

Colsanitas: La visión de un negocio

Michael Penfold y Jessica Rosenberg

Roberto Cocheteux Tierno, presidente de Colsanitas, la principal compañía de medicina prepagada de Colombia (ver anexo 1), contempló detenidamente la fotografía que el diario *El Tiempo* de Bogotá le dedicó al triunfo de Fabiola Zuluaga, quien acababa de titularse como campeona en individuales por quinta vez en la XII Copa de Tenis Colsanitas Seguros Bolívar¹ celebrada en Bogotá en febrero de 2004. En su oficina, bajo el afiche promocional de la copa, Cocheteux Tierno reflexionó sobre lo que había sido el papel de Colsanitas en el impulso del tenis en Colombia² y muy especialmente en el desempeño de Fabiola Zuluaga. La tenista ingresó al Equipo Colsanitas en 1995, cuando éste apenas se estaba formando, y la Copa de 1996 le dio la oportunidad de ganar su segundo gran torneo internacional compitiendo con tenistas situadas entre las 150 mejores del mundo. En enero de 2004 clasificó como semifinalista en el Abierto de Australia, y se colocó en el puesto 36 del *ranking* mundial y 23 de la Asociación de Tenis para Mujeres (WTA, por sus siglas en inglés).

Cocheteux Tierno comenzó a recordar con satisfacción cómo el equipo gerencial de Colsanitas visualizó trasladar la filosofía del negocio de medicina prepagada a la promoción de este deporte. “Deporte y salud” era el lema. La filosofía de Colsanitas no era servir únicamente como seguro médico sino convertirse en un proveedor de salud preventiva mediante la medicina prepagada. Colsanitas creció como empresa con un alto sentido de responsabilidad social a través de una contribución directa a la mejora de los indicadores de salud en Colombia al participar tanto en la introducción de la medicina prepagada como en la reforma del sistema de seguridad social en los años noventa. La motivación central de Colsanitas no sólo era el lucro –la ley establece que las compañías de medicina prepagada no pueden tener una utilidad mayor de 15 por ciento³– sino también un sentido de compromiso social para expandir la cobertura de la salud a toda la población y cambiar el concepto de servicio (ver anexo 2). La compañía desarrolló en la década de los ochenta una concepción según la cual la empresa se ocuparía de manera integral de la salud del usuario y no sólo del financiamiento de la enfermedad.

¹ La Copa Colsanitas Seguros Bolívar es actualmente un evento Tier III con un premio de 170 mil dólares, perteneciente al circuito de la Federación Internacional de Tenis y del Women's Tennis Association (WTA).

² En 1998, la compañía calculó que la publicidad generada por la Copa equivalía a 2.200 millones de pesos en 100 mil cm² de reportajes y fotografías con mención de Colsanitas, 2.800 pesos en 470 minutos de televisión y 300 millones de pesos en 1.200 minutos en transmisiones de televisión de los eventos de Colsanitas (*Informe de actividades 1998*, p. 11).

³ Según Decreto 1570 de 1993 que regula la medicina prepagada.

Este caso tiene como objetivo ilustrar la discusión en clase y no pretende aseverar el manejo de situaciones administrativas ni convertirse en fuente primaria de datos. Gran parte de las situaciones mencionadas y del material utilizado se obtuvo gracias a la colaboración de personas vinculadas a la compañía. Algunos datos y situaciones son ficticios.

Copyright © 2004 Instituto de Estudios Superiores de Administración, IESA. Para adquirir copias del caso o solicitar autorización para reproducirlo en todo o en parte, contactar a ediesa@iesa.edu.ve o llamar a +58-212-555.44.52. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida, almacenada en base de datos, utilizada en hojas de cálculo o transmitida en cualquier forma (incluso métodos electrónicos o mecánicos, fotocopias, grabaciones o cualquier otro) sin el permiso del IESA, titular del derecho de autor que protege esta obra.

Para demostrar el compromiso y la fortaleza de esta filosofía, se escogió la promoción de un deporte con poca tradición en Colombia para convertirlo en un producto triunfador. Cuenta Cochetteux Tierno, quien hace las veces de *manager* del equipo y es director general de la Copa:

Lo que hicimos fue darles los medios necesarios para desarrollarse. En un país sin la mística, que no tenía mucha gente practicando y sin tradición de tenis, tener a una jugadora como Fabiola clasificada entre las 20 mejores del mundo y a campeones como Alejandro Falla y Carlos Salamanca, quienes se coronaron campeones del Torneo de Dobles del Roland Garros Juvenil 2001, fue un gran logro⁴. El tenis refleja la importancia del trabajo en equipo, del cambio social y el compromiso de largo plazo (que son los mismos valores de Colsanitas), pues detrás de los tenistas hay un equipo de entrenadores, médicos, psicólogos, en fin, hombres y mujeres que han logrado trabajar conjuntamente para alcanzar el éxito y transformar la sociedad con una gran orientación al logro y a la solidaridad social (entrevista, 24 de marzo 2004, Bogotá).

Al igual que el tenis colombiano, Colsanitas mostraba cifras alentadoras. Para el 2004, contaba con más de 900 mil usuarios –entre usuarios de medicina prepagada y la entidad prestadora de servicios (EPS) encargada de brindar servicios de salud dentro del sistema de seguridad social– captados por ochenta oficinas comerciales en veinticinco ciudades. La tasa de crecimiento del número de clientes era de 10 por ciento y representaba, tan sólo en medicina prepagada, 42 por ciento del ingreso del mercado de salud en Colombia. El valor de la acción en la bolsa aumentó, no sólo gracias al liderazgo de la empresa en medicina prepagada y como proveedor privado de salud dentro del sistema de seguridad social, sino también por su inversión en negocios inmobiliarios⁵, farmacéuticos, de servicios relacionados con la medicina y otros⁶ (anexo 3). Paralelamente, Colsanitas logró internacionalizarse en la década de los noventa con la introducción de la medicina prepagada en países como Venezuela, Argentina, Chile y Ecuador.

Sin embargo, Colsanitas debía enfrentar preguntas difíciles sobre cómo consolidar su crecimiento y sobre todo expandir sus operaciones en países como Venezuela para afianzar el proceso de internacionalización. Para Colsanitas era evidente que el modelo de negocios no se podía replicar de la misma forma en distintos contextos y había dudas sobre cómo ayudar al equipo gerencial en Caracas. Cochetteux Tierno se mantuvo pensando en los valores de la compañía, en especial el trabajo en equipo, la importancia del sentido común y la forma como estos valores se reflejaron en el triunfo de Fabiola Zuluaga, y comenzó a rememorar los inicios de la empresa, su desarrollo y el significado para los retos futuros. Detrás de esa historia, pensó Cochetteux Tierno, quizás podrían encontrarse algunas respuestas.

La década de los ochenta

Cuando Cochetteux Tierno fue invitado a formar parte de la Junta Directiva de Colsanitas en 1986, el panorama era muy distinto. Desde su fundación en 1980, la empresa no había logrado rebasar los 25 mil usuarios (ver anexo 4). Era una compañía pequeña que operó en un mercado en el que no era común la medicina prepagada. Los usuarios dependían para su atención de la oferta de servicios de las clínicas privadas, del sistema de salud público y de las compañías de seguros. En este sentido, Colsanitas era un caso excepcional: una compañía que proveía servicios médicos y al mismo tiempo aseguraba a sus clientes.

⁴ En individuales, Alejandro Falla llegó ese mismo año a las semifinales del torneo juvenil y a clasificar como número tres del mundo en la categoría para menores de 18 años. En el 2004 jugó la ronda clasificatoria del Abierto de Australia, fue campeón de los torneos Challenger de Bogotá y de Salinas en Ecuador, subcampeón del Challenger de Hawái y entró en cuartos de final en el Challenger de Ciudad de México.

⁵ Las inversiones de Colsanitas en negocios inmobiliarios se concentran en bienes inmuebles directamente relacionados con el negocio de salud; por ejemplo, clínicas y ambulatorios.

⁶ La infraestructura médica –conformada por clínicas, clínicentros, laboratorios, droguerías y ópticas– contaba con más de 4.600 profesionales de la medicina y 5.500 empleados. A escala, la Organización Sanitas Internacional invirtió en sociedades en Ecuador, Chile y Argentina, y actualmente tiene como principal socio a Sanitas Venezuela.

