



FRAUDE Y DESNATURALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADA: EL CASO COLOMBIANO*

Fraud and distortion of managed health care: the case of Colombia

Floro Hermes Gómez Pineda**

Recepción: 6 de marzo de 2021. Aceptación: 12 de julio de 2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.21017/Rev.Repub.2021.v31.a107>

RESUMEN

Desde una perspectiva crítica, se plantea la tesis de por qué en Colombia es común que tanto algunos aseguradores como algunos operadores, amparados en la asistencia sanitaria gestionada, utilicen la astucia, la falacia o la maquinación en la prestación de atención en salud. Por esta razón, se hace necesario dilucidar sobre los fundamentos de la práctica que instituye el fraude como control de costos a través de sus distintos mecanismos de operación: operaciones secretas para negar servicios, utilizar acciones hábiles para inventar trámites burocráticos y desnaturalizar la asistencia sanitaria gestionada, mecanismos que se miran desde el concepto de fraude y se tratan de entender desde dos ámbitos diferentes: el ambiente propicio para la inmoralidad y la comprensión histórica del fenómeno.

Palabras clave: fraude, administración de los servicios de salud, control de costos, daño del paciente, administración de instituciones de salud.

ABSTRACT

The thesis why in Colombia is common to both some insurers as some operators, covered in managed health care, use cunning, deceit or machination in providing health care arises. For this reason, it is necessary to elucidate the fundamentals

* Este escrito es una mirada reflexiva, desde una perspectiva crítica, dentro de la línea de investigación Derechos Humanos, Bioderecho y Bioética del grupo de investigación Estudios en Bioética, Ecología Humana y Ecología Política. Con(S)-CIENCIA.

** Ph. D. en Estudios Políticos de la Universidad Externado de Colombia. Profesor de jornada completa del Área Social, Comunitaria y Humanística de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Seccional Cali de la Universidad Libre. ORCID: 0000-0002-5465-8823. Correo electrónico: floro.gomez@unilibre.edu.co

of practice instituting fraud and cost control through its various operating mechanisms: secret operations to deny services, use skillful actions to invent bureaucratic procedures and denature managed healthcare, mechanisms that are viewed from the concept of fraud and are understood from two different areas: the environment conducive to immorality and the historical understanding of the phenomenon.

Key words: fraud, health services administration, cost control, patient harm, health facility administration.

INTRODUCCIÓN

A primera vista, resulta paradójico tener que titular este *artículo de punto de vista*: «Fraude y desnaturalización de la asistencia sanitaria gestionada: el caso colombiano», porque es inimaginable a la luz de la milenaria ética médica, que la acción hábil, la falacia o la operación secreta pudieran ocurrir para alucinar, seducir o engañar en la prestación de atención en salud; pues, los pacientes, clientes o usuarios creen que la administración de instituciones prestadoras de servicios de salud se guía por el imperativo hipocrático *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño).

Sin embargo, el fraude en la administración de los servicios de salud a pesar de ser una noticia que se ha vuelto usual y ocupa buena parte de los titulares de los medios masivos nacionales y regionales de información y prensa (*El Espectador*, 2011; *El Tiempo*, 2012; *Semana*, 2013; *Wradio*, 2014; *El Pílon*, 2016; *El Tiempo*, 2019; *El Universal*, 2019), durante los últimos años, ha recibido escasa atención científica en Colombia, un país en el que $\frac{3}{4}$ según KPMG Advisory Services Ltda.-Forensic Services (2013) $\frac{3}{4}$ «Desde el sector salud hasta el bancario y financiero, prácticamente todos los sectores han presentado problemas de orden ético y de integridad», lo que ha conducido a que en los «[últimos] años [buena parte de la opinión pública]» se haya ocupado de «escándalos de corrupción y fraude» que le costaron al país en 2013 cerca de «\$3,600 millones de dólares, es decir, el 1% del PIB nacional» (págs. 9, 10).

Desde el punto de vista de la ética y la salud pública, este artículo es una mirada reflexiva, desde una perspectiva crítica, de artículos que señalan conductas en la prestación de atención en salud que se pueden calificar como contrarias a las buenas costumbres, violatorias del derecho fundamental a la salud y antagónicas de la ética médica porque dañan al paciente dentro de una aparente práctica de la medicina gestionada caracterizada en Colombia por «la asimilación de los objetivos de la esfera pública a los de la esfera privada» (Gómez, 2016, pág. 49).

