

Imprimir

El caso de Medimás ha mantenido en vilo a la opinión pública por los últimos acontecimientos evidenciados ante las irregularidades que allí acaecen, que tienen en riesgo la salud y la vida de cinco millones de colombianos. La matriz de opinión que ha predominado frente al caso se ha centrado en que esta es una manzana podrida del sistema de salud. Lo que se mostrará es que Medimás no es la excepción, sino la regla del funcionamiento del sistema, corresponde a una política pública agenciada desde funcionarios del alto gobierno de las últimas dos décadas, que han hecho todo lo posible por mantener los beneficios de la intermediación financiera de las EPS, respondiendo a intereses de elites empresariales y del sector financiero en menoscabo del interés general.

La creación de las EPS

La ley 100 de 1993 se constituyó en una reforma que partió del hecho de que lo público estatal era ineficaz para agenciar y administrar la salud. Por lo cual introdujo la posibilidad de que existieran unos intermediarios, que planteó como articuladores entre la administración y la prestación de servicios de salud que se denominaron Empresas Promotoras de Salud EPS. A estas empresas se les asignaron funciones de recaudadoras de los aportes de salud de los colombianos, administradoras de los recursos, auditoras, encargadas de la prevención y promoción a nivel individual. Lo que se dijo en su momento, era que el Estado debía reducir su papel al máximo para ejercer funciones de regulación, bajo la premisa de que las EPS se regularían a sí mismas en el marco de una competencia de mercado, que aniquilaría las que no fueran competitivas.

No obstante, el sistema naciente que emergería de la reforma concebida a la ley 100, tampoco fue de mercado, dado que ante la negativa de la clase empresarial de entrar en un negocio, el de las EPS, en el cual no podían calcular los riesgos y la inversión por lo costoso que puede resultar el tratamiento de una enfermedad, el gobierno optó por permitir que se crearan estas empresas con la cédula, y fueran capitalizadas con los recursos públicos de los aportes de los colombianos. Dicho de otra manera, la política pública desde su implementación condujo a un sistema de extracción de rentas, en donde se giraban billonarias sumas de dinero a una EPS con pobres y ambiguas regulaciones contables, con el

incentivo de poder extraer rentas en la medida que negaran servicios y no hicieran uso de los recursos con los fines destinados en la atención de la población. Este hecho se ve reflejado en las tutelas para demandar servicios de salud, que desde la emisión de esta política pública superan los tres millones.

En ese contexto, el Gobierno Nacional, ofreció la opción de hacerse a estas empresas al sector de las prepagadas, de donde nacen EPS como Coomeva, a las Cajas de Compensación Familiar y al sector cooperativo, de allí surge Saludcoop EPS. En su evolución, las EPS se fueron convirtiendo en el vehículo para que las corporaciones financieras y los distintos agentes particulares pudieran acceder a recursos públicos. Fue conocido que de las 18 cuentas que contenían los casi 40 billones de pesos de la salud en el fondo estatal denominado Fosyga, en la actualidad transformado en ADRES, 14 estaban inscritas en Bancolombia, corporación financiera adscrita al Grupo Empresarial Antioqueño GEA. Diversos estudios han demostrado que una de las formas como se han extraído rentas del sistema, es mediante la obtención de rendimientos financieros que logra el sector bancario cuando retiene recursos. La segunda forma es por la puerta de atrás, mediante el esquema de la integración vertical, es decir, la EPS contrata su propia red de servicios, proveedores de insumos, tecnologías y medicamentos, por esta ruta sobrefactura y obtiene ganancias. Esta última fue la utilizada por saludcoop para desviar 1,4 billones de pesos de recursos de la salud de los colombianos.

Saludcoop y el Desfalco de la Historia

El caso de Saludcoop fue el mejor documentado de como por la puerta de atrás se desviaron 1,4 billones de pesos, como resultado de un fallo de la Contraloría General de la República en cabeza de Sandra Morelli. Se conoció que se desviaron recursos de la salud en la construcción de inmobiliarios, inversiones en el extranjero, bonificaciones a los directivos de la aseguradoras que alcanzaron hasta 6000 millones de pesos entre 2005 y 2010, viajes con costos exorbitantes de familiares de directivos. Esta empresa, construida con recursos públicos de los colombianos, llegó a estar entre las 10 más rentables del país, y logró la hegemonía en el mercado del aseguramiento con la compra de Cafesalud y de Cruz Blanca.

Se documentó el enorme poder que tuvo Carlos Gustavo Palacino, presidente de Saludcoop, quien tenía congresistas pagos para mantener la política pública de salud alineada a sus intereses.

