurado por la ley 100 de 1993, vigente.

En ese trayecto es que se presenta el caso de Cafesalud y Medimás, la mayor expresión y de actualidad de cómo los gobiernos colombianos han emitido todo tipo de regulaciones que riñen con el orden legal y constitucional, para mantener vigentes a las EPS como las intermediarias financieras, entidades en manos de los particulares, a costa de la vida y la salud de millones de personas en Colombia.

Entre las regulaciones emitidas se encuentran los artículos introducidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 «Todos por un Nuevo País» que crean mecanismos financieros para que las EPS puedan recapitalizarse con recursos públicos, como otrora lo hicieran los bancos con una medida transitoria que terminó siendo permanente, denominada *4 por mil*¹.

El PND logró que el Congreso de la República delegara funciones extraordinarias al poder ejecutivo para generar el modelo de atención en salud que reglamentaría la Ley Estatutaria. Esta ley, por su rango constitucional, debía reglamentarla el Congreso de la República mediante una ley ordinaria. Un año después, el Ministerio de Salud expidió el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), en el que se fortalece el poderío de las EPS al otorgarles la función que otrora asumieran los entes territoriales, de organizar y definir la red de prestación de servicios de salud.

1 Con esta medida, la ciudadanía del país cubrió el déficit del sector financiero en la década del 90.

En consecuencia, las EPS definen a su conveniencia la prestación de servicios por parte de clínicas y hospitales, sin ninguna exigencia, ni criterio de accesibilidad, oportunidad ni disponibilidad para la población. En la actualidad, el Consejo de Estado admitió una demanda administrativa instaurada por la Asociación de Empresas Sociales del Estado (AESAs), en la que se solicitan medidas cautelares y la derogatoria de la resolución 1441 de 2016, que contiene estas disposiciones.

Quien dirigió el diseño y la implementación del MIAS fue Fernando Ruiz, viceministro de Salud del gobierno de Juan Manuel Santos. En este modelo, creó las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), para favorecer la atención por evento, que consiste en establecer las contrataciones por enfermedad. Esto, además de que está en contravía de la atención integral del paciente, busca favorecer la creación de nuevos nodos de facturación de alto costo. Luego, el viceministro renunció al gobierno para trabajar en una de las grandes IPS de alto costo del Grupo Aval, conglomerado empresarial y financiero de Luis Carlos Sarmiento Angulo, que aglutina los Bancos de Occidente, AV Villas, Bogotá, Popular, BAC y que maneja los principales fondos privados de pensiones.

El negocio de la salud, según se ha documentado, comenzó a migrar del sector asegurador, al sector de la prestación de servicios: los grandes inversionistas nacionales y extranjeros prefieren invertir en las clínicas y en los grandes clústeres de salud. La última transacción conocida la hizo el Grupo Coomeva, empresa de medicina prepagada que incursionó en el aseguramiento en salud en los albores de la ley 100. En 2016, la Organización Estadounidense Cristus Health invirtió 50 millones de dólares en Sinergia Salud, una de las compañías del Grupo Coomeva que maneja las clínicas (Semana, 2016). La multinacional adquirió el 50 % de las acciones de Sinergia Salud y entró a operar la prestación de servicios de 2,5 millones de usuarios en 20 ciudades del país.

Lo extraño es que en 2016 el grupo Coomeva tenía un déficit de 1 billón de pesos y en 2017 la EPS

Coomewa contabilizó un patrimonio negativo de 495.670 millones, mientras que su banco registró un patrimonio positivo de 389.228 millones (Acosta, 2018b). Ese déficit inicial difícilmente se subsana con la inversión de Cristus Health.

Hasta hoy, se desconoce si se ha dado alguna intervención por parte de la Superintendencia de Salud, o de carácter financiero, para aclarar si las clínicas se construyeron con patrimonio propio del Grupo Coomeva o con recursos públicos de la UPC. Eso tendría implicaciones sobre la venta de estas acciones a la multinacional. Y para detallar el porqué la única entidad en quiebra del grupo Coomeva es la EPS, en cambio su banco aparece con patrimonio positivo.

Lo que muestra este caso es que, ante la ausencia de regulación, el silencio de las autoridades que deberían tomar medidas ha auspiciado que inversionistas privados vean que es buen negocio invertir, así sea pocos recursos, para hacerse a las clínicas. La garantía de que obtendrán renta es que estas instituciones estén ligadas a un grupo empresarial que tenga una EPS captadora de recursos públicos. En el caso de Sinergia, la EPS Coomeva garantiza que se realicen los contratos y que los recursos de la UPC se canalicen a los inversionistas.

Se trata de una nueva sofisticación del negocio de la salud, en el que se pretende que el prestador de servicios de salud deje la constante puja con la EPS para que gire los recursos por los servicios prestados: se busca que entre a un nuevo estado, en el que coopere y se asocie con el asegurador, comparta con él las pérdidas y ganancias y negocie las glosas y las transacciones, de tal manera que, en sus estados contables, las EPS puedan cumplir con la solvencia financiera y beneficiar a sus prestadores (clínicas) ordenando que el fondo público del Estado les gire los recursos.

Todo lo anterior se acompaña de decretos y resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, que legalizan y validan estas prácticas. Eso fue lo que ocurrió con Medimás, caso que nos disponemos a analizar y que muestra la cooptación del poder ejecutivo para la generación de reglamentaciones que facilitarían la destinación irregular de recursos públicos de la salud que comprometen la atención en salud de 5 millones de colombianos.

Capítulo II. El caso de Medimás: la cooptación de los reguladores

Hoy, la opinión pública del país está pendiente de la EPS Medimás, la aseguradora en salud con mayor número de afiliados a su cargo: cerca de 5 millones. Son destacadas las denuncias de la Procuraduría General de la Nación (PGN), en cabeza de Fernando Carrillo, con respecto a los manejos irregulares que ha hecho la EPS.

Medimás es el ejemplo más palpable de la cooptación que han hecho grupos de interés, de los organismos reguladores: Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional del sector, para que las disposiciones y políticas públicas emitidas por ellos faciliten la irregularidad en el manejo de los recursos de la salud y en la atención de la población.

Pero, para comprender lo sucedido, es preciso remontarse a la trayectoria de otra EPS, SaludCoop, que antecedió a Medimás. Alrededor de todo esto, se ha dado un amplio seguimiento mediático y hay una nutrida información pública disponible.

«El desfalco de la historia»

Lo ocurrido alrededor de SaludCoop es representativo en dos aspectos: en materia de los efectos que trae que el Estado delegue en particulares la administración de la salud y en relación con las regulaciones para hacer seguimiento de los dineros públicos de la salud.