Colsanitas comenzó a penetrar el mercado colombiano con la consigna “Un mundo de salud”. A través de esta campaña de mercadeo, la compañía presentó el concepto de medicina prepagada que, a diferencia del seguro tradicional, carecía de límites de gastos y deducibles, o de edad, y tenía injerencia directa en la calidad de los servicios, infraestructura médica propia, e incentivaba a sus afiliados a utilizar servicios preventivos.

La compañía inició sus operaciones comerciales en Bogotá vendiendo un contrato de asistencia médica prepagado único, sin límite de gastos, con cobertura para todas las enfermedades, exceptuando las cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, diabetes, cáncer y sida, que fueran contraídas antes del aseguramiento. El pago de una tarifa mensual y la entrega de un vale de asistencia médica por cada cita –comprobante para el médico del servicio prestado⁷– le daba al afiliado derecho a acudir ilimitadamente a los consultorios médicos, laboratorios y hospitalización de las clínicas privadas designadas previamente por Colsanitas como sus proveedores de servicios. El crecimiento de la cartera era sostenido pero lento. Dos obstáculos principales impedían la expansión de la compañía. Estas barreras, sobre las cuales la empresa no tenía control alguno, aumentaban sus gastos e impedían ofrecer un producto menos costoso y de mayor calidad en un mercado en pleno crecimiento.

El primer obstáculo era el elevado costo de los servicios médicos. Los afiliados acudían a las clínicas privadas, las cuales facturaban a Colsanitas posteriormente por los servicios prestados con un descuento. En muchos casos, el costo de éstos apenas dejaba un margen de ganancia a la operación, ya que los escasos centros se desenvolvían en un entorno en el cual prevalecían las tarifas elevadas. Al tratar de renegociar tarifas en calidad de proveedor importante de pacientes a los centros médicos, Colsanitas encontró escasa receptividad por parte de las clínicas. Lo mismo ocurrió con los laboratorios clínicos, uno de los servicios de mayor demanda por parte de los usuarios.

El segundo obstáculo era la excesiva utilización de los servicios, por iniciativa de los usuarios o por prescripciones para hospitalización y citas médicas. Colsanitas no tenía una manera efectiva de controlar el volumen de uso, ya que su contrato era ilimitado, y tampoco contaba con la colaboración de los médicos, quienes estaban más interesados en su propia facturación que en la viabilidad del modelo de negocios de la compañía.

Al tratar de mejorar la eficiencia de la compañía e imprimirle “un enfoque más empresarial pero con claridad en la consecución de sus objetivos sociales”, Colsanitas invitó en 1986 a Roberto Cochetoux Tierno a unirse a la Junta Directiva. Cochetoux Tierno recuerda:

El gerente general era un español amigo, Íñigo Gómez Pineda, que estaba de salida. Me propuso pertenecer a la Junta, que no estaba integrada por empresarios sino por especialistas en inversión, derecho, medicina y otros ramos. Cuando entro en la Junta Directiva, no recibía ningún tipo de honorario por asistir, ya que eso es parte de la filosofía de la empresa. Sin embargo, empecé a ver oportunidades. Uno de los grandes temas en Colombia era la salud, pues cambiarla, ampliar la cobertura pero con un criterio de calidad, era una manera de mejorar el bienestar social de la población. De modo que allí había una gran oportunidad (entrevista, 24 de marzo de 2004, Bogotá).

Una de esas oportunidades se encontraba en la calidad del servicio. Desde el inicio, el equipo gerencial que dirigía a partir de 1988 Cochetoux Tierno, junto con Gómez Pineda, decidió reenfocar las energías de la organización hacia una renovación del estilo comercial y del producto que ofrecía, para concentrarse en las necesidades del cliente. La Junta Directiva ya había percibido que el servicio médico privado carecía de eficiencia y amabilidad, particularmente en el área de emergencia, en la cual los pacientes frecuentemente debían esperar largamente antes de ser atendidos o a la cual estaban

⁷ El precio de este vale tuvo varios aumentos hasta ubicarse en 14.673 pesos en 2004, ya que su baja cotización inicial motivó que algunos usuarios lo regalaran, lo que generó problemas administrativos.

obligados a acudir cuando necesitaban algo inmediato que no necesariamente fuera una urgencia. La visión inicial de la Junta Directiva fue sugerir a los ejecutivos de la empresa que se concentraran en las necesidades del usuario, en lo que éste podría desear y que el sistema existente no brindaba, a la vez que se hacía imperativo un mayor control de costos y de las prescripciones médicas.

Como la compañía carecía de un volumen suficiente para inducir a las clínicas y al gremio médico a adoptar los cambios que reflejaran esa nueva visión, Colsanitas decidió remodelar una casa en la calle 99 de Bogotá para crear un centro médico ambulatorio propio en el cual sería factible mejorar la calidad del servicio y controlar costos⁸:

Como no conseguían un gerente general que viniera de España, compartimos un período entre junio y diciembre de 1988 durante el cual la empresa creció: a finales de año ya tenía 50 mil usuarios y abrimos el centro médico de la calle 99. El negocio empezó a consumir todo mi tiempo hasta que me hice cargo de la Gerencia General. Nuestra primera decisión fue comenzar a tener control directo sobre el servicio (entrevista, 24 de marzo de 2004, Bogotá).

El Clinicentro Calle 99 –apodado “de atención inmediata” por la rapidez con la que se buscaba atender a los pacientes en áreas de urgencia o de servicios especiales– introdujo novedades como el seguimiento médico de pacientes incluso tras su salida del centro y consultas todo el día a partir de las 7 am, lo cual permitía a trabajadores y ejecutivos llegar a tiempo a sus puestos de trabajo. Según Juan Pablo Currea, gerente general de Sanitas de Venezuela y que para ese momento era miembro del equipo gerencial que lideraba los cambios en Colombia, el éxito del Clinicentro se debió en parte a ese detalle tan elemental, ya que los médicos tradicionalmente operaban en las mañanas y atendían a los pacientes sólo en las tardes. A partir de esta apertura en 1989 se impuso la nueva filosofía de servicio de Colsanitas para brindarle al sector de capacidad adquisitiva media del mercado asistencial una opción diferente con atención amable y eficaz: “En cuanto al usuario, se cambió de una empresa que financiaba su salud, hacia una empresa que se ocupaba de su salud”, recuerda Currea⁹.

El desempeño del cuerpo médico, profesionales que provenían de las grandes clínicas, era clave. Para lograr una mayor compenetración y entusiasmo se implementaron novedosas iniciativas como los comités de especialistas¹⁰ para estudiar casos y servicios, y evaluar la incorporación de nuevos galenos; un esquema de colocación de acciones que les daba una participación sobre 10 por ciento, el desarrollo profesional constante a través de seminarios, simposios, talleres, viajes a congresos y bolsas de estudio. En 1999, se creó el Premio Nacional de Medicina Juan Jacobo Muñoz para estimular la investigación y el trabajo científico entre los profesionales adscritos. Adicionalmente Cochetoux Tierno, junto con el resto del equipo gerencial, comenzó a contratar médicos jóvenes con capacidad para innovar. Estas iniciativas permitieron a Colsanitas no sólo mejorar la calidad de su servicio, haciéndolo más profesional y personalizado, sino también ganar potenciales aliados para el desarrollo del negocio.

Íñigo Gómez Pineda, gerente inicial de la empresa y uno de los grandes promotores de la incorporación de los médicos, explicó:

Es curioso, pero una de las cosas más complejas y arduas, pero que nos dio mayor satisfacción, fue lograr que los médicos se sintieran parte de Colsanitas. Para ello teníamos que construir una visión de futuro que fuera plenamente compartida

⁸ Como todas las operaciones que le siguieron, el Clinicentro Calle 99 fue concebido como una sociedad independiente con participación accionaria externa, en este caso, del 30 por ciento.

⁹ Juan Pablo Currea dejó de ser gerente general de Sanitas en Venezuela en 2002 para pasar a dirigir la Gerencia de Operaciones de la organización en Bogotá. Actualmente, Ignacio Correa se desempeña como gerente general de Sanitas Venezuela.

