



BogotáEconómica

Noviembre 2009 No. 2

Economía y Finanzas
Políticas públicas y control fiscal
Estadísticas Fiscales

Problemas financieros
de la salud en Bogotá



CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.

Director

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Consejo Editorial

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Víctor Manuel Armella

Juan Camilo Restrepo

Carlos Emilio Betancourt

José Luis Díaz-Granados

Editor

Carlos Emilio Betancourt

Coordinación Editorial

Carmen Aldana

Walden A. Borja

Elkin Pardo

Colaboradores

Olga Barinas

Flor Ángela Bello

Carlos Emilio Betancourt

Walden A. Borja

Eduardo Carreño

José Luis Castro

José Luis Díaz-Granados

Roberto Escobar

Enrique Ferrer Corredor

Rubén González

Germán Holguín

Mónica Padilla

Elkin Pardo

Amparo Peña

Juan Camilo Restrepo

Alexandra Roldán

Elimeleth Tapias

Luis Andrés Trujillo

Emperatriz Vargas

Héctor Zambrano

Caricatura e ilustraciones

"Guerreros"

Gerente

Paola Vélez Marroquín

Diseño, diagramación e impresión

Gatos Gemelos Comunicación.

Fotografía

Diego Mayorga

Oficina Asesora de Comunicaciones

Dirección

Carrera 16 N° 79-34 Pisos 5° y 7°.

Bogotá D.C.

Teléfonos: 2193900/35

ISSN: 2145 - 1036

E-mail

cbetancourt@mail.contraloriabogota.gov.co

caldana@mail.contraloriabogota.gov.co

Contraloría de Bogotá, D. C. 2009

NOTA DEL EDITOR

“Bogotá Económica” agradece la gentil contribución de Ricardo Montezuma quién cedió buena parte del material fotográfico que ilustró la edición N° 1.

Para sus comentarios, puede escribirnos al correo electrónico

revistabogotaeconomica@mail.contraloriabogota.gov.co.



Sumario

05 Editorial

06 Economía y finanzas públicas

“Una política fiscal para épocas recesivas”, *Juan Camilo Restrepo*

“Bogotá y la autonomía fiscal. Un análisis comparado.”, *Walden Borja*

16 Informe Especial. Problemas financieros de la salud en Bogotá

“Avance en la garantía del derecho a la salud en Bogotá positiva para vivir mejor”, *Héctor Zambrano*

“Nubarrones sobre la supervivencia financiera de los hospitales públicos de Bogotá, D.C.”,

Román Vega y Ariel Cortez

“Proyecto político de financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud”, *Óscar Rodríguez*

“Los servicios de urgencias como alternativa de acceso a la Salud en Bogotá”, *Amparo Peña*

“La Salud en Bogotá y la crisis financiera de la red hospitalaria”,

Elkin Pardo, Amparo Peña, Olga Barinas y Mónica Padilla

48 El foro

“Límites del aseguramiento, necesidades crecientes y los problemas financieros de la Salud en Bogotá” *Walden Borja*

52 Políticas públicas y control fiscal

“Las obligaciones contingentes judiciales del distrito”, *Carlos Betancourt*

“Fallas de la ejecución presupuestal en Bogotá”, *Elimeleth Tapias, Alexandra Roldan y Andrés Trujillo*

60 Letras y números

“Economía y finanzas en la novela colombiana”, *José Luis Díaz-Granados*

“Semiotica del espejo”, *Enrique Ferrer*

66 Columnista Invitado

“Genocidio silencioso”, *Germán Holguín*

68 Estadísticas

70 Caricatura

Rodrigo Guerrero



Al rescate de la moral y la ética pública



LOS PROBLEMAS FINANCIEROS DE LA SALUD EN BOGOTÁ

La Contraloría de Bogotá, a través de su Revista Bogotá Económica, ofrece un foro sobre la economía, las finanzas y las políticas públicas locales y sus relaciones con el país y el mundo. La intención es abordar tanto los asuntos actuales como los que trascienden coyunturas en la agenda de la ciudad. En este propósito, luego de un primer número, cuyo Informe especial fue el Metro y que ha merecido comentarios positivos que agradecemos, en esta segunda entrega abordamos la problemática financiera de la salud en Bogotá como tema central.

