

Liquidación del ISS

# Mercado máximo, Estado mínimo

Por Natalia Paredes Hernández. Economista, M.A. en Estudios Políticos, investigadora del Cinep.

**U**na breve historia de las sucesivas y fracasadas reformas del Instituto de Seguros Sociales (ISS) reafirma la tesis que sostienen los trabajadores sobre la falta de voluntad gubernamental de salvar dicha institución. En épocas anteriores, el gobierno nacional utilizó reiteradamente los fondos propios del instituto, a través de "autopréstamos" o mediante el incumplimiento de sus aportes al pago de pensiones, entre otras fórmulas, que a lo largo de 60 años llevaron a su descapitalización. Adicionalmente, en años recientes, mientras el ISS asumía la mayor parte de la atención de los pacientes de alto costo y los afiliados con mayores cotizaciones se retiraban masivamente de la institución, el sistema continuaba adeudando al seguro grandes sumas de dinero al no hacer una adecuada compensación de lo que este gastaba efectivamente en la atención en salud. Para el año 2005, los ingresos que se dejaron de percibir por este concepto ascendieron a \$182.900 millones<sup>1</sup>; es decir, el ISS gastaba cada vez más, pero recibía cada vez menos.

Los trabajadores afirman que la deuda de la nación con el ISS supera los 70 billones de pesos<sup>2</sup>. Un cálculo realizado en el 2001 por el Ministerio de Hacienda y los trabajadores del ISS en el marco de un proceso de acuerdo tripartito, concluyó que la deuda era de 58.8 billones. En cualquier caso, esta suma supera sustancialmente su déficit estructural; su pago permitiría cancelar las deudas pendientes y reestructurar la prestación de los servicios sociales sin necesidad de liquidar la institución. Pero el Gobierno no ha reconocido dicha deuda, por el contrario, ha acudido a fórmulas de salvación como el Acuerdo Integral, suscrito en octubre de 2001 para superar la difícil situación financiera y operacional; el Conpes 3219 de 2003, que determinó una serie de medidas para superar problemas estructurales; el Decreto 1750 de 2003, mediante el cual se separó la prestación de servicios del aseguramiento; la adopción del "Plan de Modernización del Instituto de Seguros Sociales"; entre otras medidas que poco a poco reformaron la entidad, no cumplieron con sus objetivos de darle sostenibilidad y junto con el no pago de la deuda por parte de la nación, finalmente condujeron a su liquidación total.

La estocada final está contenida en el Documento Conpes 3456, denominado "Estrategia para garantizar la continuidad en la prestación pública de los servicios de aseguramiento en salud, aseguramiento en pensiones de régimen de prima media con prestación definida y aseguramiento en riesgos laborales".

La propuesta del Gobierno consiste en la creación de una nueva entidad promotora de salud de carácter mixto, donde el Estado tiene una participación del 49% y seis cajas de compensación familiar del 51% restante de las acciones. Esta nueva EPS se encargaría de los afiliados actuales del Seguro, cuyo perfil epidemiológico "presenta

una desviación hacia alto costo debido a: (i) la concentración de 45% de sus afiliados en mayores de 45 años, aumentando la frecuencia y el costo de servicios y, (ii) la alta representación de enfermedades de alto riesgo (renales, VIH, sida y cáncer)<sup>3</sup>. En este sentido ya han manifestado su preocupación las cajas de compensación socias de la nueva empresa, preguntando al Gobierno cómo sostendrán este grupo más costoso de afiliados sin variar el pago de la Unidad de Pago por Capitación. En este nuevo pulso, el Gobierno tendrá que negociar y seguramente se creará algún tipo de compensación para la atención de dicho grupo de población, pues la desbandada de afiliados desde el anuncio de la liquidación del ISS no se ha hecho esperar, lo que agrava el flujo de recursos necesarios para el sostenimiento de la nueva EPS.

Según el documento Conpes referido, que contiene los principios orientadores para la liquidación del ISS y creación de la nueva EPS mixta, los problemas estructurales del ISS que llevan a una situación insostenible, deben "... ser objeto de preocupación, tanto del gobierno nacional como de los organismos de inspección, vigilancia y control, y lleva a que el presente documento considere unas recomendaciones que conduzcan a que, en cualquier caso, pueda garantizarse la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud mediante el aseguramiento con participación del Estado, aspecto este que se considera de vital importancia como elemento regulador de calidad y de precios, en una actividad que por su naturaleza es un servicio público de carácter obligatorio y debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 48 de nuestra Constitución Política"<sup>4</sup>.

### **Si bien es grave la liquidación del ISS, lo realmente preocupante es la disminución de la participación del Estado en el Sistema General de Seguridad Social...**

Esta loable declaración de propósitos, consistente con el Estado social de derecho y la responsabilidad de garantía del derecho humano a la salud, contrasta fuertemente con la realidad del sistema de salud del país y con las medidas tomadas por el presente gobierno, tanto en su primer mandato como en el segundo, mucho más si se tiene en cuenta que el actual Presidente de la República impulsó la Ley 100 de 1993, cuyo principal resultado es el desmonte del sistema público de salud.

