

POLÍTICA SOCIAL Y REFORMA DE SALUD EN COLOMBIA

Consuelo Ahumada*

Entre finales de la década del ochenta y comienzos del noventa, prácticamente todos los países latinoamericanos adoptaron los programas de estabilización y de ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional. Estos programas están basados en el paquete de reformas económicas y políticas que caracterizan el modelo neoliberal: apertura completa de las economías a los mercados y al capital internacional, recorte del gasto público y eliminación de los subsidios estatales, privatización de las empresas públicas y de los servicios sociales y, en general, el establecimiento del clima más propicio para la inversión extranjera.

En el presente trabajo me propongo analizar la relación existente entre tres componentes centrales: las políticas neoliberales y la crisis económica y social en América Latina, la llamada "nueva" política social, y la Reforma de Salud y Seguridad Social en Colombia. El argumento central aquí presentado es que éstos dos últimos factores responden a la lógica del nuevo modelo de desarrollo y buscan ante todo afianzarlo y legitimarlo, en un contexto de crisis social aguda y generalizada.

El artículo se divide en tres partes: en la primera se analiza la aplicación de las políticas neoliberales y la crisis económica y social de América Latina y de Colombia. En la segunda se examinan los fundamentos de la política social que se pone en marcha para hacerle frente

* Ph.D. en Ciencia Política. Profesora de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Javeriana.

a dicha situación. Por último, en la tercera, que es la parte más importante, se estudian los principales criterios y elementos de la reforma de seguridad social en salud en Colombia.

I. EL MODELO NEOLIBERAL Y LA CRISIS ECONÓMICA Y SOCIAL DE AMÉRICA LATINA

La implantación de programas de ajuste estructural en toda Latinoamérica sobrevino como resultado de una conjunción de factores internacionales, regionales y nacionales. La finalización de la Guerra Fría y la agudización de la competencia comercial entre las viejas y nuevas potencias económicas, característica del llamado nuevo orden mundial, fue el factor más importante en el plano internacional. Un rasgo distintivo y contradictorio de esta situación es que los países pobres han sido forzados a abrir sus economías al comercio mundial, en tanto que los de mayor desarrollo aumentan día a día sus prácticas proteccionistas y restringen cada vez en mayor medida el acceso de los productos de los países del Tercer Mundo a sus mercados internos. De esta manera, una fuerza laboral crecientemente devaluada se ha convertido en la "ventaja" principal con que cuentan éstos para competir en la división internacional del trabajo prevaleciente.

Para América Latina, el nuevo panorama mundial ha significado una mayor supeditación a los designios de Estados Unidos. El impulso a la liberalización de las economías de los países y el llamado a la conformación de una zona de libre comercio en todo el continente y a la integración regional, todo bajo sus auspicios y parámetros, han sido pasos importantes dentro de su estrategia de recolonización de la región.

En el plano regional, el factor determinante para la adopción del nuevo modelo fue la severa crisis económica de los países latinoamericanos, acentuada de manera considerable por el estallido del problema de la deuda externa a comienzos de los ochenta. Durante la década pasada la región dedicó casi 224 mil millones de dólares al servicio de la deuda. Sin embargo, a fines de 1996 la deuda conjunta de la región ascendía a 656.500 millones de dólares, lo que equivale al 30 por ciento de los ingresos por exportaciones de estas naciones¹.

1 "La gran banca internacional se lanza con sus créditos a América Latina", *Wall Street Journal Americas, El Tiempo*, miércoles 9 de julio de 1997, pág. 5B.

Pese a que Colombia no alcanzó el nivel de endeudamiento de otros países como Venezuela y México, tampoco ha escapado a esta situación de crisis. En 1988 su deuda se elevaba a 16.000 millones de dólares, en tanto que en 1997 equivalía a 31.147 millones, cifra que representa una tercera parte de la producción total de bienes y servicios del país².

Sin duda, el impacto mismo de la deuda externa fortaleció la influencia y control ejercidos por las instituciones financieras internacionales sobre los procesos políticos y económicos de Colombia y de América Latina. Aparte de beneficiar a los magnates de las finanzas internacionales, la renegociación de la deuda sirvió de puntal para la aplicación de las medidas neoliberales en toda la región y selló la pérdida de todo resquicio de autonomía en cuanto a la formulación de políticas de desarrollo por parte de los países deudores.

Durante la presente década, si bien la inflación se puso bajo control, la situación económica y social se hizo más ardua como consecuencia de la quiebra de la producción industrial y agrícola experimentada por la mayor parte de estas naciones, debido a la apertura económica y demás reformas neoliberales. Es claro entonces que la adopción de las políticas de economía de mercado, presentada como una solución a la crisis, en realidad no hizo más que empeorarla.

Otro factor que ha hecho aún más penosos los efectos de la deuda es el marginamiento creciente de América Latina con respecto a la economía y al comercio mundiales. En los últimos treinta años la participación de la región en el comercio internacional disminuyó casi en dos tercios. En 1990 las exportaciones combinadas de todos sus países sumaron menos de 130 mil millones de dólares, cifra inferior a las exportaciones de Holanda, una nación con sólo quince millones de habitantes (Vilas, 1994: 12-13).

Fue en dicho contexto internacional y regional tan desfavorable para la región cuando se impuso el llamado "Consenso de Washington", un término acuñado por John Williamson, del Instituto de Estudios Económicos Internacionales (Williamson, 1991:27)³. El Consenso surgió de la conferencia *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*, organizada por dicho instituto en noviembre de 1989, que reunió a economistas de ocho países latinoamericanos (Bolivia, Méxi-

² *El Tiempo*, agosto 7 de 1997, pág. 1B.

³ Por Washington se entiende no sólo el gobierno de Estados Unidos, sino las instituciones financieras internacionales y los "think-tanks" o grupos de expertos ideólogos que abanderan las reformas neoliberales.

co, Chile, Perú, Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela). Se pidió a los participantes que en sus informes nacionales hicieran un examen del "nuevo realismo" en las políticas económicas de América Latina.

La conferencia identificó diez aspectos que sirvieron de base para integrar un amplio consenso en torno a las reformas de política económica que los países deudores debían tener como objetivo. Dichos aspectos son disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria (incluidos los impuestos indirectos y la ampliación de la base tributaria), liberalización financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y la protección a los derechos de propiedad. Todas estas políticas pueden resumirse en la creencia ciega de que el libre mercado es la clave del desarrollo económico (Williamson, 1991; Krugman, 1995:29).

La famosa Iniciativa de las Américas, anunciada por el presidente Bush en junio de 1990, se basa precisamente en la proposición de que el comercio es la llave maestra de la prosperidad hemisférica. Este proyecto busca establecer una zona unificada de libre comercio desde Alaska hasta la Patagonia. El Tratado de Libre Comercio de Norteamérica —TLCNA—, vigente desde el primero de enero de 1994, representó el paso inicial hacia el objetivo de alcanzar la integración económica de todo el continente bajo la férula de Washington. Este ha ofrecido negociar acuerdos similares con otros países latinoamericanos, en la medida en que sus reformas maduren y estén dispuestos a contraer el mismo tipo de compromisos exigidos a México, de acuerdo con un funcionario del gobierno estadounidense (Morici, 1994:4).

Como era de esperarse, Estados Unidos ya se ha beneficiado sustancialmente con las reformas económicas que se han puesto en práctica a lo largo y ancho de toda la región. Las políticas neoliberales han traído como resultado el crecimiento de las exportaciones y el restablecimiento de mercados vitales para los productores norteamericanos. De la misma manera, estas políticas han beneficiado al capital financiero internacional y nacional, que ha acrecentado enormemente sus ganancias, a costa de la crisis de los sectores productivos de estos países.