En tal sentido, se aspira como un primer paso a una comprensión histórica-cultural de la práctica del fraude, o «el dolo malo» (Zamora, 2008, pág. 3), como control de costos en la administración de los servicios de salud, por parte de muchos operadores colombianos, con la intención de capturar rentas del sistema de atención en salud, el cual perjudica (daña) a pacientes, clientes y usuarios.

Tal comprensión histórica-cultural desde una mirada crítica reflexiva se inscribe y enuncia en este texto para evitar la autoconservación y reproducción del orden sanitario establecido, que se ufana de ser modelo latinoamericano, y para continuar asegurando el carácter transformador y la función social tanto de la ética sanitaria como de la salud pública que hoy algunos ambicionan reemplazarlas por una ética corporativa limitada a la gestión de riesgos (*risk management*) y una atención de la salud exclusivamente como bien privado o de mercado, a pesar de tener algunas características como bien público (de beneficio colectivo).

CONCEPTO DE FRAUDE

De acuerdo con el Derecho Romano, dice Zamora Pierce (1991), en el horizonte histórico-cultural «el fraude era el dolo malo, definido por Labeón como toda astucia, falacia o maquinación empleada para engañar, burlar o alucinar a otros» (pág. 171). Este se expresaba en tres conductas:

1. Como «el *furtum*» (el hurto), el cual «llegó a comprender eventos tan diversos como la sustracción misma, la retención contra la voluntad, el ocultamiento de la cosa o el encubrimiento del autor, e, incluso el uso indebido de las cosas que se tuvieran bajo custodia» (Solarte, pág. 705); en otras palabras, se entendía tanto «como la apropiación indebida como la sustracción de cosas y las violaciones de las posesiones mediante astucia y engaño» (Zamora, 1991, pág. 171).
2. Como «una *falsum*» (la falsificación), la cual según Mayer (2014) «se centraba en falsedades de relevancia pública» (pág. 226) y comprendía aquellos delitos «que presentan el elemento común del engaño como procedimiento» (Zamora, 1991, pág. 171).
3. Como la «llamada una *stellionatus* de *stellio*, escorpión, que hiere alevosa y perversamente» (Casabó, 2014, pág. 210), la cual constituye el precedente del concepto moderno de estafa, era comprendido como «empeñar, vender, permutar, dar en pago una cosa ya obligada haciendo creer que se trataba de cosa libre al acreedor, comprador o permutante; sustituir merca-

derías vendidas entregando distintas o hacerlas desaparecer, entre otras» (Suñez, 2011, pág. 4); era «como crimen extraordinario» que abarcaba desde la falsedad hasta el hurto, «participando de las condiciones de la una y del otro, sin ser propiamente ni lo uno ni lo otro» (Zamora, 1991, pág. 172).

En tal sentido, según el *Diccionario de la Lengua Española*, el fraude es la «acción contraria a la verdad y a la rectitud, que perjudica a la persona contra quien se comete». También es fraude, todo «acto tendiente a eludir una disposición legal en perjuicio del Estado o de terceros»; es decir, el fraude deviene en una de las caras de ese fenómeno genérico denominado «corrupción».

AMBIENTE PROPICIO PARA LA CORRUPCIÓN

«Aunque la corrupción en Colombia –como lo ha evidenciado Ortiz Benavides (2012)– procede desde la creación misma del Estado e incluso antes» (pág. 12), (que es una explicación de causalidad histórica-cultural, pero no su justificación); es una situación que, también, afecta al resto de países conquistados por España, Francia y Portugal como lo evidencian Martínez y Ramírez (2010), quienes hallaron que «la corrupción en América Latina tiene su origen en los gobiernos coloniales [hasta el punto que] se ha sostenido la tesis de la existencia de una cultura que favorece la corrupción, por lo que lo inesperado sería la ausencia de gobernantes corruptos» (pág. 75); lo cual, de acuerdo con Gamarra (2005) refiriéndose a «la herencia de instituciones corruptas desde la colonia», permite entender «el porqué de la persistencia del problema en el Estado colombiano» (págs. 2, 3).

Según el *Informe Nacional de Competitividad 2014-2015*, en el país existe «un cumplimiento mediocre de las normas anticorrupción..., en particular en temas fundamentales para la competitividad del país como Justicia, Salud y Educación, en los que el cumplimiento ni siquiera llega al 10%» (Consejo Privado, 2014, pág. 222), como consecuencia de este «entorno social y político... caracterizado por altos niveles de corrupción y tolerancia a la misma» (Díaz, 2013, pág. 65), el cual está signado para el sector salud, según lo ha podido evidenciar Badel (2013), «por el clientelismo, las asimetrías de información y las debilidades mismas de la información pública, grandes problemas de gobernabilidad, la falta de controles, la cultura de la ilegalidad y las debilidades en la rendición de cuentas de los actores del sistema» (pág. 1).

