

La seguridad social en salud en el contexto del nuevo modelo de desarrollo

Martha Elena Saboyá Ramírez
Trabajadora Social
Instituto de Seguros Sociales
(1981-2003)

Resumen

Desde la década de 1980 empieza a perfilarse un cambio de gran trascendencia en la concepción y valoración del Estado, como resultado de los cambios que a nivel mundial se operan en la relación entre economía y política. El llamado Estado benefactor, concebido como actor destacado del desarrollo social y baluarte en la redistribución del ingreso, inicia un proceso de cambio paulatino que lo convierte en Estado regulador de las iniciativas privadas. El mercado, percibido como estimulador principal de los procesos de desarrollo, incursiona en el campo de los servicios públicos, específicamente en la salud y la seguridad social, tanto a nivel de las empresas administradoras de salud, como de las prestadoras de servicios. En este marco de referencia, la salud como derecho fundamental se transforma en salud como servicio al cual se accede a través del mercado de aseguramientos.

Palabras clave: Salud; Estado benefactor; Estado regulador; globalización; aseguramiento; mercado de la salud.

Abstract

Since the 1980's, the changes occurring worldwide in the relationship between economy and politics have gradually induced a significant change in the conception and valuation of the State. The welfare state, regarded as a major factor of social development and a stronghold in the redistribution of revenue, undergoes a process of transformation into a state that regulates private enterprise. Market, understood as the main stimulus of development, intrudes upon the field of services, specifically that of social security, involving insurance companies as well as health care providers. In this setting, health care as a fundamental right becomes health care as a service which is accessed through the insurance market.

Key words: Health care; welfare state; regulator state; globalization; insurance; health care market.

Artículo Recibido: Junio 02 de 2004. Aceptado: Agosto 18 de 2004.

En el Preámbulo de la Ley 100 de Diciembre 23 de 1993 el Estado Colombiano define la Seguridad Social Integral, como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

El sistema de aseguramiento en salud, establecido a partir de la Ley 100 se encuentra orientado prioritariamente hacia la atención de la enfermedad mediante el aseguramiento en el régimen contributivo o subsidiado. Es decir que el entorno legislativo e institucional, las normas y procedimientos se adecuaron para facilitar un mercado de seguros.

Al sector se le desvinculó del diseño y ejecución de políticas tendientes a mejorar las condiciones ambientales, sociales y económicas de la población; acciones que han demostrado tener mayor impacto en el bienestar físico, mental y social de las comunidades.

Existen profundas raíces de exclusión social que permean la institucionalidad y la lógica de los modelos de las políticas públicas en materia de seguridad social. La real inclusión social aparece hoy como un propósito inalcanzable dentro del marco de la Ley vigente, ya que la garantía de seguridad social integral pasa por la obtención del derecho al empleo, alimentación, educación, salud, vivienda, servicios públicos domiciliarios y protección integral a lo largo del ciclo vital.

La Salud en el régimen contributivo

Para comprender la crisis de la política de salud dentro del régimen contributivo de la Seguridad Social en Colombia, se hace necesario reflexionar sobre las transiciones operadas en el modelo de desarrollo económico mundial. Sin esta visión de contexto es imposible identificar los factores desencadenantes del denominado “marchitamiento” del Instituto de Seguro Social y en general de la seguridad social como política a cargo del Estado.

El presente artículo no aspira a abordar las reformas en el campo de pensiones y riesgos profesionales, contempladas en sendos libros que integran la Ley 100 de 1993, dado que el análisis de cada uno de estos programas requiere una revisión específica por la complejidad de los factores que abordan. No obstante se puede afirmar que la concepción de la reforma en estos dos campos conllevó a la privatización, al aumento de cotizaciones; mayores requisitos y trámites para alcanzar beneficios y disminución de los derechos y garantías al momento de reclamar las prestaciones.

En el año 1946, hace exactamente 58 años, con la expedición de la ley 90, se puso en marcha en Colombia un sistema de seguridad social con pretensión de hacer realidad hacia el futuro los principios de universalidad, integralidad en la prestación de servicios, solidaridad intergeneracional, calidad, oportunidad, unidad en la gestión y financiación tripartita.

