



**DE ESTADO REGULADOR A ESTADO INGENUO (¿O CÓMPLICE?).
ALGUNAS CONTRADICCIONES ENTRE LAS PROPUESTAS DE STIGLITZ
PARA UN MEJOR GOBIERNO Y LA CRISIS DE LA SALUD A PARTIR DEL
CASO COLOMBIANO DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD
SALUDCOOP EPS.**

Eliasib Naher Rivera Aya¹

Resumen

En Colombia se modificó el sistema de salud con la Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con esta ley se pasó de la prestación del servicio de salud ofrecido por el Estado a un sistema de salud basado en el mercado y en la intervención del sector privado. Con este nuevo marco jurídico, se crearon varias empresas promotoras de salud (EPS), las cuales se encargaron de administrar el servicio y también de prestarlo. A pesar de que la ley limitó la integración vertical a un máximo de 30% en las operaciones requeridas para la prestación del servicio, varias EPS burlaron dicha reglamentación y utilizaron distintas artimañas para cobrarle al Estado sumas de dinero muy superiores a las que se supone que el mercado regularía.

¹ Profesor Asociado Facultad de Ciencias Económicas-Administrativas, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia. Administrador de empresas, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Ingeniero Industrial, Universidad Distrital. Especialista en Docencia Universitaria, Universidad Antonio Nariño. Magíster en Educación, Universidad Pedagógica Nacional. Profesor en el Programa de Ingeniería Industrial. Magíster en Administración en la Universidad Nacional de Colombia.

En este documento se muestra la actitud pasiva de los entes de control del Estado respecto de los abusos de las empresas promotoras de salud (EPS) que da como resultado un Estado sin capacidad de controlar ni sancionar, quizá cómplice o ingenuo, porque no tiene herramientas para actuar adecuadamente y regular de manera oportuna las actuaciones privadas que perjudican el bienestar de la mayoría de la población.

Lo anterior a partir de considerar las fallas del mercado de la salud respecto de la pretensión de manejarlo con los postulados de la libre competencia, algunas consideraciones de los costos de transacción y la importancia de tener en cuenta este concepto para velar mejor por los recursos públicos, para luego revisar las contradicciones entre las primeras tres propuestas de Stiglitz para un buen gobierno y las decisiones y acciones de los integrantes del gobierno o de quienes representan la institucionalidad.

Palabras clave

Estado regulador, buen gobierno, crisis de la salud.

Introducción

En Colombia hemos sido testigos del escándalo del llamado “carrusel de la salud”, gracias a denuncias del periodista Daniel Coronell (Semana, enero 30 de 2010) y del congresista Jorge Enrique Robledo (Semana, mayo 04 de 2011). El caso de la Empresa Promotora de Salud (EPS) Saludcoop, la entidad promotora de salud con más afiliados en el país puede servir como ejemplo para analizar el grado en el cual el manejo dado al sistema de salud durante los años 2004 y 2010 no se ajusta a las propuestas de buen gobierno de Stiglitz.

La actitud de los empleados de la salud antes y después de la Ley 100 de 1993

Una interesante radiografía en este sentido la ofrece una publicación del Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud, de la Universidad de Antioquia, que la presenta así:

“Antes de emprender la reforma del sector salud en Colombia, hace ya más de un decenio, el ejercicio de la medicina y del cuidado de la salud eran comúnmente consideradas profesiones en las cuales los médicos(as) y los demás profesionales de la salud tomaban, en un marco de autonomía, las mejores decisiones en beneficio de los pacientes y las comunidades. Una vez promulgada la Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esta situación cambió notablemente y las decisiones del médico y de los demás profesionales de la salud empezaron a depender cada vez más de las directrices de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los entes territoriales. [...] El SGSSS fue creado con la pretensión de solucionar los problemas de baja cobertura, inequidad en el acceso a la atención de grupos más vulnerables de la población, baja calidad de los servicios

de salud y falta de recursos para la salud, entre otros. El SGSSS se fundamentó en las premisas del neoliberalismo, bajo el argumento de que el mercado y la intervención del sector privado son medios más efectivos que el Estado para garantizar la provisión de servicios públicos a la población. Así, se ha creado competencia entre empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, con predominio de las metas de productividad y rentabilidad financiera dejando en segundo plano los propósitos de salud de la población” (Molina, Muñoz & Ramírez, (ed.), 2009, p. 27).

En concordancia con lo anterior, parecen ciertos los rumores de que los directivos de las EPS presionan a los profesionales de la salud para que no ordenen exámenes o medicinas costosas, so pena de no renovarles el contrato de trabajo. Al menos esto es lo que dicen un par de profesionales de la salud con quienes se adelantó una entrevista semi-estructurada sobre el tema.

Respecto de los beneficios y limitaciones de la Ley 100 de 1993, el documento en mención indica que la implementación del SGSSS a través de la Ley 100 de 1993, si bien ha traído efectos positivos como el incremento de recursos para el sector, el desarrollo de mejores capacidades administrativas en salud de las instituciones públicas y privadas, el acceso de población pobre a servicios de salud de alto costo, los logros en términos de cobertura, acceso, calidad y salud pública son limitados. Asimismo, en la gestión de las instituciones de salud, las decisiones clínicas se convirtieron en el blanco de las presiones de las directrices administrativas de las EPS, principalmente las privadas, y de las IPS. Las decisiones administrativas han tomado una posición relevante por encima de la racionalidad clínica, desplazando a un segundo plano las necesidades de los pacientes, usuarios, familias y comunidad, así como los derechos en salud de los

ciudadanos y los derechos laborales de los trabajadores, todos ellos establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991 y en los códigos de ética profesional vigentes, tales como la Ley 23 de 1981 y la Ley 911 de 2004 (Molina, et al, 2009).

Resulta interesante tener en cuenta que los resultados de la investigación en mención se publicaron en enero de 2009, pero el presidente Uribe anunció el 19 de noviembre de ese mismo año su decisión de decretar el estado de Emergencia Social para obtener recursos adicionales que le permitieran “salvar” el sistema de salud, pero no tomó medidas para identificar la raíz del problema, el cual estaba en el mal manejo administrativo de las EPS privadas, así como a algunas prácticas de *tunnelling*, que eran las que estaban causando el desangre de las finanzas de la salud.