Esta circunstancia, de acuerdo con el *Cuarto Informe de la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha Contra la Corrupción*, «tiende a facilitarse» como consecuencia de que los frutos «podrían indicar que las medidas orientadas a prevenir y atacar la corrupción que se presenta en situaciones cotidianas o a nivel

administrativo no están generando los resultados esperados», particularmente en áreas «sensibles para la ciudadanía como la salud, la educación, la seguridad, la prestación de servicios de justicia, entre otros aspectos» (Comisión, 2015, pág. 2).

Coyunturas todas estas que ayudan a crear un ambiente propicio para que, a partir de la diversidad de situaciones y de intereses, como lo evidencia el *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*, se promueva la «contención obsesiva de gastos» (Minsalud, s. f., pág. 5) que puede, finalmente, concluir en «planes de contención de costos reduciendo la calidad» (ibíd. 110); es decir, terminan en acciones que benefician a unos: los aseguradores y los prestadores del servicio que tienen integración vertical con los mismos y perjudican a los otros (pacientes, clientes y usuarios), lo cual es una actuación que se define con el término «maquinación», según el diccionario.

Así mismo, un medio adecuado para un sistema de aseguramiento que se ha centrado, según la voz oficial el propio ministro de Salud y Protección Social, en «la extracción de rentas en demérito de los objetivos de salud de la población», conduciendo a un «manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud» (Gaviria, 2013, pág. 7); en otras palabras, extracción de rentas y manejo financiero que llevan a *estropear, descomponer o destruir* el objetivo misional de gestión de los riesgos y los objetivos de salud de la población, verbos que en latín se expresan con el término *corruptus*, de donde deriva la palabra corrupción.

EL FRAUDE FINGIENDO CONTROL DE COSTOS

Villar (2004) evidenció la práctica planeada de someter los pacientes, los clientes o los usuarios a largas esperas dañinas como un mecanismo que procura «disminuir el gasto para el asegurador a costa del enfermo», práctica pensada que explica por qué «con el carné de “asegurado” en el bolsillo, resulta azaroso obtener atención oportuna para la enfermedad padecida, aún en situaciones de urgencia» (pág. 7).

Cuatro años después, Echeverri (2008) muestra que «estar asegurado no es sinónimo de acceso», porque a muchos asegurados «se les niegan [los servicios] por razones burocráticas con que los del “negocio” tratan de eludir costos (selección adversa), y los proveedores (IPS) tratan de ahorrar costos (eficiencia), yendo en detrimento de la equidad, la calidad y la efectividad en muchos casos» (pág. 214), en un ambiente en donde los procedimientos — contrarios a la ley — de «la evasión y la elusión debilitaron más las finanzas públicas» (ibíd. 213).

De otro lado, Tejedor (2012) evidenció con precisión que «las empresas privadas que prestan los servicios de salud [1/4] han afectado negativamente la calidad de la atención, reduciendo gastos en personal médico, laboratorios y medicamentos», llegando incluso hasta el extremo, algunas de ellas, de «manipula[r] diagnósticos y hasta su propia contabilidad» con «una lógica de maximizar sus beneficios económicos» (págs. 67, 68) que, obviamente, dañan al paciente, al cliente o al usuario y alteran la gestión de la práctica profesional.

Entonces, cuando Villar patentiza la práctica cuidadosamente reservada de «disminuir el gasto para el asegurador a costa del enfermo», Echeverri constata que «los del “negocio” tratan de eludir costos», y Tejedor describe la afectación silenciosa y negativa de «la calidad de la atención, reduciendo gastos en personal médico, laboratorios y medicamentos», demuestran cómo algunos de quienes se dedican a la prestación de atención en salud, en Colombia, obtienen beneficios a costa de pacientes, clientes y usuarios afectados en su seguridad, lo cual cabe bajo el término «maquinación».

De otro lado, cuando Villar muestra que es azaroso obtener atención oportuna «con el carné de “asegurado” en el bolsillo», Echeverri trasluce que «estar asegurado no es sinónimo de acceso», y Tejedor testimonia que «estas empresas manipulan diagnósticos y hasta su propia contabilidad», nos están hablando de cómo se realizan acciones con las que se le hace creer a pacientes, clientes y usuarios y al Estado algo que no es verdad, lo cual equivale al término «engaño», según el diccionario.