En el último informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2005 – 2006), presidido por el Ministro de la Protección Social, se señala: "La participación de las EPS privadas en el mercado ha aumentado en 3.08 puntos porcentuales con relación al año anterior, al pasar de 79.10% de participación a 82.20% en el año 2005, mientras que las EPS públicas perdieron participación al pasar de 20.37% en el año 2004 a 17.28% en el año 2005"<sup>5</sup>. Según la misma fuente, de este porcentaje, el ISS tenía 2'677.685 afiliados, lo que equivale al 99.7% del aseguramiento por parte del sector público. Ahora, con la liquidación del Instituto, la continuidad del Estado en la prestación pública de dichos servicios queda reducida a su más mínima expresión, pues el Estado sólo tendrá un 49% de participación accionaria en la nueva EPS de carácter mixto; lo que equivaldría aproximadamente al 8.46% del total de afiliados al régimen contributivo a nivel nacional.

Si bien es grave la liquidación del ISS, lo realmente preocupante es la disminución de la participación del Estado en el Sistema General de Seguridad Social a nivel del aseguramiento y la prestación directa de servicios de salud, el pago de pensiones y la atención de riesgos profesionales. A nivel de salud ello se evidencia no solamente en la liquidación del ISS, sino en las reformas, concesiones y cierre de hospitales públicos. Este proceso resulta en una pérdida de la capacidad real de control del sector por parte del Estado. A pesar de la existencia de la Supersalud o de otros mecanismos de vigilancia y regulación, cuando los Estados carecen del poder para incidir sobre la prestación de un servicio público, la normatividad suele ser insuficiente y se imponen los intereses de los que realmente "tienen la sartén por el mango", para el caso de salud de los que cuentan con los afiliados, los recursos y la infraestructura de atención.

La otra preocupación, que va más allá de la liquidación del ISS, es qué va a pasar con el patrimonio público nacional en salud, es decir, cómo se va a garantizar la sostenibilidad de la red propia de IPS que tenía el Seguro Social compuesta por 234 Centros de Atención Ambulatoria y 37 clínicas en todo el país, constituidas a partir del año 2003 en 7 Empresas Sociales del Estado (ESE), que al igual que el resto del sector público hospitalario se mantienen en déficit y con amenaza de cierre. Si la lógica del "mercado de salud" presentada en los últimos años se mantiene, pasará lo mismo que con el ISS: saldrán algunos documentos Conpes, un par de decretos, otros planes adicionales de modernización y finalmente vendrá su liquidación. De hecho, en el segundo semestre de 2006, se liquidó la ESE José Prudencio Padilla de la Costa Atlántica, una de las 7 creadas en el 2003. Es posible que después se aproveche dicha infraestructura por parte de un comprador privado, en ese caso el gobierno de turno venderá barato y el nuevo propietario entrará a lucrarse de lo que antes fue una inversión social de los colombianos. Según los trabajadores, en su momento la separación de las clínicas y centros de atención del ISS, implicaron un despojo patrimonial de más de \$400 mil millones de pesos.

**... mientras para las personas lo importante es acceder a la atención que necesitan (...) para el Gobierno lo prioritario es garantizar que el modelo de mercado en salud funcione.**

Se impone así el mercado del aseguramiento sobre el derecho humano a la salud de la población colombiana. De hecho con el cierre del ISS se concluye el proceso de privatización y el sistema queda en manos de agentes que de ahora en adelante tendrán grandes ventajas para imponer tarifas, paquetes de servicios y restricciones a la atención, el tan anhelado principio de integralidad queda subsumido en el de rentabilidad y sostenibilidad financiera y organizativa del sistema. Es decir, que mientras para las personas lo importante es acceder a la atención que necesitan (completa y de calidad), para el Gobierno lo prioritario es garantizar que el modelo de mercado en salud funcione.

Existen experiencias internacionales, incluso en América Latina, que demuestran la inconveniencia de dejar únicamente en el sector privado la prestación de los servicios sociales, precisamente porque sus intereses no son los mismos que los de la mayoría de ciudadanos. A estos últimos les interesa el ejercicio pleno de sus derechos, incluyendo los derechos sociales como la salud, la educación, la seguridad social, entre

otros, derechos esenciales y punto partida para el desarrollo de las capacidades humanas. Algunas de estas experiencias muestran que es posible construir un sistema público de salud integral, universal y gratuito que cumpla simultáneamente con los principios de equidad y eficiencia, con participación regulada del sector privado, pero cuyo desarrollo principal se realiza directamente por parte del Estado, esto significa un Estado social de derecho que presta directamente servicios, desarrolla políticas de salud pública y articula adecuadamente al sector privado en función de los intereses colectivos. A pesar de la aparente irreversibilidad del modelo de aseguramiento, es posible construir otro modelo cuyo objetivo principal sea la garantía del derecho humano a la salud, para ello es necesario mejorar la comprensión de su significado, la relación que este tiene con la organización del sistema sanitario, avanzar en una participación activa por parte de los usuarios y líderes sociales, priorizar la equidad y la eficiencia en materia social sobre los intereses del mercado de la salud, entre otras elecciones sociales que se podrían realizar en un futuro no muy lejano.

### Referencias

- 
- <sup>1</sup> Departamento Nacional de Planeación, DNP, (2007, enero), *Documento Conpes 3456*, Bogotá, DNP, p. 14
- <sup>2</sup> Sindicato Nacional de Trabajadores de la Seguridad Social (2007, enero), *Comunicado a la opinión pública*, Bogotá, p. 1.
- <sup>3</sup> DNP (2007, enero), *Ibíd.*, p. 12
- <sup>4</sup> DNP (2007, enero), *Ibíd.*, p. 15
- <sup>5</sup> Ministerio de la Protección Social (2006, junio), *Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 2005 – 2006*, Bogotá, p. 20.

Correo de contacto: [nparedes@cinep.org.co](mailto:nparedes@cinep.org.co)