¹⁰ Los comités se especializan en los siguientes ramos: Evaluación médica, Historias clínicas, Banco de sangre y transfusiones, Infecciones, Farmacia, Calidad y Programa de hospitalización domiciliaria y ética médica hospitalaria.

con ellos y eso pasaba no sólo por involucrarlos financieramente, sino hacerlos sentir que la empresa deseaba transformar el concepto de salud en Colombia, que queríamos contribuir significativamente al avance del conocimiento científico y que nuestro objetivo no era sólo de lucro sino que también era social. Eso fue fundamental. Nosotros introdujimos los comités de especialistas, los premios, los cursos de formación y la creación de la Fundación, que desde sus inicios se destinó a financiar proyectos de responsabilidad social, con el objetivo de sentar las bases de entendimiento sobre las cuales construimos esa visión de futuro con los galenos. El compromiso fue tan grande por parte de los médicos que ellos estuvieron dispuestos a dejar de promoverse individualmente y a comenzar a trabajar en equipo respaldados por el esfuerzo de Colsanitas. De ahí que Colsanitas no sea sólo un nombre. Para nosotros la empresa es un reflejo de nuestras creencias sociales y filosóficas, es decir, nuestros valores (entrevista, 2 de diciembre de 2004, Bogotá).

Para tener mayor control sobre los costos, la Junta Directiva decidió hacia finales de los ochenta que cada una de las unidades de negocios –Laboratorio, Rayos X, Fisioterapia, consultorios y otros– tuviera una contabilidad propia y resultados independientes, lo cual permitió conocer su nivel de rentabilidad y generó mayor capacidad de negociación con los proveedores externos de servicios para exigir mejores tarifas. El caso del Laboratorio fue emblemático. Debido a la falta de experiencia en materia de infraestructura médica, inicialmente se ubicó en un sitio inapropiado del Clinicentro (en la planta baja, cerca de urgencias y sin ventanas) y generó problemas de funcionamiento por lo cual hubo que mudarlo al segundo piso, donde se convirtió en la unidad más rentable. Simultáneamente, la participación accionaria de los médicos, el fortalecimiento de los mecanismos de auditoría, el seguimiento de los procesos de hospitalización, la divulgación de mayor información para los afiliados y las reuniones periódicas con los especialistas para enfatizar la correcta utilización de los recursos médicos, se iniciaron en este período y se perfeccionaron en los años siguientes, lo cual redundó en un efectivo control de costos debido a la asignación razonable de prescripciones, el uso racionalizado del servicio por parte de los pacientes y el incremento de la práctica preventiva.

Estos desarrollos le imprimieron un nuevo dinamismo a la operación y, a medida que la cartera de usuarios crecía de 53.458 en 1988 a 87.844 en 1989 y a 131.015 en 1990, algunas instituciones médicas comenzaron a abrir compañías de medicina prepagada para asegurarse una parte del mercado. Tales fueron los casos de empresas como Salud Colmena, Servicios Médicos Colpatria, Fesalud y Humana, esta última creada por la Clínica Country. Esta clínica era la más importante de Bogotá, en la cual tenía consultorios la mayoría de los médicos que atendía a los pacientes de Colsanitas en las áreas de Maternidad, Patología y Urgencias. Para 1991, el crecimiento de los usuarios de Colsanitas alcanzó 24 por ciento (ver anexo 4).

La Clínica Country respondió al crecimiento del mercado y a la competencia restringiendo inesperadamente el servicio a los afiliados de Colsanitas, en vista de lo cual Cochetteux Tierno se reunió con los galenos de esa institución para tratar de obtener su apoyo frente a la decisión de su proveedor. Prescindir de los servicios de ese centro médico equivalía a paralizar la operación de medicina prepagada, ya que no había adónde remitir a la totalidad de usuarios. La Clínica Country pensó que, al tomar esta decisión, los usuarios de Colsanitas se cambiarían en forma masiva a Humana, su compañía de medicina prepagada.

Cocheteux Tierno continuó sosteniendo reuniones estratégicas con los médicos, especialmente con los ginecólogos y obstetras, de quienes tenía mayor dependencia, para mantenerlos informados sobre lo que sucedía. Aunque un grupo de ellos se solidarizó con Colsanitas y ofreció seguir atendiendo a sus pacientes, e incluso trasladar sus consultorios a otras clínicas, el episodio evidenció la fragilidad del modelo de negocios dependiente de proveedores externos y se previeron las limitaciones futuras de depender de las principales clínicas, en vista de la competencia con sus propias compañías de medicina

prepagada. Colsanitas reconoció entonces la necesidad de contar con una infraestructura propia más amplia y confiable para atender a la creciente clientela. El Clinicentro Calle 99 y su filosofía de servicio y personal anticiparon lo que sería la obra más grande de Colsanitas y que terminaría de consolidarla como líder en su ramo: “Una clínica con el servicio de un hotel cinco estrellas”. Para ello, Colsanitas convenció a un grupo de médicos jóvenes, entre ellos algunos de la Clínica Country, para que la acompañaran en esta iniciativa.

La Clínica Reina Sofía: consolidación de la integración vertical

La construcción de la Clínica Reina Sofía en Bogotá se inició en 1991 con una inversión de cuatro millones de dólares. El concepto era novedoso, ya que los profesionales integrantes de los comités de especialistas intervendrían en el diseño, tanto de áreas médicas como de pacientes, y podrían tener consultorios en ella e incluso ser accionistas; ingresaron como tales 99 médicos con una participación de 9,38 por ciento del total de acciones¹¹. El proyecto se financió parcialmente por medio de la venta de consultorios y los costos se redujeron adquiriendo mobiliario, como camas y escritorios, en el mercado secundario. Todo el proceso de diseño y construcción, que se hizo en colaboración con los médicos, contribuyó a profundizar la compenetración con este gremio. La clínica fue inaugurada en octubre de 1992 y puesta en marcha en marzo de 1993 con una edificación de 85 consultorios para 150 médicos y otra con 106 habitaciones individuales, seis camas de cuidados intensivos y ocho quirófanos¹².

Muchos de los servicios fueron novedosos y redondearon la identidad del producto que ofrecía Colsanitas. El enfoque centrado en el usuario se amplió al punto de tener empleados encargados exclusivamente del bienestar del paciente y sus familiares en cuestiones no relacionadas con la asistencia médica, como peluquería, diligencias médicas, encuestas y resolución de conflictos. Las amplias habitaciones individuales ofrecían servicios como televisión por cable, teléfono, sala de espera, sistema de comunicación con la enfermería, circuito cerrado de TV entre las habitaciones de maternidad y la guardería, y salas de urgencia separadas para niños y adultos. Asimismo, el diseño propuesto por los médicos aseguró una circulación apropiada, de manera que se respetara la privacidad del paciente y el médico pudiera desplazarse pasando desapercibido.

La nueva infraestructura permitió también profundizar el enfoque preventivo y romper definitivamente con lo que era costumbre en el medio del aseguramiento: cubrir la enfermedad mas no los gastos por concepto de prevención. Se eliminaron o ampliaron las limitaciones en algunas terapias y los consultorios comenzaron a ser más receptivos hacia los pacientes de Colsanitas, quienes hasta entonces habían recibido frecuentemente un servicio limitado en las grandes clínicas. En un esfuerzo por concientizar al usuario, se produjeron videos informativos sobre condiciones comunes, programas para diabéticos, así como la publicación gratuita de la *Revista Bienestar*.

En el área de personal, además de los programas de mejoramiento profesional para los médicos, se instauraron incentivos de capacitación para los empleados técnicos y administrativos, se introdujo el uniforme, se estableció un sistema de transporte y se comenzaron a promocionar internamente las vacantes para crear una identificación del trabajador con la organización así como posibilidades de crecimiento, filosofía que se extendió a los demás centros del país. Según Íñigo Gómez Pineda, “este tipo de iniciativas permitió consolidar equipos de alto desempeño, además de cohesionar a los trabajadores, para proveer un servicio de excelencia” (entrevista, 2 de diciembre de 2004, Bogotá).

Para Cochetoux Tierno, todos estos cambios constituían “la implementación de planes con mucho ‘sentido común’ y respeto hacia los empleados”. En Colsanitas, el “sentido común” se convirtió formalmente en un valor fundamental de la empresa para guiar decisiones gerenciales (ver anexo 2);

¹¹ Colsanitas cuenta en 2004 con cerca de mil médicos accionistas.