La salud es un derecho consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política, que debe ser garantizado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, honrando los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Para ello, en Colombia se adoptó un esquema que busca conciliar la racionalidad privada de hacer rentable la prestación de los servicios de salud con el aseguramiento universal de la población y la atención de las personas sin capacidad de pago, lo cual depende críticamente del desempeño económico, el empleo formal y la generación de ingresos. Así, con alta incidencia de pobreza, alto desempleo y alta informalidad, tal conciliación ha resultado por lo menos difícil ocasionando, de contera, presiones sobre las finanzas territoriales, dadas las obligaciones determinadas por las reglas de la descentralización.

Con todo, durante los últimos diez años Bogotá ha avanzado en salud y asignado recursos significativos generando con ello beneficios sustanciales, en particular, en las personas más pobres. Sin embargo, no todos los habitantes están cubiertos por el sistema ni tienen acceso efectivo. Por lo demás, la situación tiende a agravarse recientemente, dadas las presiones demográficas adicionales que la ciudad resiste como primer destino de las víctimas del desplazamiento forzado que sufre el país.

En este contexto, la situación financiera actual de los hospitales públicos amenaza una crisis de liquidez derivada de una persistente acumulación de sus cuentas por cobrar, al tiempo que aumenta el apremio al Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS para el financiamiento de los servicios no incluidos en los POS demandados por la vía de tutelas y de la atención de los pacientes no asegurados o “vinculados”. Aunque en algunos hospitales los indicadores de apalancamiento todavía muestran niveles aceptables, en la mayoría la crisis financiera amerita la intervención pública para buscar soluciones, porque el riesgo principal es el sacrificio de la atención de la salud de los habitantes más pobres que residen y llegan sin cesar a la capital.

Si la información que presentamos y las opiniones de nuestros amables colaboradores contribuyen a enriquecer el conocimiento ciudadano y el debate sobre esta problemática sentiremos compensado nuestro esfuerzo.

Juan Camilo Restrepo | Walden Alberto Borja Guerrero



economía y finanzas públicas

UNA POLÍTICA FISCAL PARA EPOCAS RECESIVAS

Un gobierno—cualquier gobierno— cuenta con dos tipos de instrumentos para utilizar en épocas recesivas: los instrumentos de carácter monetario y los de naturaleza fiscal. Estos últimos han venido recobrando importancia destacada en el manejo que la gran mayoría de los países le ha dado a la crisis que estalló hace cerca de un año.

¿Cómo se han manejado los instrumentos de política monetaria en Colombia?

El manejo de estos instrumentos que corresponden al Banco de la República ha sido correcto. Mantuvo tasas de interés altas y restricciones monetarias de consideración (encajes altos), cuando empezaron a observarse crecimientos inmoderados en algunos renglones de crédito, especialmente el de consumo; y cuando se advirtió el riesgo de burbujas especulativas o inflacionarias.

Pero desde diciembre de 2008, como correspondía, la política monetaria ha sido claramente anticíclica: se han rebajado en un 60% las tasas de referencia del Banco Central y se redujeron algunas restricciones asociadas a la política de encajes.

Mirada retrospectivamente la actuación del Banco Central Colombiano resulta más afortunada que la del Federal Reserve Bank que, como puede observarse en el Gráfico 1, cuando comenzó el gran auge especulativo del sector inmobiliario en Estados Unidos, en lugar de restringir la liquidez y aumentar las tasas de interés, hizo exactamente lo contrario: aumentó la liquidez y redujo las tasas de interés con lo cual atizó la formación de la burbuja especulativa.

¿Cómo se ha manejado la política fiscal en el país y cuáles son sus restricciones?

En todo el mundo y prácticamente sin excepción durante esta crisis se vienen utilizando con intensidad las palancas fiscales como instrumento anticíclico.

Recordemos simplemente, para no citar sino el caso de los Estados Unidos (pero el europeo no es muy diferente), que el déficit fiscal pasó de 4.5% del PIB en 2008 a cerca del 12% en el 2009. Incremento espectacular.

El aumento de los déficit públicos como instrumento anticíclico lo han podido realizar con intensidad y rapidez aquellos países que, como los Estados Unidos, tienen a su disposición un amplísimo mercado de capitales.