SaludCoop era una de las 72 EPS que existían en el momento del escándalo. La importancia de este caso es que demuestra el colapso del arreglo institucional adoptado y la susceptibilidad del sistema a

corromperse: hace visible, además de los mecanismos adoptados por los aseguradores para saquear recursos de la salud, las irregularidades en los sistemas de control, judiciales y la permisividad del poder ejecutivo.

Alrededor de lo ocurrido, hay una atmósfera de impunidad sin resolver todavía.

En 2013, la opinión pública colombiana supo por la prensa del «desfalco de la historia», en lo que constituye el fallo por responsabilidad fiscal más grande del país. Carlos Gustavo Palacino (presidente del Grupo SaludCoop), conocido corredor de seguros, habría construido un emporio económico privado con recursos públicos de la salud. En todo este suceso, se destaca el establecimiento de mecanismos de integración vertical y horizontal para favorecer con pagos ventajosos a proveedores propios.

La empresa comenzó a crecer vertiginosamente y llegó a posicionarse entre las 10 más rentables del país. Adquirió clínicas, canchas de golf y unidades residenciales, al tiempo que financió torneos de fútbol y baloncesto con recursos que debían destinarse a la prestación del servicio a los afiliados.

El país conoció de las cuantiosas sumas de dinero que destinaba la empresa para bonificar a sus directivos, que ascendieron a 6 mil millones de pesos entre 2005 y 2010. De ese monto, 3.541 millones fueron solo para Palacino (Semana, 2013). En esa dinámica, se financiaron costosos viajes de la Junta Directiva a Singapur y los viajes de la esposa de Palacino a Lisboa (Portugal). Con su ambición creciente, el grupo económico había concebido en 2001 la compra de dos EPS, Cafesalud y Cruz Blanca, como una manera de lograr hegemonía en el mercado del aseguramiento.

En 2004, la Superintendencia de Salud hizo la primera advertencia de que los recursos de la salud tenían una destinación específica y fue cuando se conoció que Carlos Gustavo Palacino visitó al ministro de Salud en compañía de congresistas para exponer la posición de la entidad frente al informe del organismo regulador. El caso mejor documentado acerca de la influencia que ejercía el grupo SaludCoop sobre el Congreso de la República para obtener beneficios regulatorios para la EPS es la sanción o fallo disciplinario proferido por el Consejo de Estado al representante a la Cámara por Santander Holger Díaz, quien fuera denunciado por la red de veedurías ciudadanas por favorecer a la EPS en una ponencia de proyecto de ley de reforma a la salud que radicó en 2010. Se demostró que el congresista reportaba a Carlos Gustavo Palacino de SaludCoop.

La evidencia que condenó a Díaz fue un mensaje por correo electrónico en el que enviaba copia del texto definitivo aprobado por el Congreso de la República y solicitaba que le consignaran el dinero en una empresa con un determinado Número de Identificación Tributaria (NIT), que correspondía a la de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) para la que trabajaba su esposa.

El 13 de noviembre de 2013, la Contraloría General de la República (CGR), en cabeza de Sandra Morelli (2010-2014), expidió un fallo de responsabilidad fiscal, el 001890, por el desvío por parte de SaludCoop de 1,4 billones de pesos entre 2002 y 2010. En el equipo de abogados que había contratado el grupo SaludCoop para su defensa se encontraba Eduardo Montealegre, que, además, fue asesor jurídico de SaludCoop en múltiples contratos. Montealegre fue nombrado Fiscal General de la Nación para el periodo entre 2012 y 2016 y, a pesar de su pasado, no hizo ninguna declaratoria de inhabilidad durante su periodo de regencia en la Fiscalía para asumir el caso SaludCoop, en el establecimiento de las responsabilidades penales. La declaratoria de inhabilidad debía darla él, que fue elegido por la Corte Suprema de Justicia entre una terna de candidatos definida por el presidente Juan Manuel Santos.

De modo que el caso durmió en la Fiscalía durante el paso de Montealegre por este organismo y un tiempo más y se reactivó solo hasta 2018, bajo la dirección del nuevo Fiscal, Néstor Humberto Martínez. Un fiscal del grupo de lucha contra la corrupción del sector salud decidió solicitar medida de aseguramiento carcelaria a Palacino por el delito de peculado por apropiación en beneficio de terceros.

De otro lado, los hallazgos de la CGR se ratificaron tras su apelación y el resultado fue la intervención a SaludCoop y su posterior liquidación. Cabe anotar que la contralora que adelantó esta investigación tuvo que asumir el costo de una confrontación con el gobierno de Juan Manuel Santos y con Eduardo Montealegre cuando era Fiscal, que le implicó el exilio en Italia, al no encontrar garantías procesales en Colombia, dado que terminó investigada por la compra del edificio nuevo de la CGR, ubicado en el edificio Gran Estación en Bogotá.

El fallo de la CGR y las acciones derivadas de este hecho dieron inicio al éxodo de los cuatro millones de afiliados y a una serie de decisiones gubernamentales conducentes a establecer quien quedaría a cargo de la prestación de servicios de esta población. No obstante, la intervención por parte del Estado también generó cuestionamientos.

El ministro de Salud hizo el nombramiento del interventor Guillermo Grosso, funcionario a quien el contralor general hizo un hallazgo fiscal por 80 mil millones de pesos, en la vigencia de 2015, en la que, de nuevo, se encontró que se superaron los topes autorizados por la ley a las EPS para destinar como gastos administrativos. La CGR encontró contratos hasta por 500 millones de pesos para compra de carros blindados (Villadiego, 2018). De nuevo, en la interventoría a cargo del Estado comenzaron a evidenciarse las mismas prácticas de uso de recursos con fines distintos a la salud que condujeron a decidir la intervención.

El caso de SaludCoop de desvío de recursos públicos de la salud se tiene documentado, pero de cómo operó el flujo de recursos de las otras 71 EPS existentes en ese momento no se tiene conocimiento cierto. En el fondo de la discusión se encuentra la destinación específica de los recursos públicos de la salud, que había definido la Corte Constitucional así:

las Entidades nacionales o territoriales que participen en el proceso de gestión de estos recursos no pueden confundirlos con los propios y deben acelerar su entrega a sus destinatarios. Ni mucho menos las EPS pueden considerar esos recursos parafiscales como parte de su patrimonio (...) (sentencia SU 480 de 1997).

Desde el inicio de la ley 100 de 1993, fueron confusas estas regulaciones. Se habían expresado mediante circulares, resoluciones y decretos, de manera ambigua, de tal manera que los registros contables de las EPS podían evitar la diferenciación diáfana entre los recursos públicos y los propios.

Lo sucedido alrededor de SaludCoop era la evidencia de que se había estructurado una política pública de salud desde la ley 100 de 1993 que albergaba la posibilidad de que se afincaran extractores de rentas públicas, amparados en las debilidades regulatorias del Estado colombiano. Un emporio económico construido con recursos de la población colombiana logró permear a los órganos de decisión política, como el Congreso de la República, y silenciar a la Fiscalía General de la Nación por largos años.

