

El Instituto de Seguros Sociales y la reforma a la seguridad social en Colombia

Cecilia López M.

Directora General Instituto de Seguros Sociales

Con relación al debate en torno a la reforma a la seguridad social en Colombia, que muy posiblemente se dará en el Congreso de la República el segundo semestre de 1992, quiero aportar algunas ideas objetivas sobre el tema, que lamentablemente veo cada vez más confuso.

La exposición estará dividida en seis áreas así:

1. Antecedentes generales.

2. El rol del Instituto de Seguros Sociales dentro del contexto de la reforma de la seguridad social.

3. Problemas que debe entrar a resolver una reforma a la seguridad social.

4. Precisar por qué se percibe confuso el debate en torno a la seguridad social.

5. Fortalezas y debilidades del sistema actual

6. Lineamientos (generales de la reforma)

1. Antecedentes generales

La seguridad social nació en los estados capitalistas en un momento de industrialización, más que todo en Europa, como consecuencia de la necesidad que ellos tenían de enfrentar con una estrategia social las desigualdades que el sistema generaba y así darle viabilidad política a su desarrollo. Nació más como una reacción del Estado capitalista que de una petición populista.

Se define la seguridad social como un conjunto de acciones y servicios que permiten al individuo enfrentar una serie de contingencias previsibles como la enfermedad, el desempleo, la invalidez y la muerte, de tal manera que por causa de esos riesgos no pierda su calidad de vida.

Por tanto la seguridad social es un instrumento para mantener la calidad de vida y no para erradicar la pobreza.

En países como Holanda, la seguridad social incluye aspectos como salud, educación, vivienda y muchos otros que se considera hacen parte de la calidad de vida del individuo.

En los países más atrasados sólo se incluye la salud. En Colombia aparte de ésta, se encuentran los seguros económicos para invalidez, vejez y muerte;

seguros por maternidad, enfermedad profesional y accidentes de trabajo.

En Colombia, la seguridad social nace con la idea de dar una cobertura restringida al que aporta, en una serie de servicios tales como: salud... Hay una concepción clara de que debe darse una contribución para tener derecho a unos servicios y que por ser el Instituto de Seguros Sociales la institución que los presta hace parte de las entidades que ofrecen seguridad social sin ser ésta necesariamente.

El Instituto de Seguros Sociales nace entonces con la idea de una cobertura restringida, como copia de la seguridad social de los países desarrollados en proceso de industrialización para una población que necesita los servicios y que puede contribuir por ellos, vinculada al sector moderno de la economía y ubicada fundamentalmente en las áreas urbanas.

En Colombia, se diseñó desde un principio como un esquema urbano que debe moverse con el desarrollo industrial, dirigido entonces al sector asalariado y vinculado al sector moderno y formal de la economía, porque se pensó que esa sería la gran dinámica del empleo.

Este modelo fue copia de lo que en ese momento sucedía en Europa en la época de la posguerra, en la que con una orientación bismarkiana se hacía énfasis en una política social de industria-

lización para reestructurarse después de la guerra mundial.

En el mercado de trabajo colombiano ha sucedido que el sector moderno ha perdido importancia, ha crecido sustancialmente el sector informal, no se reduce significativamente el sector agropecuario existiendo aún zonas rurales con enormes masas de población; de donde se deduce que la legislación que ordenó y diseñó la seguridad social en Colombia, no apunta a las necesidades del país; ésta es dispersa, carece de armonía, con una característica muy especial y es la multiplicidad de regímenes, problema que no es sólo del Instituto de Seguros Sociales, sino de toda la seguridad social.

En el mismo Instituto de Seguros Sociales hay una gran variedad de esquemas de protección; se inició con el esquema clásico de invalidez, vejez y muerte, enfermedad general y maternidad; luego en 1975 se amplió a la cobertura familiar en algunas zonas del país; en 1984 se extiende a los trabajadores independientes como un reconocimiento de que el sector no era moderno; para el clero y los sacerdotes en 1987; para el servicio doméstico en 1988; para el cuenta propio en 1989 y finalmente para las madres comunitarias.

Lo anterior demuestra que sí ha habido un esfuerzo para acomodar el Instituto a la realidad del país, pero persiste un hecho concreto y es que todavía

no se ha flexibilizado la cotización para estos nuevos sectores, con excepción de las madres comunitarias y de las empleadas del servicio doméstico, que tienen un subsidio del Estado para invalidez, vejez y muerte, pero la decisión clara de que se necesita un nuevo esquema aún no se ha tomado.