Finalmente, cuando Echeverri alude a «la evasión y la elusión», y Tejedor al esconder el diagnóstico verdadero y hasta su propia contabilidad, se está ante una «falacia», de acuerdo con el diccionario; «engaño» y «falacia» que en tanto se utilizan para obtener un provecho y en tanto corresponden a una acción hábil, nos ponen ante una actuación que el diccionario denomina «astucia» y, cuando decimos «astucia», «engaño», «falacia» y «maquinación», ¿de qué estamos hablando?

Estamos hablando de fraude, pues este es entendido como la astucia, el engaño, la falacia o la maquinación económicos para conseguir un beneficio a costa del perjuicio de otro; en el caso colombiano, de acuerdo con lo evidenciado por Villar, Echeverri y Tejedor, como control de costos, utilizando como manto la práctica norteamericana denominada *managed health care* (asistencia sanitaria gestionada), cuyo objetivo original es algo distinto: reducir los costos de salud innecesarios y lograr mejor calidad.

En esta forma, en Colombia el *managed health care* se ha traducido en la idea de reducir costos a como dé lugar sin importar la calidad, lo cual se materializa –

como lo ratifica José Félix Patiño (2014)– en una «contención de costos para el logro de un mayor margen de utilidad [...] mediante selección adversa de [...] afiliados y [...] trabas a las órdenes de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas o interconsultas con especialistas» (pág. 239). De ello da cuenta la *Resolución de sanción 46111 de 2011* de la Superintendencia de Industria y Comercio, en la que en la parte considerativa se afirma que «las EPS habrían realizado un acuerdo sobre la no cobertura de diversos servicios de salud [y] para la fijación indirecta de precios y la limitación de la transparencia en la información» (pág. 2).

EL PROPÓSITO SECRETO EN LA NEGACIÓN DE SERVICIOS

Como lo evidenció Gañán (2010) en su tesis de doctorado, en el caso de las empresas aseguradoras «la interposición de barreras de acceso al servicio de salud se ha constituido en una forma importante de contención de costos» (pág. 196). En igual sentido, las investigaciones académicas de Abadía y Oviedo (2010) demuestran que la asistencia sanitaria gestionada e implementada en Colombia para la prestación de atención en salud «contribuye a un no uso de la póliza», operación que normalmente se convierte en «un negocio lucrativo por negación de servicio» (pág. 96), inscrita dentro de una racionalidad administrativa diseñada «para privilegiar sólo acciones llamadas costo-efectivas», las cuales no son otra cosa que «acciones que [garantizan] mayores márgenes de rentabilidad». O, lo que es lo mismo, «estrategias del capital para aumentar su acumulación» que se traducen en una práctica «lucro-destructiva, en tanto aumenta la acumulación, por un lado, y destruye la vida, por el otro», lo cual desemboca de forma engañosa en «la eutanasia social» (ibíd. 101), impactando «profundamente las cotidianidades de pacientes y trabajadores de la salud» (ibíd., 100).

Las acciones para la negación de servicios son muy prolijas, siendo «las negaciones más comunes de atención... [las] citas médicas, [los] exámenes de laboratorio o [los] tratamientos», las cuales con habilidad son justificadas, operadas y hechas efectivas utilizando «la estructura legal del sistema», creando y fortaleciendo «burocracias complejas», imponiendo «demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas» a los pacientes y convirtiendo al propio sistema de salud en «una barrera de acceso estructural» (Alvarado et al., 2010, p. 57), llegando incluso los aseguradores – como lo evidenciaron Molina Marín et al. (2010)– a interpretar «las normas según su interés» (pág. 113).

A estos propósitos secretos utilizados para negar la prestación de atención en salud se les llama, eufemísticamente, con la denominación técnica de «barreras de acceso a los servicios», propia del *managed health care*. Esta designación

permite ocultar el ardid de una dolosa negación de servicios por parte de aseguradores y operadores, el cual está plenamente identificado por la autoridad sanitaria: según el estudio patrocinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2014), la negación de servicios más común (como es de esperarse) es «la solicitud de autorización para la realización de las pruebas [...] seguido de la autorización para citas [particularmente las de medicina especializada], entrega de medicamentos o realización de procedimientos» (pág. 149).