Sandra Morelli, la excontralora que adelantó la investigación fiscal de lo que estamos relatando, calificó la última actuación de la Fiscalía, en la que se dicta medida de aseguramiento contra Carlos Gustavo Palacino, como una actuación que busca que no prescriba el delito que lleva varios años en este despacho (Semana, 2018).

Lo que siguió fue la decisión del gobierno nacional de descartar las posibilidades de nacionalizar la empresa y asumir la prestación de servicios de salud. Optó por la liquidación de SaludCoop y por el traslado de los cuatro millones de afiliados a la EPS Cafesalud, miembro del mismo grupo SaludCoop.

En el momento en que Cafesalud recibió a las personas afiliadas, tenía un déficit de 500 mil millones de pesos, razón por la cual el gobierno nacional expidió una resolución 4385 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, para crear los Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones (Bocas) para fortalecer el patrimonio de las EPS. Con fundamento en esta resolución, se entregó, de los recursos públicos de la salud del Fosyga, la suma de 200 mil millones

de pesos para la recapitalización de Cafesalud, de manera que se volviera atractiva en términos financieros para ponerla en venta. Es decir, se recapitalizó una empresa privada con recursos de la ciudadanía colombiana y, para adelantar la transacción, el Estado dispuso de la medida regulatoria que se requería.

Medidas regulatorias expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

El relato que continúa es la descripción de las medidas regulatorias que iba expidiendo el Ministerio de Salud y Protección Social, a la medida de los requerimientos de Cafesalud.

En 2014, el contexto financiero de las EPS era, en general, negativo, tal como lo señaló una función de advertencia de la CGR el 9 de agosto de ese año. Allí advertía la entidad que la situación de las EPS era peor de lo que se informaba a la opinión pública: 61 % de ellas no tenían recursos para funcionar y 44 de las 72 EPS mostraban un margen de solvencia negativo. La nueva Cafesalud no escapaba a esta situación.

Como respuesta a la crisis, el gobierno expidió el decreto 2702 de diciembre de 2014, en el que le amplió por siete años el plazo a las EPS para que se capitalizaran. Tal medida supuso flexibilizar las exigencias financieras que estas debían cumplir para asumir las funciones en el sistema. Un nuevo decreto, el 2117 de 2016, les amplió nuevamente el plazo en 10 años, con lo que, en la práctica se les amplió a 12, para que estas organizaciones cumplieran.

Tal flexibilidad con las EPS no se compadece con las exigencias del Estado a los hospitales públicos (Empresas Sociales del Estado), sometidos a liquidación ante los mínimos requerimientos para su funcionamiento. Y sucede sin tener en cuenta las adversidades a las que la propia política pública los ha enfrentado para propiciar su marchitamiento. Ese marchitamiento cuenta con la generación de una matriz de opinión que repite que los hospitales públicos son foco de corrupción y que están politizados, situación cierta, pero que también sucede en el caso de las EPS y, sin embargo, los organismos gubernamentales y la clase política hegemónica no dan igual tratamiento mediático en un caso y en otro: la corrupción de las EPS se presenta como casos aislados; la de los hospitales, como una esencia de lo público.

Después de emitido el decembrino decreto 2702 de 2014, regalo para las EPS que les amplía plazos para cumplir requisitos que deben atender desde el momento de su creación, se emitió el decreto 2117 de 2016, que les permitió adelantar una reorganización institucional y les amplió a 10 años el plazo para capitalizarse. Aún más, gracias al decreto pueden hacer una gestión basada en la «mitigación del riesgo en salud», para lograr su equilibrio

financiero, es decir, se les flexibiliza la exigencia de una atención con calidad a los pacientes, superando sus acciones a prácticas de contención de costo que posibiliten la supervivencia financiera de las EPS.

En el decreto, se estableció que las EPS pueden adelantar procesos de fusión, escisión y creación de nuevas entidades y se les permite ceder y vender afiliados (véase recuadro *Decreto 2117 de 2016*).

Decreto 2117 de 2016 (fragmentos)

(...)

Artículo 2.1.13.9. Procesos de reorganización institucional.

En los procesos de fusión, escisión, creación de nuevas entidades u otras formas de reorganización institucional, las EPS participantes podrán ceder sus afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos de conformidad con lo pactado en ellos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante del proceso de reorganización institucional (...). El plan de reorganización institucional correspondiente deberá ser presentado ante la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación, la cual deberá verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos mínimos:

(...)

2. *Que la entidad o entidades que ceden sus afiliados realicen simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficio, de conformidad con lo pactado en ellos, a EPS la resultante de la reorganización (...).*

(...)

4. *Para la aprobación del plan de reorganización institucional, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de las condiciones técnicas, administrativas y financieras por parte de la EPS resultante para que pueda mantener la habilitación cedida.*

Artículo 4. Adicionase unos artículos a la Sección 1 del Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

«Artículo 2.5.2.2.1.17 Condiciones, plazos y un tratamiento financiero especial por parte de las EPS. Las EPS tendrán un tratamiento especial podrán acceder a los plazos del presente artículo, siempre que acrediten las siguientes condiciones:

(...)

b. Modelo de atención orientado a la mitigación del riesgo en salud. *La EPS debe acreditar la implementación del modelo de atención para mitigación del riesgo en salud, con base en un Plan de Gestión del Riesgo, cuyos resultados se reflejen en un comportamiento con tendencia a la generación y restablecimiento del equilibrio financiero, sin afectar en ningún momento la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada. (Cursivas agregadas)*

Asimismo, el gobierno nacional expide el decreto 718 del 4 de mayo de 2017, que dice:

Artículo 1. Adiciónense dos párrafos al artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, **modificado por el Decreto 2117 de 2016, así:**

«Parágrafo 1. Las entidades que soliciten mediante procesos de reorganización institucional, diferentes a los de fusión y escisión, la creación de nuevas entidades ante la Superintendencia Nacional de Salud, no requerirán cumplir para su aprobación con el requisito de participación en el capital de la entidad resultante del proceso de reorganización. Lo anterior, siempre y cuando la entidad solicitante garantice que los recursos obtenidos como producto de la enajenación de la nueva entidad se destinarán a la gestión y pago de las obligaciones a cargo de la entidad solicitante. En este caso, las cesiones a que hace referencia el presente artículo podrán ser parciales.

La entidad o entidades resultantes del proceso de reorganización institucional deberán garantizar la continuidad del servicio a través del cumplimiento de las disposiciones que regulan la gestión del aseguramiento, estando, en todo caso, sujetas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de sus obligaciones como Entidad Promotora de Salud.