De las reformas resultantes del Consenso de Washington, las que han tenido un mayor impacto social han sido la reducción de la función

4 Peter Morici, director de la Office of Economics of the U.S. International Trade Commission (USITC).

económica y social del Estado en beneficio del sector privado y el recorte del gasto público. La primera está profundamente arraigada en la noción liberal clásica de un Estado "guardián" mínimo, cuya única tarea es la protección de los individuos y de su propiedad, dejándolos en libertad para realizar sus proyectos privados. Según esta concepción, el progreso se alcanza sólo cuando se promueven la libertad del individuo y la iniciativa privada. El argumento en favor de la reducción del Estado se basa en la supuesta eficiencia del sector privado frente a la ineficiencia del sector público.

Cabe destacar que, al tiempo que a los países subdesarrollados se les impone la reducción de las funciones del Estado y la privatización, en los países poderosos el sector público sigue desempeñando una función preponderante en la búsqueda de mercados para las compañías del respectivo país. Evidentemente una tarea tan importante no puede ser encomendada a las fuerzas del mercado.

En lo que respecta al recorte del gasto público, señalemos que esta política está estrechamente ligada a la prioridad monetarista de preservar el equilibrio fiscal a toda costa, con el fin de cumplir con los pagos de la deuda externa. Se ha expresado en una reducción notoria de la inversión social, lo que ha incidido de manera significativa en el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de los habitantes de América Latina, como veremos más adelante.

II. LOS FUNDAMENTOS DE LA "NUEVA" POLÍTICA SOCIAL

Es indudable que el modelo de desarrollo impuesto a los países latinoamericanos ha deteriorado aún más su tradicionalmente muy inequitativa distribución del ingreso. El número de personas que vive en condiciones de miseria en la región (sobreviven con menos de 60 dólares mensuales) pasó de 135.900 millones en 1980 a 209 millones en 1996 (CEPAL, 1996). Según otras fuentes, se calcula que para el año 2.000, siete de cada diez latinoamericanos no estarán en capacidad de satisfacer sus necesidades básicas. Al mismo tiempo, en la región existe una nueva clase de multimillonarios que ha surgido como resultado de la puesta en práctica de las llamadas reformas del mercado, en especial la privatización de las empresas estatales. Durante los últimos años su número se incrementó de seis a cuarenta y uno (Petras, 1995:17).

Las penosas condiciones económicas impuestas al grueso de la población latinoamericana por los programas de ajuste estructural y

las crecientes tensiones sociales que las reformas neoliberales vienen generando por doquier en la región han causado inquietud incluso en las instituciones financieras internacionales. Su preocupación cada vez mayor ante los posibles efectos de una situación social tan explosiva las ha llevado a tratar de mitigar, así sea de palabra, las condiciones de miseria de los sectores más empobrecidos. Es así como dentro de la llamada «lucha contra la pobreza», el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia Internacional para el Desarrollo han venido asignando recursos para proyectos específicos en algunos países, al tiempo que sus «recomendaciones» actuales incluyen cada vez con más frecuencia el denominado «componente social». Tal es el origen de la llamada nueva política social, que irrumpe en la agenda neoliberal.

Ciertamente, la idea que subyace en el nuevo enfoque social impulsado por los organismos financieros internacionales no es la de modificar el modelo de desarrollo, ni la de condonar la deuda externa de estos países, ni menos aún la de poner en práctica políticas redistributivas. Se trata más bien de amainar las tensiones ante la eventualidad de estallidos sociales, a fin de garantizar el clima pacífico que requiere la implantación cabal del modelo neoliberal, y, sobre todo, la inversión extranjera. En otras palabras, lo que se busca es proporcionarles a estos regímenes la legitimidad necesaria para adelantar las reformas.

Es en dicho contexto en el que debe entenderse la proliferación de «agendas sociales», netamente asistencialistas, que se han puesto en práctica en toda la región a partir de la década del noventa. Un instrumento fundamental para poner en práctica esta nueva política social son los llamados Fondos de Inversión Social —FIS—, diseñados como un mecanismo temporal para aliviar los efectos más devastadores del ajuste estructural. El primero de ellos se creó en Bolivia, pero prácticamente en todos los países de la región existen fondos similares. Fueron concebidos como instituciones dependientes exclusivamente de la Presidencia de la República, lo cual les da una mayor autonomía en el manejo de sus recursos.

Como afirma Carlos Vilas, más que combatir la pobreza, el propósito es «administrarla» o más bien gerenciarla mediante programas de empleo de emergencia —en el mejor de los casos— y la distribución de bienes y servicios. En lugar de mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los grupos más pobres mediante la generación de empleo estable, de lo que se trata es de mitigar los efectos más graves de la pobreza (Vilas, 1994).

La nueva política social se centra en tres estrategias fundamentales: focalización, descentralización y privatización. La focalización consiste en "concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales, claramente identificada, y luego diseñar el programa con el que se pretende atender un determinado problema o necesidad insatisfecha" (CEPAL, 1995:13). Esta estrategia se plantea como sustitutiva del principio de cubrimiento universal por parte del Estado, y se defiende con el criterio de una supuesta búsqueda de eficiencia en la asignación de recursos escasos. No obstante, dada la escasez de recursos en comparación con la magnitud de los problemas y su complejidad, se genera una competencia extrema entre los beneficiarios, dando lugar a formas renovadas de clientelismo.

De otro lado, la conformación de «redes de seguridad social» para los sectores más marginados se ajusta a las políticas neoliberales de promover la descentralización y la participación "desde la base". En la agenda neoliberal, la descentralización ha significado trasladarle responsabilidades a los niveles regional y local, con el fin de debilitar al Estado central, liberarlo de sus obligaciones en materia social y traspárselas a los municipios y a las organizaciones comunitarias. Las Organizaciones no Gubernamentales —ONG— han desempeñado un papel crucial en cuanto al cumplimiento de estas labores asistencialistas, con las que se buscan fines claramente políticos: ampliar la base de apoyo a las distintas reformas de mercado. En un estudio patrocinado por el Banco Mundial sobre las redes de seguridad social en Latinoamérica, Carol Graham se refiere a ellas en los siguientes términos:

Los efectos demostrativos de los grupos comunitarios y de las ONG, que se organizan para presentar propuestas para fondos sociales —y obtienen resultados rápidos y tangibles— son importantes para generar una creciente reducción de la pobreza, con base en la autoayuda y para darle una nueva voz política e interés en el proceso de reforma a grupos que antes estaban marginados. Este proceso puede tener efectos significativos en la sostenibilidad política de la reforma económica (Graham, 1995:31).

La privatización de los servicios sociales es la tercera estrategia seguida por la política social de corte neoliberal. Implica el abandono del criterio de servicio público y la introducción del criterio motor de la empresa privada al sector social: la maximización de ganancias. Así, de un modelo basado en el concepto de servicios sociales básicos se pasa a uno centrado en el cliente y en su capacidad de pagar.

Es precisamente en este marco en el que debe insertarse el plan de desarrollo del presidente Samper, más conocido como *El Salto Social*. El programa comienza destacando las bondades de la apertura y hacien-

do un diagnóstico de la crisis social del país. Algunas cifras estremecedoras presentadas por el documento del gobierno son las siguientes: el 53.6 por ciento de la población colombiana vive por debajo de los niveles de pobreza; más de la mitad de ella no tiene acceso a agua potable, y casi un 65 por ciento de la misma carece de alcantarillado. Alrededor de la mitad de la población urbana y el 80 por ciento de la rural no cuenta con seguridad social. El 19 por ciento de los colombianos jamás recibe atención médica. El déficit de viviendas en el país es de aproximadamente dos millones (*Salto Social*, 1994:38). Por otra parte, de acuerdo con un reciente estudio del Banco Mundial, los 6.5 millones de personas que viven en situación de pobreza crítica en Colombia, correspondientes al 18 por ciento de la población, están en esas circunstancias porque sólo tienen acceso al 3.6 por ciento del total del ingreso del país. Entretanto, el 10 por ciento de la población más rica recibe el 40 por ciento del ingreso nacional y el 20 por ciento de los hogares más pudientes se queda con cerca del 55 por ciento de dicho ingreso⁵.