¹² Los servicios incluyeron Urgencias generales y pediátricas, Cirugía ambulatoria, Cirugía general y cuidados intensivos, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, Maternidad y neonatología, Medicina nuclear, Oftalmología, Ortopedia, Pediatría, Radiología y otras especialidades, además de la Farmacia, Gimnasio y Lavandería.

ha llevado a la empresa a tener indicadores de desarrollo humano que reflejan la alta permanencia de empleados que han escalado posiciones a través de la inversión en formación que ha hecho la misma empresa. Actualmente, la tasa de permanencia y retención de los empleados es alta (más de 96 por ciento comparado con empresas similares que retienen tan sólo 85 por ciento del personal).

Por medio de esta compleja operación, que inicialmente captó más de 50 por ciento de las hospitalizaciones en la capital, Colsanitas entró en una nueva etapa en la cual su control sobre los costos operativos fue cada vez mayor a través de la integración vertical de los servicios clínicos. Esta integración también obedeció a una estrategia de aseguramiento de la calidad del servicio, ya que era más fácil controlar la excelencia de compañías propias que compartieran la mística de trabajo en cuanto al trato del usuario que a través de terceros. La mayoría de los servicios contratados, desde sistemas computarizados hasta comidas, publicaciones y venta de medicamentos, tanto en Bogotá como en el interior del país, empezaron a ser suministrados por empresas creadas o adquiridas por el grupo Colsanitas¹³.

Para asegurar su rentabilidad, estas empresas de apoyo tenían hasta 70 por ciento de clientela externa en sus nichos de mercado y facturaban a los centros médicos Colsanitas por sus bienes y servicios. Los centros médicos a su vez facturaban a Colsanitas S.A. por los servicios prestados a los usuarios de Medicina Prepagada Colsanitas, Medisanitas y EPS Colsanitas, manteniendo de esta forma una relación costo-beneficio entre la compañía de medicina prepagada y sus centros médicos. Cada uno de los centros médicos y de las compañías de servicios se constituyó como una sociedad independiente con propiedad accionaria particular en participaciones de capital que oscilaban entre 28 y 90 por ciento, lo cual dio a Colsanitas una gran capacidad de generar negocios y de asociarse con capitales en ramos variados. En 1992 se decidió consolidar todas las operaciones en una sola empresa, Colsanitas S.A.¹⁴, y se creó una acción única que entró a cotizar en la Bolsa de Bogotá, hoy día Bolsa de Valores de Colombia.

Paralelamente al desarrollo de la Clínica Reina Sofía, en 1991 se incrementaron los esfuerzos para asegurar una mayor cobertura nacional. Se inició la construcción del Clinicentro de Medellín, la compra de un edificio para el Clinicentro de Bucaramanga y la ampliación del Clinicentro de Cali inaugurado el año anterior. Para el año 2004, la infraestructura médica de Colsanitas constaba de cuatro clínicas, 21 clinicentros, 16 laboratorios, 23 farmacias, 20 ópticas y un centro odontológico, distribuidos en la capital y las principales ciudades. De esta manera, aunque Colsanitas mantenía convenios con diversas instituciones médicas y profesionales de la medicina a escala nacional para atender a sus usuarios, proveía más de 60 por ciento de los servicios a través de infraestructura propia, lo que generó un ahorro operativo significativo¹⁵. Para

¹³ Entre las compañías consolidadas del grupo se cuentan Red Médica S.A., para la generación, transporte o transferencia electrónica de información; Servicios Industriales de Lavado Ltda., para el lavado a vapor o en agua y secado; Iberocaribe, para la elaboración y distribución de comidas; Genelec S.A., para la generación y venta de energía eléctrica; Revista Bienestar Ltda, para la edición, distribución y venta de revistas, libros y folletos sobre asuntos científicos y médicos; Deporte y Salud Colsanitas S.A., para la realización y promoción de actividades relacionadas con salud, deporte, fisioterapia y estética; Academia Deportiva Colsanitas Ltda., para la enseñanza y práctica del deporte en beneficio de la salud y prevención de enfermedades; Farmasanitas Ltda., para la compra y venta al mayor y detal de medicamentos, perfumería, cosméticos, elementos médico-quirúrgicos, productos dietéticos, oftalmológicos y para bebés; Pos Salud Ltda., como grupo de práctica profesional; Óptica Colsanitas Ltda., para la compra, venta, fabricación, distribución y exportación de productos de óptica, optometría y oftalmología; Odontosanitas Ltda., para la prestación de servicios de odontología; y Salud Ocupacional Ltda., para brindar servicios relacionados con la medicina del trabajo, higiene y seguridad industrial. Las compañías no consolidadas son: Produmedic S.A., para la producción, transformación, comercialización, representación o venta de productos de consumo requeridos para la prestación de servicios de salud; Intersanitas S.A., para prestar servicios de organización e infraestructura médico-hospitalaria; Plurimed S.A., para invertir en infraestructura hospitalaria y clínica, y promover, fundar, financiar y administrar empresas dedicadas a servicios de salud; y Clinicentro Ciudad Salitre S.A., para la administración de establecimientos dedicados a la prestación de servicios asistenciales, médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de diagnóstico (*Informe de Actividades 1998*, p. 68, Bogotá).

¹⁴ El esquema gerencial consta de varias vicepresidencias (Ejecutiva, Económica, Operativa, Financiera, de Salud, de Infraestructura hospitalaria, de Desarrollo, Comercial y de Informática), que llevan a cabo políticas comunes para todas las empresas del grupo y manejan la administración, la contabilidad y los aspectos legales de manera centralizada.

¹⁵ Para 1991 ya había oficinas comerciales en once ciudades principales, las cuales se ampliaron a quince en 1992, a veinte en 1994, hasta llegar en 2004 a sesenta, que atienden gran parte del territorio nacional. Las ciudades más remotas y pequeñas cuentan con 22 oficinas satélite para conquistar nuevos usuarios, lo cual augura un importante potencial de expansión.

cubrir el mercado de medicina prepagada del sector con poder adquisitivo medio-medio y medio-bajo, en 1992 se creó Medisanitas, cuyo servicio se prestaba en Bogotá, Barranquilla, Tunja, Cali, Medellín y Bucaramanga y para 1998 contaba con 14.051 usuarios.

Finalmente, para completar este proceso de consolidación en el mercado, Colsanitas participó activamente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), vigente en Colombia a partir de 1994, que contempló un Plan Obligatorio de Salud (POS) para los usuarios, administrado por entidades prestadoras de servicios (EPS) privadas o públicas. A través de la EPS Colsanitas, cuyo objeto es “promover la afiliación y el registro individual o colectivo al sistema general de seguridad social en salud, bien sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado”¹⁶, la compañía se insertó en este nicho.

Este desarrollo comercial se hizo posible una vez que se generó un ambiente favorable para la medicina prepagada y su reglamentación, en cuyo proceso de elaboración Colsanitas tuvo una importante injerencia. Uno de los factores clave en su estrategia para disminuir riesgos operativos y consolidar el mercado fue promover, conjuntamente con el gobierno, una adecuada regulación. Este esfuerzo en contribuir en la fijación de reglas justas, transparentes y estables también le permitió a la empresa influir posteriormente en uno de los procesos que modificó sustancialmente el funcionamiento de la industria de la salud en Colombia: la reforma de la seguridad social, no sólo como mecanismo para crear un nuevo mercado, sino también para mejorar la cobertura médica de los sectores más vulnerables de la población.

Marco regulador de la medicina prepagada y reforma de la seguridad social

A lo largo de su gestión, Cochetoux Tierno, gracias al apoyo de la Junta Directiva y la visión del equipo gerencial, reconoció la importancia de un marco jurídico apropiado para el desempeño de la empresa y asumió el reto de lograr su transformación, tanto en la salud privada como en la pública. Por un lado, era necesaria una regulación clara de las actividades de las compañías de medicina prepagada para reducir riesgos y poder actuar dentro de un marco estable y definido. Por el otro, la reforma del sistema de seguridad social y de salud era indispensable para abrir al sector privado el camino hacia nuevos mercados hasta entonces reservados al sector público.

La indefinición de la regulación de la medicina prepagada benefició a Colsanitas en los años ochenta, ya que le permitió competir con aseguradoras y clínicas en una posición ventajosa al operar como una compañía de licencia médica integral registrada en la Superintendencia de Industria y Comercio, y ser supervisada por ésta y no por la Superintendencia Bancaria¹⁷. Este organismo, que en Colombia regulaba los seguros de salud, efectivamente intentó un recurso contra Colsanitas por no cumplir con las reservas y demás requisitos de las aseguradoras, los cuales la empresa consideraba demasiado exigentes para una operación que prestaba servicios con base en cuotas mensuales y que diferían completamente del seguro tradicional.