Cabe aquí explicar que el término *tunnelling* fue acuñado originalmente para caracterizar la expropiación de accionistas minoritarios y para describir la transferencia sigilosa o fraudulenta de activos y ganancias fuera de las firmas (algo así como remover activos y sacarlos de la empresa a través de un túnel subterráneo) para el beneficio particular de sus accionistas o gerentes con capacidad de control. Se identifican dos tipos de *tunnelling*: el primero implica transferencia de recursos de la firma para el beneficio propio o particular de quien lo aplica (operaciones de de auto-contratación; compensación excesiva de los ejecutivos; compra de activos con precios inflados a un proveedor controlado o cómplice, con el fin de apoderarse de la cifra de dinero que excede el precio real del mercado); el segundo se asocia al interés de un accionista de incrementar su

participación en la empresa y controlarla a partir de prácticas orientadas a apoderarse de un mayor número de acciones (adquisiciones progresivas y cautelosas de acciones, con el fin de alcanzar un porcentaje que le permita tomar el control de la empresa; transacciones financieras que perjudican a los accionistas minoritarios; abuso de información privilegiada y tráfico de influencias para incrementar el número de acciones de una firma) (Johnson, La Porta, Lopez-de-Sinales, F. & Shleifer, A., 2000, p. 2). En Colombia, se comprobó que la mayoría de EPS recurrieron a prácticas del primer tipo de *tunnelling*. A continuación se presenta un ejemplo de tunnelling en el sector salud:

En Colombia, el sistema de salud diseñado a partir de la Ley 100 de 1993 entregó el aseguramiento y administración de la salud a organizaciones privadas denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Se supone que, aunque son empresas de carácter privado, las empresas promotoras de salud (EPS) tienen como función mantener la salud de la población trabajadora. Para hacer efectivo el acceso de los usuarios a estos servicios, las EPS deben establecer su red de prestación de servicios mediante las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). En este sentido, dentro de la cadena de salud colombiana, en las actividades que constituyen la producción de atención en salud se reconocen cinco clases de agentes: consumidores, que usan los servicios; proveedores de primera línea, con los que el consumidor entra en contacto directamente para satisfacer sus necesidades; proveedores de segunda línea, a quienes consultan los pacientes por remisión de los anteriores y prestan los servicios pactados con los responsables del financiamiento; gobiernos, que regulan la atención en salud,

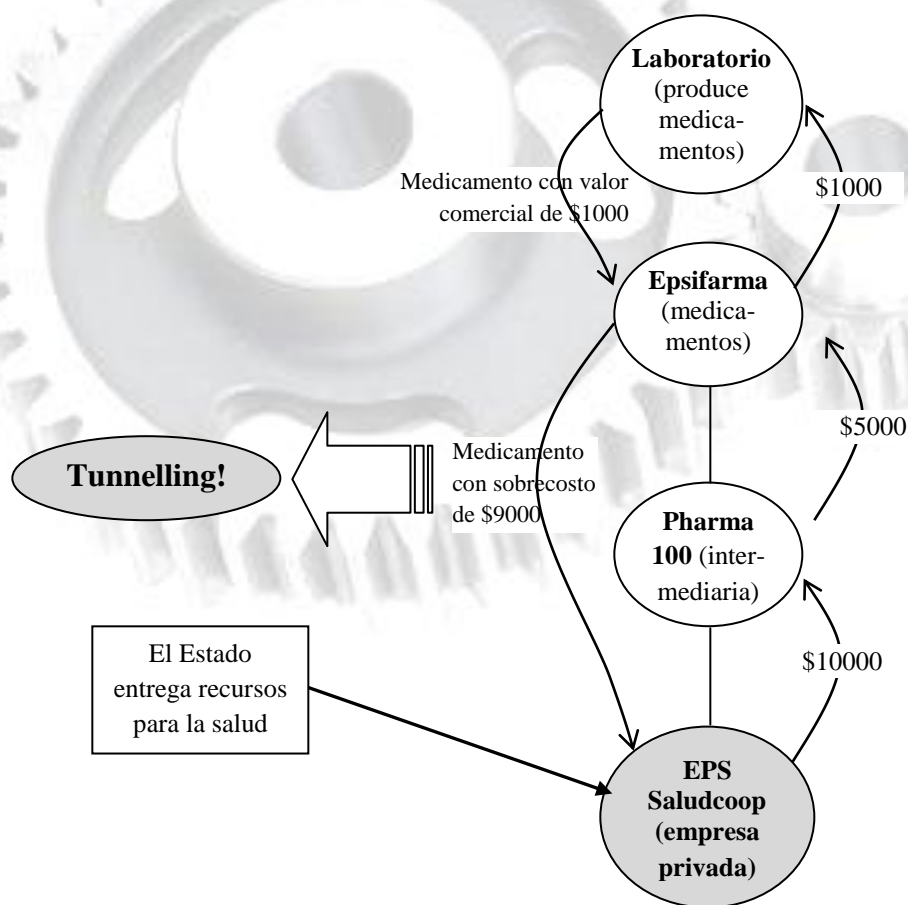
y aseguradores o compradores del riesgo (Restrepo, Lopera & Rodríguez, 2007, p. 286).

Puesto que Saludcoop EPS pertenece al esquema cooperativo que no permite repartir los excedentes, su presidente recurrió entonces a usar esos recursos para crear empresas alrededor de la salud. Inicialmente aparecieron cooperativas y compañías de confección de ropa hospitalaria, de servicios de lavandería, de seguridad, de informática y de comercialización, entre otras. De esta manera Saludcoop garantizaba el suministro y autoabastecimiento de bienes y servicios, supuestamente a precios razonables. Sin embargo, estas causas se fueron degradando en una sigilosa integración vertical, que le permitió a la EPS ejercer una posición dominante, tanto en usuarios como en control de precios, lo que podría demostrar que Saludcoop es un grupo económico. En muchas ciudades, centros médicos, clínicas y hospitales tuvieron que trabajar bajo el control y regulación de sus tarifas. Y, según denuncias que llegaron a la Supersociedades, llevó a muchas empresas al borde de la quiebra para comprarlas o para llevarlas al cierre (Semana, mayo 14 de 2011).

Lo que se ha evidenciado es que esta y otras Empresas Promotoras de Salud (EPS) han utilizado recursos del Estado para llevar a cabo prácticas de *tunnelling*, específicamente las correspondientes a la integración vertical no declarada, es decir, se pusieron de acuerdo con personas que prestaron sus nombres para crear empresas aparentemente independientes de Saludcoop EPS, pero que tras bambalinas estaban controladas por personal ejecutivo de alto nivel de ésta. Lo hacían para inflar precios de medicamentos, de uniformes, de

exámenes de laboratorio entre otros, y así sacar del sistema importantes cantidades de dinero provenientes del Estado para el beneficio particular de dicho personal ejecutivo de alto nivel. Adicionalmente, les servía para inflar los costos de aseguramiento de la salud y así exigirle al Estado un incremento en el pago que éste hace a las EPS por cada uno de sus afiliados (Rivera, E., 2012).

