

Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria*

Anderson Rocha-Buelvas¹

Resumen

Esta reflexión pretende ser un espacio formativo acerca de la historia del sector salud en Colombia. En primer lugar se recopilan los sucesos más importantes en la consolidación de la actual Seguridad Social Colombiana. Por último se abordan las coyunturas del sector público y privado hasta el Sistema de Seguridad Social en Salud promulgado por la ley 100. Se concluye que son insuficientes los logros alcanzados por la seguridad social, esto se evidencia en la aplicación del derecho a la salud.

Palabras Clave: Seguridad social en salud, Sector público en salud, Sector privado en salud, Historia de Colombia, Inequidad social. **Rev.CES Odont.2010;23(1)67-70**

Abstract

The following paper tries to be a learning place about the history of health sector in Colombia. First of all it collects the most important incidents in the actual Colombian social security's consolidation. Last, it tackles the circumstances of the public and private sector until the social security system in health enacted by the 100 law. It concludes that the achievements attained by social security, this show in application of health right. **Key Words:** Social security in health, Public sector in health, Private sector in health, Colombian history, Social iniquity. **Rev.CES Odont.2010;23(1)67-70**

Introducción

El nacimiento del Sistema de seguridad social en Colombia y el sector privado se remonta a 1945 y 1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS). Las bases conceptuales e ideológicas se apoyaron inicialmente en la ley del seguro obligatorio, emitida en Alemania por el Canciller Otto Von Bismarck en 1883. En Colombia, las prestaciones de los trabajadores, pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales, fueron reconocidas por la ley con anterioridad a la creación del ICSS y de la CAJANAL. Para entonces eran llamadas prestaciones patronales.¹

Más tarde, cuando en una etapa de maduración industrial las empresas comenzaron a sentir la imposibilidad financiera de pagar en forma directa la carga prestacional de las jubilaciones, la salud y el conjunto de indemnizaciones y pensiones vitalicias por incapacidad causadas por accidentalidad en el trabajo y enfermedades profesionales, los empresarios y trabajadores pensaron en crear sistemas de *seguros obligatorios* semejantes a los europeos.

Esos factores, sumados al auge de quiebras reales o fraudulentas de las empresas industriales, sugirieron la necesidad inaplazable de crear el *sistema de seguridad social* como un mecanismo organizacional separado de las empresas, que se encargara del manejo de las prestaciones y garantizara financieramente las obligaciones de los patronos

y los derechos adquiridos por los trabajadores, independientemente de la solvencia o insolvencia económica de las empresas.²

La seguridad social apareció entonces como el *mecanismo institucional y financiero que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales*. En Colombia, el desarrollo de la seguridad social estuvo marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema de los trabajadores privados, denominado de la *seguridad social*, y el de los funcionarios públicos, conocido como de la *previsión social*. De esta manera, el ICSS se convirtió en una entidad monopólica de afiliación del sector privado, creando en su interior un sistema de solidaridad entre las distintas regiones y ramas de la producción industrial.

Entre tanto, la Caja Nacional de Previsión cubrió solamente una parte del sector central del gobierno nacional, mientras que cada dependencia, entidad o empresa pública que logró acumular algún poder lo utilizó no para fortalecer un sistema nacional de previsión social sino para reivindicar el derecho a segregarse y conformar su propia entidad previsora. Fue así como las fuerzas armadas, la policía, el sector de telecomunicaciones, el Congreso de la República, ECOPETROL y la Superintendencia de Notario y Registro, entre otros, constituyeron paralelamente otras doce instituciones nacionales del mismo tipo, y las cuatro universidades públicas más importantes actuaron en forma semejante.

1. Odontólogo. Universidad Nacional de Colombia. Coordinador de Investigaciones. Facultad de Odontología Universidad Cooperativa de Colombia Pasto

* Miembro del grupo de Investigación de Violencia y Salud de la Universidad Nacional de Colombia

Resultó así un sistema público desarticulado, disperso y, sobre todo, sin mecanismos de solidaridad lo cual produjo la combinación de entidades de buena y mala calidad, de excelente y precaria situación financiera. Para completar el esquema institucional de la seguridad social, en forma paralela al ISS y a la CAJANAL, al no hacerse cargo de todas las prestaciones patronales, fue necesario crear recientemente los fondos de cesantías, y años atrás las Cajas de Compensación Familiar CCF.³

Al momento de ser promulgada la ley de reforma (Ley 100/93), el sistema de salud colombiano estaba organizado básicamente en tres subsistemas de servicios de salud, cada uno de los cuales contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de población, con base en su capacidad de pago.