Esta utilización intensiva del déficit fiscal acompañado de las amplias necesidades que deben atender en el campo de la seguridad social

y pensional en los años venideros está llevando a los países industrializados a enfrentar, como lo ilustra el Gráfico 2, una perspectiva fiscal inquietante que requerirá seguramente de mayores impuestos y de mayor moderación en el gasto público una vez superada la actual recesión.

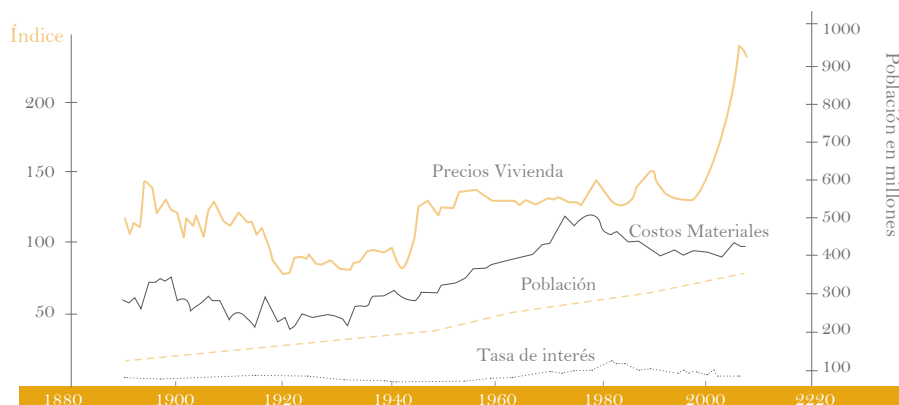
¿Cuál es la política fiscal que se ha podido poner en marcha en Colombia?

Los aportes anticíclicos de la política fiscal en Colombia están limitados por dos factores. En primer lugar, porque a diferencia de lo que hicieron países como Chile que generaron



Ex-ministro de Hacienda y asesor de la Contraloría de Bogotá

Gráfico 1
Perspectivas fiscales



Fuente. Tomado de Robert J. Sella, "The Subprime Solution", Princeton University Press, 2008.

superávits fiscales en las épocas de “vacas gordas”, entre nosotros se ha mantenido un déficit sistemático en los últimos años. Además, la amplitud del mercado de capitales disponible para un país emergente como Colombia es por supuesto mucho más limitada que el que está a disposición de un país como Estados Unidos.

El contraste entre Chile y Colombia puede visualizarse en el cuadro 1. En 2008 Chile registró un superávit del 11.6% de su PIB (explicado en alta medida por la acumulación registrada en el Fondo de Estabilización del Cobre), al paso que Colombia tuvo un déficit de (-) 0.3% en sus cuentas fiscales. Precisamente cuando inició la crisis económica en todo el mundo.

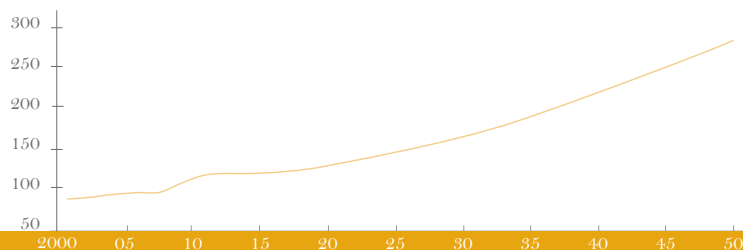
Así las cosas, la política fiscal colombiana como instrumento anticíclico se ha limitado a dos campos de acción: de una parte, dejar actuar los llamados “estabilizadores automáticos”, y de otra parte, tratar de ejecutar más rápidamente los presupuestos públicos que ya estaban establecidos antes de la crisis.

Nótese que dentro de este contexto no hay recursos nuevos para propósitos anticíclicos. Simplemente se validan unos mayores déficits como consecuencia de la caída de los recaudos tributarios propios de una época recesiva y se hacen buenos propósitos para tratar de ejecutar sin rezagos los programas de inversiones ya definidos en la época de precrisis.

El funcionamiento de los estabilizadores automáticos puede apreciarse en el gráfico 3, que ilustra cómo entre septiembre del 2008 y la fecha se ha incrementado la proyección del déficit del Gobierno Central del 2.6 del PIB al 4%.