Para hacerle frente a tan alarmante situación, el Plan Nacional de Desarrollo contemplaba en sus inicios una inversión de 38 billones de pesos y la creación de 1'600.000 nuevos empleos durante el cuatrienio. Sin embargo, tan ambicioso proyecto se vio sustancialmente reducido a los pocos meses de haberse aprobado el plan, cuando el gobierno se comprometió a recortar el gasto público, como resultado de su negociación con la junta directiva del Banco de la República. Después de este recorte inicial se han hecho varios adicionales. En febrero de 1997 se anunció un nuevo recorte de 1.2 billones de pesos, que afecta principalmente a los sectores de educación (\$90.044 millones), salud (\$71.707 millones), cultura y recreación (\$23.789 millones), vivienda social (\$20.568 millones), programas de empleo (\$34.465 millones) y agua potable (\$30.098 millones)⁶. A comienzos de año se dio a conocer un nuevo "apretón" fiscal para 1998, que contempló incrementos salariales para los trabajadores públicos que no sobrepasaron el 16 por ciento, la meta de inflación prevista para el presente año. De los \$38,1 billones del presupuesto nacional contemplado para 1998, \$12,1 billones (12.000 millones de dólares) se destinarán al pago de la deuda externa⁷.

El papel de los tecnócratas del Departamento Nacional de Planeación ha sido notorio en lo que respecta a enfrentar la crisis social, o más bien, a encubrirla. En un borrador presentado a mediados de 1996 por la

5 "Workers in an Integrated World", *El Tiempo*, julio 23 de 1995, pág. 10C.

6 *El Tiempo*, febrero 27 de 1997, pág. 4B.

7 *El Tiempo*, julio 22 de 1997, pág. 1B.

"Misión Social" de dicha entidad, estos expertos plantean la necesidad de cambiar los indicadores de medición de pobreza. Mediante un complejo proceso de manejo, agrupación y selección de variables, a las que se les transforma de cualitativas en cuantitativas, se llega a cuatro subconjuntos o factores: calidad de la vivienda, servicios básicos de la vivienda, capital humano y un factor sociodemográfico. El nuevo índice, denominado Índice de Condiciones de Vida —ICV—, deja de lado factores tan importantes como el ingreso (DNP, 1996). Así, mediante maniobras contables, fue posible reducir la población pobre objeto de focalización, y anunciar que en Colombia "habían desaparecido" quinientos mil pobres. Al mismo tiempo, la medición de la pobreza casi exclusivamente con base en las condiciones de la vivienda permite la reestratificación de las viviendas urbanas y rurales y la eliminación de los subsidios a los servicios públicos, tal como lo contempla la Ley 142 de 1994.

El logro de un mayor crecimiento económico, el aumento de las exportaciones y el control de la inflación, han sido fijados como objetivos prioritarios para estos países, dentro de la ortodoxia neoliberal. No obstante, el verdadero carácter de estas medidas y sus implicaciones reales para el desarrollo (o el subdesarrollo) socioeconómico ni siquiera se tienen en cuenta. Siguiendo la tradición de los enfoques de la modernización, el crecimiento se equipara con el desarrollo, independientemente de qué sectores de la economía son los que crecen, y el aumento de las exportaciones se coloca como objetivo central, haciendo caso omiso de qué es lo exportado. En el caso de la gran mayoría de los países latinoamericanos, incluida Colombia, la única opción siguen siendo los productos primarios o semielaborados, con escaso componente tecnológico incorporado y basados en una mano de obra muy barata. Pero incluso la prosecución de tan discutible alternativa de desarrollo está en entredicho debido al orden económico prevaleciente, que impone cada vez más restricciones y barreras a los productos provenientes del Tercer Mundo.

Un factor muy importante que contradice el supuesto carácter técnico y neutral de estas reformas tiene que ver con los objetivos que se buscan con su implantación. Éstos no son admitidos de manera explícita por los gobiernos neoliberales, pero su verdadera naturaleza se vislumbra una vez se despojan de la jerga pseudocientífica utilizada por las instituciones financieras internacionales. Para dar sólo un ejemplo, el programa de ajuste estructural ha sido justificado como esencial por cuanto «alivia la tremenda presión sobre la demanda agregada», lo que en lenguaje corriente quiere decir que la reducción

de los ingresos reales de la población permite ahorrar dinero para invertirlo de otra manera⁸.

Señalemos que siguiendo la tendencia que se presenta en toda América Latina, el sector financiero colombiano ha sido el más beneficiado con la puesta en práctica de las reformas neoliberales. En 1996 incrementó en un 40 por ciento sus utilidades frente a las registradas el año anterior, pese a la caída en la demanda de crédito y al aumento de la cartera vencida. De acuerdo con el informe de la Superintendencia Bancaria, las ganancias de las entidades financieras ascendieron a 888.000 millones de pesos en el año pasado, frente a los 636.000 millones registrados en 1995⁹. Las altas tasas de interés y el elevado margen de intermediación, que han causado tanto daño a los sectores productivos del país, han sido factores determinantes de este incremento en las ganancias del sector financiero. A ello hay que sumarle los cuantiosos recursos que ha obtenido gracias a la conformación y manejo de los fondos de cesantías y de pensiones, contemplados en la Ley 50 y Ley 100, respectivamente.

III. LA REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

El 23 de diciembre de 1993 el Congreso colombiano aprobó la Ley 100, más conocida como Reforma de Seguridad Social. Aparte del sector de la salud, esta reforma se ocupa también de las pensiones y de los riesgos profesionales. Tal como había ocurrido tres años antes con la Reforma Laboral o Ley 50, esta nueva ley se basó casi por completo en un proyecto presentado por el ejecutivo. El nuevo sistema introducido está también dentro de los lineamientos básicos de las políticas neoliberales, cuya columna vertebral son el debilitamiento del papel del Estado como proveedor de servicios sociales y la privatización de las empresas públicas. En consecuencia, se recurre cada vez más a los esfuerzos de los individuos y de las comunidades para el suministro de dichos servicios, como una manera de aliviar al poder central en el cumplimiento de sus responsabilidades.

La Ley 100 introduce cambios sustanciales en cuanto a la prestación de los servicios de salud para los trabajadores colombianos. Las instituciones financieras internacionales presionaron para que dichos cam-

8 Afirmación de un economista del Banco Mundial, citado por Kathy McAfee en *Storm Signals: Structural Adjustment and Development in the Caribbean*, Boulder, CO: Westview Press, 1991, pág. 25.

9 *El Tiempo*, miércoles 19 de febrero de 1997, pág. 3B.

bios se realizaran, mostrándolos como la única forma de afrontar la crisis del sector (Banco Interamericano de Desarrollo, 1991:223-226; Banco Mundial, 1986:33-38; 1993). El Banco Mundial ha venido proponiendo un enfoque basado en tres criterios sobre las políticas públicas, con el fin de afrontar los problemas de salud de los llamados países en desarrollo. El primero sostiene que los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. Este entorno se refiere al conjunto de políticas de ajuste estructural al que ya hicimos referencia. El segundo, que el gasto público en salud deberá reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres, es decir, deben ponerse en práctica los criterios de focalización y de costo-eficiencia. Así, ante la evidencia de que los recursos financieros son cada vez más escasos, el gobierno debe invertir fundamentalmente en programas básicos de salud pública y en servicios clínicos esenciales, que en lo fundamental pueden ser proporcionados por instalaciones y centros de salud comunitarios. Por último, de acuerdo con el tercer criterio, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia del sector privado en la prestación de los servicios de salud. Ello implica poner en práctica las políticas de privatización y descentralización (Banco Mundial, 1993:7). La reforma de salud y seguridad social en Colombia acogió por completo estos tres criterios.

