Imprimir

La crisis de Medimás EPS se ha profundizado considerablemente en los últimos meses. El cubrimiento mediático, en el que se presenta el caso como una manzana podrida, ha sido importante no solo para posicionar el tema a nivel nacional sino también para evidenciar la crisis del sistema de salud colombiano. No obstante, el caso del mal funcionamiento de Medimás EPS es el más visible pero no es el único; lo que ocurre con Medimás devela el funcionamiento mismo del sistema de salud en Colombia, y las aberrantes formas que ha adquirido ese extraño negocio de la salud que ha catapultado lo que se ha denominado una sofisticada forma de corrupción técnica que cobra vidas humanas y saquea recursos públicos.

Los análisis que predominan sobre Medimás señalan que la debacle en la prestación de servicios corresponde a una improvisación dada por una falla de regulación de la Superintendencia de Salud y a la astucia de negociantes que se han especializado en el pillaje en el sector salud. Y esto es verdad. Pero más allá de eso, Medimás es el producto de una política pública de varios gobiernos, que han ahondado con tino, detalle y sofisticación técnica un monstruoso sistema de salud que promueve, facilita, legaliza la corrupción, produce y reproduce Palacinos a costa de la muerte y la enfermedad de miles de colombianos.

Los Antecedentes

La ley 100 de 1993 instauró la intermediación financiera, entendida esta como la delegación del manejo de los recursos públicos de la salud y la gestión del riesgo a cargo de particulares denominados EPS, Empresas Promotoras de Salud, en la apertura de un mercado de la salud que tendría como eje la competencia regulada. En ese momento, el empresariado colombiano no accedió a participar del cuantioso negocio, por lo que el gobierno tuvo que habilitar que este mercado fuera asumido por las empresas de medicina prepagada, las cajas de compensación familiar y el cooperativismo. No obstante, este se constituyó como un curioso mercado en el que para entrar no era necesario demostrar que se contaba con el

respaldo patrimonial y financiero para manejar los billonarios recursos públicos de la salud y gestionar la prestación de servicios a la población. Por el contrario, se ingresaba a este "negocio" con la cédula y el capital de las EPS provenía de los recursos públicos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Fue así como Carlos Gustavo Palacino inició el emporio económico de Saludcoop.

Durante los gobiernos siguientes, nunca se normó con claridad si las EPS como aseguradoras debían responder a la lógica de un aseguramiento comercial, si debían generar reservas técnicas para apalancar los riesgos financieros que implicaba la prestación de servicios de salud, si los recursos públicos que provenías de la UPC eran públicos o privados y el cómo debería ser el manejo contable de los mismos para diferenciar los recursos propios de las EPS de los recursos públicos. De ahí que muchas EPS, entre ellas Saludcoop, con estos recursos comenzaron a comprar infraestructura hospitalaria que asumían como propia y hacer un uso distinto de los recursos que destinaban en otras inversiones, entre ellas canchas de Golf, urbanizaciones, extravagantes viajes, entre otros.

Pero no fue solo saludcoop la que apropió ilegalmente los recursos públicos. Se conoció recientemente el caso de la venta que Coomeva EPS hizo en el 2016 del 50% de las acciones de Sinergia Salud que es el componente encargado del grupo Coomeva de la prestación de servicios, poseedora de instituciones "propias" del grupo Coomeva. Esta venta equivalió a 140 mil millones de pesos, que ingresaron a las arcas del grupo Coomeva con autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, que nunca indagó si estas instituciones fueron obtenidas con recursos públicos de la salud, y por tanto los recursos recibidos por su venta deberían ingresar a las arcas públicas de la salud de los colombianos. Este caso no ha tenido mayor seguimiento y relevancia ante la opinión pública.

El caso de saludcoop sí tuvo relevancia mediática cuando en el año 2013 se ratificó el fallo de responsabilidad fiscal que llevó a cabo la Contralora Sandra Morelli, quien conceptuó en contra de esta empresa al demostrar un desvío de 1,4 billones de pesos con fines distintos a la salud de los colombianos, entre los años 1998 y 2010. El gobierno procedió a intervenir la EPS, posteriormente a liquidarla y a trasladar los 4 millones de usuarios a la EPS cafesalud

del mismo grupo Saludcoop.

Estos son dos casos conocidos, de las miles de transacciones del sector salud que no se han investigado, aquí solo se hace mención de dos de las 72 EPS que existieron en su momento, sobre los que se evidencia un manejo irregular de los recursos de la salud. Lo que sí es cierto es que el sistema de salud se encuentra en una profunda crisis financiera, en donde las EPS adeudan una cifra superior a los 12 billones de pesos a Clínicas y Hospitales conforme señalan los gremios de hospitales públicos y privados. Y además, tienen un déficit de 5,3 billones de pesos, entre las 33 EPS reportadas por la Superintendencia Nacional de Salud en su informe de 2016 de seguimiento financiero de las EPS.