La venta de Cafesalud

El decreto 2117 de 2016 apuntó a flexibilizar aún más las condiciones para que las EPS se recapitalicen a costa de disminuir las exigencias que con respecto a la atención en salud y contiene disposiciones financieras artificiosas de tipo contable para facilitar a estas entidades el poder mostrar viabilidad financiera. En ese contexto normativo se dio la venta de Cafesalud.

Cafesalud se le vendió a un consorcio conformado por 198 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, denominado Prestarsalud. En esta venta se legalizó *de facto* uno de los mecanismos que ha posibilitado la corrupción en el sector: la integración vertical, mecanismo utilizado por SaludCoop para apropiarse de manera ilícita de recursos públicos de la salud. Veamos:

Prestarsalud recibió a la EPS Medimás, creada 15 días antes de recibir los 5 millones de afiliados de Cafesalud, como una microempresa que figura en los

registros de la Cámara de Comercio con un capital de un millón de pesos (Revista Sur, 2017). Con este capital, la Superintendencia de Salud, le autorizó solvencia financiera para manejar 320 mil millones de pesos mensuales que corresponden a la UPC. Cafesalud se vendió por 1,45 billones de pesos: 1,2 billones, que es el costo de los afiliados que habilitó la norma y 250 mil millones, el de Esimed (prestador de servicios de salud). Para su compra, hicieron un préstamo al Fondo Financiero de Desarrollo Territorial S. A. (FINDER), administrado por el Ministerio de Hacienda. En suma, una empresa privada se recapitalizó con recursos públicos, para ser comprada de nuevo con recursos públicos por actores particulares.

Pero, además, es lo que también interesa destacar, con la venta de Cafesalud se oficializó el hecho de que los prestadores puedan ser dueños de los aseguradores y viceversa, lo que supone una reorganización del sistema de salud en función de facilitar el flujo de recursos entre estos dos actores. Supone esa reorganización, si se atiende al hecho de que la ley 1438

de 2011 había normado que podría haber propiedad del asegurador sobre el prestador solo en un 30 %, con el objeto de que no se posibilitara la desviación de recursos por la puerta de atrás, pues, por la vía del privilegio del asegurador a sus propias empresas prestadoras y proveedoras, se favorecería la contratación ventajosa para agenciar desde ahí la extracción de renta del sistema de salud.

Ha resultado inexplicable que la Superintendencia de Salud aprobara mediante la resolución 2416 de 2017, de manera inmediata, un proceso de reorganización institucional y la creación de la nueva entidad. Una reorganización institucional similar surtió la Nueva EPS cuando recibió los afiliados del liquidado Instituto de Seguros Sociales. Este proceso tuvo una duración de dos años para ser aprobado. En el caso de Medimás, se hizo en dos meses.

Sigue el desfalco

Las primeras irregularidades de Medimás se presentaron documentadas en los medios de comunicación, en días cercanos al comienzo de sus operaciones el 1º de agosto de 2017:

Noticias Uno obtuvo las evidencias de que los médicos adscritos a la EPS dominante del mercado recibieron instrucciones de no recetar tratamientos por fuera del POS. El mensaje de WhatsApp difundido por el coordinador de servicios de la IPS socia de Medimás, será investigado por la Superintendencia de Salud. Gerardo Valenzuela es el coordinador de los centros médicos donde están atendiendo los usuarios de la nueva Medimás.

En un audio, cuestiona a los médicos por estar formulando procedimientos y medicamentos necesarios para los pacientes: «Los profesionales no se han enterado que esto cambió, y ellos siguen creyendo que hay que pedir como locas perdidas y tienen la idea de pedir endoscopias, colonoscopias, ecocardiogramas, medicamentos No POS».

El directivo médico les dice a sus gerentes regionales que llamen al orden a los galenos para que dejen de hacer su trabajo y fomenten la estrategia del «acetaminofén» (recetar acetaminofén, por su bajo costo).

«Es que no puede ser posible que Medimás, sin contratos... realmente no se ha definido la red casi en ninguna parte del país y nuestros profesionales generando órdenes de una forma absurda» (Equipo Digital NTC - Sistema Informativo del Canal 1, 2017).

Organizaciones de la sociedad civil (Acesi, Gran Junta Médica Nacional, Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760, entre otras) denunciaron estos hechos en una alerta ciudadana instaurada en julio de 2017 ante la Corte Constitucional. En ella se advirtió que medidas regulatorias emitidas por el gobierno nacional podían estar favoreciendo la desviación de recursos públicos de la salud por parte de las EPS y la negación de servicios de salud a la población; además, se solicitó específicamente hacer un seguimiento a lo que estaba sucediendo con Medimás, como un caso en el que eran verificables los efectos y la implementación de los decretos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir de esta acción ciudadana, la Sala de Salud de la Corte Constitucional compulsó copias a los distintos órganos de control, entre ellos, a la PGN.

El procurador general solicitó el 13 de septiembre de 2017 a la Superintendencia de Salud intervenir a Medimás. Informó que en los primeros 34 días de operación recibió 10 mil quejas de usuarios por negación de servicios. El Ministerio Público manifestó que, de 29 departamentos donde la EPS debía operar, en 27, no tenía contratos y, en muchos casos, solo tenía cartas de intención de firmas de contratos (PGN, 2017). Esto supuso que cientos de miles de personas estuvieran sin atención en salud, mientras el asegurador recibía los cuantiosos recursos que debía destinar con este fin.

La Superintendencia de Salud se negó a actuar en función de garantizar los derechos de los usuarios, lo que ameritó una sanción disciplinaria al superintendente del momento, Norman Julio Muñoz, por parte de la Procuraduría.

La sanción tuvo su motivación central en el hecho de que el superintendente autorizó la entrada en operación de una empresa para la prestación de servicios de salud, que evidentemente no tenía las condiciones financieras para manejar 320 mil millones de pesos mensuales de recursos públicos, ni la red de prestación de servicios para atender a más de 5 millones de personas. Frente a esta medida adoptada por el

procurador general, llama la atención la respuesta del ministro de Salud Alejandro Gaviria, quien expresó:

Más allá de la investigación disciplinaria, más allá de los señalamientos, que no resuelven el problema, nuestra responsabilidad es garantizar que la EPS Medimás continúe fortaleciendo los procesos, termine de consolidar la red de atención y fortalezca sus mecanismos de gobierno (El Espectador, 2017; negrita agregada).

Además, el jefe de la cartera de Salud hizo un llamado al procurador general en el siguiente sentido: «**Hay que superar la crisis de confianza actual** y alinear los objetivos de todas las instituciones estatales» (El Espectador, 2017; negrita agregada).