Con la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), se concretaba el despegue de una de las políticas sociales más importantes dentro del marco del denominado Estado del Bienestar, “al buscar la

conjunción de los derechos sociales con objetivos de redistribución del ingreso y la movilización de solidaridades”.¹ Al finalizar la década de los años 50 se aceptaba en América Latina la necesidad de promover en forma acelerada el desarrollo económico y social de todos y cada uno de los países, y se concebía el desarrollo como elemento implícito en el crecimiento económico; a la salud y seguridad social, piezas fundamentales para lograrlo. La decisión de los legisladores de turno obedeció a la realización del proyecto de modernidad del país alcanzado hasta el momento, y a la necesidad de seguir afianzándolo.

“La república liberal en su deseo de materializar los pactos entre capital y trabajo a través de la protección, cobertura y prestaciones sociales convertidas en política pública da inicio a la constitución del Seguro Social”.²

Los primeros riesgos amparados fueron los de enfermedad general y la maternidad. Más adelante se estableció la cobertura y protección a los trabajadores por los riesgos inherentes a la actividad laboral, y a finales de la década de los años 60 se estructuró el aseguramiento en pensiones. Sin embargo, fue sobre la prestación de servicios frente a las contingencias de Enfermedad General y Maternidad (EGM), Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATP) e Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), que se afianzó la seguridad social en el país durante la segunda mitad del siglo XX.

Su consolidación marchaba al ritmo del desarrollo industrial del país y de la infraestructura vial, de comunicaciones y servicios. En la medida en que se formulaban proyectos de inversión y desarrollo económico impulsados por el Estado y los particulares, aumentaba la vinculación laboral y por ende la afiliación a la

seguridad social como mecanismo de protección legal del trabajador frente a los riesgos generales de vida como a los específicos dados por el desempeño de oficios.

A pesar del reconocimiento de la existencia de restricciones estructurales en el desarrollo agrario e industrial por efecto de la violencia y del estancamiento productivo, los gobiernos del Frente Nacional consideraron que el objetivo de la política económica y social radicaba en “elevar el nivel de bienestar de toda la comunidad a partir del estímulo a la producción de bienes y servicios, de la distribución generalizada del ingreso y del empleo”.³

Los gobiernos de las décadas de los años 70 y 80, con relación a la salud y a la seguridad social reconocieron su preponderante papel frente al logro del bienestar social. Cabe destacar esa intencionalidad en el planteamiento de Belisario Betancur:

“Unidos todos en esta tarea: la construcción de la Equidad en Salud podremos comprobar que la salud es un derecho humano fundamental y una meta social que el gobierno está obligado a garantizar a todos los colombianos, desde la niñez hasta la ancianidad: todo el itinerario de dignificación de nuestros compatriotas”.⁴

Durante este período histórico, el Estado se constituyó en planeador y ejecutor de la política pública de salud y seguridad social, comprendió que para ser garante ante la sociedad del amparo de múltiples contingencias a las que se puede enfrentar el ser humano en la construcción de su propio desarrollo y en los demás, debía asumir el control total de estas prestaciones.

La estabilidad en los puestos de trabajo bajo el respaldo de las medidas legales establecidas en el Código Sustantivo de Trabajo, ofrecía al trabajador la posibi-

¹ Montagut, Teresa. *Política Social*. Editorial Ariel S.A. Barcelona, 2000. P. 11.

² Sintraseguridad Social. Sindicato de Trabajadores de la Seguridad Social. “La Honorable Corte Constitucional Define la Suerte del ISS. Demanda de Inconstitucionalidad del Decreto 1750 de 2.003” *Folleto de divulgación*. Septiembre 2003. P.1.

³ Rojas, Humberto y Camacho, Alvaro. *El Frente Nacional: Ideología y Realidad*. Punta de Lanza, 1973.