Figura 1. Tunnelling de EPS a partir del sobrecosto de medicamentos con intermediarios controlados



Fuente: Rivera, E., 2012, p. 16.

El sector salud y la libre competencia

En algunos casos, los mercados se regulan por sí mismos a partir de las leyes de la oferta y la demanda, sin necesidad de una fuerte intervención estatal. En este sentido,

la mayoría de los mercados agrícolas son casi perfectamente competitivos. [...] Otros muchos mercados son suficientemente competitivos para tratarlos como si lo fueran totalmente. [...] Por último, en algunos mercados hay muchos productores, pero estos no son competitivos; es decir, las empresas pueden influir conjuntamente en el precio. Un ejemplo es el mercado mundial de petróleo. Desde principios de los años setenta, este mercado ha estado dominado por el cártel de la OPEP (un cártel es un grupo de productores que actúan colectivamente) (Pindyck & Rubinfeld, 2009, p. 9).

Mercados como la leche, el trigo, la papa, el plátano, se acercan mucho a la competencia perfecta; son regulados por las premisas de la oferta y la demanda y la mano invisible del mercado de Adam Smith funciona relativamente bien.

Sin embargo, el mercado de los intermediarios de la salud (las EPS) no cumple con los requisitos para ser considerado un mercado competitivo², puesto que en éste se encuentran ausentes varias de las características de la competencia perfecta: los productores son relativamente pocos y disponen de poder de mercado; los productos pueden ser diferenciados; el conocimiento de las cualidades del producto es asimétrico entre el productor y el consumidor; no existe información perfecta entre los actores del mercado. *En suma, la existencia de*

² Los economistas llaman mercado competitivo a aquel en el que cada productor considera que los precios están fuera de su control (Varian, 2006, p. 347).

mercados imperfectos aleja al capitalismo del ideal de la mano invisible en la que cada individuo, actuando para lograr sus propios objetivos, consigue servir a la colectividad aunque no sea esto el propósito expreso de alguien (Cue, 2006, p. 319).

Por su parte, los partidarios del libre mercado tratan de demostrar que las condiciones de la competencia perfecta se cumplen "suficientemente". De hecho, algunas premisas de postura conservadora consideran que los mercados, por sí mismos, arrojan resultados eficientes, y segundo, que la eficiencia es más importante que, por ejemplo, la distribución entre las personas o entre las generaciones. Sin embargo, Stiglitz (1998; p. 5) advierte que avances recientes de la economía del bienestar han mostrado deficiencias en esas premisas, dadas algunas condiciones de los mercados como son las externalidades³, los bienes públicos, así como dos condiciones extremadamente comunes: la información imperfecta y los mercados incompletos, por lo que entonces resulta necesaria la intervención estatal en algunos sectores específicos de la economía.

En Colombia, por ejemplo, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) tiene entre sus funciones la de proteger la libre competencia en los mercados, prohibiendo actos que la impidan y promocionando un entorno competitivo. Esto supone entonces que las empresas pueden tener prácticas

³ Las externalidades son aquellas actividades que afectan a otros para mejor (externalidades positivas) o para peor (externalidades negativas) sin que éstos paguen por ellas o sean compensados, es decir, sin que los efectos no se reflejen completamente en los precios del mercado. Un ejemplo clásico de una externalidad negativa es el de una empresa que contamina un río o el aire para producir un bien, pero que no retribuye a la sociedad, por lo que no asume ese costo social sino que se lo transfiere a los demás. Un ejemplo de externalidad positiva puede darse cuando un propietario arregla y pinta su casa, porque los vecinos van a tener un barrio visualmente más agradable y quizá el precio de las casas se valore algo más.

susceptibles de distorsionar la competencia tales como acuerdos anticompetitivos, abusos de posición dominante, integraciones económicas que contraigan sustancialmente la competencia; también pueden llevar a cabo actos de competencia desleal (www.sic.gov.co/es/). Lo anterior hace pensar que, a pesar de las premisas del “libre mercado”, se requiere del Estado para que regule sus actos en medio de la “libre” competencia, lo que podría ser un argumento fuerte a favor de la necesidad de la intervención estatal. De hecho, existe en la SIC un superintendente delegado para la protección de la competencia, a quien le compete revisar las prácticas restrictivas de la competencia, así como los actos de competencia desleal.

Precisamente fue este superintendente quien, en cumplimiento de sus funciones, llevó a cabo una investigación en la cual encontró que, de las 24 EPS, 14 se agremiaron en la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y luego, aparentemente, esas empresas se pusieron de acuerdo para no prestar algunos tratamientos, procedimientos y medicamentos consagrados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Simultáneamente, utilizando algunas prácticas de *tunnelling*, aparentaron un incremento sustancial en el costo de operación y lo usaron como argumento para lograr que el gobierno, a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), aumentara en mayor medida el valor de la Unidad de Pago Por Capitalización (UPC) -cuantía anual que se les reconoce a las EPS por cada usuario que aparece en su base de datos- (Semana, mayo 07 de 2011).

En síntesis, los tres acuerdos anticompetitivos que realizaron las 14 EPS alrededor de ACEMI fueron: (1) unificar sus criterios para negarles a los usuarios unos servicios incluidos en el POS; (2) suministrar información previamente manipulada, revisada y ajustada en la agremiación de EPS a las autoridades de salud, lo que les permitió recobrar ante el FOSYGA los servicios, medicamentos y procedimientos que ya estaban incluidos en el POS, engañando así al Estado y “causando graves consecuencias sociales y financieras que afectan el adecuado funcionamiento y sostenibilidad del sistema de salud en Colombia⁴ (SIC, 2011)”; (Carlos Pablo Márquez, Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia) y (3) manipular información para lograr un incremento en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a partir de supuestos incrementos en los costos de atención a los afiliados de las EPS.

Ley 100, gobierno y EPS privadas: algunas consideraciones de la crisis

Sabiendo que las EPS forman parte de un mercado de competencia imperfecta, ¿cómo es posible que llevaran a cabo estas acciones anticompetitivas durante tantos años (la evidencia indica que dichos actos se realizaron al menos entre 2005 y 2010), sin que ninguna entidad (la SIC o el Ministerio de Salud) interviniera a tiempo para evitar el desangre del sector salud y su riesgo de quiebra, mientras que las EPS crecían y se enriquecían astronómicamente?