Una vez que Colsanitas y sus competidores en la medicina prepagada captaron un universo importante de usuarios y lograron definir su oferta de servicios, la falta de regulación empezó a crear problemas, tales como generación de costos y ajustes no presupuestados por imprecisiones de la normativa, suspensión de la contratación por parte de grandes empresas o personas naturales en espera de pautas claras, huelgas médicas por honorarios como las de Cali y Medellín, así como incertidumbre en cuanto a las posibles sanciones. De manera que la medicina prepagada operó en un vacío jurídico hasta que se reglamentó esta actividad mediante el Decreto 1570 de 1993, que definió, entre otros, su concepto y actividades, el monto y variación del capital, la reserva legal (50 por ciento del capital suscrito, formada con el 10 por ciento de las utilidades líquidas de cada ejercicio), el margen de solvencia (15 por ciento del promedio mensual de los gastos médico-asistenciales de los últimos seis meses que deberá invertirse en títulos valores de renta fija de alta liquidez

¹⁶ Colsanitas: *Informe de Actividades 1998*, p. 68.

¹⁷ La Superintendencia Bancaria está adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, en su calidad de autoridad de supervisión integral, cubre las áreas de intermediación financiera, seguridad social y otros servicios financieros como seguros y capitalización.

o mantenerse en encargos fiduciarios, con un 5 por ciento que podrá invertirse en títulos de renta variable). La regulación colocó a la medicina prepagada bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud¹⁸.

En la década de los ochenta también se observó el debate público sobre la necesidad de modificar profundamente el ineficiente sistema nacional de seguridad social y de salud. Este sistema estaba constituido por la salud pública, manejada por el Ministerio de Salud, que a través del subsidio a la oferta intentaba cubrir 75 por ciento de la población de menores recursos, el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión, que cubrían cerca de 20 por ciento de la población con empleo formal; y el sistema privado, que cubría el 5 por ciento restante de seguros y pagos privados¹⁹. Para 1992, los sistemas públicos eran deficitarios, ineficientes y tan sólo 23 por ciento de la población de aproximadamente 40 millones se encontraba efectivamente asegurado²⁰.

La transformación del sistema de salud se enmarcó en un proceso general de descentralización de las funciones del Estado²¹ y de cambio constitucional por el cual la salud privada quedaría estrechamente ligada a la pública (ver anexos 5 y 6). El debate nacional que inició este cambio se desarrollaba en dos campos: el que abogaba por conservar el sistema existente basado en la universalidad, integralidad y solidaridad, y el que proponía incentivar el libre mercado y la competencia como forma natural de depurar el sistema y alcanzar la eficiencia. La Constitución de 1991 amalgamó ambas tendencias al conservar los principios de “eficiencia, universalidad y solidaridad” vinculados a “la participación de los particulares”.

La participación del sector privado en la salud y en la seguridad social era una idea relativamente reciente inspirada en gran parte por la reforma del sistema de pensiones chileno, cuyos más destacados expertos visitaron Colombia en calidad de asesores del gobierno de César Gaviria (1990-1994) durante el proceso constituyente de 1991 y al inicio de la reglamentación de la Ley 100. Cochetoux Tierno cuenta que para ese momento ya conocía las fortalezas y debilidades del sistema de ese país con respecto a la filial abierta en Santiago de Chile en 1992. Una entrevista que Cochetoux Tierno ofreció a un diario de Bogotá, en la que describió la trayectoria de desarrollo de la medicina prepagada y cómo el concepto estaba permeando hacia los estratos más bajos de la población, llevó a la senadora María Paulina Espinosa a contactarlo y alentarle para que se involucrara de forma más activa en las discusiones sobre la reforma pensional: “Usted debe meterse en el tema de la seguridad social. Es demasiado importante y usted tiene toda una experiencia en el sector privado que puede ser de mucha utilidad para la reforma de la salud colombiana”.

Este contacto se insertó perfectamente en el esfuerzo para elevar el perfil de Colsanitas y lograr una influencia más efectiva, tanto con el gobierno como con los galenos, a través de un frente institucional organizado que facilitara la transmisión de las posturas, ya no de Colsanitas solamente, sino de la industria de la medicina prepagada como bloque. Para ello “se creó en 1992 la Asociación Colombiana de Medicina Integral (Acemi)²² y como presidente podía hacer muchas más cosas que como portavoz de Colsanitas” (entrevista, 24 de marzo 2004, Bogotá).

¹⁸ Los montos establecidos en el Decreto 1570 fueron modificados por decretos posteriores.

¹⁹ Céspedes L., J. E. (2004): *Reforma de salud y seguridad social en Colombia* (1ra. parte). BusinessCol.com, febrero, Bogotá, p. 1.

²⁰ Londoño, B. y otros (2001): *Descentralización y reforma de los servicios de salud: El caso colombiano*. The World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, Human Development Department, LCSHD Paper Series No 65, marzo, p. 22.

²¹ El proceso se inicia en 1983 con la Ley 14, que fortalece los fiscos municipales y responsabiliza a los municipios de los servicios públicos domiciliarios y sociales; pasa por el Decreto 77 de 1987, que transfiere competencias del Estado a entidades departamentales y municipales en áreas de agua potable, saneamiento, política de vivienda, desarrollo de infraestructura, entre ellas la médica, y asistencia técnica agropecuaria; se fortalece con la Constitución de 1991, que establece la transferencia automática de un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación (ICN) a departamentos, distritos y municipios; y se concreta con la Ley 60 de agosto de 1993, que ordena la transferencia de un porcentaje adicional de los ICN y reglamenta la distribución de recursos y competencias de salud entre las entidades territoriales.

²² Esta asociación sin fines de lucro agrupa a 10 empresas de medicina prepagada y 16 entidades prestadoras de servicios privadas con el objeto de reunir recursos, experiencias e información sobre servicios y mercados, participar en las negociaciones con el sector público y privado, y ser vocera ante la opinión pública y los organismos estatales, para intentar incrementar la participación del sector privado.

Una vez enmendada la Constitución, el ministro de Salud, Juan Luis Londoño de la Cuesta, respetado economista, gestor y coautor de las leyes 60 y 100, se abocó a la implementación de las reformas. Para Cochetoux Tierno, éste era el momento de plantear una visión moderna y solidaria de un marco para la salud general en el cual pudiera insertarse a las compañías privadas con una regulación apropiada. Por medio de Acemi, se ofreció asesoría especializada al despacho ministerial pero, en polémica pública, dicha asociación terminó difiriendo de muchos de los planteamientos del ministro. Cochetoux Tierno, como representante de Acemi, consideraba que se estaban incorporando debilidades del sistema chileno como, por ejemplo, las dificultades administrativas generadas por el sinnúmero de planes necesarios para cubrir los diversos grupos de contribuyentes que aportarían según su ingreso, la insatisfacción de los estratos de mayores ingresos cuando necesitaran cobertura extra o la exclusión de los grupos de menores ingresos. Según Cochetoux Tierno, la propuesta de Londoño era demasiado liberal, una versión similar a la reforma chilena, que no garantizaba el cumplimiento de acceso universal.

En ese momento entra el entonces senador Álvaro Uribe Vélez, quien era el encargado de adelantar la reforma en el Congreso. Uribe Vélez tenía diferencias importantes con Londoño. Le expusimos que el sistema debía ser universal, solidario y eficaz. El otro principal argumento era que lo importante no era la obligación del Estado de dar salud sino el derecho del ciudadano a recibirla. Le expliqué cómo y por qué se podían alcanzar esos objetivos (entrevista, 24 de marzo 2004, Bogotá).

Uribe Vélez, quien llegó a la reunión con seis asesores y tenía tan sólo una hora debido a un compromiso familiar, se interesó tanto en la propuesta de Acemi que canceló su cita para quedarse hasta la una de la mañana y abocarse, en los meses siguientes, a agilizar el proceso de legislación para impulsar la reforma de la seguridad social. Cochetoux Tierno le explicó cómo la medicina prepagada había logrado modificar la concepción de la salud y cómo la reforma chilena, cuyo éxito había sido incorporar el sector privado, había fallado en ampliar la cobertura a los sectores más necesitados de la población. Uribe Vélez comprendió la propuesta de Acemi, los contrastes con la proposición del Ejecutivo y procedió a introducir cambios importantes al proyecto de ley que llegó a ser conocido como la Ley 100, la cual selló la conexión entre la salud pública y la privada. Esta ley de diciembre de 1993 creó un modelo de competencia regulada y abrió el manejo de la salud y de la seguridad social a particulares. Asimismo, estableció el subsidio a la demanda como mecanismo de financiamiento de la salud pública en reemplazo del sistema de subsidio a la oferta institucionalizado hasta entonces.