⁴ Departamento Nacional de Planeación. Ministerio de salud. *Hacia La Equidad en Salud*. Documento Oficial. Enero 1983. P. 4.

lidad de acceder de manera continua y estable a servicios de salud, los cuales fueron gradualmente ampliados para la familia durante la década de los 80, bajo la modalidad de los programas de medicina familiar. La estabilidad laboral igualmente permitía al trabajador tener certeza sobre el amparo futuro de su vejez y la de su familia.

La mirada integral de la seguridad social en la década de los años 80 permitió incluso, el desarrollo del programa de Servicios Sociales Complementarios, dirigido a pensionados (as), esposas (os) o compañeras (os) beneficiarios de pensiones de sustitución a través de los cuales se desarrollaban actividades tendientes a lograr la ocupación de sus tiempos libres con actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recreativas, culturales y de preparación en oficios adecuados para su desempeño en la tercera edad.

Durante el tiempo que estos programas estuvieron a cargo de las entidades de seguridad social del Estado recibieron enorme acogida. Sin embargo, es imprescindible anotar que la seguridad social no tuvo ni ha tendido un desarrollo importante en el sector rural; el trabajador agrario ha estado desamparado de estas prestaciones sociales. Solamente los vinculados a la producción agroindustrial y a la minería a cielo abierto (carbón y níquel) han contado con seguridad social.

Resumiendo se puede afirmar que mientras se desarrollaba la economía nacional y se incentivaba la producción de bienes y servicios con el respaldo jurídico legal del aparato estatal, se generaron fuentes de empleo a lo largo y ancho del país y se fortalecía la seguridad social y el Seguro Social como ente rector de la esta política estatal. El aseguramiento y el otorgamiento de servicios de salud a la población económicamente activa del país vinculada mediante contrato de trabajo era captada en gran proporción por el Seguro Social. Su financiación se garantizaba estrictamente por los aportes obrero-patronales: 8% del salario de lo cual las 2/3 partes eran aportes o cotizaciones a cargo del empleador (la Ley que lo creó contempló igualmente el aporte estatal). La prestación de los ser-

vicios de salud se garantizó a través de sus clínicas, Centros de Atención Ambulatoria, instituciones privadas con las cuales establecía contratos y con entidades de salud del exterior a las cuales se remitían pacientes especiales cuando la complejidad de la atención no podía ser garantizada en el país.

Sin desconocer la existencia de problemas tanto en el aseguramiento como en la oferta de servicios, la entidad se encontraba integrada, establecía las coordinaciones apropiadas para el cumplimiento de sus responsabilidades y mantenía el reconocimiento ciudadano como baluarte de la seguridad social en el país. Para la época, algunos sectores sociales llegaron a imaginar que el Seguro Social podría constituirse en el ente integrador de los programas de bienestar social del país.

Pero a finales de la década de los años 80, las condiciones económicas y sociales empezaron a cambiar a nivel mundial. Un nuevo modelo de desarrollo se abrió paso a partir de las novedosas tendencias de acumulación capitalista y de sus propulsores, las transnacionales, quienes utilizando el avance de las sofisticadas tecnologías de la información, la comunicación y el transporte impulsaron la expansión terráquea del capital. Amparada en el fetiche del mercado, “la globalización propende por el incremento inusitado del comercio mundial de bienes y servicios y el flujo de capitales que circulan mundialmente sin reparos entre fronteras nacionales, capitales que no se ubican en patrias, por ende no benefician a naciones sino a determinados grupos oligarcas con trascendencia planetaria”⁵

La ideología neoliberal sustento de la globalización parte de las ideas liberales clásicas: individualismo, mercado libre, limitado papel del Estado. Desde esta perspectiva la intervención gubernamental en la producción de bienes y servicios resulta inoperante, mientras que el libre juego de los individuos ante las fuerzas

⁵ Vargas Aguirre Mónica, “Algunas Reflexiones acerca de la Globalización” En *Recursos sobre Globalización 2000*, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile. P.7.

del mercado puede permitir que estos obtengan sus intereses.