LA HABILIDAD PARA DEFORMAR LOS TRÁMITES BUROCRÁTICOS

En un medio en donde, como lo evidenciaron Merlano y Gorbanev (2013), las aseguradoras «no agregan valor sino, al contrario, restringen el acceso a los servicios, obligan a los clientes a acudir a [acciones judiciales] y luego exigen recobros» (pág. 76), Vargas y Molina (2009) demostraron la utilización de «la tramitomanía» (que es una deformación astuta de los trámites burocráticos) «como [una] estrategia de contención de costos», situación de manipulación engañosa que fue confirmada seis años después en el citado estudio del Ministerio de Salud y Protección Social, la UNFPA y la UNICEF, al afirmar de manera clara e inequívoca que en Colombia, «al igual que lo hallado por Vargas et al., [se] demuestra que los trámites burocráticos como estrategia de contención de costos atraviesan el sistema y afectan de manera importante la oportunidad en la atención» (pág. 161).

Es así como Ingrid Vargas (2009), al observar trámites burocráticos en la realización de su tesis de doctorado, pudo evidenciar y verificar la deformación hábil del trámite burocrático de solicitud de autorización; ella escribió: se «emplean las autorizaciones como instrumento para limitar la utilización de servicios», especialmente aquellas que tienen relación con «un paciente urgente, un servicio especializado y una prueba diagnóstica» (pág. 108), situación que, a mi juicio, no es otra que la poco sutil manera de manipular la solicitud de autorización para beneficio del asegurador o el prestador y el perjuicio de pacientes, clientes y usuarios.

De estas situaciones descritas da cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social cuando en el citado texto de la *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"* expresó: «En cuanto a [la relación del asegurador-prestador-afiliado] los excesivos trámites [...] se han convertido en [una forma de controlar el gasto]» (pág. 14).

Adicionalmente, Julián Vargas y Gloria Molina (2009) señalan otros mecanismos de deformación hábil de los trámites burocráticos un poco más sutiles: develan que «los protocolos [han sido] impuestos principalmente por las EPS como mecanismos de presión para la contención de costos», llegándose a situaciones en las cuales «se exige la aplicación tajante de las guías y protocolos, sin tener consideración con las particularidades de cada usuario ni con su proceso salud-enfermedad» (pág. 88); guías y protocolos que, debo señalar, no han sido elaborados por organizaciones de carácter docto, tales como las sociedades científicas, los centros de investigación o las universidades, como es de usanza universal.

UN MANAGED HEALTH CARE DESNATURALIZADO

La asistencia sanitaria gestionada (*managed health care*) o medicina gestionada (*managed care*), que es distinta de la gestión de enfermedades (*disease management*), surgió en la década de los 80 «en los países industrializados [tras la crisis del petróleo de 1973]» (Costa et al., 2013, pág. 138) y, como lo señala Dworkin (2002) hablando de los Estados Unidos de América, «está permitiendo que las previsiones económicas de los negocios afecten las normas sobre el tratamiento médico [suscitando] peticiones de reforma» (pág. 21), tal como ocurre hoy en nuestro país.

Esto ocurre en Colombia porque se han implementado procedimientos administrativos por parte de algunos aseguradores quienes ofrecen «los conocidos “incentivos perversos”», o dicho de una forma no eufemística: que ofrecen premios y premian a médicos e instituciones «que condicione[n] su quehacer a costa de los aspectos humanos y técnico-científicos fruto de su formación, con el fin de hacer prevalecer el ahorro de costos y la rentabilidad financiera», estrategias todas estas que tienen como objetivo final la «prevalencia del interés económico o financiero» (Ramírez y Acosta, pág. 137).

COMPRENSIÓN HISTÓRICA CULTURAL

Rubio (2014) evidencia que es «innegable que el nivel actual de corrupción en Colombia es superior al de cualquier país desarrollado» (pág. 393); esta, como lo demuestra Medina (2010), obedece a unas transformaciones que él denomina «dinámica de *corrupción estratégica*», las cuales «ya no se centran exclusivamente en los aspectos económicos, sino que se inscriben en un interés superior que es el del control político del Estado y el territorio, sus recursos, esferas de decisión, instancias administrativas en el orden local, regional y nacional y el sometimiento moral de significativos grupos poblacionales» (pág. 44).

Al respecto, Bohórquez (2018) citando a la Corte Constitucional, en el cierre a la audiencia de rendición de cuentas de la Sentencia T-760, señaló, en referencia a la gestión de atención en salud en Colombia (que puede entenderse como otra explicación de causalidad histórica-cultural del fenómeno), que se evidencia un «alto grado de corrupción, la prevalencia absurda de intereses particulares, la debilidad manifiesta en el control estatal, el inadecuado manejo administrativo por ineficiencia» (pág. 35).