La prestación de estos servicios se ha visto afectada por el proceso de descentralización. Así, la Ley 60 de 1993, que define la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales, en materia de atención de salud, ratifica la Ley 10 de 1990, según la cual los municipios son responsables de la atención de primer nivel y los departamentos participan en su financiación y son responsables de los niveles superiores de atención. La municipalización, afianzada por esta ley, se orienta a la conformación de pequeños y exclusivos sistemas de salud locales, con el consecuente traslado de la responsabilidad de la nación al municipio. Además de la organización del nivel primario de atención, las funciones otorgadas al municipio incluyen el cuidado del saneamiento ambiental, el manejo del acueducto, alcantarillado y los mataderos¹⁰.

Sin embargo, hay que anotar que el mismo Banco Mundial ha cuestionado los resultados del proceso de descentralización en nuestro país en materia de salud. Sobre este respecto señaló:

¹⁰ Véase Proyecto de Ley N° 248 de 1992, presentado por Álvaro Araújo Noguera en diciembre de 1992, en *La Reforma de Seguridad Social en Salud*, Tomo II, Anexo documental, pág. 114.

Algunos países como Colombia, que han delegado las responsabilidades de sus servicios sanitarios en un período de tiempo breve, sin los recursos financieros ni la capacidad institucional necesarios en los niveles inferiores de la administración, han comprobado que la descentralización puede ser contraproducente y agravar la ineficiencia y la falta de equidad del sistema de atención de salud¹¹.

Los lineamientos básicos de la reforma de salud también tuvieron sustento en la Constitución. En su definición de un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social del país, acorde con el modelo neoliberal, la Carta de 1991 estableció la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Art. 48). Pero al mismo tiempo estableció que en su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados, y que los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (Art. 49).

Señalemos que las instituciones financieras internacionales justifican la intervención pública en salud por las deficiencias de los mercados precisamente en la atención en ese campo. En la terminología de estas entidades, uno de los motivos que originan tales deficiencias se conoce como "selección adversa", y consiste básicamente en que al asegurador le interesa determinar quiénes son los clientes de alto riesgo para excluirlos, o bien para compensar el mayor riesgo que presentan cobrándole primas más altas. En el mismo sentido, el Banco Mundial cree que "tal vez los gobiernos tengan que suministrar un conjunto de servicios de salud esenciales de forma directa en aquellos casos en que la atención privada no sería factible sin fuertes subvenciones, por ejemplo, en zonas muy pobres y escasamente pobladas" (Banco Mundial, 1993:59). Es decir, de manera explícita se admite que el Estado debe encargarse precisamente de la salud de los sectores más pobres y desvalidos, que no ofrecen ninguna oportunidad de enfrentarse al mercado y, por ello, de generar ganancias para el sector privado, en tanto que se le deja a éste la atención de los sectores que sí pueden producir rentabilidad.

No hay duda de que el viejo sistema de seguridad social no era el más apropiado para satisfacer las necesidades de la gran mayoría de la población en esta materia. Más de mil instituciones diferentes suministraban algún tipo de protección, entre las cuales la mayor y más importante era el Instituto de Seguros Sociales —ISS—, creado en 1964

11. Ibid, pág. 134.1

como entidad encargada del servicio de salud y del pago de pensiones a los trabajadores del sector privado. En 1986 el ISS cubría al 70 por ciento de los trabajadores asegurados, en tanto que la Caja Nacional de Previsión —CAJANAL—, que afiliaba sólo a los empleados del sector público, amparaba apenas al 7 por ciento de los trabajadores de este sector, lo que significaba que el cubrimiento del sistema era muy limitado. De acuerdo con cifras publicadas por el Banco Mundial, en 1985 sólo el 16 por ciento de la población total colombiana, y el 30 por ciento de la económicamente activa, contaban con algún tipo de seguridad social, con lo cual el país se colocaba en los puestos 13 y 12, respectivamente, en el contexto latinoamericano (Banco Mundial, 1986). Según datos del Ministerio de Salud, el viejo sistema cubría al 50 por ciento de la población asalariada, lo que representaba una cifra inferior al 20 por ciento de la población total. Aparte de ello, la cobertura a la familia dependiente del trabajador era mínima: en el caso del ISS sólo el 18 por ciento de los afiliados tenía derecho a la cobertura familiar (Minsalud, 1994:7).

El limitado cubrimiento y la relativa ineficiencia del sistema de seguridad social en Colombia saltan a la vista. Sin embargo, el origen de esta situación hay que buscarlo en las condiciones del subdesarrollo y en el desinterés que históricamente el Estado ha tenido frente a la solución de las necesidades básicas de los pobres. Estos problemas no resultan de una supuesta incompetencia inherente al sector público para suministrar servicios sociales, ni de una gestión ineficiente o de la falta de aplicación de criterios gerenciales, como lo señala la explicación neoliberal. Lo cierto es que la mayor parte de la población rural del país, que no está amparada por ningún tipo de seguridad social, carece de servicios todavía más básicos, tales como agua potable y alcantarillado. Y sin duda alguna, la privatización de la salud y la seguridad social hace que estos servicios se vuelvan todavía más inaccesibles para los sectores marginados, tanto del campo como de la ciudad.

Otro factor que explica la crisis de los servicios de salud y seguridad social en Colombia es el continuo incumplimiento del Estado con las obligaciones financieras contraídas con estos sectores. En 1973, mediante el decreto 1935, el gobierno central se liberó a sí mismo de la obligación legal de contribuir con el 25 por ciento del presupuesto del ISS, tal como se estipuló a la creación de esta entidad, y rehusó pagar una deuda acumulada que hasta ese año ascendía a 9.000 millones de pesos. Asimismo, la manera como los empleadores evaden la parte que les corresponde aportar al sistema y las demoras en los envíos de los dineros recolectados han sido problemas notorios en Colombia. De

acuerdo con el Banco Mundial, esta cantidad ascendió a cerca de 305 millones de dólares en 1985 (Banco Mundial, 1986:9).

La negligencia oficial frente a los problemas descritos ha sido generalizada en todo el continente. Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo, hacia mediados de la década pasada el Estado se había convertido en el deudor más importante del sistema de seguridad social y, por ello, en el principal responsable de su crisis financiera, en un número creciente de países (BID, 1991:190). El problema se hizo más agudo a partir de los ochenta, debido a la crisis de la deuda externa que afectó a la región entera.

El nuevo sistema de salud instaurado por la Ley 100 consta de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El primero descansa en la cotización de los trabajadores y los grupos de la población con capacidad de pago, quienes deben afiliarse obligatoriamente al sistema mediante el pago de cotizaciones. Al segundo ingresan aquellos sectores indigentes o que no tienen capacidad de pago.