Bajo esta concepción a quien corresponde desarrollar iniciativas en el campo de los servicios sociales es al sector privado, a los particulares, quienes argumentando el sabio manejo de los criterios de eficiencia, eficacia, disminución de costos y racionalidad en la gestión, pujan por buscar espacios en la salud, la educación y los servicios públicos, desgastando el papel del Estado y reduciéndolo al de simple guardián del mercado.

Con este marco de acontecimientos, Colombia se preparó desde la segunda mitad de la década de los años 80 para incorporarse al engranaje de la globalización. Cuando en su discurso de posesión en 1991, el Presidente Gaviria, daba a la población colombiana el saludo “Bienvenidos al Futuro” oficializaba el respaldo y la participación del Estado frente al nuevo modelo económico y en consonancia no tardaron en aparecer para debate en el Congreso los proyectos de reforma laboral y de seguridad social cuyos ponentes fueron los doctores Álvaro Uribe Vélez y Juan Alfredo Pinto.

En la exposición de motivos del proyecto de ley 50 de 1990 se manifiesta: “Nadie discute hoy la necesidad de adaptar el mercado laboral a la política de apertura y reestructuración de nuestro aparato productivo. Dentro de este contexto adquiere especial relieve la necesidad que tiene el país de contar con una legislación clara, eficaz y flexible, que coadyuve a la reactivación de la economía y estimule la inversión de capitales productivos; en consecuencia debe haber una adecuación de las leyes del trabajo a la globalización de la economía”.⁶

En cuanto a la seguridad social se afirmaba: “Se propone igualmente aclarar que las actividades propias de la Seguridad Social pueden ser cumplidas por entidades diferentes a las públicas. El Gobierno no busca la

⁶ Memorias Congreso de la Republica. Ponentes Reforma laboral y de Seguridad Social. 1990. P. 4.

privatización de la seguridad social, considera que esta es un servicio público, pero entiende que es necesario establecer mecanismos adecuados para que la población pueda recibir servicios asistenciales y prestaciones económicas eficientes y oportunos”.⁷

La ley 50 de 1990 avaló la flexibilización del régimen de contratación laboral, facilitó a los empresarios el mecanismo de la contratación temporal y la subcontratación. Incluso formas de vinculación altamente lesivas como el trabajo a destajo tomaron vigencia. La desregularización del trabajo y el desmonte de garantías laborales a partir de pactos colectivos o convenciones colectivas se convirtió en tema central en las relaciones obrero patronales a partir de la fecha. Los efectos de estas medidas frente a la seguridad social no se hicieron esperar en términos de la fuerte movilidad de afiliaciones y desafilaciones en cortos periodos de tiempo.

Tres años más tarde, la ley 100 de 1993 hizo su aparición creando un nuevo escenario en el cual el sector privado entró a competir con el Seguro Social que perdió la condición dominante en el aseguramiento en salud. En estas nuevas condiciones la cotización se fijó en 12% del salario del afiliado y se mantuvo la cuota patronal de 2/3 partes, pero los recursos totales ya no constituyeron un ingreso inmediato para el Seguro Social. A partir de esta nueva Ley los ingresos se calcularon según un valor por persona, ajustado por edad, género y ubicación geográfica del afiliado, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) fijado por el Consejo Nacional de seguridad Social en Salud y se constituyeron por el cruce de cuentas entre la ahora EPS Seguro Social y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el cual empezó a acumular todos los recaudos por cotizaciones al sistema.

Si bien la limitada competencia por parte de EPS privadas al inicio de la implantación de la reforma permi-

⁷ Posada De la Peña Francisco. Giraldo Ángel Jaime. “Exposición de Motivos en el Proyecto de ley 50 de 1990, por el cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.” Bogotá, 1990. P. 8.

tió mantener e incluso superar el número de afiliados al Seguro Social, ya que se extendieron los beneficios del régimen contributivo a los miembros del grupo familiar del afiliado cotizante (beneficiarios), una vez el mercado se consolidó ya no hubo interés por resolver las dificultades administrativas y de gestión del Seguro Social y este empezó a perder afiliados de manera significativa a partir de 1998.⁸

Según información obtenida de diferentes fuentes por el Departamento Nacional de Planeación, la cifra de afiliados ha variado de la siguiente manera:

Afiliados anuales al Seguro Social - Salud 1993-2002

Año	Afiliados : Cotizantes + beneficiarios
1.993 (1)	5.515.546
1.994 (1)	4.277.342
1.995 (1)	7.330.080
1.996 (1)	7.719.004
1.997 (1)	8.107.929
1.998 (1)	7.697.125
1.999 (1)	6.439.522
2.000 (2)	5.036.735
2.001 (2)	3.596.943
2.002 (3)	3.164.873
2.003 (4)	2.275.675

(1). Fuente: Un Año de Gestión. Julio 2.001 a Julio 2.002. S.S.

(2). Fuente : Minsalud. Corte 31 Dic. 2.002

(3). Fuente : Fisalud. Promedio Septiembre 2.001 a Septiembre 2.002

(4). Fuente : Oficina Informática. Población Compensada. Seguro Social. Enero-Diciembre 2.003

La merma de afiliados en el Seguro Social ha contribuido al engrosamiento de las EPS privadas, trasladando la responsabilidad del Estado a un mercado basado en la competencia por el negocio, sin que interesen ya

⁸ Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Hacienda. Departamento Nacional de Planeación. Plan de Modernización Instituto de Seguros Sociales Salud. Documento Conpes. Bogotá, Marzo de 2003. P. 14.

los principios fundamentales de la seguridad social integral ni los derechos derivados de estos principios.

La adopción de la ley 100 de 1993 por parte del Seguro Social significó en la oferta de servicios en salud el recorte del listado de medicamentos, la disminución de los procesos quirúrgicos y el ajuste de los procedimientos en salud a sólo lo esencial es decir a lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud. El establecimiento de cuotas moderadoras para los procedimientos ambulatorios y de copagos para los procedimientos quirúrgicos los cuales deben ser cancelados en el momento de la prestación de los servicios, sumado al descuento por nómina que hace el empleador (cotización) aumenta de manera importante los costos de la atención para los usuarios y sus familias.

El traslado de usuarios a otras EPS, ha disminuido los ingresos por afiliación y por compensación, afectando las finanzas de la institución, pues la demanda de servicios no ha disminuido, especialmente porque la población mayor de edad, la de más bajos ingresos y la que padece enfermedades catastróficas (cáncer, enfermedad renal, sida) es la que más permanece en el Seguro Social y la que más encuentra rechazo en las otras EPS.

Así mismo la población de trabajadores del Seguro Social se ha visto afectada por las transformaciones internas de tipo administrativo, jurídico y financiero que desde 2003 realizó el Presidente de la República investido de las facultades extraordinarias otorgadas por el Congreso. La escisión de la EPS Seguro Social ejecutada por el Gobierno Nacional mediante Decreto 1750 de Junio de 2003, enmarcada dentro de las políticas oficiales y los compromisos internacionales de reestructuración del estado, ocasionó de un día para otro, la ruptura de la entidad. En fecha anterior a la expedición del Decreto la función aseguradora y la función de prestación de servicios de salud se desarrollaba mediante una única línea de mando a la cabeza de la cual se encontraba la Dirección General, el Consejo Directivo y la Presidencia del Seguro Social.

El documento CONPES elaborado dos meses antes de producirse la escisión condensa el planteamiento de Gobierno sobre las pretensiones y alcances de la reforma. Vendió la idea ante la opinión pública que la culpa de los déficit presupuestales de la entidad era responsabilidad de los trabajadores. Según este documento la viabilidad del Seguro Social solo se podía garantizar mediante la reducción de los costos laborales.

Problemas como: la elusión, la evasión, el alto costo derivado del manejo de pacientes con enfermedades de gran complejidad, las fallas tecnológicas existentes para validar la población beneficiaria y poder adelantar los cobros al FOSYGA, la corrupción de cuello blanco, el desgüeño administrativo, la politiquería y las políticas erráticas de las administraciones de turno, no tuvieron un peso significativo en los análisis. En otras palabras no se estableció el aporte concreto de estos factores en el denominado “marchitamiento del Seguro Social”.