El funcionamiento del novedoso SGSSS se fundamentó en las contribuciones de la fuerza laboral a escala nacional: los trabajadores aportan 12 por ciento de sus ingresos (el patrono, 8 por ciento del salario básico de sus trabajadores, y el trabajador 4 por ciento) al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) que se maneja a través de cuatro cuentas principales²³. La Subcuenta de Compensación capta 11 por ciento para financiar el régimen contributivo –que atiende a los contribuyentes– y la Subcuenta de Solidaridad, uno por ciento para costear el régimen subsidiado –que atiende a las personas de escasos recursos–, lo cual representa cerca de 45 por ciento de su ingreso total²⁴. Los servicios médicos a los que tienen derecho los usuarios de ambos sistemas están contemplados en el POS, cuya administración quedó a cargo de entidades prestadoras de servicios (EPS) privadas y públicas. El costo de los servicios brindados a los asegurados les es retribuido a razón de una unidad de pago por capacitación (UPC)²⁵ por cada afiliado a una EPS (ver anexos 7 y 8). Fue con la figura

²³ El Fosyga está adscrito al Ministerio de Salud y es manejado por encargo fiduciario sin personería jurídica ni planta de personal propia. Las otras cuentas son la Subcuenta de Prevención y Promoción y la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

²⁴ Londoño y otros, op. cit., p. 79.

²⁵ El valor de la UPC, fijado anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y por el Ministerio de Salud, es de un promedio de 346.271,44 pesos, mientras que la UPC subsidiada es de un valor promedio de 191.821 pesos. Salud Colombia (2004): *Aumenta diferencia entre UPC contributiva y subsidiada*, LXXIII Edición (73), Bogotá.

comercial de la EPS que el SGSSS se abrió a la participación del sector privado, el cual respondió con una importante oferta de estas compañías de servicios de salud. Entre las privadas, la EPS Sanitas se ubica entre las catorce más importantes.

El consejo

El sonido del teléfono sacó a Cocheteux Tierno de sus reflexiones sobre el desarrollo de la empresa en Colombia. Juan Pablo Currea, gerente general de Sanitas Venezuela, le planteó desde Caracas su más reciente dilema:

Roberto, estoy teniendo dificultades con la Superintendencia de Seguros. Ya te envié un memo que describe el problema. Hay que terminar de definir un marco regulador para nuestras operaciones. Creo que ése ha sido el gran éxito del negocio en Colombia. Tengo conflictos con algunas aseguradoras que insisten en que debemos ceñirnos a las reglas de la Superintendencia (ver anexo 9).

Cocheteux Tierno tuvo dudas. Aunque Sanitas Venezuela estaba operando con éxito, era una iniciativa reciente con un mercado en pleno proceso de crecimiento. Currea continuó:

Viajo a Bogotá mañana. Si deseas conversamos a mi llegada. Te comento que estamos avanzando rápidamente en los planos de Clinisanitas La Castellana. Quisiera que los vieras. Me pregunto si reproducir aquí la participación accionaria de los médicos.

Cocheteux volvió a preguntarse la factibilidad de reproducir el modelo y concluyó:

Debemos estar abiertos, saber innovar y adaptarnos. Lo más importante es mantener la filosofía de trabajo, trabajar en equipo, tener sentido común e impactar positivamente a la sociedad; hacer las cosas bajo los principios que siempre han motivado nuestra actuación. Los valores de la empresa, la forma como hemos logrado nuestros objetivos es lo que nos va a llevar a tomar decisiones exitosas. Los valores son la esencia, lo que va a permitir que cambiemos adecuadamente nuestro modelo de negocio en el momento oportuno.

Al colgar el teléfono, volteó para observar el afiche promocional de la Copa Colsanitas, y recordó cómo los valores y la filosofía de la empresa guiaron su trayectoria. Cocheteux Tierno se mantuvo inquieto buscando respuestas a las preguntas de Juan Pablo Currea.

Anexo 1

**Principales compañías de medicina prepagada
y entidades prestadoras de servicios (EPS)****Compañías de medicina prepagada 2004**

Compañía	Afiliados	% del mercado nacional
COLSANITAS	268.569	33,40
MEDISANITAS	19.795	2,50
CAFESALUD	63.812	7,90
COOMEVA	198.665	24,70
COLMENA	101.083	12,60
OTRAS	151.251	19,90

Anexo 2

Misión y visión del Colsanitas

Misión:

Contribuir al desarrollo de Iberoamérica al ofrecer, mediante tecnología de punta, diversas alternativas de servicios integrales en salud con el propósito de lograr el bienestar en nuestros usuarios, generar oportunidades para nuestros empleados, fomentar el desarrollo para nuestros médicos adscritos y mantener el crecimiento económico de nuestra organización.

Visión:

Ser el grupo empresarial líder en servicios integrales de salud en Iberoamérica, reconocidos por nuestro enfoque humano, científico y técnico.

Valores:

La organización Sanitas Internacional ha definido claramente sus valores, los cuales deben ser internalizados y aplicados por cada uno de sus miembros.

Los valores corporativos tienen validez en tanto son resultado de una cultura empresarial que se expresa en cada actividad que desarrolla.

Los auténticos valores éticos son producto de la interacción humana. No son una imposición.

Valores corporativos:

Equidad y justicia: sinónimo de equilibrio en el buen obrar, para que todas las personas puedan recibir lo que les corresponde sin discriminaciones y con sujeción a sus derechos y deberes.

Respeto: interiorizar el respeto en cada uno de nosotros; respetarme a mí mismo, para luego exteriorizarlo a los demás; esto se refleja en un servicio oportuno, personalizado, integral e idóneo.

Verdad y honestidad: todos los actos de la compañía y de sus empleados se rigen por la honestidad y transparencia, para que la información que transmitamos sea veraz y, así, nos hagamos merecedores de la confianza de nuestros usuarios.

La satisfacción de mis clientes internos y externos estará como premisa fundamental en mi actividad diaria.

Solidaridad: capacidad para sentir como uno de nosotros a un miembro de nuestra comunidad; sentido colectivo de colaboración y apoyo sin diferenciación alguna, sin importar su condición social o económica. Capacidad de dar a los demás lo mejor de nosotros con plena generosidad.

Orden: ser ordenados en nuestro diario vivir y en nuestro trabajo como prioridad para expresar, así, responsabilidad y disciplina.

Unidad y comunicación: hacer claras y efectivas nuestras comunicaciones verbales y escritas, para integrar las fortalezas y esfuerzo en la compañía, en beneficio de nuestros usuarios.

Liderazgo: mantener, consolidar y ratificar “día a día” nuestra condición de líderes, trabajando en equipo, comunicándonos y teniendo una actitud de búsqueda constante de cobertura de las necesidades del cliente, para dirigir nuestros esfuerzos hacia un mismo objetivo: “servicio ágil y oportuno”.

Responsabilidad y sentido común: hacer las cosas bien desde el comienzo, con prudencia, puntualidad, oportunidad, eficiencia y eficacia, para garantizar a nuestros clientes internos y externos la satisfacción de sus expectativas.

Amor: el amor es la base de nuestra vida y de nuestro trabajo. Lo manifestamos cuando brindamos calidez, amabilidad, seriedad y cuidado a nuestros clientes, para que sus necesidades sean atendidas y resueltas satisfactoriamente.

El amor es el motor y el impulso en nuestras vidas.