Los afiliados al régimen contributivo tienen la libertad de escoger cualquier institución que obtenga certificación oficial como Empresa Promotora de Salud —EPS—. Puede ser una organización privada, pública o comunitaria, que cumpla con unos requisitos específicos, establecidos por la ley. Las principales funciones de las EPS son la afiliación de los colombianos al sistema, la movilización básica de recursos financieros, la promoción de la salud y el manejo del riesgo de enfermar de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud. Como funciones complementarias tendrán la administración de incapacidades, los servicios de salud por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP) y la organización de planes complementarios de salud (Minsalud, 1994:30). Las EPS deberán competir por sus afiliados, a quienes se les ofrece el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La reforma establece que las EPS contraten la prestación de los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de Servicios —IPS—. Estas son básicamente los hospitales, consultorios, laboratorios y demás centros de servicios de salud, además de los profesionales que agrupados o individualmente ofrezcan sus servicios.

La Ley 100 establece además que los hospitales se trasformen en Empresas Sociales del Estado (ESE), regidas por el derecho privado en materia contractual, y las convierte en entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía admi-

nistrativa. Igualmente, las ESE deben estar orientadas por el criterio de eficiencia, definida como la mejor utilización de recursos técnicos, humanos, materiales y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida (Minsalud, 1994:268). Dentro de sus objetivos está garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, su rentabilidad social y financiera. Esto lleva a los hospitales públicos a competir en igualdad de condiciones con las entidades privadas de salud en cuanto a la celebración de contratos de prestación de servicios con las EPS. La mayoría de los ingresos del hospital debe provenir de estos contratos y el hospital debe incrementar sus rentas propias, pues de ello depende su supervivencia.

Al recomendar esta reforma de las instituciones públicas, el Banco Mundial ha destacado la necesidad de incrementar la productividad de la capacidad hospitalaria instalada. Entre las medidas que considera convenientes están: convertir parte de la capacidad hospitalaria destinada a cuidados intensivos en establecimientos más económicos para la atención de pacientes que requieran cuidados menos intensivos y más prolongados para su recuperación; efectuar pruebas de diagnóstico en régimen ambulatorio, antes de hospitalizar a un paciente y apoyar los cuidados a domicilio como alternativa a la hospitalización prolongada en el caso de ciertas dolencias. Igualmente, también en aras de la eficiencia, se recomienda limitar, no sólo el número total de matrículas en las facultades de medicina, sino también la formación de especialistas médicos (Banco Mundial, 1993:141,145).

El impacto negativo de esta reforma para los hospitales públicos es evidente. Debido al tradicional desdén del Estado colombiano hacia el sector salud, la gran mayoría de los hospitales del país no cuenta con la infraestructura apropiada, para no hablar de las pésimas condiciones laborales del personal médico y paramédico. De acuerdo con Rubén Darío Gómez Arias y Walter Ramiro Toro Jiménez, la falta de estímulos para el personal vinculado al sector y la incertidumbre sobre el pago de la carga prestacional constituyen dos de los mayores obstáculos para el desarrollo de los hospitales como empresas. Aparte de ello, existe una gran deficiencia de personal idóneo, sobre todo en enfermería. En 1994 Colombia contaba con 45.000 enfermeras, de las cuales sólo 12.000 eran profesionales (Gómez y Toro, 1997:57).

Dentro de la concepción neoliberal de los asuntos sociales, los usuarios ya no son tratados como pacientes que esperan un servicio, sino como clientes que pagan. Como lo señalan Gómez y Toro, "en algunas instituciones, tanto públicas como privadas, esta nueva relación está asumiendo de manera preocupante un *patrón predominante*

mente comercial..." (Gómez y Toro, 1997:57). Sin embargo, resulta claro que los hospitales públicos no pueden sostenerse a punta de autogestión y de cobros por servicios, debido a que sus usuarios son precisamente los sectores más pobres.

En lo que respecta al régimen subsidiado, quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución equivalente a un punto de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo que ganen más de cuatro salarios mínimos, y de aportes de la nación.

Diversos expertos en la materia han anotado que el principal problema en la prestación de los servicios de salud en el nuevo sistema proviene de la introducción de los mismos criterios del sector privado, expresados en la medicina prepagada: establecimiento de innumerables restricciones, exclusiones por condiciones preexistentes y limitaciones al cubrimiento, así como la exigencia de pagos adicionales cada vez que el trabajador utiliza el servicio. Así, se establece que la EPS será responsable del cobro y recaudo de pagos compartidos, cuotas moderadoras y reductibles para "racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar sus servicios" (Minsalud, 1994:31).

La introducción de los criterios de rentabilidad y racionalización de costos al sistema de salud limita considerablemente los beneficios del usuario. Una comparación entre los servicios médicos generales suministrados por el ISS y los que proporcionan las empresas de medicina privada pone en evidencia que estas últimas funcionan más o menos bien en el nivel de atención básica (consultas, exámenes de laboratorio y medicamentos), en tanto que sus servicios son muy limitados en el segundo y tercer niveles, hospitalización y cirugía. Por el contrario, los servicios de salud que suministra el ISS son deficientes en el nivel básico, pero bastante aceptables en los más complejos.

Tras de dos años de expedición de la ley, existían diecisiete EPS, las cuales, excluyendo al ISS, estaban autorizadas para tener hasta tres millones de personas afiliadas. El ISS, entretanto, puede alcanzar una cobertura máxima de diez millones de personas. No obstante, los últimos informes muestran que el ISS, con su cobertura familiar, llega a ocho millones de personas, en tanto que las dieciséis EPS restantes no habían alcanzado más del 10 por ciento de la cobertura autorizada en sus primeros diez meses de gestión. Pero, lo más grave es que estas empresas ofrecían servicios sólo en los 46 municipios de mayor pobla-

ción del país, en las cuales la rentabilidad del negocio está garantizada (Daza y Toro, 1996:32).

La creación de estas empresas intermediarias en la prestación de los servicios de salud y seguridad social se inscribe dentro de la tendencia del modelo neoliberal a beneficiar a los grandes dueños del capital financiero. De hecho, las EPS privadas más importantes pertenecen a los grandes grupos económicos del país. De acuerdo con la ley, estas empresas deben garantizar a sus afiliados un Plan Obligatorio de Salud, sin exclusiones ni preexistencias, en condiciones medias de hotelería y suficiencia tecnológica, dentro de un nivel que sea al menos igual al ofrecido por el ISS. No obstante, como lo afirma Iván Jaramillo Pérez en un estudio sobre el régimen contributivo, las EPS privadas han venido ofreciendo un plan en las condiciones mínimas, desacreditándolo al máximo posible a fin de que los afiliados compren los planes complementarios. Pero en la mayoría de los casos, lo que hacen estas empresas no es vender dichos planes, sino más bien ofrecer pólizas de medicina prepagada, o de seguros privados, que tienen el doble problema de mantener el régimen de preexistencias y exclusiones de riesgos costosos y de cobrar dos veces el costo de los mismos servicios, una vez al precio mínimo del plan obligatorio y una segunda al precio del mercado de la póliza privada. Así, los planes complementarios no cumplen el papel de complementar el plan obligatorio sino de sustituirlo, con lo cual se duplican los costos del sistema (Jaramillo Pérez, 1997:39).

El régimen subsidiado fue presentado por el gobierno de César Gaviria como el gran salto hacia una cobertura universal que deberá alcanzarse hacia el año 2000. Pero, de acuerdo con el estudio de Gómez Arias y Toro Jiménez, en las condiciones actuales, dicha meta parece demasiado ambiciosa. Hasta 1996 más del 45 por ciento de la población enferma urbana y cerca del 80 por ciento de la rural no estaba protegida por ningún tipo de servicio de salud. La situación era más grave aún en lo que respecta a los servicios de complejidad intermedia y alta (Gómez y Toro, 1997:44).