El caso mejor conocido es el de Holger Diaz, congresista sancionado por el Consejo de Estado por demostrársele que recibía pagos de Saludcoop por sus gestiones en el legislativo. Esta injerencia no sólo se mantuvo en el legislativo. Fue conocido por la opinión que Eduardo Montealegre quien fuera posteriormente Fiscal General de la Nación, fue contratado por este grupo empresarial por miles de millones de pesos, con su llegada a la Fiscalía General de la Nación, nunca se declaró impedido para agenciar las investigaciones penales en contra de Palacino. Un caso similar al que ocurre con el actual Fiscal General de la Nación, Néstor Humberto Martínez con Odebrecht y sus vínculos con Corficolombiana.

El Caso de Medimás

El caso de Saludcoop terminó en una liquidación de la empresa, el traslado de los 4 millones de afiliados a la EPS Cafesalud del mismo grupo empresarial. Y desde allí comienza un conjunto de irregularidades agenciadas desde medidas adoptadas desde el Gobierno Nacional, para posibilitar a toda costa que continúe ese modelo de aseguramiento comercial que a todas luces ha demostrado ser fallido. Cafesalud es capitalizada con 200 mil millones de pesos con recursos públicos por una medida adoptada por el Ministro de Salud Alejandro Gaviria denominada BOCAS (bonos opcionalmente convertibles en acciones). En ese contexto se expidieron los decretos 2702 de 2014 y 2117 de 2016, ambos dirigidos a flexibilizar las condiciones de habilitación financiera y las exigencias contables que debían cumplir las EPS y para legalizar la negación de servicios de salud mediante una política de “mitigación del riesgo en salud”, condición que posibilitara a las EPS el logro de un equilibrio financiero. Los decretos y resoluciones se hicieron a la medida de los requerimientos de las EPS y de la venta de Cafesalud. Se legalizó la integración vertical, permitiendo que un consorcio de 198 IPS PrestarSalud pudiera comprar la EPS.

PrestarSalud recibió a Cafesalud con una empresa creada 15 días antes con un capital de un

millón de pesos, con este capital, la Superintendencia de Salud les autorizó la recepción de 5 millones de afiliados y el manejo de 320 mil millones de pesos mensuales por la UPC (recurso percapita anual que gira el estado a la EPS por cada afiliado). El primer mes, la procuraduría General de la Nación documentaba 10 mil quejas por falta de atención, y se documentó que de 29 departamentos, en 27 no tenían contratos con clínicas y hospitales para responder por la atención de 5 millones de colombianos. En la actualidad, el informe de la Contraloría General de la República al 31 de diciembre muestra que se han girado una cifra de 1,5 billones de pesos, en anticipos y privilegios a los prestadores que pertenecen a los dueños de la EPS. Se encuentra un pobre soporte de los giros. Esto sumado a que no han cumplido con los pagos por la compra de la EPS, razón por lo cual la Procuraduría General advirtió que se debía revocar esta venta por el conjunto de irregularidades que tiene, propuesta acogida por la liquidadora de saludcoop, que se encuentra en un litigio al respecto. La Superintendencia de Salud optó por ampliar los plazos por dos meses más a Medimás para verificar si cumple con los requisitos de atención. En el momento en que se escribe este artículo, nuevos acontecimientos están teniendo curso.

Conclusiones

El caso de Saludcoop-Cafesalud y Medimas no constituye una manzana podrida del sistema de salud. Esta es la manera como funciona en sí mismo el sistema de salud concebido por la ley 100 de 1993. Es la política pública agenciada desde múltiples gobiernos la que posibilita y permite este tipo de saqueos a los recursos públicos, que repercute en el derecho a la vida y la salud de millones de colombianos. Es evidente que el Estado no sólo es capturado por los poderes clientelares ligados a la clase política del país. El sistema de salud colombiano, como otros casos, ha demostrado que existen poderes corporativos ligados a elites empresariales, del sector financiero con representantes en el alto gobierno, que agencian medidas que favorecen el saqueo y el desangre de los recursos públicos, en el caso del sector salud esto se traduce en muertes evitables, progresión de enfermedades y deterioro de la calidad de vida de millones de colombianos.

La corrupción en salud es consustancial al modelo instaurado, su núcleo estructurante

basado en la intermediación financiera y en legalizar la acción de múltiples extractores de renta. Desde esta perspectiva, no es posible superar la corrupción del sector, sin que el país se aboque a una reforma integral al sistema de salud que implemente el marco constitucional del goce efectivo del derecho a la salud consignado en la ley estatutaria 1751 de 2015.

Ver Documento Completo: <https://www.sur.org.co/ideas-verdes/>

Carolina Corcho Mejía: Médica Psiquiatra. Integrante de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 Por una Reforma Estructural al Sistema de Salud y de Corporación Latinoamericana Sur.