Anexo 3

Organización Sanitas Internacional

Año	1980 Colsanitas	1985 Colsanitas	1990 Colsanitas	1995 Colsanitas	2000 Colsanitas	2001 Colsanitas	2002 Colsanitas	2003 Colsanitas	Proy. 2004 Colsanitas	Creación 1980
			Libcom	Libcom	Libcom	Libcom	Libcom	Libcom	Libcom	1982
			Heymocol	Heymocol	Heymocol	Heymocol	Heymocol	Heymocol	Heymocol	1984
			Omesa Infantil	Omesa (1)						1987
			Omesa Medellín							1987
			Omesa Barranquilla							1987
			Omesa Cali							1987
			Centro ginecobstétrico							1987
				Clínica Colsanitas	Clínica Colsanitas (2)	Clínica Colsanitas	Clínica Colsanitas	Clínica Colsanitas	Clínica Colsanitas	1987
				Soprinsa	Soprinsa	Soprinsa	Soprinsa	Soprinsa	Soprinsa	1993
				Farmasanitas	Farmasanitas	Farmasanitas	Farmasanitas	Farmasanitas	Farmasanitas	1991
				Revista Bienestar	Revista Bienestar	Revista Bienestar	Revista Bienestar	Revista Bienestar	Revista Bienestar	1991
				Medisanitas	Medisanitas	Medisanitas	Medisanitas	Medisanitas	Medisanitas	1991
				Optisanitas	Optisanitas	Optisanitas	Optisanitas	Optisanitas	Optisanitas	1992
				Sil	Sil	Sil	Sil	Sil	Sil	1992
				Iberocaribe	Iberocaribe	Iberocaribe	Iberocaribe	Iberocaribe	Iberocaribe	1992
				Eps Sanitas	Eps Sanitas	Eps Sanitas	Eps Sanitas	Eps Sanitas	Eps Sanitas	1992
				Intersanitas	Intersanitas	Intersanitas	Intersanitas	Intersanitas	Intersanitas	1994
				Pos Salud	Pos Salud	Pos Salud	Pos Salud	Pos Salud	Pos Salud	1994
					Salud ocupacional	Salud ocupacional	Salud ocupacional	Salud ocupacional	Salud ocupacional	1995
					Genelec	Genelec	Genelec	Genelec	Genelec	1996
					Fundación Sanitas	Fundación Sanitas	Fundación Sanitas	Fundación Sanitas	Fundación Sanitas	1996
					Sanitas Venezuela	Sanitas Venezuela	Sanitas Venezuela	Sanitas Venezuela	Sanitas Venezuela	1997
					Superdestino	Superdestino	Superdestino	Superdestino	Superdestino	1998
					Clinicentro Salitre	Clinicentro Salitre	Clinicentro Salitre	Clinicentro Salitre	Clinicentro Salitre	1998
					Centro Psicopeda.	Centro Psicopeda.	Centro Psicopeda.	Centro Psicopeda.	Centro Psicopeda.	1999
					Club deportivo	Club deportivo	Club deportivo	Club deportivo	Club deportivo	1999
							Oftalmosanitas	Oftalmosanitas	Oftalmosanitas	2000
							Fundación universitaria	Fundación universitaria	Fundación universitaria	2002
								GPM Software		2004
								Promotora inmobiliaria		2004
Total empresas	1	1	9	15	22	22	24	24	26	

Anexo 4

Colsanitas - Indicadores principales

(cifras en miles de pesos colombianos)

Año	Crecimiento de usuarios (%)	Usuarios Colsanitas	Usuarios mercado nacional (%)	Usuarios nacionales	Crecimiento mercado nacional	Ingreso por contratos promedio mes por usuario
1984		15.000				
1985	13,33	17.000				
1986	17,65	20.000				
1987	85,00	37.000				2.165
1988	44,48	53.458				2.666
1989	64,32	87.844				3.525
1990	49,15	131.015				4.900
1991	24,41	162.996				7.031
1992	11,30	181.420				10.435
1993	24,84	226.493				12.527
1994	14,28	258.838	30,09	960.177		19.675
1995	-0,27	258.148	32	890.171	-7,290947398	24.723
1996	-0,98	255.614	32,5	818.537	-8,047217894	33.803
1997	2,96	263.192	34,2	816.478	-0,251546356	43.195
1998	8,77	286.275	37,5	814.838	-0,20086273	50.827
1999	-2,987686665	277.722	34,4	810.269	-0,560724954	62.957
2000	5,113386768	291.923	35,3	826.872	2,049072592	70.678
2001	-1,380809663	287.947	34,9	824.685	-0,264490756	80.513
2002	-3,733658041	277.583	33,6	825.998	0,159212305	90.383
2003	-2,568811407	270.631	33,5	807.290	-2,264896525	100.910

Fuente: Informe de Actividades Colsanitas, 1991-1998.

Anexo 5

Leyes y decretos que rigen la descentralización política y en salud y que regulan la actividad de la medicina prepagada

Fecha	Ley o decreto	Normativa
1983	Ley 14	Punto de partida de la descentralización y de la autonomía fiscal: fortalece los fiscos municipales y responsabiliza a los municipios de los servicios públicos domiciliarios y sociales.
1986	Ley 11	Establece la elección popular de alcaldes y transforma la estructura de los municipios para lograr mayor participación ciudadana y mejor capacidad operativa.
1986	Ley 12	Establece la transferencia de recursos fiscales a los municipios hasta un 50% del Impuesto al Valor Agregado.
1987	Decreto 77	Transferencia de competencias del Estado a entidades regionales y departamentales en áreas de agua potable, saneamiento, política de vivienda, desarrollo de infraestructura y asistencia técnica agropecuaria.
1990	Ley 10	Decentralización fiscal y estructural del Sistema Nacional de Salud.
1990 (julio)	Decreto 1472	Reorganiza la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo adscrito al Ministerio de Salud, para nominarlo autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de la medicina prepagada, entre otras.
1990 (agosto)	Decreto 1759	Crea el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas y la Junta de Tarifas para el Sector Salud.
1991	Constitución	Consagra principios de la descentralización, privatización de servicios públicos y sociales, autonomía de las entidades federales y mayor participación ciudadana. Reestructura el Ministerio de Salud y la Caja Nacional de Previsión.
1993 (agosto)	Decreto 1570	Reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la constitución (certificado de funcionamiento), definición de servicios, contratación y funcionamiento de la medicina prepagada (montos de capital, reserva legal, margen de solvencia y patrimonio técnico) y ratifica la supervisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
1993 (agosto)	Ley 60	Reglamenta la distribución de recursos y competencias de salud entre las entidades territoriales. Ordena la transferencia de 46,5% de los Ingresos Corrientes de la Nación a los departamentos y municipios.
1993 (diciembre)	Ley 100	Crea un modelo de competencia regulada que abre a particulares el manejo de la salud y de la seguridad social. Crea el Fondo de Pensiones y Cesantías que permite al sector privado manejar recursos y al trabajador elegir la EPS de su preferencia. Convierte a los hospitales en empresas sociales del Estado para sustituir progresivamente los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda.
1994 (junio)	Decreto 1222	Reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada (preexistencia de enfermedades, exclusiones).
1994 (julio)	Decreto 1486	Reglamenta el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funciones de la Medicina Prepagada, la cual se define como “el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente decreto, para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atenderá directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”. Modifica el margen de solvencia y el patrimonio técnico.
1996	Ley 344	Conocida como “ley de racionalización del gasto público”. Establece el <i>pari passu</i> , mecanismo mediante el cual el fisco gira 1% por cada peso aportado por los asalariados e independientes inscritos en el Régimen Contributivo, en sustitución del Art. 221 de la Ley 100, que establecía el financiamiento a través de un porcentaje aportado por el Estado.
1996	Decreto 1283	Reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga (derogado parcialmente por el Decreto 1013 de 1998).
2003	Decreto 800	Reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento general de la medicina prepagada, modificando los montos de capital.