Dos precisiones deben hacerse sobre el componente de solidaridad contemplado en la reforma. La primera es que por su naturaleza temporal, el subsidio no representa una solución de fondo a la prestación de servicios de salud para los sectores más pobres de la población. Además, dicho subsidio no viene acompañado de una clara política estatal orientada a aliviar las condiciones económicas de los sectores más necesitados y menos aún, a reactivar el aparato productivo del país con el ánimo de generar nuevos empleos. Por el contrario, la puesta en

práctica del modelo neoliberal ha condenado a un número considerable de antiguos trabajadores a la informalidad, la desocupación y la indigencia. Debe tenerse en cuenta también que la situación de los sectores más desfavorecidos se ha visto empeorada por la reducción de los escasos servicios de salud que antes prestaba el sistema de manera gratuita¹².

La segunda precisión es que el subsidio para los sectores más pobres se basa fundamentalmente en la contribución del sector laboral. No se hizo ningún intento de poner en práctica algún tipo de política redistributiva que forzara a los sectores más ricos a subsidiar este servicio para los más pobres. Naturalmente, una política en este sentido iría en contravía del modelo neoliberal, que busca precisamente nivelar por lo bajo, tratando de que sean los trabajadores quienes subsidien a los sectores más desprotegidos.

Acorde con el criterio de focalización, el subsidio a la oferta, consistente en la financiación por parte del Estado de los hospitales públicos, es remplazado por el subsidio a la demanda, que se le otorga a aquellas personas que no tienen ingresos. La identificación de las personas que deben recibir subsidio se realiza mediante la aplicación del instrumento del Sistema de Selección de Beneficiarios para programas sociales, más conocido como SISBEN. Por este mecanismo se busca detectar a las personas pertenecientes a los estratos 1 y 2, así como a los sin estrato. La entidad responsable de aplicar el SISBEN a nivel nacional y de brindar asesoría técnica es el Departamento Nacional de Planeación a través de su división denominada Misión Social.

En cuanto al nuevo sistema de pensiones introducido también por la Ley 100, se estableció un esquema mixto en el cual el sector público y el privado tendrían una participación paritaria. De acuerdo con la ley, a partir del primero de abril de 1994 todo trabajador contratado por cualquiera de los dos sectores tiene el derecho de escoger entre el viejo sistema, denominado de Prima Media y manejado por el ISS, y el nuevo, designado como Capitalización Individual y en manos de las Asociaciones de Fondos de Pensiones —AFP—.

Los empleados que decidan afiliarse o permanecer en el Instituto deben efectuar contribuciones mensuales durante veinte años y, una vez alcanzada la edad de retiro, recibirán una pensión equivalente al promedio salarial que tuvieron durante los últimos diez años o al

12. "Seguridad Social: lo más ambicioso del revolcón", *El Tiempo*, enero 2 de 1994, pág. 4B.

promedio de toda su vida laboral, cualquiera que sea la cantidad más alta. Por el contrario, los que decidan afiliarse a los fondos privados no recibirán una cantidad fija de dinero. Su pensión dependerá del monto de sus ahorros en los fondos y del rendimiento de los mercados financieros.

El sistema de pensiones está compuesto por dos instituciones principales: los fondos, cuyos únicos accionistas son los trabajadores, y las entidades que los administran, las Asociaciones de Fondos de Pensiones —AFP—, pertenecientes al sector financiero. Estos organismos deben cumplir con dos requisitos: primero, la tasa de ganancia pagada debe corresponder al menos a la tasa promedio del mercado y, segundo, todos los fondos deberán estar asegurados contra insolvencia o quiebra. Los cambios principales introducidos por la reforma son los siguientes: la contribución mensual que se debe pagar a los nuevos proveedores de seguridad social es aumentada del 6.5 por ciento en el viejo sistema, al 13.5 por ciento en el nuevo. La edad de jubilación, tanto para hombres como para mujeres, se incrementó de 60 y 55 años a 62 y 57, respectivamente¹³.

De la misma manera, el número de semanas que el trabajador debe cotizar antes de obtener la pensión aumenta de 1.000 a 1.150. Como una concesión a los afiliados, la reforma contempla la posibilidad de que éstos efectúen contribuciones voluntarias por encima de las obligatorias y de esa forma puedan pensionarse a una edad más temprana. Sin embargo, como señaló un comunicado conjunto emitido por las tres confederaciones obreras del país, esta aparente libertad para escoger la edad de pensionarse es por completo ilusoria, pues la gran mayoría de los trabajadores no cuenta con la menor posibilidad de ahorrar, dado que el ochenta por ciento de ellos gana menos de dos salarios mínimos mensuales¹⁴.

Otra modificación importante es el aumento de las restricciones para recibir pensión por incapacidad; en el anterior sistema se exigía que la persona tuviera un 50 por ciento de incapacidad y, en el actual, este porcentaje se incrementó al 66 por ciento. Además, la determinación sobre si un trabajador debe o no recibir pensión por tal motivo se

13 Eduardo Sarmiento, uno de los principales críticos de las reformas neoliberales en Colombia, preguntaba poco antes de la aprobación de la reforma de la Seguridad Social: "¿Qué sentido tiene aumentar la edad de retiro, cuando la expectativa de vida de los trabajadores colombianos al ingresar al mercado laboral es de 71 años, y de cuatro años menos para los más pobres?" ("¿Se estudió reforma a la seguridad social?", *El Espectador*, octubre 4 de 1992, pág. 5).

14 "Centrales obreras rechazan especulación financiera con pensiones", octubre 21 de 1992, reproducido en *Periódico Oficial CGTD*, septiembre-noviembre de 1992, pág. 5.

deja ahora en manos de las compañías aseguradoras, lo que obviamente dificulta más el proceso.

Un balance preliminar sobre el funcionamiento del régimen subsidiado y la aplicación del SISBEN, tanto para salud como para pensiones, muestra serios problemas. El primero de ellos es de índole financiera. El continuo recorte del gasto público ha afectado directamente a este sector. La Ley 344 de 1996, conocida como Ley de Racionalización del gasto público, derogó el artículo 221 de la Ley 100, que establecía la financiación del régimen subsidiado y con ello eliminó el porcentaje que debía aportar el Estado a este régimen. En 1997 el Ministerio de Hacienda redujo en un 50 por ciento los recursos que debía asignar del presupuesto nacional al sistema de salud, y de 1998 en adelante se contemplan recortes equivalentes al 75 por ciento. Aparte de ello, en la mayoría de los municipios ni siquiera se realizó apropiación presupuestal para adelantar el proceso de identificación de los beneficiarios potenciales, sin hablar de los continuos recortes que se han venido dando en las transferencias desde el gobierno central.

Pero el mismo sistema de identificación de la población más pobre también ha evidenciado serias dificultades. De acuerdo con Planeación Nacional, en 1996 quedaron guardados \$91.288 millones de pesos porque no hubo suficientes beneficiarios. Aunque se esperaba la afiliación de 330.000 personas, al terminar el año sólo se registraron 81.408 afiliados que recibían el subsidio. Así, 248.592 trabajadores pobres, que ganan menos de un salario mínimo mensual, no pudieron beneficiarse del Fondo de Seguridad Pensional. Este fondo se creó mediante la Ley 100, con el objetivo de subsidiar los aportes para el régimen general de pensiones que deben realizar los trabajadores asalariados e independientes de los sectores rural y urbano, que cuentan con ingresos inferiores a un salario mínimo legal vigente. El fondo es financiado por la cotización adicional del 1 por ciento que realizan los trabajadores que ganan más de cuatro salarios mínimos, aportes del presupuesto nacional y los recursos que aportan las entidades territoriales para extender la cobertura de la seguridad social.