El ministro de Salud minimizó y normalizó la acción emprendida por la PGN, que tiene que ver con sus funciones como Ministerio Público. Para el jefe de la cartera de la salud, la alineación de los objetivos estatales tiene que ver con que los órganos de control tendrían que omitir sus funciones en defensa del interés público y no indagar sobre las irregularidades evidenciadas en el caso de Medimás.

Las declaraciones del ministro de Salud coinciden con las entregadas por Jaime Arias, hasta hace unos días principal representante del gremio de las EPS, Acemi, en entrevista a Blu Radio y a Caracol Radio. Señaló Arias que las acciones del procurador horadaban la confianza de la ciudadanía en las instituciones y en el sistema de salud. Insistía en que había que darles tiempo a los propietarios de la EPS para que organizaran la prestación de servicio, debido a que habían comprado una empresa muy deteriorada, sin sistemas de información. Fue claro en que el problema de Medimás no era de flujo de caja. Es importante anotar que el representante gremial eludió las preguntas de los periodistas con respecto a la efectiva inyección de capital por parte de los accionistas (Caracol Radio, 2017).

El representante gremial, que además es exministro de Salud, y expresidente del entonces Instituto de Seguros Sociales, en cuyo mandato se cerró la afiliación de usuarios a esta entidad, uno de los hechos que determinó su posterior liquidación, mostró

solidaridad y apoyo con las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud y fue cautelosamente crítico con el procurador general al señalar que, incluso, era este funcionario quien debería mostrar las soluciones al problema que denunciaba (Blu Radio, 2017).

A la vez, la opinión pública conocía que Presnewco SAS (Prestarsalud, en sus inicios) conformado por 8 accionistas, compañía que había comprado a Medimás, sufría un cisma interior. En una asamblea, se marginó a 2 de los 8 accionistas pertenecientes al Centro Nacional de Oncología y a otras dos fundaciones que eran las que aportaban el 50 % de la experiencia que debían acreditar para poder operar la EPS. Lo que explicó Presnewco fue que el Centro Nacional de Oncología pretendía concentrar la atención en sus prestadores en todas las regiones, mediante uniones temporales.

El 18 de diciembre de 2017, en la emisión de Pregunta Yamid, Jorge Gómez, uno de los accionistas de la compañía, clarificó que, efectivamente, había cambiado el ente autorizado para prestar los servicios, por la exclusión de dos de los socios. Además, se puso en cuestión la competencia de la PGN para investigar estos movimientos, que el procurador habría calificado como una defraudación. En palabras de Gómez, Medimás opera con recursos públicos y privados. Lo que supondría que los recursos que los accionistas dicen que son privados, no deberían ser objeto de investigación por los órganos de control.

Carrusel financiero

Lo cierto es que, en el seguimiento del proceso, ha sido imposible documentar en qué punto se encuentra la inversión de los recursos privados. Sin embargo, la Red de Justicia Tributaria, representada por José Roberto Acosta, columnista del diario *El Espectador*, ha documentado el carrusel financiero agenciado por Presnewco para apropiarse de manera ilegal de los recursos públicos.

Acosta (2018a y b) señaló que Esimed, una de las empresas que Presnewco compró junto con Cafesalud, recibió por orden de Medimás un giro de la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (Adres) por 28 mil millones de pesos mensuales, por causa de acreencias de Cafesalud. Es decir, los 250 mil millones que Presnewco debe al Estado a causa

de la compra de Esimed se pagan con los propios recursos públicos, sin que los accionistas de Presnewco inviertan un centavo.

Por si fuera poco, de los 1,2 billones de pesos que esa empresa debe por la compra de Cafesalud, se les condonaron 460 mil millones, bajo el supuesto de que esto corresponde a acreencias que se le adeudaban a Cafesalud. La PGN ha manifestado que estas deudas corresponden a 140 mil millones y no encuentra compatible la cifra de la condonación.

La CGR, en auditoría realizada con corte al pasado 31 de diciembre, manifestó que Medimás, en su primer trimestre de funcionamiento, no cumplió con el 100 % de la prestación del servicio, lo que supone que los recursos no invertidos no se debieron cobrar a la Adres. La aprobación de la prestación de servicios por parte de la autoridad competente se da sin que esta haya acreditado de manera efectiva que contaba con los contratos con la red de servicios de salud para atender a la población, lo que debió traducirse en negaciones de servicios y vulneraciones del derecho a la salud por parte de miles de ciudadanos.

Se ha establecido que el 40 % de los contratos de prestación de servicios se hicieron con instituciones de propiedad de los dueños de la EPS, es decir, se reitera el caso de SaludCoop en el que se superaron los topes de integración vertical y se violó con ello el principio de la libre competencia.

A lo anterior, la CGR agrega que los contratos celebrados tampoco cumplen con los requisitos legales de las pólizas. Encuentra giros y anticipos que privilegiaban los pagos a las instituciones pertenecientes a los dueños y al anterior grupo SaludCoop y muchas de estas cuentas no tienen soportes. Las sumas ascienden a 1 billón 543 mil millones de pesos.

Recordemos las dos maneras de obtener rentas en el sistema de salud: una, por la vía de la negación de servicios; la otra, dirigiendo los contratos de prestación de servicios a las instituciones propias del asegurador. La ruptura de los dueños iniciales de Medimás estuvo relacionada con el intento que tuvo uno de ellos de hegemonizar la prestación del servicio para hacerse a la mayor parte de la facturación y, por tanto, a los giros del asegurador. La disputa nada tiene que ver con una intencionalidad de los dueños de garantizar un derecho fundamental o establecer un modelo de atención de calidad. Es una puja de intereses económicos por ganar el monopolio de la prestación para obtener un mayor número de ingresos.

Dicha práctica se ha mantenido. En marzo de 2018, según informe oficial de la Adres, Medimás ordenó giros por un valor de 152 millones 899 mil 969 pesos y el 80 % de estos giros se concentró en solo 50 instituciones prestadoras de servicios de salud, entre las que se encuentran las del consorcio Prestnewco. De modo que se repite una y otra vez la práctica de SaludCoop, esta vez, con unas medidas regulatorias generadas por el gobierno, que contenían todos los ingredientes para que esa disección de los recursos públicos de la salud se repitiera.

Los últimos acontecimientos

En medio de esta situación, el Ministerio Público solicitó la reversión la venta de Cafesalud. Los últimos sucesos que lo condujeron a hacer esa solicitud fueron el atraso de tres meses con las cuotas de 10 mil millones de pesos que el comprador debe pagar al gobierno por la compra de Cafesalud y que estaría utilizando los recursos de la UPC para ejecutarlo, dinero que les llega del Estado, por cada afiliado (El Tiempo, 2018).