Algunos aspectos históricos, nos muestra el Instituto de Seguros Sociales dentro del contexto nacional:

El número de afiliados en 1949-1959 crece a una tasa promedio anual del 22%, lo que muestra el esfuerzo inicial de incorporación.

En el periodo 1980-1985 se reduce sensiblemente a un 2%, situación aún no bien explicada y entre 1985-1990 vuelve a ser dinámico, creciendo a una tasa promedio por año de 6,4%.

El número de beneficiarios, entendidos como los familiares de los afiliados crece a una tasa promedio anual del 23%, con una tasa baja en el periodo 80-85 y más alta en el periodo 85-90.

Los pensionados por invalidez, vejez y muerte en el 80-85 crece al 15,7% año y en el 85-90 al 10,5%. Esto mientras las afiliaciones crecen en los últimos cinco años a una tasa promedio anual del 6%.

En los primeros diez años, 49-50, la consulta médica creció al 56% por año, mostrando la gran demanda represada que

existía y hoy está creciendo al 3,9%, las fórmulas despachadas al 1% y el laboratorio clínico al 2%. Las intervenciones quirúrgicas en los últimos cinco años crecían al 3,5% y hoy crecen al 7,6%, lo que habla de dos cosas: la población del Instituto de Seguros Sociales se ha ido envejeciendo y por otro lado es una población de enfermos que buscan afiliarse legal o ilegalmente.

Esto da una relación de afiliados y pensionados así: en 1975, de 43-44 afiliados por un pensionado y en 1991 por cada 12 afiliados hay un pensionado, lo que significa un crecimiento exagerado.

Otras cifras, sobre lo que son los gastos en salud en Colombia, pueden ayudar a aclarar mucho el panorama y a acabar con ciertos mitos en torno al Instituto de Seguros Sociales.

Primero que todo, los sectores que le dan salud al país, son el sector privado, el sector oficial a cargo del Ministerio de Salud, el sector descentralizado de la seguridad social como son las cajas de previsión y el Instituto de Seguros Sociales.

Del total de lo gastado en Colombia en 1990 en salud, que fueron 828 mil millones de pesos, el sector privado gasta el 11% y recibe el 8,8%; el sector oficial de la salud recibe el 40% del gasto en salud y se gasta el 41%; el sector descentralizado recibe el 23% y se gasta el 23% y el Insti-

tuto de Seguros Sociales recibe el 27% y se gasta el 24%.

El Instituto de Seguros Sociales cubre el 22% de la población económicamente activa y el 46% de la ocupada.

Con ese dinero, el Ministerio de Salud atendió dieciocho millones de consultas con una cobertura del 33% y un promedio de consultas por persona al año de 2, muy cercano a los estándares internacionales; el Instituto de Seguros Sociales atendió diez millones de consultas, con una cobertura del 30%, pero con un promedio de consultas por persona al año de 6, en donde claramente se ve que el usuario de los servicios de salud del Ministerio hace un uso racional de éstos, mientras que el usuario del Instituto de Seguros Sociales, abusa de ellos.

En 1991 el Instituto de Seguros Sociales gastó 534 mil millones distribuidos así:

200 mil millones, un 37%, en pensiones; 200 mil millones, un 7%, en servicios de salud, la inversión en infraestructura física fue del 2% y en varios el 22%.

Con estos 200 mil millones gastados en servicios de salud se realizaron:

11,4 millones de consultas médicas.

8,9 millones de fórmulas despachadas.

9 millones de exámenes clínicos.

352 mil egresos hospitalarios.

256 mil intervenciones quirúrgicas.

127 mil partos

Esto muestra que en salud, el Instituto de Seguros Sociales es un gigante y además está lleno de personas enfermas.

La cobertura de la seguridad social en Colombia es del 20%, de la cual al Instituto de Seguros Sociales le corresponde un 16% y se gasta el 25% del presupuesto en salud, mientras que el sector descentralizado de la seguridad social en Colombia, las cajas de previsión, que gasta el 23% del presupuesto, sólo atiende al 4,7% de la población, lo que claramente muestra hacia dónde se deben dirigir las críticas si de ineficiencia se trata.

El año pasado el Instituto de Seguros Sociales llegó a los cinco millones de beneficiarios, 2,8 millones de afiliados, 237 mil pensionados y casi dos millones de derechohabientes.

Presta sus servicios en 25 seccionales, con 9.538 funcionarios administrativos de los cuales 25 son empleados públicos, un poco más de 6.000 son funcionarios de la seguridad social y 3.400 son trabajadores oficiales.