Tales actos contrarios a una gestión empresarial auténtica, dice la misma Corte Constitucional (2008), fueron expuestos por el propio Gobierno Nacional, que señaló: «situaciones de abuso, ineficiencia administrativa y corrupción (incentivo de la demanda y oferta de servicios no POS por algunos reguladores y agentes del sistema, el valor recobrado al FOSYGA por medicamentos excede el precio de venta del laboratorio y el número recobrado es superior a las unidades vendidas, y recursos del sistema de salud se han destinado a fines diferentes)» (pág. 27); es decir, situaciones que claramente pueden calificarse como «engaño».

Situaciones todas estas que, de acuerdo con lo observado en sus investigaciones por James Robinson y Daron Acemoglu (2012), son sobrevenientes al hecho histórico-cultural de que «los colonos europeos impusieron un tipo nuevo de instituciones extractivas o se adueñaron de las instituciones extractivas ya existentes, para poder extraer recursos valiosos» (pág. 68), lo cual con respecto al sistema de la atención de la salud se «ha traducido en prácticas de selección de riesgos (“descreme”) y sobreconsumo de servicios de salud» (Cruces, 2006, p. 105).

Esta idea de una institucionalidad extractiva política y económica la evidenció Fajardo (2002): «las élites coloniales buscaron adueñarse de las posiciones en la burocracia [...] como una manera de capturar rentas» (pág. 25). Previamente, Stein y Stein (1970) habían descrito cómo era la práctica de detraer rentas, de aprovechar, que hoy sigue siendo actual: «En el siglo XVII los hombres más destacados buscaron la administración colonial por la oportunidad que esta representaba de crear fortunas para ellos mismos [...] La venalidad y la corrupción se volvieron generalizadas, institucionalizadas y legitimadas» (pág. 701).

CONCLUSIÓN

Desde una mirada histórica-cultural, utilizando nuestro marco conceptual, la corrupción en Colombia en su forma actual procede (al menos) desde la creación del Estado, la cual es explicable (según Robinson y Acemoglu) a partir de

haber sufrido la imposición de instituciones extractivas, política y económica, por los colonos europeos que nos sometieron hasta nuestra Guerra de Independencia en 1819, la cual se caracterizó por prácticas de aprovechamiento y detracción de rentas generalizadas, institucionalizadas y legitimadas.

Lo primero que se debe señalar, desde este punto de vista, es que esta institucionalidad extractiva, de acuerdo con lo expresado en 2013 ante el Congreso de la República por la autoridad sanitaria, el Ministro de Salud y Protección Social, no ha sido superada aún para el sector de atención en salud, dentro del cual existe (se mantiene) «la extracción de rentas en demérito de los objetivos de salud de la población».

Lo segundo, que tal extracción oculta de rentas conduce a la obtención de beneficios a costa de los pacientes, los clientes o los usuarios mediante el uso de la astucia, el engaño, la falacia o la maquinación en la operación de costos dentro de la asistencia sanitaria gestionada, deviniendo realmente en la práctica del «fraude como control de costos», fraude que requiere de la maquinación en la negación de servicios, de la habilidad para deformar los trámites requeridos y de la desnaturalización de una gestión empresarial auténtica.

El resultado: el caso colombiano. Desde el punto de vista de la ética y la salud pública, se configura un fraude y una desnaturalización de la asistencia sanitaria gestionada, cuyo cuadro o marco de racionalidad es la maquinación, la astucia y la desnaturalización de la atención en salud, para alucinar, burlar o engañar a los pacientes, los clientes o los usuarios, quienes creen que poseer el carné de afiliados les garantiza el servicio y, cuando lo requieren y lo logran, creen que no les va a hacer daño, a pesar de ser de dominio público la existencia de una corrupción generalizada, institucionalizada y legitimada.