La PGN y la CGR están solicitando al gobierno nacional que se haga una intervención forzosa y se clarifique si socios de Carlos Gustavo Palacino han recuperado el control de la EPS mediante nuevos dueños: «[e]sta es una bola de nieve. Medimás no cumple los requisitos, no tiene la red para operar y lo que va a pasar es que sus socios no van a pagar por la compra. No hacer nada es lo peor para los afiliados» (El Tiempo, 2018).

La liquidadora de la EPS Cafesalud atendió esta solicitud de revocatoria de la venta y cancelación del contrato. Se señaló que Medimás se encuentra en mora para el pago de la deuda por la compra de Cafesalud, que supera los 90 días. La deuda supera los 74.101 millones de pesos, sin incluir los intereses de mora correspondientes. En relación con el contrato de compraventa de las acciones de Esimed, no se ha hecho ningún pago y la deuda asciende a 17.500 millones de pesos. Los incumplimientos superan la cifra de 125 mil millones de pesos (El Nuevo Siglo, 2018).

A lo anterior se suma que 8 de las 19 clínicas de la red básica de atención de Esimed están cerradas. Ante esto, la Superintendencia de Salud, que había anunciado una medida de vigilancia especial a la EPS para garantizar la prestación del servicio, debe encontrar alternativas en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por lo pronto, el órgano de vigilancia y control, la Supersalud, expidió el pasado 2 de octubre la resolución 10087 de 2018, en la que le da un mes de plazo a Medimás para remitir información sobre su funcionamiento y ampliar el plazo a dos meses para subsanar los incumplimientos.

El caso de Medimás continúa. En el momento en el que se escribe este documento, nuevos acontecimientos deben estar tomando curso. En los medios ha prevalecido el tratamiento de que este caso de corrupción es aislado en el sistema de salud. No se abre un debate público sobre una necesaria reforma estructural al sistema, ni sobre los antecedentes que hicieron posible la reiteración de estos hechos.

Ante la opinión pública, lo que está en cuestión es exclusivamente Medimás, no el modelo de aseguramientos de las EPS. La matriz de opinión se orienta hacia allí. Para analizar este hecho es importante considerar, como se ha dicho previamente, que las EPS son vehículos de los grupos empresariales y financieros para acceder a la bancarización de los dineros públicos de la salud. Estos grupos económicos corporativos son los mismos dueños de los grandes medios de comunicación.

Al decir esto último, no se quiere señalar que todo el periodismo colombiano esté subordinado a las disposiciones de esos grupos, pero, lo cierto es que la matriz de opinión alrededor de los temas de la salud ha sido tan constante y sostenida en mostrar el problema de esa manera aislada. La lectura de los medios se ha interiorizado en el sentido común, no se ha abordado en el debate público lo que en realidad ocurre con Medimás, que es efecto de una cooptación sistemática, simulada de funcionarios del alto gobierno que han cohonestado y agenciado una política pública proclive a la corrupción, al saqueo de los recursos públicos y a la vulneración del derecho a la salud de la población colombiana.

Reflexiones sobre la cooptación del Estado: caso de la cartera de salud

Garay (2008) afirma que solo en los altos mandos del gobierno ocurren la captura y la cooptación, que sucede en aquellos que tienen capacidad de toma de decisiones vinculantes y las considera un tipo de corrupción administrativa.

En el caso de Medimás, la captura se hace para expedir una ley o hacer omisión de ella; lo mismo, con una política pública, o una regulación. Una de las principales demandas de la captura es la impunidad. En este caso, se logra una legalidad, o, por lo menos, se presume tal en la expedición de decretos y resoluciones que favorece intereses particulares. La pregunta es cuál era el interés del ministro de Salud Alejandro Gaviria al generar este tipo de regulaciones tendenciosas.

Para responder a esta pregunta es importante señalar que las decisiones de política pública tienen unos motores estructurales, pero, también, dependen del sujeto político que las agencia. Podría decirse que el ministro hace parte de una cooptación corporativa en el agenciamiento de la política pública de salud. Lo que él representó en su paso por la cartera son las concepciones del Grupo Empresarial Antioqueño (GEA), al que es cercano y cuya matriz de pensamiento reconoce y defiende. Su trayectoria académica se desarrolla en los centros de pensamiento de los sectores empresariales y financieros, como Fedesarrollo, cuyo objeto es, mediante investigaciones académicas, defender los intereses de los empresarios; en el Banco Interamericano de Desarrollo y en Suramericana de Seguros, del GEA.

Esas corporaciones han permeado al Estado colombiano y han trazado una ruta de políticas públicas en el marco de sus intereses en distintos sectores. En 2015, en una encuesta adelantada entre 400 empresarios, Alejandro Gaviria fue el ministro mejor calificado (Semana, 2015). Eso contrasta con las encuestas de opinión a la ciudadanía en las que la salud apareció, en ese mismo momento, en los primeros tres lugares de sus preocupaciones y la ilegitimidad del sistema fue de las más altas de la década. Si uno hace un rastreo mediático del ministro Gaviria, es evidente que su imagen es finamente preservada por la gran prensa. Su figura se presenta ajena a los grandes escándalos de corrupción, que se muestran como hechos independientes a la gestión del jefe de esta cartera.

Si uno quisiera entender como concibe el sistema de salud el ahora exministro, se podría citar una elocuente frase que lanzó a los medios de comunicación: «hay que hacer compatible el derecho, con el negocio de la salud». Esa frase sintetiza parte de las ejecutorias que adelantó desde la cartera de salud. Al exministro Gaviria se le reconoce que no transó con

la clase política, algo que pudo ser cierto, lo que no significa que no haya transado con intereses distintos al interés público. Al Estado, no solo lo cooptan las clientelas políticas; de hecho, los Estados modernos tienen una mayor cooptación por parte de los intereses de las corporaciones o de los grandes grupos empresariales o económicos, que también pueden distorsionar el sentido de la política pública y generar hechos de corrupción a pequeña y a gran escala. El gobierno de Juan Manuel Santos se caracterizó por una mixtura en la que negoció políticamente con los partidos políticos de su coalición de gobierno y con los gremios económicos.

En relación con la cartera de salud, se puede proponer una redefinición de lo que es la cooptación. La primera característica de esta cooptación es que se basa en una alineación ideológica entre unos grupos de interés y un alto funcionario del gobierno. Estos grupos económicos o poderes fácticos encuentran una forma de ser representados por un funcionario del Estado con capacidad de decisión vinculante. Eso supone una suplencia de la representatividad de los partidos políticos, que en la democracia liberal constituyen las estructuras que establecen los vínculos entre la sociedad civil y el Estado, o, como sucede acá, entre la sociedad y uno de los componentes del Estado: el gobierno.

En el caso de este Ministerio, el alto funcionario es un representante de los conglomerados empresariales, que en su investidura ministerial debe mostrarse como representante del interés general, pero que, en la ejecutoria concreta de la política pública, beneficia a estos grupos de interés.