4

<http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/INFORME%20ACEMI%20SUPERINTENDENCIA%20I&C.pdf>

Por otra parte, esta situación ha dado lugar a reflexionar respecto de la conveniencia o no para la sociedad la aprobación de la Ley 100 de 1993. Se supone que esta ley creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el propósito de lograr la satisfacción eficiente y efectiva de las necesidades de salud de la población colombiana. Sin embargo, ante los problemas estructurales y de implementación de esta Ley, este propósito no se ha logrado (Molina, et al, 2009, p. 21). Se debe generar un proceso nacional de cambio hacia un sistema de salud con un modelo de atención centrado en garantizar la salud de las personas y de la población (Molina, et al, 2009, p. 24).

Parece que las EPS aprovecharon los llamados “espacios grises” de la Ley 30 de 1993, esos que los propios integrantes de ACEMI utilizaron en su defensa cuando el escándalo les explotó. Afirmaron entonces en un comunicado que *“la ausencia de una política farmacéutica y de control de precios y la no regulación de los servicios NO POS (...) permitió durante muchos años incentivos perversos cuyos resultados hoy se endilgan de manera exclusiva a las EPS”* (Pino, 2011). Por su parte, el Estado no actuó de manera diligente, pues la crisis se fue gestando durante varios años sin que, por ejemplo, el ministro de salud de la época hiciera nada al respecto. Y para completar, el entonces presidente Uribe salió a los medios de comunicación el 18 de febrero de 2010 y expresó lo siguiente: *“parece que uno le hablara a las paredes. Hace cuatro años di la orden de establecer una línea eficaz de atención y respuesta a los usuarios del servicio de salud”* (El Tiempo, 18 de febrero de 2010). ¡Cuatro años, y el ministro supuestamente no hizo lo ordenado por el presidente! Ese sí es un buen ejemplo

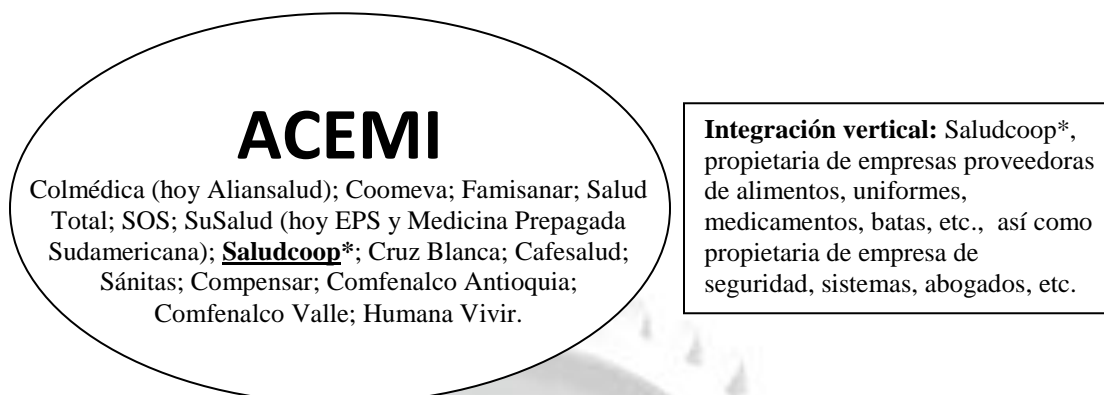
de ineptitud. O quizá una manipulación por parte del presidente a la audiencia, para hacerle creer que él sí estaba velando por el bienestar de la población. Sin embargo, respecto de la declaración de emergencia social por la crisis de la salud, en diciembre de 2009, la Revista Semana indicó que, *“en las declaraciones del ministro de Protección Social se lee claramente que la línea gubernamental es preservar la estructura del SGSSS y no hacer modificaciones sustanciales. De hecho, las soluciones que se insinúan son de carácter fiscal y regresivo: más impuestos, más copagos para los más pobres y más recursos públicos para el lucro de operadores privados”* (Semana, 23 de diciembre de 2009).

Pero, ¿existen ejemplos de fracasos de la no intervención del Estado frente al accionar de los actores privados? De hecho, en el siglo pasado antes de la crisis de los años 30 *“el pensamiento neoclásico ortodoxo vigente en 1929 y predominante hasta esa fecha, hacía énfasis en la <<racionalidad>> de los agentes, en la libertad de los mercados y en la no intervención del Estado, porque sostenía que el libre ajuste de los mercados conducía al óptimo y al pleno empleo”* (García, 2010, p. 19). Sin embargo, después de la Gran Depresión, Keynes consideraba que esperar a que el equilibrio de pleno empleo en el largo plazo tomaba mucho tiempo y *<<en el largo plazo estaríamos todos muertos>>*, representando con esta frase que el tiempo requerido para que el mercado se equilibrara era desproporcionadamente enorme para los seres humanos. La conclusión de Keynes era que el Estado debía intervenir vía políticas públicas expansivas para sacar a la economía del peligro de una recesión prolongada.

Pero volviendo al tema de los ejemplos de fracasos causados por la inacción del Estado frente a las acciones de los privados, puede considerarse que, así como la crisis de 1929 se originó a partir de una burbuja inflacionaria del precio de las acciones, la crisis financiera desatada en 2008 tuvo parte de su origen en la burbuja en el precio de las viviendas y el fuerte endeudamiento a corto plazo de muchos actores privados para participar de dicha bonanza, y en este último caso *“todo el mundo creía que los altos ejecutivos financieros sabían lo que hacían y tenían todo bajo control –después de todo lo habían demostrado durante años generando enormes flujos de riqueza sin problemas y enriqueciendo a centenares de miles de personas- . [...] Alan Greenspan y Ben Bernanke, dos destacados economistas, tenían confianza en que las entidades financieras tenían todo bajo control”* (García, 2010, p. 72).

Podría pensarse que algo similar ocurrió con la crisis del sistema de salud en Colombia. Durante los dos períodos de gobierno de Uribe, pareciera que los encargados de la vigilancia o quienes debían poner de presente los riesgos de las acciones de las EPS privadas no hicieron nada y confiaron ciegamente en los ejecutivos de las EPS y en su ética, responsabilidad y gerencia adecuada. O más bien que decidieron no actuar, por algunas razones que no conocemos, pero que evidentemente deterioraron el sistema de salud, lo llevaron a la quiebra, mientras las EPS crecían de manera desmedida.

Figura 2. Saludcoop como parte del “cartel de la salud” organizado por ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral).



Fuente: elaboración propia.

No se trata de asignar actividades exclusivas para el sector privado y asignar otras para el sector público, sino más bien, como indica Stiglitz (1998; p. 8), la pregunta que debe hacerse es ¿Cómo puede el gobierno y el sector privado actuar en conjunto, como socios, de manera complementaria?