La población empleada en el sector formal de la economía estaba parcialmente cubierta por varias instituciones de seguridad social. El Instituto del Seguro Social (ISS), a pesar de tener más de 40 años de desarrollo, afiliaba en 1992 a menos del 20% de la población, cifra muy inferior a la de 57% que había alcanzado América Latina. La cobertura de la familia del trabajador era mínima. Sólo el 18% de las familias de los afiliados tenía derecho a la seguridad social y el grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios que prestaba esta institución era muy alto.⁴

Debido a la baja cobertura y calidad de los servicios de salud del ISS, fueron surgiendo otras modalidades de aseguramiento. De manera paralela se desarrolló un subsistema de Cajas de Previsión para los empleados públicos y de Cajas de Compensación Familiar (CCF). Estas últimas se crearon para manejar el subsidio familiar y otorgar compensación por los hijos. Los patrones cotizaban el 4% sobre la nómina, independientemente del número de hijos que tuvieran sus empleados, y las CCF se encargaban de redistribuir los subsidios familiares en proporción al tamaño de la familia de cada trabajador.⁵

La disminución en el número de hijos por familia dio lugar a balances superávitarios en estas entidades, por lo que la Ley permitió que los recursos no utilizados se dedicaran al financiamiento de programas de cobertura familiar en salud. Al asumir estas funciones, las CCF se fueron superponiendo paulatinamente al sistema de seguridad social en salud, al punto que en los años 80 existían más de 1200 entidades de este tipo.⁶

Por su parte, la población de mayores ingresos atendía sus necesidades de salud en el sector privado, ya fuera a través de la contratación de seguros o planes de prepago privados, o pagando directamente los servicios en el momento de requerirlos. Los planes de medicina

prepagada, comprados directamente u ofrecidos por ciertas empresas a sus empleados, experimentaron una notable expansión desde mediados de los 80. Se estima que cerca del 10% de la población accedía directamente a prestadores privados.

Sector público: seguridad social de los excluidos y desposeídos

El subsistema público de salud lo integraban los centros de salud y la red hospitalaria, administrados en las distintas entidades territoriales por los Servicios Seccionales de Salud (dependencias departamentales) y a escala nacional por el Ministerio de Salud (MinSalud). Dichos servicios se financiaban fundamentalmente con recursos públicos de los distintos niveles gubernamentales, pagos de cuotas de recuperación ajustadas a la situación socioeconómica de los usuarios y, en algunos casos, a través de campañas o eventos especiales para acceder a donaciones o a la caridad pública.

Entre 1975 y 1982 creció y se mejoró la planta de hospitales y centros de salud de este subsistema. No obstante, a partir de la crisis fiscal acaecida en ese último año, los recursos que se asignaron a este tipo de servicios se redujeron de 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos, lo que ocasionó el progresivo deterioro del sector. A este subsistema le correspondía atender en 1993 aproximadamente el 70% de la población nacional; sin embargo, su cobertura era muy limitada y la calidad de sus servicios muy deficientes. Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicios, por lo que gran parte de sus necesidades de salud y de medicamentos estaban siendo paulatinamente cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado.⁷

Aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) incluía en su esquema organizativo a los tres subsistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales, en la realidad funcionaba de manera desarticulada. El Ministerio tenía poca injerencia en la orientación del ISS y de las demás entidades de seguridad social, y su papel en la regulación del sector privado era extremadamente restringido. La segregación de la población en subgrupos de acuerdo con su capacidad de pago representaba una fuente de desigualdad e inequidad en el sistema. No existía ningún tipo de solidaridad entre la población de mejores ingresos hacia la población pobre. Cerca de la mitad de los gastos en salud se canalizaban al subsistema de la seguridad social y, por ende, al 20% de la población del país (población con capacidad de pago). La mitad restante se destinaba al subsistema público encargado de atender al 70% de la población, que en gran parte era la de menos recursos y mayores problemas de salud.⁸