Esto quiere decir, desde este punto de vista, que se requiere un nuevo pacto político sanitario en Colombia, alternativo de esa institucionalidad política y económica que es la Ley 100 de 1993, que reconozca (sin eufemismos) la salud como primer derecho para garantizar los demás derechos fundamentales conexos que están en el corazón de las liberal-democracias modernas; en otras palabras, implica pensar un tipo de institucionalidad política y económica, eficiente y justa, que permita proteger, mantener y recuperar la salud, entendida esta como un bien en sí misma, así como profundizar la relación entre el individuo y el Estado, de manera que los derechos fundamentales sean una realidad sostenible ante la vida y no una mera declaratoria para evitar el daño a pacientes, clientes o usuarios, lo cual habrá de derivar en una asistencia sanitaria gestionada, cuyo fin sea el correcto ejercicio de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con control de técnicas inútiles, y no el ahorro económico *per sé*.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía Barrero, C. E. y Oviedo Manrique, D. G. (2010). «Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud». *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 9 (1 Supl 18): 86-102.
- Alvarado Romero, H. R.; Pinilla Alarcón, M.; Rodríguez Colmenares, S. M. y Suárez Castro, E. M. (2010). «Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: negación del cuidado de la salud». *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 9 (18): 53-60.
- Badel, M. (2013). Informe: Riesgos de corrupción en el sector salud colombiano y el estudio de caso de Cartagena de Indias. Bogotá: PNUD; 2013. Consultado: 21 nov. 2017. Disponible en: http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/attivismo_civico/attivi_nel_mondo/progetto_DD/riesgos-de-corrupcion—estudio-de-caso-cartagne-de-indias.pdf
- Bohórquez Góngora, F. (2018). *Comunicación vital en medicina: De la relación clínica al diálogo formativo*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- Casabó Ortí, M. Á. (2014). *La estafa en la obra de arte. Trabajo doctoral de investigación*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha Contra la Corrupción (2015). *Cuarto Informe Abril de 2015*. Bogotá: CNCLCC.
- Consejo Privado de Competitividad (2014). *Informe Nacional de Competitividad 2014-2015*. Bogotá: Zetta Comunicadores.
- Costa Alcaraz, A. M.; Calvo Rigual, F. y Siurana Aparisi, J. C. (2013). «La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria». *Rev Esp Salud Pública.* 87: 137-147.
- Cruces, G. (2006). *Protección social y sistemas de salud: «Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos»*. Santiago de Chile: Cepal/Unfpa.
- Díaz Montiel, D. M. (2013). «Política antievasión en Colombia». *Economía Colombiana.* 339: 60-69.
- Dworkin, R. W. (2002). «La revolución cultural en la asistencia sanitaria». *Ars Medica. Revista de Humanidades Médicas.* 1: 11-23.
- Echeverri, O. (2008). «Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia». *Rev Panam Salud Pública.* 24 (3): 210-216.

- Fajardo, L. E. (2002). «La corrupción heredada: pasado colonial, sistema legal y desarrollo económico en Colombia». *Revista de Estudios Sociales*. 12: 22-30.
- Flórez, S. (30 de julio de 2019). Hemofilia: con falsas tutelas se pagaban millonarias sumas. El Universal. Consultado: 21 nov 2020. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.co/regional/bolivar/hemofilia-con-falsas-tutelas-se-pagan-millonarias-sumas-FL1508557>
- Gamarra Vergara J. R. (2005). «Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia». *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*. 66: 1-57.
- Gañán Ruiz, J. L. (2010). *Los muertos de la Ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Caso del Plan obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC)*. Tesis de doctorado. Bogotá, D. C.: Universidad Externado de Colombia.
- Gaviria Uribe, A. (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»*. En: *Gobierno Nacional. Proyecto de Ley Ordinaria 210 de 2013 «Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones»*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Gómez Pineda, F. H. (2016). «La crisis de la salud en Colombia: un problema moral». *Revista Colombiana Salud Libre*. 11 (1): 48-56.
- KPMG Advisory Services Ltda.-Forensic Services (2013). *Encuesta de fraude en Colombia 2013*. Colombia: KPMG Advisory Services Ltda.
- Martínez Cárdenas E. E. y Ramírez Mora J. M. (2010). «La corrupción en la administración pública: un perverso legado colonial con doscientos años de vida republicana». *Reflexión política*. 12 (23): 68-80.
- Mayer Lux L. (2014). «La falsificación de instrumentos privados: ¿una estafa especial?» *Rev. Derecho (Valdivia)*. 27 (2): 217-241.
- Medina Gallego, C. (2010). «Conflicto armado, corrupción y captura del Estado. De la perversion de los procesos económicos públicos a la cooptación política de Estado por las fuerzas ilegales». *Ciudad Paz-ando*. 3(1): 43-52.
- Merlano Porras, C. A. y Gorbanev, I. (2013). «Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura». *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 12 (24): 74-86.
- Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado: 21