Así como el estado es necesario para regular las instituciones financieras, para asegurar la competencia y mantener la seguridad y solidez del sistema financiero (Stiglitz, 1998; p, 8), así también el estado es necesario para que regule el sector salud, asegure la competencia y mantenga la solidez del sistema de salud, que es lo que evidentemente no ha hecho durante los años 2004 a 2010, pues la crisis que se hizo pública surge también como consecuencia de la actitud pasiva del estado, el cual actuó más como cómplice de la corrupción que como ente regulador y de control. De hecho, el Estado pudo haber jugado un rol diferente, pues como lo afirma Stiglitz (1998 p. 8), el gobierno puede cambiar el juego que están jugando los participantes privados de manera que se incremente

el bienestar, y no como actuó el gobierno entre los años indicados, en los cuales se permitió que el sistema de salud prácticamente quebrara.

Los costos de transacción según Dixit y la Ley 100 de 1993 como parte de las políticas públicas en salud

Desde el punto de vista de las teorías de la elaboración de las políticas públicas, cabe aclarar que existen diferentes enfoques tales como los enfoques pluralistas, los científicos o científicistas, los de elección pública, los de costos de transacción y los marxistas, entre otros enfoques. Algunos de ellos tienen un enfoque positivo o descriptivo (asociado a “lo que ocurre”), y otros tienen un enfoque normativo, es decir, se centran en “el deber ser”. Para este caso de las políticas en el sistema de salud en Colombia, se puede recurrir para complementar el análisis, al enfoque de los costos de transacción abordado por Dixit.

El enfoque de los costos de transacción está dentro del enfoque positivo de la elaboración de políticas (es decir, aborda y analiza “lo que ocurre” y no tanto lo que debe ser), y considera que la política económica es el resultado de un proceso político que involucra costos de negociación e implementación de acuerdos, así como costos asociados a información asimétrica y costos de hacer acuerdos creíbles (Dixit, 2003, p. 108).

El deseo de encontrar mejores políticas es algo normativo (del deber ser), lo que implicaría a su vez la necesidad de hacer reformas. Dixit propone algunas consideraciones a tener en cuenta para reconciliar las políticas públicas con los procesos políticos, puesto que el tema de los costos de transacción es cercano a la idea de elección pública: la idea del aparato conceptual de la economía se

puede aplicar para entender el mundo de la política, es decir, toma algunos planteamientos de la economía y lo pone a operar en el mundo de los partidos, de los sindicatos, de un mercado político, donde están los oferentes y los demandantes y donde se realiza un intercambio semejante a un contrato y sus consecuentes costos de transacción. Dos consideraciones son:

1. Hacer las reglas (definir el marco o régimen de elaboración de políticas) vs. Llevar a cabo la política pública (actos de política pública) (Dixit, 2003, p. 109). Esto hace referencia a la diferencia entre dos estados del proceso de la política: por una parte, establecer las reglas para tomar decisiones de políticas públicas (el marco dentro del cual se tomarán las decisiones) y por otra parte, desarrollar la política pública dentro del marco establecido. En retrospectiva, podría explicarse como “dadas las reglas, ¿qué políticas se adoptaron?”. En el caso del ministro de salud del gobierno Uribe, parece ser que, aunque debía ejercer un control sobre los actores privados, prefirió “hacerse el de la vista gorda” y no vigilar a las EPS, a pesar de que ya existían denuncias de algunos sectores advirtiendo la grave situación que se avecinaba.

Hacer las reglas implica una intervención normativa (el deber ser), en tanto que llevar a cabo las políticas públicas implica más un tema de análisis positivo (lo que es, lo que ocurre). Aquí Dixit considera que el ideal del deber ser se asociaría a tomar decisiones del marco de la política aplicando el “velo de la ignorancia”⁵, en

⁵ El velo de la ignorancia hace referencia al supuesto de que quienes toman las decisiones sobre las políticas públicas lo hagan antes de saber el lugar que les corresponderá en la sociedad, de manera que no se inclinen por favorecer a algún grupo de interés, sino que busquen el beneficio de la sociedad en general, y de los más débiles en particular, pues al ignorar en qué situación quedará luego de la decisión que tome, considerará posible estar en desventaja frente al resto de la sociedad.

un punto en el cual no se han formado aun los intereses de grupos específicos. En el caso de la salud, pareciera que no hubo interés del ministro de entonces en llevar a cabo un análisis positivo de lo que ocurría en el sector salud y por qué la financiación estaba en riesgo. Parece que hubiera recurrido más bien al velo de la ineptitud (más grave aún, algunos críticos consideran que hubo complicidad con los gerentes de las EPS). Aquí no solamente parece que no intentó acercarse a una actuación basada en el velo de la ignorancia, sino que al contrario, actuó de manera que resultaron beneficiados los gerentes de las EPS privadas, perjudicando al resto de la sociedad, especialmente a los más débiles que tuvieron que soportar mal servicio, paseos de la muerte (personas que requerían atención médica urgente, pero que enviaban de hospital en hospital, sin recibir atención, hasta morir), restricciones para exámenes y para el acceso a los medicamentos que necesitaban, entre otros malestares.

2. Surgimiento de intereses especiales. Así como en un deporte se diseñan las reglas del juego y luego se juega el juego con dichas reglas, en las políticas públicas primero debe redactarse el marco de referencia dentro del cual se actuará para ejecutar políticas. Por lo tanto, aquí se destaca el hecho de que intereses particulares surgen desde el comienzo y continúan emergiendo todo el tiempo, tanto en la etapa de diseño de las reglas como en la etapa del avance del juego (Dixit, 2003; p. 110). Dado que las reglas no son escritas en un detalle completo, es decir, los contratos son incompletos, de todas maneras se requiere definir cómo se tomará la decisión en determinadas situaciones, más que prever absolutamente todas las posibles contingencias. Este espectro debe ser entendido

usando la teoría del diseño de mecanismos, que reconoce tres estados: ex ante, interino y ex post. En el primer estado, Dixit considera que existe velo de la ignorancia, porque todavía no se evidencia información asimétrica. En el siguiente estado, el interino, la información empieza a revelarse pero en una forma asimétrica. Es precisamente en este estado en el cual los intentos de reforma de la política se acentúan. Es aquí donde surge el riesgo de que se presente la captura de agencias reguladoras por parte de grupos de interés específicos, es decir, se reconoce el riesgo que existe de que las instituciones puedan ser cooptadas por grupos de interés.