De un día para otro aproximadamente 17 mil trabajadores oficiales, funcionarios todos ellos del Seguro Social, los cuales gozaban de estabilidad laboral y beneficios pactados en convenciones colectivas consensadas en periodos anteriores, se transformaron en 13.741 empleados públicos vinculados a inciertas Empresas Sociales del Estado (ESE), se les arrebataron de la noche a la mañana sus derechos, se disminuyeron sus ingresos y quedó cuestionada su estabilidad laboral por el futuro incierto de estas instituciones prestadoras de salud.

Paralelamente creció el negocio de la salud. Más de 11 EPS privadas hicieron su aparición en años posteriores a la expedición de la Ley 100/93. Entre ellas, la conquista de afiliados se dio en el campo de la publicidad. Su sostenibilidad financiera fue en definitiva lo que amparó a algunas y quebró a otras. Muchas de las que entraron en crisis económica fueron absorbidas, de acuerdo a la lógica capitalista por las más sólidas financieramente, solidez que en varios casos fue derivada del respaldo de transnacionales de la salud. “Entre tanto, el sistema General de Seguridad Social carece de una infraestructura de información confiable de las afiliaciones de los regímenes contributivo y

subsidiado creados por la Ley 100, situación que favorece la multifiliación y la posición dominante de los aseguradores e intermediarios, por su poderío económico, que en el caso de SALUDCOOP, por ejemplo, condujo a un incremento patrimonial que pasó de 2.500 millones de pesos en 1.994 a 237 millones en el presente año.

Persiste a su vez el desequilibrio de fuerzas entre las EPS y las IPS: el oligopolio de las primeras que expanden con creciente agresividad la integración vertical y el aniquilamiento de las segundas ante la imposición del interés corporativo de las EPS”.⁹ Las cifras mencionadas anteriormente demuestran que el negocio de la salud es real para las EPS privadas, mientras los recortes en los servicios de salud para los afiliados al Seguro Social cada vez son mayores.

El dramático deterioro de la salud de los colombianos ante la creciente expansión de los dividendos obtenidos por las aseguradoras debe generar reacción entre los diferentes sectores de la opinión pública nacional y reflexión y acción para rescatar la política pública y para que en su proyección y ejecución actúen Estado, empleadores y trabajadores.

Bibliografía

- Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. “El Salto Social. Desarrollo y Readequación Funcional del Instituto de Seguros Sociales – ISS – en el Sistema de Seguridad Social Integral”. Bogotá. D.C. Octubre de 1.996.
- Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. “Plan de Modernización del Instituto de Seguros Sociales”. Bogotá D.C. Marzo 31 de 2.003.
- Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. “Hacia la Equidad en Salud. Plan Nacional 1983-1986. Bogotá D. C. Enero 1.983.
- Diario El Tiempo. “Salud: La Agenda Pendiente”. Edición dominical, 16 de Mayo 2004.

⁹ EL TIEMPO. “Salud: La Agenda Pendiente”. Editorial. Domingo 16 de Mayo 2004. Pp. 1-16

- Rojas, Humberto y Camacho Alvaro. *El Frente Nacional: Ideología y Realidad*. Editorial Punta de Lanza. 1973.
- Memorias Congreso de la República. Ponentes Reforma Laboral y de la Seguridad Social. 1990.
- Montagut, Teresa. *Política Social*. Editorial Ariel S.A. Barcelona. 2000.
- Presidencia de la República. Decreto de Reestructuración del Seguro Social. Decreto 1750 de 26 de Junio 2003.
- Revista Seguridad Social. Rearmando el ISS. Bogotá. Año 5 No. 34. 2003.
- Sintraseguridad Social. Sindicato de Trabajadores del Seguro Social. “La Honorable Corte Constitucional define la Suerte del ISS. Demanda de Inconstitucionalidad del Decreto 1750 de 2003”. Bogotá, Septiembre de 2003.
- Vargas Aguirre, Mónica. *Algunas reflexiones acerca de la Globalización. Recursos sobre Globalización*. Santiago de Chile. Chile. 2000.