Sin embargo, la trayectoria de más de dos décadas de la política de salud, orientada por la ley 100 de 1993, muestra que existe una línea de continuidad que compromete en el mismo sentido a los dos gobiernos de Uribe Vélez y de Santos. La continuidad está dada por una defensa de las estructuras de la intermediación financiera de las EPS y por el choque con los órganos judiciales en función de mantener una política de contención del gasto en salud, lo que supone la restricción de la prestación de servicios sanitarios a la población.

En esa continuidad se da también una ruptura en 2011 por parte de Juan Manuel Santos: en medio de una coyuntura de corrupción en salud dada por la cartelización de las EPS y la incidencia de los gremios médicos, accede a avanzar en el sentido contrario a la trayectoria trazada en las dos décadas y propone la Ley Estatutaria, que declaró la salud como un derecho fundamental autónomo.

Aun con ese punto de inflexión, que trajo beneficios al país, su gobierno intentó rápidamente recomponer el camino mediante la contrarreforma de esta ley, por la vía de decretos y resoluciones. Pero la ley está vigente y se erige como un contrapeso jurídico y político a las acciones posteriores de su propio gobierno.

En la lógica de pensar la cooptación del Estado a partir de los casos reseñados, es importante tener presente que el Estado no es una unidad monolítica, que en su interior pueden coexistir posturas y representaciones de intereses contrapuestos en sus múltiples instituciones. Esto es visible en el contrapeso que ha ejercido, después de la promulgación en 1991 de la Constitución Política, la Corte Constitucional en defensa de la población, mediante los fallos de tutela y las sentencias estructurales, en el tema de salud, frente a las disposiciones que han adoptado los gobiernos.

En la experiencia con SaludCoop-Medimás, los que se erigen como un contrapeso a las irregularidades de la intermediación financiera en salud son la CGR y la PGN. En el caso de Sandra Morelli, por su propio talante, la Contraloría avanzó en acciones contundentes de condenas y sanción fiscal. El contralor Villazón se restringió al ámbito de la denuncia. El procurador se posiciona como el representante de los usuarios, frente a otras unidades estatales que protegen con sus omisiones y acciones los intereses de los dueños de Medimás.

Los funcionarios del alto gobierno comprometidos en la defensa de Medimás y de sus dueños, necesitan más que defender esto: deben comprobar la viabilidad del modelo de aseguramiento de las EPS. Por ello, lo sucedido con las EPS se muestra como una adaptación empresarial normal que requiere de tiempo para que se logre una adecuada operación.

Conclusiones y perspectivas desde la sociedad civil

- Los poderes fácticos que prevalecen en las decisiones de política pública del sector salud son las grandes corporaciones del sector empresarial y financiero que requieren mantener a las EPS como intermediarias financieras para captar recursos públicos. Estos poderes tienen un conjunto de representantes que, en unos momentos, surten los escenarios de sus centros de pensamiento; en otros, operan como voceros de la sociedad civil; en otros más, dirigen negocios o instituciones en el sector o están en los espacios de la alta dirigencia del Estado.
En todos esos lugares, operan con los intereses del grupo de proveniencia.
- Ha sido sistemática y continua la cooptación de unidades del Estado por parte de estos poderes que operan en distintos niveles. Igual ha sido la incidencia de las grandes corporaciones en las decisiones del Estado y la de los múltiples extractores de renta en distintos niveles del sistema de salud. Esto pudo instalarse gracias a la matriz estructural de la ley 100 de 1993, que no ha podido reformarse, justamente, por lo funcional que resulta para el favorecimiento de estos poderosos intereses.
- Dada la manera irregular como se implementó la ley 100 de 1993 y por su concepción, la política pública derivada de ella ha posibilitado que se instalen en las distintas cadenas de la atención de salud, agentes extractores de renta, de carácter público y privado.
- Para que la ruptura de estos poderes fácticos emerja la esfera del interés público en la arena del Estado, es preciso hacerlos evidentes en su lógica en el debate público, impedir con ello que el conjunto de la sociedad considere normales sus prácticas, lo que supone esfuerzos contrahegemónicos desde la academia, desde medios de comunicación alternativos, los movimientos sociales, la sociedad civil y los partidos políticos.
- En la medida en que la rama judicial y los entes de control adquieran independencia será posible romper el halo de impunidad, acceder a información y tener datos precisos que estimulen el control social. Indefectiblemente, la sociedad civil y el Congreso de la República deben abocarse a avanzar en una reforma estructural del sistema de salud. Desde allí, se deben cerrar las rendijas por donde se cuelan los intereses particulares de la corrupción.
- En Colombia, en el caso de la salud, los mayores contrapesos que han existido a la hegemonía de estos poderes fácticos, además de la rama judicial y los entes de control en distintos momentos y con actuaciones diferenciadas, han sido la sociedad civil y la ciudadanía, movilizadas de manera permanente frente a la crisis del sistema de salud y que ha asumido el liderazgo de iniciativas de distinto orden para responder a la crisis.
- Ha sido invaluable la sumatoria de los esfuerzos cotidianos de las asociaciones de pacientes para el logro de las atenciones, la

movilización de las y los trabajadores, las publicaciones académicas que cuestionan el modelo, el litigio vía tutelas, la gestión de derechos de petición, incidentes de desacato, acciones de cumplimiento, alertas ciudadanas, movilizaciones comunitarias en defensa de los hospitales, comunicados, estudios, informes de seguimientos de políticas de salud. Todo esto es una demostración de la fuerza de los mo-

vimientos sociales colombianos para mantener una agenda vigente, en cuestión y con capacidad de propuesta. Lo único que puede garantizar que lo de Medimás no se vuelva a repetir es una reforma estructural del sistema de salud en Colombia y eso es lo que debe constituir el próximo paso propositivo que den las organizaciones sociales, ciudadanas y de la sociedad civil.