Considerando lo anterior, al tener participación de las EPS privadas, debería reconocerse que éstas tienen sus intereses particulares y no iban a actuar a partir de principios de solidaridad y equidad, sino que era evidente que se tendrían distintos actores con sus grupos de interés buscando su beneficio personal: los inversionistas y los gerentes de las EPS, así como las empresas asociadas al servicio de la salud, que como se evidenció, realizaron una integración vertical para sacar provecho del sistema. Se necesitaba tener mayor astucia por parte de los representantes del Estado, es decir, los miembros del gobierno Uribe, para evitar que unas pocas EPS concentraran la mayoría de recursos del Estado y realizaran actos contrarios a lo que la ley les permitía, como la integración vertical no autorizada (en el caso de Saludcoop, hay evidencia de que superaba el 30% que les permitía la ley).

Entonces, si una de las funciones del exministro en mención era velar por los recursos públicos de la salud, debió tener en cuenta este enfoque de los

costos de transacción y comprender que, debido a las externalidades⁶, no existen costos de transacción iguales a cero y por ello a veces ocurren fallos de mercado y fallos de gobierno que él debió prever y controlar. Además, dado que el enfoque de los costos de transacción considera que los contratos son incompletos (no es posible suponer todos los imprevistos e incluir en el contrato absolutamente todas las posibles situaciones de contingencia o eventualidades que se puedan presentar), para que haya una transacción, un acuerdo, hay que especificar unas pautas y unos riesgos, así como especificar cómo se decide en caso de presentarse eventualidades.

Se habla de costos de transacción en las políticas públicas porque la política se podría enfocar también como una actividad en la cual se producen transacciones que involucran intercambios y que involucran consentimientos o acuerdos. El acuerdo político es un tema de costos de transacción, pues aborda el cómo se decide y quién decide en la sociedad, más que el tema de qué se decide. La aprobación de la Ley 100 de 1993 seguramente involucró para su aprobación una serie de acuerdos políticos. Así como en el mercado se dan intercambios o transacciones, en el mercado político también existen la oferta (los partidos ofrecen promesas, decisiones sobre leyes, obras de infraestructura, ideas, etc) y la

⁶ La idea de las externalidades propuesta por Ronald Coase se basa en lo siguiente: Suponiendo que los desechos de una fábrica perjudican a un pastor de ovejas, Coase indica que, si los derechos están especificados (quién es el dueño de la fábrica, y quién es el dueño de las ovejas), y si los costos de transacción fueran cero (es decir, el costo de llegar a un acuerdo para resarcir los daños y que ambos pudieran seguir funcionando fuera cero), no se necesitaría la intervención de un tercero para llegar a un acuerdo para que sigan funcionando y poder internalizar las externalidades. Pero, dado que los costos de transacción no son cero, se producen fallos del mercado y fallos del gobierno.

demanda (población con necesidades sociales y particulares específicas que satisfacer).

Contradicciones entre las propuestas de Stiglitz para un mejor gobierno y el caso Saludcoop EPS

Stiglitz (1998, p. 11) hace cinco propuestas para un mejor gobierno. Las primeras tres son las que evidentemente generan mucha discusión respecto de las acciones y decisiones de funcionarios del gobierno, principalmente en el período 2004-2010.

La primera propuesta de Stiglitz para un buen gobierno es restringir las intervenciones del gobierno en áreas en las cuales haya evidencia de una influencia sistemática y significativa de distintos grupos de interés (Stiglitz, 1998; p. 11).

Como complemento de lo anterior, se supone que el Estado debe intervenir cuando alguno de los grupos de interés más importantes en un sector no pueda tener una influencia significativa, como ocurre con los pacientes y los profesionales de la salud. Mientras que 14 EPS (entre ellas Saludcoop) se agremiaron alrededor de Acemi, quienes prácticamente, como lo llamó la Revista Semana, conformaron un cartel (Semana, 07 de mayo de 2011), los usuarios difícilmente lograrían unirse para crear una asociación de usuarios con el peso e influencia suficientes para tener capacidad de acción y decisión en el sistema de salud. Tal situación se evidencia por ejemplo en la práctica generalizada de recurrir a tutelas para que las EPS atiendan algunos procedimientos o provean algunos medicamentos (muchos de ellos ya incluidos en el POS) que deberían

recibir sin recurrir a este mecanismo jurídico. Los usuarios difícilmente podrían unirse y expresar su inconformismo, pues están atomizados, en tanto que el estado no hizo prácticamente nada para atender las quejas. Y los profesionales de la salud quedaron en una situación laboral precaria y dependiendo de la voluntad de los directivos de las EPS para renovar o no sus contratos. Era tal la pasividad del Estado, que algunas quejas que los usuarios llevaban a la Superintendencia de Salud, en lugar de ser atendidas e investigadas por este ente estatal, eran enviadas a la EPS respectiva para que la atendiera, evadiendo así la Superintendencia su responsabilidad.

De todas maneras cabe tener en cuenta que no siempre la regulación estatal es recomendable. De acuerdo a Blundell (2002), *“la regulación estatal puede desplazar a las regulaciones voluntarias debido al generalizado supuesto, fomentado por los políticos con horizontes temporales breves, de que el gobierno siempre tiene un remedio que proveerá más beneficios que costos. La experiencia supone que este supuesto no tiene buenos fundamentos”* (p. 6). Pero en el caso de la salud, la intervención estatal resulta imprescindible para velar por la buena administración de los recursos públicos, dado el actual modelo de salud colombiano, en el que la racionalidad económica está por encima de la racionalidad social.

La propuesta 2 de Stiglitz para un mejor gobierno es que las acciones del estado no deben restringir la competencia; debe haber una fuerte acción a favor de las acciones gubernamentales que promuevan la competencia.

Pero en lugar de promover la competencia, el Estado, en cabeza en este caso del ministro de Protección Social de la época, no detectó (o no denunció) que 14 EPS se integraran alrededor de Acemi y llevaran los ya indicados acuerdos anticompetitivos, como negar tratamientos y medicamentos a sus usuarios, prácticas por las cuales en agosto de 2011 fueron sancionadas (Semana, septiembre 01 de 2011).

Puesto que Saludcoop pertenece al esquema cooperativo que no permite repartir los excedentes, su presidente recurrió entonces a usar esos recursos para crear empresas alrededor de la salud. Inicialmente aparecieron cooperativas y compañías de confección de ropa hospitalaria, de servicios de lavandería, de seguridad, de informática y de comercialización, entre otras. De esta manera Saludcoop garantizaba el suministro y autoabastecimiento de bienes y servicios, supuestamente a precios razonables. Sin embargo, estas causas se fueron degradando en una maquiada integración vertical, que le permitió a la EPS ejercer una posición dominante, tanto en usuarios como en control de precios, lo que podría demostrar que Saludcoop es un grupo económico. En muchas ciudades, centros médicos, clínicas y hospitales tuvieron que trabajar bajo el control y regulación de sus tarifas. Y, según denuncias que llegaron a la Supersociedades, llevó a muchas empresas al borde de la quiebra para comprarlas o para llevarlas al cierre (Semana, mayo 14 de 2011).