Gráfico 2

Deuda gubernamental proyectada para el grupo de países (% del PIB promedio)



1/January 2009 World Economic Outlook (WEO).

Este tipo de política fiscal, si bien está bien intencionado y va en la dirección correcta, tiene muchas limitaciones: en primer lugar, las restricciones institucionales, bien conocidas, y que cobijan a entidades como el Inviás y el Ministerio de Transporte las cuales, aun existiendo buenos propósitos, no aseguran una ejecución acelerada del gasto público.

En segundo lugar, la “ley de garantías” suspende durante cuatro meses la contratación directa del Estado entorpece aún más la ejecución acelerada de la inversión pública.

Por último, no puede dejarse de mencionar el tema de las “vigencias futuras” sobre las cuales aún no hay plena claridad; y que han llevado a que, por ejemplo, a Bogotá sólo se

Cuadro 1

Estructura fiscal de América Latina (Sector Público no Financiero, % del PIB DE 2008)

	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	MÉXICO
I. Ingresos totales	33,1	36,6	43,6	26,3	22,7
Ing. Tributarios	25,1	25,2	23,5	19,2	8,2
Contribuciones a seg. Social	5,1	5,7	1,5	2,7	2,0
Ing. No tributarios	2,9	5,7	18,6	4,4	12,5
II. Gastos Totales	3,2	38,6	32,0	26,6	24,5
Gastos operacionales	14,1	22,9	15,7	10,5	12,6
Transferencias	12,0	6,9	9,7	7,4	4,8
Intereses	3,1	6,1	0,8	3,8	2,6
Inversión	4,0	2,7	5,8	4,9	4,5
III. Déficit (I - II)	-0,1	-2,0	11,6	-0,3	-1,8
IV. Balance primario (antes de intereses)	3,0	4,1	12,4	3,5	0,8
Memo:			v		
Transferencias territoriales	8,1	4,5	0,6	4,0	7,3
Deuda pública bruta/PIB	48,8	38,8	19,2	12,8	27,0

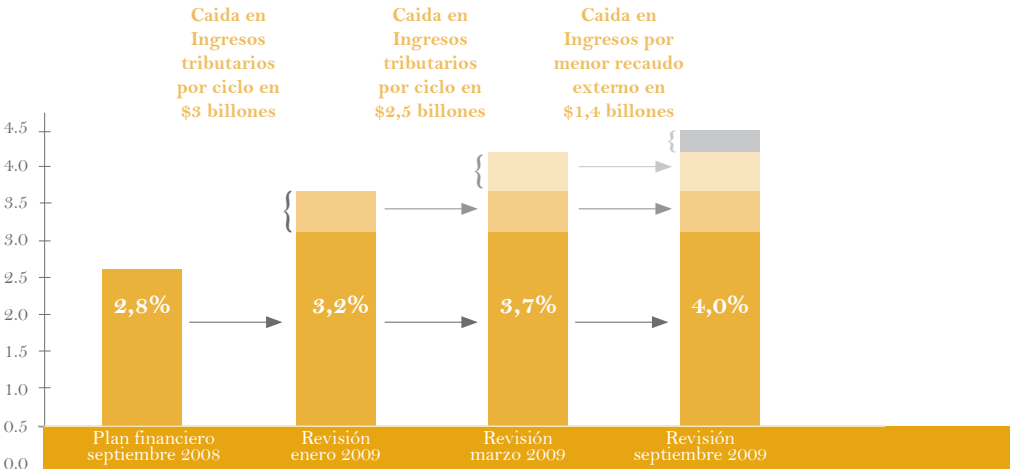
Fuente. Cálculos Anif con base en FMI y Bancos Centrales

le ofrezcan vigencias futuras para la construcción del metro a partir del año 2017.

Lo anterior sugiere que hay una preocupante congestión en las “vigencias futuras” que se han abierto últimamente al nivel del Gobierno Central, y que le están restando flexibilidad y comprometiendo exageradamente el patrón de gasto público en los años venideros.