Los escasos recursos públicos no se focalizaban de manera efectiva en la población más pobre. El 40 % de los subsidios asignados a los hospitales públicos se filtraba al 50% más pudiente de la población. La utilización de los servicios del ISS por parte de la población de altos ingresos beneficiaba finalmente a la medicina prepagada. Los casos que requerían manejo especializado terminaban siendo atendidos por el ISS, mientras que una proporción creciente de sus beneficiarios atendía sus necesidades de salud en los servicios del sector privado. Con tal traslape en la demanda de servicios se perjudicaba más a la población de escasos recursos, en virtud de que no podían utilizar los servicios de la seguridad social y de que la carga financiera de los costos de la atención era proporcionalmente mayor para ellos. En general, los gastos del bolsillo de las familias representaba más del 50% del gasto en salud en 1992; eso sin contar con que los más pobres de la población gastaban el 18% de sus ingresos en el pago de hospitales, médicos y medicamentos, en contraste los más ricos que dedicaba menos del 0.5% de sus ingresos.⁹

La falta de equidad en el sistema también se expresaba en la falta de acceso a los servicios de salud. En 1993, el 19% de la población no recibió atención médica cuando se sintió enferma y cerca de 200 mil niños nacían sin contar con asistencia en salud. En el estrato más pobre de la población, más del 35% de los enfermos no recibieron atención, en tanto que en el estrato más rico menos del 8% no fueron atendidos. Para la población más pobre, los costos de los servicios representaban una barrera de acceso más importante que la falta de médicos o instalaciones. La asignación y disponibilidad de los recursos eran también profundamente desiguales.

La mayor parte de los recursos se concentraba en los departamentos y municipios con mayor nivel de desarrollo socioeconómico que desde luego no ha sido el caso de departamentos como Nariño, Putumayo y el Cauca, mientras la concentración de recursos era deficitaria en las áreas rurales y urbanas pobres de los departamentos incluso con mayor desarrollo.

Se privilegiaba el gasto en la atención de tipo curativo, particularmente la más especializada y de mayor costo, descuidándose la atención de primer nivel y las acciones preventivas y de promoción a la salud. La falta de desarrollo de la prevención y de los niveles primario y secundario de atención provocaba la saturación de los hospitales de mayor capacidad tecnológica, originando el desperdicio de la capacidad instalada y el deterioro de la calidad.

Los recursos en el sector público se asignaban con base en presupuestos históricos o en proporción directa al déficit de las instituciones, o en respuesta a su capacidad

de movilización en los medios de comunicación. Las transferencias de recursos no guardaban relación alguna con las necesidades de salud locales, ni con los costos de producción de los servicios requeridos para su atención. La eficiencia administrativa de las instituciones públicas y del seguro social era muy baja; además, presentaban graves problemas de corrupción, "robo hormiga", tráfico de influencias y desperdicio de recursos.

En resumen, el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección social consagrada en la Nueva Constitución de 1991. Cerca del 80% de la población no contaba con un seguro de salud y el 25% no tenía acceso a ningún tipo de servicios de salud. El sistema funcionaba de manera desarticulada, era excluyente, altamente inequitativo, ineficiente y de muy dudosa calidad.¹⁰

Varios elementos contribuyeron a que las motivaciones y preocupaciones sectoriales condujeran a una primera propuesta de cambio en el SNS. Una de ellas fue el Estudio Nacional de Salud de 1989, realizado por iniciativa del Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), con el apoyo del Banco Mundial - *Programa Consolidación del Sistema Nacional de Salud* -. En dicho estudio se sistematizaron las principales inquietudes existentes en el sector y se planteó por primera vez la posibilidad de crear un sistema de salud que asegurara a toda la población colombiana.

Otro antecedente importante fue la reforma del sector emprendida por la Ley 10 de 1990, la cual intentó descentralizar la dirección y operación de los servicios hacia los departamentos y los municipios. No obstante, bajo esta iniciativa el financiamiento no se entregó finalmente a los municipios. Los nombramientos del personal continuaron realizándose de manera centralizada y el presupuesto y la nómina siguieron en manos de los Ministerios de Hacienda y de Salud (hoy Ministerio de Protección Social).

Con la aprobación de la nueva Constitución Política en 1991, se definió un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. Con relación a la salud se estableció que "la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado".

La Constitución garantiza el derecho de todos los colombianos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Plantea, así mismo, que la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo de manera descentralizada, por niveles de atención, con participación de la comunidad y siguiendo los principios clásicos de la seguridad social: universalidad, solidaridad y eficiencia.