En este caso, el Estado no hizo nada para impedir la integración vertical de la EPS Saludcoop, que restringe la competencia. La integración vertical es una figura que les permite a las EPS contratar hasta el 30 por ciento de sus recursos

con empresas de su propiedad (hospitales, clínicas, laboratorios, servicios de lavandería y alimentación, entre otros). Este modelo se mantuvo en la actual ley de salud (Ley 1438), a pesar de que en diciembre de 2010, durante el estudio del proyecto de la reforma a la salud, la integración vertical fue eliminada del articulado, pero luego, en las comisiones de conciliación, fue incluida de nuevo. Simón Gaviria, entonces representante a la Cámara, lamentó la anulación del artículo, aclarando que “los defensores dicen que la integración vertical es útil en el sistema porque ayuda a moderar el gasto y pueden imponer disciplina en el mercado. Pero el problema es que esa moderación del gasto se hace a través de restringir el acceso al sistema de salud” (Semana, diciembre 10 de 2010) y calificó la integración vertical como un modelo “perverso”, porque, “en la práctica, los pacientes lo padecen cuando hay demoras para obtener una cita con un profesional. El esquema de compensación de las EPS está en sus afiliados y sus gastos se definen si la persona se enferma. Como las EPS controlan sus IPS (clínicas y hospitales), tienen el incentivo perverso de negar y racionar el servicio: mientras más nieguen, más ganan”. Por su parte, quien era en ese momento el ministro de Protección Social, Mauricio Santamaría, fue uno de los defensores de que las EPS contrataran con sus propias empresas, es decir, defendía la integración vertical, a pesar de las denuncias sobre la perversidad de ese sistema (Semana, mayo 17 de 2011).

Entonces puede afirmarse que la segunda propuesta de Stiglitz tampoco se puso en práctica por parte de un ministro del gabinete, que al contrario, estuvo

más orientado a defender una integración vertical que es contraria a promover la competencia.

La propuesta 3 de Stiglitz para un mejor gobierno indica que debe haber una fuerte acción a favor de la transparencia en el gobierno y en contra de los secretos o de la información restringida. Incrementar la transparencia puede ser una herramienta poderosa para reducir la influencia de intereses de algunos grupos específicos y mejorar el desempeño gubernamental, por dos razones: (1) la luz es un fuerte antiséptico que desanima prácticas vergonzosas de ciertos grupos de interés; (2) las acciones en secreto hace más difícil corregir errores y evaluar a los funcionarios del gobierno; (3) la información secreta crea rentas para aquellos que tienen esa información; (4) la información secreta significa que la información es revelada en un proceso menos continuo (Stiglitz, 1998; p. 14).

Ya desde 2004 aparecieron las primeras alertas contra las prácticas de Saludcoop, cuando la Superintendencia de Salud y la Dian hicieron una auditoría que permitió acusar a Saludcoop de evadir impuestos y de adquirir empresas en Colombia y en el extranjero con recursos de la salud. Luego, en el 2009, la Supersalud descubrió que, entre 2004 y 2008, la EPS había destinado 318.250 millones de pesos para construir clínicas, hospitales e infraestructura con recursos que eran de la salud, y no, como alegaba el grupo, con utilidades de su operación.

Pese a lo anterior, cuando llegó la emergencia social, el gobierno de entonces, en cabeza de Álvaro Uribe y su ministro de Protección Social, Diego Palacio, no buscó las fallas en el sistema de salud ni le interesó destapar el “carrusel de la salud”, ni la corrupción de EPS como Saludcoop, sino que propuso

medidas para conseguir más recursos a través de impuestos a los cigarrillos y a las bebidas alcohólicas, así como que los usuarios pagaran con sus ahorros para pensiones y cesantías. Además, las medidas fueron improvisadas y muy cuestionadas. Hasta algunos de los más reconocidos uribistas, como Alfredo Rangel, consideraron en su momento que *“hubo improvisación y desatino en esas medidas. La crisis de la salud se venía venir desde hacía mucho tiempo, pero su agudización reciente pareció tomar al gobierno por sorpresa y sin tener una respuesta suficientemente madurada y estructurada. La opinión no acaba de entender por qué en siete años el gobierno no había presentado al congreso una iniciativa de reforma estructural a un sistema de salud que hacía agua por todas partes”* (Semana, febrero 20 de 2010). Lo triste es que Rangel se preocupó más por el efecto que podrían tener los decretos en la posibilidad de elegir uribistas, porque las medidas podrían perjudicarlos con pérdida de imagen ante los ciudadanos, pero no dijo nada de la necesidad de tener un sistema de salud viable, ni sobre la necesidad de atacar la corrupción que carcomía el sistema de salud.

Por otra parte, considerando que Stiglitz propone evitar información secreta, una investigación de Daniel Coronell encontró evidencia que permite concluir que un congresista, que hace parte de la comisión séptima de la cámara que se encarga de los asuntos del sector salud, estaba trabajando a sueldo para el grupo Saludcoop. Este congresista fue autor, ponente y coordinador de ponentes de la reforma a la salud en la cual eliminó el artículo en el cual se prohibía a las EPS contratar con sus propias clínicas. La eliminación de esta prohibición vuelve a

poner a las clínicas y hospitales a merced de estas EPS que diseñan la operación pensando más en sus utilidades que en el bienestar de los pacientes o la supervivencia de los proveedores (Semana, 23 de julio de 2011).

Suponiendo que un congresista representa parte de la institucionalidad, trabajar en secreto para una EPS y al tiempo promover leyes, evidencia el perjuicio de no cumplir con esta propuesta de Stiglitz. En resumen, tampoco se evidencia que el gobierno anterior (2002-2010) haya aplicado la tercera propuesta de Stiglitz en sus decisiones.

Algunas consideraciones finales de políticas públicas y el sector salud

De acuerdo a Salazar (2009; p. 45), las políticas públicas son un conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente problemáticas. Esta definición supone la determinación de un problema central de cada sistema de gobierno: formular respuestas a problemas básicos y urgentes de una sociedad. Para Vicente Fox Quesada, ex presidente mexicano y prologuista de la obra de Salazar citada, *“hoy en día las políticas públicas se conciben como el lugar donde confluyen iniciativas, acciones y necesidades de gobierno y sociedad para servir cada vez mejor a los ciudadanos y mejorar sus niveles de vida y desarrollo humano”*.