Emplea a 4.473 médicos, 897 enfermeras y 10.500 funcionarios de salud. Tiene una contratación por el 07 de 2.800 personas. Acá se observa que la relación médico-enfermera es abe-

rrante, siendo en muchos países a la inversa.

En cuanto a camas hospitalarias, posee 5.700, de las cuales 4.300 son propias y 1.400 a contrato. Hay 292 Centros de Atención Básica (CAB), 36 clínicas propias y 175 centros de atención a contrato.

Esto muestra la dimensión del Instituto de Seguros Sociales y la relativa eficiencia en servicios, cuando se quiere comparar con otras instituciones.

2. El rol del Instituto de Seguros Sociales en el contexto de la reforma de la seguridad social

Sin el ánimo de defender una institución o una gestión, hay cinco puntos comunes que pertenecen al conocimiento primario de la gente y que oscurecen el debate.

2.1. Se asume que el Instituto de Seguros Sociales es lo mismo que la seguridad social, dejando de lado más de mil instituciones de previsión social que como ya se dijo, se gastan el 23% del presupuesto en salud y sólo atienden el 4,7% de la población, las que indudablemente necesitan un análisis más serio y profundo de todos.

El Instituto de Seguros Sociales es la principal institución de seguridad social en el país y

muchos de sus males son los de la seguridad social, pero también muchos de los males de la seguridad social no son ni del Instituto de Seguros Sociales ni exclusivos de esta institución. Este debate aún no está superado.

2.2. Se cree que el grupo de cotizantes al Instituto de Seguros Sociales de mayores ingresos económicos está aportando a la institución, sin obtener beneficios de ella, haciéndolo de la medicina prepagada, lo que significaría un doble aporte. Esto puede ser relativamente cierto en algunos niveles básicos de atención, pero definitivamente no lo es en los niveles secundario y terciario de la salud, en donde históricamente la atención del Instituto de Seguros Sociales ha sido muy buena, además de que ha sido innovador en tecnologías. Cualquier persona en este país que requiera diálisis o esté enfermo de cáncer, se afilia fraudulentamente al Instituto o simplemente hace uso de él.

Es más, la medicina prepagada se ha vuelto un elemento para atraer este tipo de pacientes al Instituto de Seguros Sociales. Dada su debilidad financiera y sus condiciones de afiliación, se induce a estos enfermos a que se afilien al Instituto.

2.3. Se habla de la mala calidad e ineficiencia en los servicios contrastándolos con la buena calidad y eficiencia del sector privado.

No se niega que el Instituto de Seguros Sociales tenga problemas en este campo, pero el Instituto, como mayor contratante de salud en el país, sabe que ésta en el sector privado es bastante complicada.

El Instituto de Seguros Sociales contrata al año cerca de 45 mil millones de pesos con instituciones y clínicas privadas, representando este concepto más del 50% de los presupuestos de los principales hospitales del país.

La calidad de los servicios de salud en Colombia requiere de un análisis más detenido, porque lo que se obtiene en muchos hospitales privados del país es una mejor atención hotelera, pero en la calidad de otras cosas, por lo menos para el Instituto de Seguros Sociales, esto es grave y a veces es mejor atender a los pacientes en nuestras propias instituciones con limitaciones hoteleras, que en clínicas privadas que no garantizan la calidad de los servicios.

Esto es un mito que hay que analizar más a fondo y eliminar, no hay una conciencia de la seguridad social y los pacientes del Instituto son tratados como indigentes en las instituciones privadas, olvidándose de que detrás de ese paciente hay un aporte de dos mil o mil millones de pesos para la institución y que si no fuera por esa contribución estarían quebrados.

La idea de que el usuario del Instituto de Seguros Sociales es un indigente hay que

eliminarla, empezando por las facultades de medicina y las instituciones de salud del país.

La seguridad social es una medicina prepagada, pero pública.

2.4. Se dice que el Instituto de Seguros Sociales es abundante en burocracia y en altos costos administrativos, pero lo cierto es que nadie ha podido competir con el Instituto de Seguros Sociales en el manejo de pensiones, como sucedió con La Previsora. En este campo, el Instituto maneja unos gastos administrativos del 3%, y en el aspecto de la salud del 12%, que si se compara con la medicina prepagada habría que sumarle un 10% más por promoción y ventas.