- nov 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA y UNICEF (2014). *Seguimiento a casos expuestos a la transmisión materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control prenatal: Retos y propuestas para el mejoramiento de la salud materno infantil en Colombia*. Bogotá: Minsalud/UNFPA/UNICEF.
- Molina Marín, G.; Vargas Jaramillo, J.; Berrío Castaño, A. y Muñoz Marín, D. P. (2010). «Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008». *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 9 (18): 103-115.
- Ortiz Benavides E. (2012). «Efectos de la corrupción sobre la calidad de la salud y educación en Colombia 2004-2010». *Tendencias*. 13 (1): 9-35.
- Patiño Restrepo, J. F. (2014). «Ley 100 de 1993. Reforma y crisis de la Salud en Colombia» en: *Pensar la medicina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Consultado: 17 dic 2018. Disponible en: https://propiedadintelectual.unal.edu.co/fileadmin/recursos/editorial/2021/AccesoAbierto2021/Pensar_la_medicina_JFPR_GS.pdf
- Ramírez G., A. A. y Acosta G., J. J. (2009). «Implicaciones éticas y autonomía de los profesionales de la salud» en: *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22.^a Ed. Madrid: Espasa.
- Redacción El Tiempo (23 de julio 2012). Dos enredados en fraude a la salud destaparán irregularidades en EPS. *El Tiempo*. Consultado: 21 ago 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12056679>
- Redacción El Espectador (9 de mayo de 2011). Así fue el desfalco a la salud: Falsos pacientes, falsas tutelas e influencia para tramitar recobros son algunas de las venas por donde sacan recursos. *El Espectador*. Consultado: 12 OCT 2020. Disponible en: <https://www.elespectador.com/salud/asi-fue-el-desfalco-a-la-salud-article-268521/>
- Redacción Judicial Wradio (14 de noviembre de 2014). A juicio directivas de Coomeva EPS por escándalo de corrupción. Consultado: 18 nov 2017. Disponible en: <http://www.wradio.com.co/noticias/judicial/a-juicio-directivas-de-coomeva-eps-por-escandalo-de-corrupcion/20141114/nota/2507802.aspx>
- Redacción Semana (23 de noviembre de 2013). Saludcoop, el desfalco de la historia. Contraloría dice que Carlos Palacino y su equipo habrían desviado 1,4 billones de

- pesos. Sería el juicio fiscal más grande del país. Consultado: 19 nov 2016. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/desfalco-de-salucop/365644-3>
- Redacción Política El Pilón (6 de octubre de 2016). Investigados por pago de tutelas falsas con recursos de la salud. El Pilón. Consultado: 20 jun 2017. Disponible en: <https://elpilon.com.co/investigados-pago-tutelas-falsas-recursos-la-salud/>
- Resolución de sanción 46111 de 2011. Por la cual se imponen unas sanciones (11 de agosto de 2011). Disponible en: https://normograma.info/sic/docs/pdf/r_siyc_46111_2011.pdf
- Robinson, J y Acemoglu, D (2012). *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity and Poverty*. New York: Crown.
- Rubio, M. (2014). «Ilegales, hongos y levadura». *Revista de Economía Institucional*. 16 (31): 359-408.
- Sarralde Duque, M. (11 de diciembre de 2019). Tras rechazar 37 tutelas, Corte pide indagar carteles de salud. El Tiempo. Consultado: 20 nov 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/corte-constitucional-pide-investigar-si-hubo-fraude-a-la-salud-con-tutelas-442458>
- Solarte Rodríguez, A. (2004). «Los actos ilícitos en el derecho romano». *Vniversitas*. 107: 692-746.
- Stein, S. y Stein, B. (1970). *The colonial heritage of Latin America: essays on economic dependence in perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Suñez Tejera, Y. (2011). «La diferencia entre el dolo civil como vicio de la voluntad y el delito de estafa en el derecho cubano». *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Marzo: 1-26. Consultado: 21 nov 2020. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/11/yst.pdf>
- Tejedor Estupiñán J. M. (2012). «El modelo económico y su relación con los derechos humanos en Colombia. Una aproximación». *Finanzas y Política Económica*. 4 (1): 55-82.
- Vargas J., J. y Molina M., G. (2009). «Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias». *Rev Fac Nac Salud Pública*. 27 (2): 121-30.
- Vargas, J. J. y Molina M., G. (2009). «Calidad de los servicios y su relación con las decisiones en la atención en salud» en: Molina M. Gloria, Muñoz E. Iván Felipe y Ramírez G. Andrés (eds.). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Universidad de Antioquia/Procuraduría General de la Nación/Universidad Industrial de Santander/Colciencias.

- Vargas Lorenzo, I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Villar L. A. (2004). «La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública». *Deslinde*. Núm. 36: 6-19. Octubre-diciembre. Consultado: 19 nov 2018. Disponible en: http://deslinde.org.co/Dsl36/dsl36_la_ley_100.htm
- Zamora Pierce, J. (1991). «El fraude». *Revista de la Facultad de Derecho de México*. Núms. 178-179-180: 171-176.
- Zamora Pierce, J. (2008). *El Fraude*. México DF: Editorial Porrúa.