Por ende, el sistema debía ser sostenible financieramente y plural en la gestión y prestación de los servicios a la población (agentes públicos y privados). El mandato constitucional fue desarrollado posteriormente por la Ley 60 de 1993, la cual definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y culminó con la Ley 100/1993, que creó el nuevo Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El proceso de reforma fue liderado por los Ministerios de Salud y del Trabajo, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el aval de las comisiones VII de Senado y la Cámara de Representantes. En estas leyes se adoptaron además otros principios para la reforma: equidad, unidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía institucional, calidad, descentralización, subsidiariedad, complementariedad, concurrencia y participación, cualidades que como los antecedentes históricos siguen siendo controversiales por su carácter inequitativo e ineficiente.

Conclusiones

Se puede concluir el ejercicio del Derecho a la salud ha sido un concepto desconocido, que últimamente ha cobrado vigencia al menos como referente moral.

Desde antes de los años sesentas las personas de capas sociales medias o altas asistían a consultorios, clínicas o al seguro privado; los trabajadores asalariados acudían al seguro obligatorio ya fuera del sector privado o público, y los pobres desde siempre han acudido a la caridad ya sea por un lado la proporcionada por el Estado a través de una precaria y limitada asistencia pública y por el otro lado la caridad del sector privado que por razones religiosas y tradicionales ofrecían la llamada beneficencia; para colmo de males el fortalecimiento del Estado excluyente, clientelista y patrimonialista se afianza posteriormente durante el periodo del Frente Nacional, donde se asume la salud como una inversión pública por pacto político nacional en 1957.

Lo anterior demuestra que en Colombia las garantías de la *Declaración de los Derechos Humanos de 1948*, no construyeron ciudadanía en el sistema de salud, debido a que posteriormente en 1970 el Ministerio de Salud articula tres subsectores en salud (el oficial, el de seguridad social y el privado) que divide a la población de acuerdo a su nivel socioeconómico.¹¹

Con menos garantías en 1977 al reformarse el I.S.S. se inclina aún más la balanza a la imperecedera inequidad, contando con que en los ochentas se consolida el Sistema Nacional de Salud, según los mandamientos políticos jalonados por los intereses del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, desencadenándose por consecuencia en los 90's el sistema de protección social acuñado en la ley 100.

En pocas palabras se puede decir que la gradual configuración y efectividad del concepto de Derecho a la salud en el sistema Colombiano de seguridad social en salud en ningún momento ha sido aplicado adecuadamente conforme con la declaración de los derechos humanos promulgados hace más de medio siglo, conforme con el Estado social de Derecho como la organización política en Colombia y conforme con la *Convención Americana sobre los Derechos Humanos* donde la salud se garantiza preservándose por medidas sanitarias y por estrategias que resuelvan el acceso a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica para fortalecer la dinámica de los recursos públicos y los de la comunidad. Lo dicho parece desvanecerse en la atención que se le ha dado a logros de la constitución del 91 como el aseguramiento por derecho irrenunciable, el cual se limita al deber de los ciudadanos de <procurar> y <cuidar> la salud como el producto de la evolución histórica de la seguridad social en Colombia.¹²

Referencias

1. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización. Santafé de Bogotá, Colombia: FESCOL : FRB : FES : Fundación Corona, 1994; p.184-185.
2. Ibidem
3. Ibídem.
4. Esguerra R. Aún no es hora de reformar la ley 100. Colombia Médica 1996; 27: 77-85.
5. Ibidem.
6. Arbeláez M. Evaluación de la eficacia del derecho a la salud en Colombia a partir del proceso de descentralización sanitaria. DS 2007: 15 (1); P.29-40.
7. Carmona J. Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. Biomédica 2005, 25: 4; p. 464-480.
8. Ibídem.
9. Ely A. Derechos Económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta 2006. Primera edición. Asociación Pro Derechos Humanos. P. 221-239.
10. Ibidem.
11. Declaración universal de derechos humanos Promulgada el 10/dic/1948 por la Asamblea General de la ONU.
12. Palomino B, López G. Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. Región y Sociedad, 1999; 1 (17), 171-185.

Correspondencia:
rochabuelvas@gmail.com

Recibido para publicación: Octubre de 2009
Aprobado para publicación: Mayo de 2010