Las Medidas Gubernamentales Adoptadas:

Una situación de este orden reclamaría, mínimamente, extremar las medidas de regulación sobre el flujo de recursos públicos. Pero, sobre todo, reclamaría una profunda reforma a la salud por parte del Gobierno Nacional y el Congreso de la República. Sin embargo, no ha sido así, las medidas gubernamentales adoptadas no sólo han profundizado la crisis del sistema de salud sino que facilitan el saqueo de los recursos públicos; se van emitiendo decretos y resoluciones para ir ajustando el negocio. Es así que se han tomado dos tipos de medidas: unas conducentes a hacer contención de costos en salud mediante la promoción de la negación de servicios de salud a los pacientes con el constreñimiento de los médicos. Y otras tendientes a flexibilizar las regulaciones financieras de las EPS y facilitar su capitalización con recursos públicos.

Dentro del segundo paquete se encuentra el decreto 2702 de 2014, donde el Gobierno Nacional extendió el plazo de las EPS por 7 años, para que se capitalicen y obtengan los márgenes de solvencia patrimonial que debieron exigírseles desde su creación para manejar los billonarios recursos de la salud. Posteriormente, este decreto es modificado por el Decreto 2117 de 2016, el cual postula que las EPS deben comprometerse a garantizar “un modelo de atención basado en la mitigación del riesgo en salud que tiene por objeto recuperar el equilibrio financiero de estas empresas”; es decir, se subordina la atención de

los pacientes al equilibrio del negocio. En este decreto se posibilita que las EPS accedan a procesos de “reorganización institucional”, consistentes en fusión, venta de afiliados, y creación de nuevas entidades, en donde no se exige para participar en la nueva entidad tener que aportar algún capital. Se les amplía el plazo de capitalización por 10 años más, y se les flexibiliza los estados contables para cumplir con requisitos financieros mediante un tratamiento financiero especial.

Al unísono, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se lanza una alerta de que el sistema de salud tiene recursos insuficientes, y se culpabiliza de esto a los médicos y su excesiva prescripción, en múltiples escenarios académicos se lanza la discusión sobre qué debe pagar un sistema de salud y qué no en cuanto a tratamientos, bajo la frase “El sistema de salud gasta más de lo que recibe”. En el marco de ese debate se emitieron decretos y resoluciones que dan origen al Mipres (Res 1328 de 2016 y 538 de 2017), que se muestra ante la opinión pública como una manera de garantizar las trasparencia en la prescripción médica.

El Mipres es una plataforma tecnológica que de manera encubierta enlista arbitrariamente los tratamientos y tecnologías que pueden prescribirse como No Pos a los pacientes. Es una manera de controlar la prescripción médica. Al respecto, las asociaciones de pacientes han afirmado que en el primer semestre de este año, de cada 10 pacientes a quienes se les prescribieron medicamentos, 8 no se le había entregado los medicamentos oportunamente. La cartera de salud complementa este informe, señalando que desde la instalación de la plataforma, el sistema se ha ahorrado 1 billón de pesos.

Dicho de otra manera, en el año 2011 la Superintendencia de Industria y Comercio tuvo que investigar y sancionar a las EPS agrupadas en ACEMI, el gremios de las EPS, por cartelización,

al descubrirse que se ponían de acuerdo para negar servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud para hacer recobros fraudulentos al Fosyga y apropiar recursos públicos que tendrían que estar destinados a la prestación de servicios de salud. En el año 2017, las EPS no requieren cartelizarse para negar servicios, pues el Ministerio de Salud y Protección Social amparado en una leguleya interpretación de la ley estatutaria en salud ha emitido una andanada de decretos y resoluciones para legalizar la negación de servicios de salud como parte de la política de "Mitigación del Riesgo en Salud", que busca ajustar recursos públicos para recapitalizar el negocio.

La aplicación de las medidas: Medimás solo un ejemplo de la generalidad del sistema de salud

Los decretos y resoluciones reseñados tienen vigencia para todas las EPS del país, pero coincidieron en la facilitación de la cuestionada venta de Cafesalud, que en el momento de recibir los 4 millones de afiliados de Saludcoop tenía un déficit superior a los 500 mil millones de pesos, razón por la cual se emitió la Resolución 4385 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, para crear los BOCAS (Bonos opcionalmente convertibles en Acciones) para el fortalecimiento patrimonial de las EPS. Bajo esta resolución se entregaron de los recursos públicos de la salud del Fosyga la suma de 200 mil millones de pesos para la recapitalización de Cafesalud para volverla atractiva financieramente para ser puesta en venta.