Para Planeación Nacional resulta preocupante que el fondo tenga una cobertura tan baja. Según el documento CONPES presentado por esta entidad, hay cuatro obstáculos principales que dificultan el acceso de los trabajadores al fondo: el primero tiene que ver con los requisitos establecidos por la ley para poderse beneficiar de los recursos. Ésta exige que los trabajadores del sector informal urbano y de las formas asociativas de producción hayan cotizado al menos 300 semanas al sistema de pensiones para que puedan acceder al subsidio. Se supone

que estas personas debieron estar empleadas en el sector formal por un mínimo de seis años y medio en calidad de asalariados. Pero es lógico que en caso de cumplir con este requisito, tendrían experiencia considerable para ganarse al menos el mínimo, con lo que quedarían excluidos del subsidio.

El segundo es el desconocimiento que existe entre los trabajadores sobre los beneficios y mecanismos de acceso al subsidio. El tercer problema que afecta a los trabajadores, sobre todo en el sector rural, es la falta de oficinas cercanas que reciban el pago de sus aportes. Según Planeación Nacional, la limitada red de recaudos con que cuenta el ISS en las regiones apartadas del país ha llevado a que el 7.5 por ciento de los afiliados cesen sus pagos durante dos o más meses consecutivos, por lo que pierden el derecho al subsidio. Por último, un cuarto obstáculo que afrontan los usuarios en lo que respecta a la afiliación al régimen de salud es la exigencia de una cotización sobre dos salarios mínimos mensuales. Pero si los trabajadores cotizan para salud entonces quedarían descalificados para acceder al Fondo, porque sus ingresos reportados serían superiores al tope de un salario mínimo mensual exigido por la ley.

Si bien es muy pronto para evaluar los resultados del nuevo sistema de seguridad social, tras un año de funcionamiento del mismo ya se evidenciaba una tendencia bastante preocupante desde el punto de vista de los intereses del sector laboral. Ésta tiene que ver con los bajos niveles de la rentabilidad pagada a los afiliados. De acuerdo con un informe de la Superintendencia Bancaria, los buenos resultados arrojados por los fondos en 1994 se invirtieron en su mayor parte en el pago de comisiones, correspondientes a los costos del servicio, y no en el incremento del ahorro de los afiliados. Pese a las "manipulaciones contables", éstos recibieron rendimientos netos apenas por encima del índice de inflación¹⁵. Conforme a las llamadas leyes del mercado, a las AFP se les otorgó una amplia libertad para fijar las comisiones que cobran a sus afiliados. Su alto monto es el resultado de la decisión de dichas empresas de amortizar rápidamente el montaje del negocio de administración de pensiones. Entretanto, el ISS, como entidad oficial, no cobra comisiones.

Debe señalarse también que, como alternativa viable para el proyecto de seguridad social aprobado por el Congreso, las confederaciones

15. Véase las declaraciones del entonces superintendente bancario Jorge Castellanos Rueda, *Portafolio*, junio 5 de 1995, y "Se calienta la seguridad social", *Portafolio*, junio 12 de 1995, pág. 13.

sindicales presentaron su propio proyecto de reforma. Éste contemplaba el establecimiento de un sistema que coordinara las actividades aisladas de diversas instituciones como el ISS, la Caja Nacional de Previsión —CAJANAL—, las cajas de compensación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar —ICBF— y el Servicio Nacional de Aprendizaje —SENA—, entre otras. El proyecto presentado por los trabajadores por medio del congresista Álvaro Araújo Noguera, que no fue siquiera tenido en consideración, apuntaba al establecimiento de un sistema integral de seguridad social, entendido como "el conjunto de medidas empleadas por el Estado y la sociedad para proporcionar estabilidad y bienestar al hombre, librándolo de las contingencias que a lo largo de la vida puedan crearle un estado de necesidad"¹⁶. Además de destacar la importancia de que la seguridad social sea dirigida, coordinada y controlada por el Estado, el proyecto de ley señalaba lo siguiente:

La seguridad social debe constituirse en el mejor soporte del aparato productivo, promover la generación del pleno empleo, la capacitación, promoción, protección, recuperación y atención integral de la salud física y mental, propender por mejorar la calidad de vida, la calidad del ingreso familiar, la protección en caso de invalidez por enfermedad común, enfermedad profesional o accidente de trabajo, la vejez, el auxilio funerario y al supérstite en el desamparo, así como el estímulo a la recreación y al deporte¹⁷.

Como ya se señaló, la reforma a la seguridad social apunta al fortalecimiento del sector financiero nacional e internacional. Tal como afirma Alejandro Foxley al analizar reformas similares hechas en otras naciones latinoamericanas, al transferir los fondos de la seguridad social del sector público al privado lo que realmente se está traspasando es el control sobre un enorme volumen de recursos de inversión a largo plazo. Al examinar los datos en este sentido del caso chileno, concluye que en ese país los grandes conglomerados adquirieron el control del 75 por ciento del mercado. La concentración en el sector financiero tiende a acentuarse en la medida en que, bajo unas condiciones económicas inciertas y con una inflación que no ha sido totalmente controlada, los trabajadores tienden a afiliarse a los grandes grupos, que les brinden un mayor grado de seguridad. Con estas consideraciones, Foxley se refiere a una tendencia que también se desarrolla de manera notoria en Colombia:

De allí que la mayoría de los trabajadores haya optado por fortalecer la posición de los grupos económicos más poderosos, confiando sus ahorros

16 CTDC, Periódico oficial de la Confederación de Trabajadores Democráticos de Colombia (hoy CGTD) julio-octubre de 1991, pág. 6.

17 Proyecto de ley N° 248 de 1992, *La Reforma de Seguridad Social en Salud*, T. III, pág. 125.

previsorios a las administradoras que aquellos controlan. Los asalariados se han transformado así en involuntarios agentes promotores del esquema de concentración de activos que caracteriza al experimento neoliberal (Foxley, 1988:106).

En Colombia, los resultados favorables para el capital financiero, tanto nacional como internacional, en lo que respecta a la administración del régimen pensional ya son evidentes. Según informaciones de la Superintendencia Bancaria, después de cuatro años de entrar en operación, el sistema privado de pensiones acumula reservas, a agosto 31 del 97, por un billón 412 mil millones de pesos, superando en un 6,52 por ciento el valor registrado un mes atrás. El número de afiliados al régimen de ahorro individual con solidaridad ascendió a la misma fecha a 2.347.049. Según la misma entidad, del total de afiliados a los fondos de pensiones obligatorios, el 66 por ciento corresponde a afiliados activos y el 34 por ciento a inactivos (aquellos que no han efectuado cotizaciones en por lo menos los últimos seis meses)¹⁸. Porvenir, de la organización Luis Carlos Sarmiento Angulo, mantiene el primer lugar en el mercado, con un 25 por ciento de los ahorros, seguido por Protección, del sindicato antioqueño, con el 21 por ciento, Colfondos con el 17, Horizonte con el 14, y Colmena y Colpatria con el 10 y el 6 por ciento, respectivamente.

Una situación similar de concentración del capital financiero se registra en los fondos de cesantías, en los cuales a finales de julio de 1997 existían ahorros por 958.000 millones de pesos. De ese monto, el 27 por ciento corresponde a Porvenir, el 22 por ciento a Horizonte, el 18 por ciento a Protección y el 15 por ciento a Colmena¹⁹.

Otro efecto de la reforma analizado por Foxley en el caso de su país es que durante la transición del viejo al nuevo sistema, por razones de conveniencia, los trabajadores más antiguos siguen afiliados a las instituciones públicas de seguridad social, en tanto que la mayor parte de los otros, los que llevan menos tiempo en la fuerza laboral, se vincula al nuevo sistema. Así, el Estado debe cubrir las pensiones de los trabajadores más antiguos, sin recibir los aportes provenientes de los más jóvenes, con lo que su situación financiera se debilita cada vez más frente al sector privado.