2.5. El Instituto de Seguros Sociales no es ejemplo de corrupción e inmoralidad. Estos son problemas comunes a todas las instituciones públicas, y en el caso del Instituto de Seguros Sociales se desconoce el esfuerzo que se ha hecho por solucionarlos y que se han dado más a la luz pública porque esta administración, se inició en una crisis, que a medida que se ha ido depurando, ha producido un efecto bumerang, cosa muy grave en el país: si se hace una política moralizadora se le tilda de corrupto.

El Instituto de Seguros Sociales es una de las instituciones públicas del país que puede mostrar una estrategia moralizadora, para problemas que son comunes a todo el sector.

3. Problemas que debe entrar a resolver una reforma a la seguridad social

3.1. Cobertura

Es un problema real para resolver. Un país que ha avanzado considerablemente en su desarrollo social, no puede tener una cobertura en la seguridad social de máximo el 22%, no puede haber un sector privilegiado de la economía en un país donde la pobreza es del 40%.

La seguridad social actual cubre el 52% de los asalariados, lo que en mucha parte se explica porque en Colombia hay un sector informal asalariado, que no es paupérrimo, es dinámico y con una gran microempresa, que permitió que en los años ochenta Colombia no tuviera una década perdida, que llevó a generar ingresos y a evitar que la pobreza aumentara. Este sector evade al Instituto de Seguros Sociales porque es muy costoso, porque la relación costo/beneficio es negativa sumado a la mala imagen del Instituto, por tanto si se quiere aumentar cobertura, se deben implantar modelos más flexibles. Este punto de aumento de cobertura a mínimo el 50% debería ser un compromiso político nacional, una estrategia real de política social.

3.2. Calidad

Hay que mejorar la oportunidad, la accesibilidad y la continuidad de los servicios, y lo más importante, hay que humanizarlos, aspecto este último que se padece no sólo con las entidades con las que se contrata, sino también al interior del Instituto de Seguros Sociales, mal que es común a casi todos los servicios de seguridad social del mundo. No se puede seguir tratando al usuario como un indigente, quien además pertenece a una clase social resignada que no exige calidad del servicio. Es posible que una vez superados los problemas de atención básica en el Instituto, haya una mayor afluencia de clase media a los servicios, de la que se espera exista una mayor conciencia para reclamar servicios de calidad.

También es necesario preservar e impulsar el nivel científico en la atención, que sustente su calidad.

3.3. La eficiencia

Es otro aspecto bien importante por resolver.

3.4. Los problemas financieros

Estos deben ser resueltos, hay estudios actuariales que demuestran la necesidad de elevar las cotizaciones, debe entenderse que la seguridad social debe mane-

jarse con un esquema financiero, en el cual son indispensables los aportes para sostenerse.

Hay otra serie de problemas, que no deben ser resueltos por una reforma a la seguridad social como son:

— La falta de recursos en el sector financiero. Los recursos del Instituto de Seguros Sociales no deben ser utilizados para dinamizar el mercado de capitales; la seguridad social debe ser un elemento de política social equitativo, solidario y universal como quedó consignado en la nueva Constitución.

— Abrirle un mayor espacio a la medicina prepagada; es indudable que puede ser un complemento, pero no se le pueden quitar recursos a la seguridad social en beneficio de dicho sistema, menos con los problemas que ésta tiene, como ya está visto en países como Estados Unidos.

4. Precisar por qué se percibe confuso el debate en torno a la seguridad social

Se piensa que la seguridad social además de ser un instrumento de política social, se percibe como un negocio y es allí en donde radica el problema sustantivo del asunto, situación que se está viviendo en toda América Latina.

Algunos la ven como un gran negocio para obtener fuentes de recursos y lograr el equilibrio macroeconómico, adoptando a veces posiciones extremas y volviéndose un diálogo de sordos o de convencidos.

Se debe trabajar con el sector privado pero no se debe perder de vista que éste es un mecanismo de política social para aliviar las desigualdades.

Creo también que el debate se está haciendo fuera de contexto. Debemos definir cuál es el papel que debe desempeñar el Estado en este aspecto y cuál es el mandato de la nueva Constitución; además de cuál es el papel del sector privado.

En los Estados Unidos se dejó la seguridad social al sector privado, en donde no tenían cabida ni los viejos ni los pobres, para los cuales el Estado creó unos programas especiales y con todo y eso se están gastando el 12% del Producto Interno Bruto siendo una de las más costosas del mundo, dejando además por fuera a más de 35 millones de personas de la clase media baja.