La venta de Cafesalud es tan irregular como todo el sistema de salud. Después de haber allanado el terreno legal con la "reorganización institucional de las EPS", Cafesalud es vendida al consorcio conformado por 198 Instituciones prestadoras de servicios de salud-

Prestasalud. Fácticamente en esta venta se legaliza uno de los artilugios de la corrupción en salud, la integración vertical, que constituyó una hemorragia en el sistema al comprobar que mediante este mecanismo los aseguradores contrataban sus propios prestadores, privilegiando las tarifas, y promoviendo una apropiación de recursos públicos por esta vía. A este mecanismo se sumó la integración horizontal en la que los proveedores eran parte de los mismos aseguradores y prestadores, o usaban figuras de testaferros para eludir los controles establecidos por la ley 1438 de 2011 que sólo permitía un 30% de la integración vertical.

La integración vertical fue uno de los motivos de la investigación de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República a Saludcoop, por el saqueo de recursos de la salud. Esta práctica se legalizó con Prestasalud, ahora los prestadores de servicios de salud pueden ser dueños de los aseguradores EPS, con un ingrediente, que los socios de este consorcio no tuvieron que gastar un peso para comprar la EPS, la compraron con la cédula, lograron un préstamo con el crédito Findeter adscrito al Ministerio de Hacienda para la compra, dicho de otra manera, con recursos públicos de los colombianos capitalizaron una empresa privada, para ser comprada por privados de nuevo con recursos públicos. Se investiga en este momento por parte de la Procuraduría General de la Nación, si además con los recursos públicos de la UPC no estarán pagando el préstamo.

Pero la aberración continúa: Medimás EPS fue creada quince días antes de recibir los 5 millones de afiliados de Cafesalud (14 de julio de 2017), como una microempresa que figura en los registros de la Cámara de Comercio con unos activos de 1 millón de pesos (fue creada de nuevo con la cédula) y quince días después sería habilitada como EPS por la Superintendencia de Salud y comenzaría a recibir 320 mil millones de pesos de la UPC por los afiliados recibidos.

En ese sentido, el 13 de septiembre de 2017 el Procurador General solicitó a la Superintendencia intervenir de manera forzosa a Medimás, dado que había recibido 10 mil quejas en los 34 primeros días de operación por negación de servicios y falta de atención a los usuarios. El jefe del Ministerio Público afirmó además que de 29 departamentos donde opera Medimás tiene informes de los entes territoriales que en 27, la EPS no tiene contratos con una red prestadora de servicios de salud. En muchos casos solo tiene cartas de intención sin firmas de contrato, lo que significa que cientos de miles de pacientes no están siendo atendidos, mientras la EPS sí continúa recibiendo pulpitos los recursos para su atención. Ante las nulas acciones de la Superintendencia, la Procuraduría decide sancionar por tres meses al superintendente Norman Julio Muñoz. Todo esto, en medio de la enorme confusión de millones de colombianos que tienen la incertidumbre de si al enfermarse podrán ser atendidos o no.

A esto se suma el reciente fallo del Tribunal de Cundinamarca del 26 de octubre de 2017, donde se ordena a Medimas SAS cumplir con las citas , autorizaciones médicas que había emitido cafesalud, así como el pago de incapacidades, cumplimiento de sentencias de tutelas, que haya adquirido cafesalud sin exigir a los usuarios trámites adicionales.

Finalmente, se anota la importancia de la acción de la Procuraduría General de la Nación, en cabeza de Fernando Carrillo, como otrora lo fueran las acciones de la Contraloría General de la República con Sandra Morelli. Lo que no puede pasar de nuevo es que lo de Medimás, así como lo de Saludcoop, se agote en la espectacularidad del caso policiaco y puntual de corrupción. Si el país no se aboca a una reforma profunda del Sistema de Salud que revierta las concesiones que los gobiernos han hecho al bandidaje y la corrupción en el sector salud, más temprano que tarde, tendremos nuevos titulares de prensa, y un nuevo paseo de la

muerte.

http://www.consultorsalud.com/por-caso-medimas-suspendido-superintendente-nacional-de-salud

https://www.opinionysalud.com/medimas-ensayo-arriesgado-la-supersalud-e-irrespetuoso-los-usuarios/

https://www.elespectador.com/opinion/carrusel-financiero-con-dineros-de-la-salud-columna-697678

CAROLINA CORCHO: Médica Psiquiatra, Corporación Latinoamericana Sur