Anexo 6

Colsanitas - Desarrollo durante la descentralización del Estado y la reforma del Sistema Nacional de Salud

Colsanitas	Colombia	Colsanitas Internacional
Inicio de operaciones Colsanitas, Bogotá	1980	
	1986 Ley 11, Ley 12	
Apertura Clinicentro Calle 99, Bogotá.	1987 Decreto 77	
Apertura de Clínica Sebastián de Belacázar, Cali.	1988	
Inicio de construcción Clínica Reina Sofía, Bogotá. RX, Droguería Colsanitas, Centro Médico Infantil, Bogotá. Oficinas comerciales en Santa Marta y Barrancabermeja. Departamento de Salud Ocupacional, Lanzamiento Revista Bienestar. Oferta y venta de acciones Colsanitas SA.	1990 Ley 10 Decreto 1472 Decreto 1759	
Creación de MediSanitas SA. Centro de Asistencia Médica Radiológica y de Ginecobstetricia, Droguería Colsanitas en Bogotá. Colsanitas Bolívar SA en Cartagena. Apertura de Clinicentro de Medellín. Oficinas comerciales en Bucaramanga, Armenia, Cartago, Cúcuta y Manizales. Inauguración de oficina de Atención Integral en Bogotá. Colocación de acción Colsanitas SA en la Bolsa de Bogotá. Fundación de ACEMI.	1991 Nueva Constitución	
Apertura Clínica Reina Sofía. Oficinas comerciales en Pasto, Valledupar y Montería. Ampliación Clínica Sebastián de Belacázar, Cali. MediSanitas en Medellín, Bucaramanga y Barranquilla. Primera Copa Colsanitas. Emisión de bonos para reestructurar deuda.	1992	1992 Sanitas Internacional Chile Ecuasanitas, Ecuador
Creación de EPS Sanitas SA. Inauguración de nueva sede y de Óptica Colsanitas, Bogotá. Ampliación: Bucaramanga, Manizales, Palmira, Santa Marta. Oficinas comerciales en Neiva, Ibagué y Popayán. Creación del Equipo Colsanitas de Tenis.	1993 Ley 60 Ley 100 Decreto 1570	
Fabiola Zuluaga ingresa al Equipo Colsanitas de Tenis. Oficinas comerciales en Montería, Bogotá y en Tunja.	1994 Decreto 1222 Decreto 1485 Decreto 1486	
Gimnasio. Academia de Deportes.	1995	
Ciudadela Sanitaria en Bogotá.	1996 Ley 344, Decreto 1283	1996 Sanitas Nubial, Arg.
OdontoSanitas. Fundación Sanitas.	1997	
Emisión primaria de acciones Colsanitas SA. Copa Colsanitas ingresa al circuito del International Tennis Federation.		
Oficina comercial en Valledupar.	1998	1998 Sanitas Venezuela
Clinicentro Infantil, Bogotá. Ciudad Salitre, Chía. Medicina Nuclear, Bogotá.		
Edición inaugural del Premio Nacional de Medicina Juan Jacobo Muñoz.	1999 2004	
Inicio de construcción Clínica Ciudad Salitre y de la sede da la Universidad Sanitas, Bogotá. Apertura del Laboratorio Clínico Robotizado, Bogotá.		

Anexo 7

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia

Financiamiento	Fuentes de financiamiento	Asignación de fondos
Entidad Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Cuenta adscrita al Ministerio de Salud Departamentos Distritos Municipios Gobierno nacional	1. Aporte obligatorio de todos los trabajadores: -Asalariado 12% (8% empresa + 4% trabajador) -Independiente 12% 2. Intereses y rendimientos financieros propios.	Régimen contributivo Subcuenta de Compensación: 11% del cual se paga una Unidad de Pago por Capacitación (UPC) por cada persona afiliada a una EPS. Recauda los excedentes y/o compensa los déficits de las Entidad Prestadora de Salud (EPS) al recibir las cotizaciones y descontar el valor de las UPC. Subcuenta de Solidaridad: 1% para financiar costo de Régimen Subsidiado (45% del total de su financiamiento)+ Caja de Compensación Familiar + Aporte del Presupuesto Nacional. Financia el Régimen Subsidiado. Subcuenta de Prevención y Promoción: para programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud pública. Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito: obtiene y administra recursos para utilizar en caso de catástrofes naturales, sociales y accidentes de tránsito.
	Aporte Departamental del Situado Fiscal provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) Participaciones municipales	Régimen subsidiado
	Rentas cedidas Aporte equivalente al 1% que deposita el Fosyga en la Subcuenta de Solidaridad (<i>pari passu</i>)	Régimen subsidiado

Anexo 8**Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia**

Distribución de responsabilidades

Financiamiento	Organismo responsable	Cobertura	Función
Dirección y regulación	Ministerio de Salud	Nacional	Definir las variables en el desarrollo del sistema de aseguramiento
	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)	Nacional	Definir las variables en el desarrollo del sistema de aseguramiento
	Departamentos Distritos Municipios Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud	Territorial	Definir las variables en el desarrollo del sistema de aseguramiento
Aseguramiento (manejo del riesgo y administración de la prestación de servicios)	Empresas prestadoras de servicios (EPS) públicas o privadas	Régimen contributivo	Garantizar la prestación completa del plan de beneficios o Plan Obligatorio de Salud (POS)
	Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) públicas o privadas Empresas Solidarias de Salud (ESS) comunitarias	Régimen subsidiado	Garantizar la prestación completa del Plan Obligatorio de Salud (POS)
Prestación de servicios	Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS): hospitales públicos, clínicas privadas y demás	Régimen contributivo y subsidiado	Proveer servicios contratados por medio de las EPS y ARS

Anexo 9

Memorandum

Para: Roberto Cochetoux Tierno, presidente de Colsanitas
 De: Ignacio Correa, gerente general de Sanitas Venezuela
 Fecha: 21 de agosto de 2000
 Asunto: Regulación de la medicina prepagada en Venezuela

El éxito que ha tenido Sanitas Venezuela desde su fundación, en vista del encarecimiento de las pólizas de seguros y la insuficiencia del sistema de salud pública, nos lleva a considerar su estatus jurídico para asegurar un buen funcionamiento de la compañía en el futuro.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social es el ente rector y contralor de la política nacional de salud y desarrollo social en Venezuela y cuenta entre sus funciones: "... la coordinación, reglamentación, supervisión técnica y direccionamiento de las actividades y servicios nacionales, estatales, municipales y privados en materia de salud pública y la inspección y vigilancia del ejercicio de toda profesión o actividad que tenga relación con la atención a la salud" (Ley Orgánica de Administración Central, Art. 31). Sin embargo, aunque nos encontramos de manera indirecta bajo la tutela de este organismo, todavía no existen leyes ni reglamentos específicos que regulen al ramo de la medicina prepagada.

Igualmente, las actividades que desarrollan las empresas de medicina prepagada no están incluidas dentro del sistema nacional de salud y, por lo tanto, tampoco están sometidas a la supervisión y vigilancia de la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Por otro lado, la Superintendencia de Seguros tiene a su cargo: "... la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país, de los productores de seguros, de los ajustadores de pérdidas, de los peritos evaluadores, de los inspectores de riesgos, de las sociedades de corretaje de reaseguros y de las representaciones de empresas de reaseguros constituidas en el exterior" (Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, Art. 6). Este organismo ha manifestado en diversas ocasiones su intención de regular nuestras actividades bajo el argumento de que ofrecemos servicios similares a los de una compañía de seguros y, por ende, competimos en su ámbito de negocios, mas sin cumplir con las exigencias legales y económicas correspondientes.

Nuestro razonamiento para no funcionar bajo la legislación de seguros y reaseguros es que la actividad de medicina prepagada tiene características que le son propias y únicas y que, por ende, tal como en otros países, requiere una legislación especial. Las diferencias fundamentales que presentamos son que: la medicina prepagada no asegura un riesgo del contratante, no debe producirse un daño o pérdida que deba cubrir la empresa contratada, por lo cual ésta no se obliga a indemnizar o pagar siniestros a asegurado alguno y no celebra contratos de seguro ni emite pólizas de seguro que brinden cobertura al asegurado a cambio de una prima¹.

.../...

.../...

Está claro que las presiones de esta Superintendencia irán en aumento a medida que crezca nuestra cartera de clientes. Mientras tanto, hemos hecho nuestro mejor esfuerzo por influir en el actual proceso de reforma parcial de la Ley que regula el Subsistema de Salud que incluirá las reglas en materia de entidades de prepago y seguros de reembolso. Sería para Sanitas más fácil acelerar la concreción de esta legislación si existiera una asociación establecida representativa de los intereses de una comunidad de compañías de medicina prepagada. Sin embargo, por ahora seguimos siendo pioneros en el ramo y tenemos la responsabilidad exclusiva de fomentar la creación del mejor ámbito jurídico posible.

¹ Badell Grau & De Grazia, despacho de abogados (2001): *La actividad de la medicina prepagada en el marco de la legislación venezolana de seguros y reaseguros*. Caracas.

Anexo 10

Imagen corporativa



Logo corporativo



Imagen promocional de la Copa Colsanitas



Fabiola Zuluaga
Abierto de Francia, 2004

Fuente: Archivos Colsanitas