También tenemos que pensar para qué país es que vamos a hacer la reforma. Para un país con un 40% de pobres de los cuales el 15% son indigentes. Es una sociedad pobre, desigual, en la cual esto no puede dejarse para una decisión individual, debe ser solidaria, en la que cada quien pague de acuerdo con lo que tiene y no de acuerdo con sus nece-

sidades, que de no hacerse así, es decir que cada quien pague de acuerdo con sus necesidades, nos hace caer en la falsa teoría de que los pobres se mueren de diarrea y los ricos de cáncer.

5. Fortalezas y debilidades del sistema actual

La reforma a la seguridad social debe ser una ganancia neta, tanto en salud como en seguridad social.

Muchas de las debilidades no son propiamente de la seguridad social, sino de la concepción que la sociedad tiene de ella, de actitudes exógenas al sistema, porque muchos la subestiman y la subvaloran.

5.1. Debilidades

— No hay en nuestro medio una cultura de la previsión, somos cortoplazistas, nadie cree en que hay que financiar la previsión, lo que se demuestra en las reacciones que se dan al tratar de aumentar las cotizaciones.

Esto es difícil cambiarlo con reformas.

Otra muestra clara de esto, es que se han aumentado los beneficios sin reajustar los aportes y que los trabajadores públicos no cotizan para la seguridad social.

— Las decisiones financieras son exógenas al sistema, tanto en aportes como en beneficios. Se requiere de un cierto nivel de autonomía para poder discutir y negociar.

— La multiplicidad de sectores y de beneficios.

— El sistema no tiene mecanismos de alarma. Hay dos cosas que pueden hacer cambiar el rumbo de la situación: la economía y la estructura demográfica. Si la población envejece será un problema, lo mismo sucede con las crisis económicas, ¿qué pasaría a los fondos privados si las tasas de interés no se dieran en los niveles esperados?

Estos son sistemas a largo plazo y necesitan luces de alarma.

— El Instituto de Seguros Sociales da una seguridad social para enfermos. El 50% de los enfermos de Sida están en el Instituto de Seguros Sociales, así como el 83% de los pacientes en diálisis, y allí se realizan el 93% de los trasplantes de riñón. Pero somos conscientes que no deberían existir los exámenes de admisión para excluir las preexistencias.

— En la contratación con el sector privado y público hay una gran descoordinación. Estos tienen la infraestructura y el Instituto de Seguros Sociales los recursos. Cualquier esfuerzo aislado que se haga será fatal.

— Hay poca eficiencia en el nivel primario de atención y mucha en el terciario.

5.2. Fortalezas

— El Instituto de Seguros Sociales es muy organizado en pensiones: 1.200 personas manejan más de 300 mil millones de pesos.

— Hay 470 mil millones en reservas, que aunque son insuficientes porque debería haber 720 mil millones para tener el sistema encajado, es de los pocos países que entran a una reforma con reservas. Si éstas no existieran en veinte días se dejarían de pagar pensiones por cinco mil millones de pesos.

Se están adicionando actualmente al presupuesto unos 20 mil millones en rendimientos, gracias a las reservas.

Si se pasa a los fondos privados, los pensionados actuales no serían tan beneficiados, porque su pago ya no dependería de la gente joven que entra, sino del gasto público.

Las reservas son necesarias aun privatizando.

— El recaudo y el pago de pensiones lo hace el sector privado. En el Instituto de Seguros Sociales nunca se han dejado de pagar pensiones.

— Sólo se gasta el 3% en administración de las pensiones.

— La salud es sin preexistencias, sin límites y a un costo de \$39.500 por persona al año.

— Posee unos bajos gastos administrativos por el orden del 12%.

— Es indudable que ha mejorado la atención.

6. Lineamientos generales de la reforma

Aunque hay diversas posiciones, algunas podrían resumirse así:

6.1. Sistemas de capitalización individual con pensión mínima.

6.2. Habrá un fondo fiscal.

6.3. Debe haber un alza en los aportes.

6.4. Se deben reducir privilegios como las sustituciones pensionales.

6.5. Debe haber una reforma pensional en el sector público y privado.

6.6. Se debe presentar un amplio espectro de modalidades de inversión para evitar concentraciones en los fondos.

6.7. En el campo de la salud:

— Se piensa adoptar el modelo existente en Inglaterra.

— Se debe separar al Instituto de Seguros Sociales asegurador de el Instituto de Seguros Sociales comprador de servicios.

— Se debe crear un modelo de competencia al Instituto de Seguros Sociales, con el sector privado y acabar con el monopolio.