El enfrentamiento, catalogado como verdadera guerra, entre la empresa estatal y los grandes grupos económicos se ha venido dando

18 *Portafolio*, lunes 15 de septiembre de 1997, pág. 17.

19 "Crece negocio de las pensiones", *El Tiempo*, septiembre 12 de 1997, pág. 4B.

en la salud, las pensiones de los trabajadores y las Asociaciones de Riesgos Profesionales —ARP—. En lo que respecta a este último sector, existen 18 empresas privadas que administran riesgos y accidentes laborales, que le disputan al ISS un mercado millonario, de altísima rentabilidad por sus bajos costos. De acuerdo con la ley, todas las empresas, independientemente de su tamaño, tienen que afiliarse a una ARP, que puede ser del sector privado o público.

El negocio de las ARP es, sin duda, el mejor en materia de seguridad social. De hecho, las mayores reservas del ISS provienen de su ARP. Según cifras de este mismo instituto, mensualmente entran a la entidad cerca de 15.000 millones de pesos por cotizaciones por riesgos profesionales. De acuerdo con cifras de la Superintendencia Bancaria, entre enero y junio de 1996 las 18 compañías privadas que atienden este mercado habían emitido primas por 31.833 millones de pesos y habían pagado siniestros por 1.728 millones. Las utilidades del primer semestre del año pasado ascendieron a 3.877 millones de pesos. En dos años y medio el sector privado le logró quitar al ISS 6.000 empresas afiliadas, entre ellas la gran mayoría de las compañías pertenecientes a los grupos económicos que constituyeron sus propias ARP. Cuatro de las más importantes de estas empresas: Colpatria, Bolivar, Suratep y Alfa, se unieron hace unos meses para desarrollar una campaña en la que invitaban a las empresas a desafiliarse del ISS y a unirse al sector privado²⁰.

IV. CONCLUSIÓN

La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia se inscribe en el contexto de la llamada modernización del Estado, desarrollada a fondo por los gobiernos de Gaviria y de Samper, como pieza fundamental de la puesta en práctica del modelo neoliberal. Las estrategias en las cuales se sustenta esta reforma: descentralización, privatización y focalización, son las recomendadas por las agencias internacionales y la banca multilateral para adelantar la llamada "nueva" política social. Como ha quedado claro, lo que se busca mediante esta política no es solucionar la crisis social resultante de las reformas económicas, sino mitigar sus efectos sociales más nefastos, y con ello proporcionarle alguna legitimidad al modelo.

Pese a la propaganda oficial en torno a los logros de la reforma, la atención de salud en el país es cada vez más deficiente y precaria. La

20 "Las ARP: otra 'guerra' por la Ley 100", *Portafolio*, lunes 25 de noviembre, 1996.

crisis sin precedentes de los hospitales públicos que se vive en el país actualmente ha puesto en evidencia los efectos nefastos de los recortes del gasto público y la eliminación de los subsidios a la oferta, fuente de la cual dependía el funcionamiento de estas instituciones, bajo el antiguo Sistema Nacional de Salud. La situación crítica del sector se agrava con el deterioro de las condiciones sociales de la mayor parte de la población y el incremento del desempleo y la informalidad.

De otro lado, resulta claro que la búsqueda de los objetivos de universalidad, solidaridad y eficiencia, pregonada por quienes concibieron e impulsaron la reforma de la salud y seguridad social, no ha hecho más que acentuar las desigualdades en cuanto al acceso a este servicio social básico. Ello se debe precisamente a que con la introducción de los criterios de productividad, rentabilidad y costo-eficiencia, que rigen la actividad del sector privado, no puede resolverse el acceso a los servicios sociales básicos de la población. Máxime cuando dichos criterios responden a un modelo de desarrollo que propicia el deterioro permanente de las condiciones de vida y de trabajo de la mayoría. Por eso, ni las políticas sociales ni las reformas a la salud y la seguridad social pueden divorciarse del modelo de desarrollo vigente. Como en todas las demás reformas neoliberales, los grandes grupos económicos y financieros, tanto nacionales como internacionales, son los que han resultado más beneficiados.

La solución del problema de salud y seguridad social para la mayoría de los habitantes del país sólo puede darse sobre la base de un plan integral de desarrollo que contemple la reactivación del aparato productivo y la elevación del nivel de vida de la gente. Pero debe ser, ante todo, un plan que surja del interés nacional y no de las imposiciones de quienes concentran el poder financiero en el mundo.

El análisis anterior pone en evidencia la estrecha conexión existente entre las relaciones de poder prevalecientes en el entorno internacional entre los distintos países y regiones del mundo, las cuales determinan las relaciones internacionales, y la naturaleza y contenido de las reformas de salud que se adelantan en Colombia y los demás países latinoamericanos, por imposición de las llamadas agencias multilaterales del desarrollo, las cuales representan precisamente los intereses de las naciones más poderosas. En ese contexto, tales reformas de salud constituyen, sin duda, un problema que debe ser abordado desde el campo de la salud internacional.

V. BIBLIOGRAFÍA

- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 1991. *La seguridad social en América Latina*, Washington D.C.
- BANCO MUNDIAL. 1993. *Informe sobre desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, Banco Mundial Washington D.C.
- CEPAL. 1995. *Focalización y pobreza*, Cuadernos de la CEPAL, N° 71, Santiago de Chile.
- CEPAL. 1996. *Panorama social de América Latina*, Santiago de Chile.
- DAZA, ENRIQUE E IVÁN TORO. 1996. *La privatización de la salud en Colombia*, Ed. SINDESS-Cedetrabajo.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, Misión Social. 1996. "Índice de condiciones de vida", borrador preliminar para la discusión, julio 11.
- FOXLEY, ALEJANDRO. 1988. *Experimentos neoliberales en América Latina*, México D.F. Fondo de Cultura Económica.
- GÓMEZ, RUBÉN DARÍO Y WALTER RAMIRO TORO. 1997. "Las instituciones prestadoras de servicios", en *Ley 100: un año de implementación Informes técnicos*, editado por Luz Helena Sánchez Gómez y Francisco José Yepes, Asociación Colombiana de Salud ASSALUD-Fundación FES, Bogotá.
- GRAHAM, CAROL. 1995. "Involving the Poor in the New Market Economies: Cross-regional experiences with Safety Nets", ponencia presentada en el 19 Congreso de LASA, Washington, septiembre-octubre de 1995.
- JARAMILLO PÉREZ, IVÁN. 1997. en *Ley 100: un año de implementación, Informes técnicos*, editado por Luz Helena Sánchez Gómez y Francisco José Yepes, Asociación Colombiana de Salud ASSALUD-Fundación FES, Bogotá.
- KRUGMAN, PAUL. 1995. "Dutch Tulips and Emerging Markets", *Foreign Affairs*, julio/agosto.
- MINISTERIO DE SALUD. 1994. *La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Tomo 1: Antecedentes y resultados*, República de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- MORICI, PETER. 1994. *Free Trade in the Americas*, The Twentieth Century Fund Press, Nueva York.
- PETRAS, JAMES. 1995. "Liberalización económica en América Latina: estrategia global de los Estados Unidos", *Deslinde* N° 17, agosto.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. 1994. *El Salto Social: bases para el Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998*, Santa Fe de Bogotá.
- VILAS, CARLOS M. 1994. *América Latina en el «nuevo orden mundial»*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

WILLIAMSON, JOHN. 1991. *El cambio en las políticas económicas de América Latina*, México, D.F.: Gernika.

WORLD BANK (The). 1986. *Colombia: Social Security Review*, borrador confidencial, Washington D.C.