Se supone que los gobiernos deben tomar decisiones para beneficio de la población en general, así como ejercer la vigilancia adecuada para que algunos actores o grupos de interés específicos no realicen acciones que atenten contra el bienestar común. Sin embargo, a veces se evidencian situaciones en las cuales las respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente

problemáticas no se orientan a buscar la raíz del problema, sino que buscan soluciones que en el largo plazo resultan contraproducentes.

Se supone también que “las instituciones son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las restricciones diseñadas por los seres humanos para organizar sus interacciones” (Salazar, 2009; p. 28). Pero para esto, es necesario que quienes trabajan en dichas instituciones tengan una actitud proactiva, tanto en la regulación como en el control. Al analizar el escándalo del carrusel de la salud, se evidencia la pasividad de los sistemas de control, que “cumplían” su función a partir de la información que le entregaban los entes a quienes ellos controlaban, por lo que eran objeto de engaños y manipulación de cifras.

Así como es necesaria la intervención del gobierno por ejemplo en el sector financiero, donde se requiere asegurar la competencia y es necesaria la regulación de las instituciones financieras (Stiglitz, 1998; p. 8), así también es necesaria la intervención del gobierno en el tema de la salud, porque no hacerlo lleva a situaciones como la que describe la enfermera Edilma Suárez, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana:

“La dinámica del mercado y la competencia enfatizan la búsqueda de la rentabilidad financiera, sin importar los medios que sean necesarios para lograrlo, lo que lleva a prácticas y conductas que atentan contra la ética, contra los derechos, los deberes, los principios y los valores públicos. Por eso, el acceso y la calidad se limitan por las estrategias de contención de costos y de rentabilidad financiera”. (Semana, febrero 12 de 2010).

Parece que, cuando se habla del sector de la salud, de la educación y de la cultura, se necesita de la intervención decidida del Estado para que ofrezca estos derechos a los ciudadanos, o para que ejerza un control estricto que evite que unos pocos se apropien de la mayor parte de los recursos en detrimento de la gran mayoría de la población.

Por último, y después de revisar con mayor detenimiento el escándalo del carrusel de la salud, hay que reconocer que a veces las políticas públicas y las leyes que las soportan parecen estar hechas para arcángeles, y no se reconoce que las empresas en Colombia juegan en función de un marco legal y se aprovechan de los vacíos legales. O como Salazar (2009) lo indica en su libro: *“uno de los más graves problemas con que se encuentra la formulación de políticas públicas en un medio como el latinoamericano es la concordancia y adaptación al orden jurídico legal en el cual se proponen e implementan”* (p. 91).

Referencias Bibliográficas

- Blundell, J. (2002). El Estado regulador. Buenos Aires: ESEADE.
- Cue Mancera, A. (2006). Samuelson y la enseñanza de la teoría económica. México: Red Análisis Económico.
- Dixit, A. (2003). Some lessons from transaction-cost politics for less-developed countries. *Economics & Politics*. Volumen 15.
- García, N. (2010). La crisis de la macroeconomía. Madrid: Marcial Pons.
- Johnson, S.; La Porta, R.; Lopez-de-Sin角度s, F. & Shleifer, A. (2000). Tunnelling. En: Harvard Institute of Economic Research, January 2000. Discussion Paper Number 1887. Cambridge: Harvard University.
- Molina, G., Muñoz, I. & Ramírez, A. (2009). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público. Recuperado el 15 de abril de 2012 en <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/investigaciones/atencionsaludsistemadesaludcolombiano.pdf>
- Pindyck, R. y Rubinfeld, D. (2009). Microeconomía. Séptima Edición. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Pino Calad, A. (2011). Logística de un desfalco. Así fue como nos robaron la salud. Revista de Logística. Recuperado el 16 de Abril de <http://www.revistadelogistica.com/logistica-de-un-desfalco.asp>.
- Restrepo, J.; Lopera, J. & Rodríguez, S. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. Revista de Economía Institucional, vol. 9, No. 17. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Rivera, E. (2012). Comprensión de las prácticas de tunnelling como parte de la responsabilidad social universitaria en la formación gerencial de estudiantes de ciencias económico-administrativas. En: *Memorias XLVII Asamblea Anual CLADEA 2012, "Educación Gerencial Rompiendo Fronteras"*, Lima, Perú. ISBN

978-612-46367-0-7. (Disponible Paper # 1186 en:
<http://cladea.org/proceedings2012/visor/view/resumen.php?id=1&id0=17&id1=2>)

Salazar Vargas, Carlos (2009). Políticas Públicas & Think tanks. Segunda edición. Bogotá: Fundación Konrad Adenauer.

SIC, 2011. Informe Motivado ACEMI. Investigación de la Superintendencia de Industria y Comercio sobre la negación de servicios por parte de las EPS. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/54392863/INFORME-MOTIVADO-ACEMI>.

Stiglitz, Joseph (1998). Redefining the Role of the State: What should it do? How Should it Do it? And How should these decisions be made?

Varian, Hal R. Microeconomía intermedia. Un enfoque actual. Séptima edición. Barcelona: Antoni Bosch.

Revistas y Diarios

¿Para qué una emergencia social? (2009, diciembre 23). Revista *Semana*, artículo.

¿Dónde está la bolita? (2010, enero 30). Revista *Semana*, 1448.

Regaño público de Uribe a Minprotección. (2010, febrero 18). Periódico *El Espectador*, sección Salud.

El sistema de salud avanza hacia la quiebra: Robledo. Revista *Semana*. Artículo del 04 de mayo de 2011.

Los carteles de la salud. (2011, mayo 07). Revista *Semana*, Edición 1514.

Un congresista a sueldo. (2011, julio 23). Revista *Semana*, 1525.

Integración vertical en la nueva ley de salud no existe por mi estudio con Saludcoop: Minhacienda. (2011, mayo 17). Revista *Semana*.

Saludcoop: la caída de un imperio. (2011, mayo 14). Revista *Semana*. Edición 1515.

Los carteles de la salud. (2011, mayo 7). Revista *Semana*.

Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria. Revista *Semana*. Artículo del 01 de septiembre de 2011.

Salud y elecciones. (2010, febrero 20). Revista *Semana*, Edición 1451.

EPS podrán seguir contratando con sus clínicas y hospitales. (2010, diciembre 10). Revista *Semana*, artículo.

El problema es el mal manejo que le han dado a los dineros de la salud. (2010, febrero 12). Revista *Semana*, artículo.

En el sistema de salud no podemos seguir peleando. (2012, enero 18). Diario *El Tiempo*, sección *Temas del día*.