Referencias bibliográficas

- Acosta, J. (2018a, 25 de mayo). Medimás, censurado. *El Espectador*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.elespectador.com/opinion/medimas-censurando-columna-790706>
- Acosta, J. (2018b, 27 de julio). De Medimás a Coomeva. *El Espectador*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.elespectador.com/opinion/de-medimas-coomeva-columna-802706>
- Banco mundial 2003 Banco Mundial. (2004). *Informe sobre el desarrollo mundial 2004. Servicios para los pobres*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/972191468320374337/pdf/26895010spanish10paper.pdf>
- Banco Mundial. 1993. *Poverty and Income Distribution in Latin America: The Story of the 1980s*. Washington, DC: Technical Department Latin America and the Caribbean Region Regional Office, World Bank.
- BLU Radio - Redacción Digital. (2017, 20 de octubre). Quienes adquirieron Medimás no sabían lo que estaban comprando: Acemi. *Mañanas Blu*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.bluradio.com/nacion/quienes-adquirieron-medimas-no-sabian-lo-que-estaban-comprando-acemi-157339>
- Caracol Radio (2017, 14 de septiembre). El gasto en salud sigue creciendo y los ingresos no: Jaime Arias. *Caracol Radio*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en http://caracol.com.co/programa/2017/09/14/6am_hoy_por_hoy/1505393196_611339.html
- Clavijo, S. (2018, 4 de mayo). El sector salud y su sostenibilidad fiscal. *La República*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.larepublica.co/analisis/sergio-clavijo-500041/el-sector-salud-y-su-sostenibilidad-fiscal-2721986>
- Congreso de Colombia. (2010). Proyecto de Acto Legislativo N° 016 de 2010, Cámara, «por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho». Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://vlex.com.co/vid/proyecto-acto-legislativo-ca-mara-451383214>
- Constitución Política de Colombia*. (1991). Última actualización: 26 de agosto de 2018. Consultado el 17 de septiembre de 2018 en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Contraloría General de la República, CGR. (2018, mayo). *Informe de auditoría de cumplimiento. Recursos públicos administrados por Entidad Promotora de Salud Medimás SAS. Del 1° de agosto al 31 de diciembre de 2017*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/1092878/18+Informe+Final+AC+Medimas.pdf/a2bab0bc-415f-4529-a2bb-566fe8743f9a?version=1.0>
- Corcho, C. (2017, 1° de noviembre). Medimás: la legalización de la corrupción en salud. *Revista Sur*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <https://www.sur.org.co/medimas-la-legalizacion-la-corrupcion-salud/>

- Decreto 4975 de 2009. (23 de diciembre). «Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social» Presidencia de la Republica. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <https://diario-oficial.vlex.com.co/vid/decreto-mero-declara-emergencia-social-73766596>
- Defensoría Delegada para Asuntos Constitucionales y Legales-Defensoría del Pueblo (s. f.). *Informe de tutela y acceso a información - 2016*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en http://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/Informe_tutela_2016_final_Defensoria.pdf
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. (2011). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Prosperidad para todos*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/1C.%20P%C3%A1ginas%20preliminares.pdf>
- El Espectador-Redacción Salud. (2017, 20 de octubre). Minsalud dice que señalamientos contra Medimás «no resuelven el problema». *El Espectador* <https://www.elespectador.com/noticias/salud/minsalud-dice-que-senalamientos-contramedimas-no-resuelven-el-problema-articulo-718971>
- El Nuevo Siglo-Redacción Nacional. (2018, 7 de octubre). ¿Por qué Medimás está en cuidados intensivos? *El Nuevo Siglo*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/10-2018-por-que-medimas-esta-en-cuidados-intensivos>
- El Tiempo-Justicia. (2018, 12 de agosto). Las cuentas de Medimás que no le cuadran a la Procuraduría. *El Tiempo*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/procuraduria-lanza-alerta-sobre-situacion-de-medimas-254940>
- Equipo Digital NTC - Sistema Informativo del Canal 1. (2017). La estrategia del acetaminofén. *Noticias Uno*. Consultado el 7 de octubre en <https://canal1.com.co/noticias/la-estrategia-del-acetaminofen/>
- Garay, L; Salcedo, E; De León-Beltrán, I, y Guerrero, B; (2008). *La captura y reconfiguración cooptada del Estado en Colombia*. Bogotá: Fundación Método / Fundación Avina / Transparencia por Colombia.
- Gran Junta Médica Nacional. (2018). Propuesta de Política Pública para la Implementación de la ley estatutaria, de la sociedad civil y dirigida a los candidatos a la Presidencia de la República.
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 18 (4), pp. 991-1001.
- Hernández, M. (2011, 31 de enero). La nueva ley de salud: ¿más de lo mismo? *Razón Pública*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/1747-la-nueva-ley-de-salud-imas-de-lo-mismo.html>
- Ley 100 de 1993. (23 de diciembre). «Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones» Congreso de la República de Colombia. Consultado el 1 de octubre de 2018 de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Martínez, F. (2013, abril)- *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia- ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Consultado el 11 de octubre de 2018 en file:///C:/Users/MI%20EQUIPO/Desktop/2018%20HB/PODERES%20FÁCTICOS%20/SALUD/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf

- Martínez, F. y Rodríguez, O (2012). Evaluación de la política de gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas. Restrepo, D. y Hernández, M. (editores). *Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva*. Colección: La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud-Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia.
- Meynaud, J. (1972). *Los grupos de presión*. (Les groupes de pression). Buenos Aires: Editorial Universitaria. Primera edición en francés: 1960).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Exposición de motivos del Proyecto de Ley «Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>
- Procuraduría General de la Nación, PGN. (2017, 13 de septiembre). *Procuraduría solicita a Supersalud la intervención inmediata de Medimás EPS*. Boletín 743. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.procuraduria.gov.co/portal/Intervencion-Supersalud-Medimas.news>
- Semana. (2013, 23 de noviembre). Saludcoop, el desfalco de la historia. *Semana*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.semana.com/nacion/articulo/desfalco-de-salucoop/365644-3>
- Semana. (2014, 11 de enero). Pacientes multimillonarios. *Semana*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.semana.com/nacion/articulo/las-criticas-del-ministro-gaviria-al-sistema-de-salud/407662-3>
- Semana. (2016, 9 de septiembre). *Llega inversión extranjera al sector salud*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.semana.com/economia/articulo/coomeva-y-christus-health-sellan-una-alianza/492987>
- Semana-Justicia (2018, 12 de marzo). Le llegó la hora a Palacino en La Picota. *Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/fiscal-envia-a-la-carcel-a-carlos-gustavo-palacino/560107>
- Semana-Política (2015, 17 de junio). Ministros: los mejores y los peores calificados. *Semana*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <https://www.semana.com/nacion/articulo/ministros-los-mejores-los-peores-calificados/435748-3>
- Vanguardia-Política. (2017, 21 de septiembre). Declaran la muerte política a Holger Díaz. *Vanguardia.com*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <http://www.vanguardia.com/politica/410222-declaran-la-muerte-politica-a-holger-diaz>
- Vega, C. (2018a, 4 de agosto) ¿Se justifica acabar Medimás? *El Espectador*. Consultado el 7 de octubre de 2018 en <https://www.elespectador.com/economia/se-justifica-acabar-medimas-articulo-804251>
- Villadiego, A. (2018). Los múltiples errores en Medimás. *Opinión&Salud.com. Revista Digital*. Consultado el 11 de octubre de 2018 en <https://www.opinionysalud.com/los-multiples-errores-med>