En el cuadro 2 puede apreciarse lo que está valiendo el stock de vigencias futuras ya otorgadas para las vigencias que van del 2010 al 2027. Nótese, además, que la gran mayoría sino la totalidad de las inversiones respaldadas con vigencias futuras serán útiles en épocas posteriores, pero de ninguna manera responden a una prioridad inmediata,

Gráfico 3
Los Estabilizadores Automáticos Déficit del GNC
Déficit del GNC (% del PIB)



Fuente. Informe mensual a agosto de 2009. Asobancaria

Cuadro 2
Stock de vigencias futuras por sectores
Presupuesto General de la Nación

MILLONES DE \$		VIGENCIA FUTURA																	
RECURSO		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Transporte		2.262.362	2.717.234	2.925.807	1.271.094	808.878	1.220.111	646.032	392.907	322.784	292.205	292.524	294.259	296.001	297.760	299.450	341.947	41.904	43.161
Defensa y seguridad		3.321.381	251.419																
Hacienda		487.825	652.808	603.074	307.007	316.273	325.819	85.001											
Deuda Pública Nacional		802.858																	
Agricultura		622.717	85.443																
Protección social		440.062	47.944	44.935															
Acción social		308.187	56.866	26.458															
Minas y energía		174.887	137.338	47.550															
Interior y Justicia		274.463																	
Comunicaciones		219.581																	
Educación		164.358																	
Ambiente, Vivienda y Dilo. Terr.		85.206	2.383	2.490	2.095	3.837													
Comercio, Industria y Turismo		38.771	1.757	1.795	3.048	3.276	3.524	3.775	4.033	4.299	4.572	4.857	5.158	5.484	5.831	3.100			
Planeación		85.677																	
Cultura y Deporte		38.217																	
Organismos de control		33.462																	
Relaciones Exteriores		19.415	185																
Registraduría		4.460																	
Congreso		3.296																	
Presidencia		2.278																	
Estadística		1.688																	
Empleo público		282																	
TOTAL GENERAL		9.391.433	3.953.377	3.652.109	1.583.244	1.132.264	1.549.454	734.808	396.940	327.083	296.777	297.381	299.417	301.485	303.591	302.550	341.947	41.904	43.161

Fuente: SIF

generadora de empleo en el corto plazo, como lo requeriría la política anticíclica recomendable para la actual desaceleración económica.

En materia normativa lo único que se avista en el horizonte en materia fiscal es una reforma tributaria que se circunscribe a prorrogar durante cuatro años más el impuesto al patrimonio, y empieza una moderación, indispensable aunque tardía de las múltiples gabelas tributarias otorgadas durante los últimos años.

En efecto, además de prorrogar por cuatro años el impuesto al patrimonio el proyecto de reforma tributaria que comenzará a estu-

diar próximamente el Congreso Nacional incluye la reducción del 40 al 30% en la deducción por adquisición de activos productivos y la prohibición de acumulación de privilegios tributarios en el caso de las zonas francas.

El altísimo costo que para la política fiscal del país está teniendo la inmoderada concesión de privilegios tributarios en los últimos años (Cuadro 3). La corrección que se incorpora en la próxima reforma tributaria, aunque tardía e insuficiente, va en la dirección adecuada para hacerle recuperar al sistema tributario colombiano un mínimo de equidad y progresividad que ha ido perdiendo.

Conclusiones

1. Los instrumentos monetarios se han manejado con mejor fortuna que los fiscales para contrarrestar la recesión.
2. Los fiscales, básicamente, se han reducido a dejar operar los “estabilizadores automáticos” (mayor déficit), pero no hay recursos nuevos (incrementales) para poner en marcha una política fiscal anticíclica más ambiciosa.
3. No se ven en el horizonte ni condiciones ni deseos de promover, en el corto plazo, una reforma fiscal integral.
4. La magnitud de la apertura de “vigencias futuras” dentro del presupuesto nacional le imprime inflexibilidad a la asignación del gasto público en los años venideros. Para el caso de Bogotá, es indispensable precisar si el esquema ofrecido de vigencias futuras como ordena la ley, le cubrirá efectivamente al Distrito el 70% de todos los costos financieros y de construcción en que incurra entre el momento en que se inician las obras del metro y el año del 2017; año en que comenzará el programa de vigencias futuras. Sobre este punto no existe aún claridad.
5. La única iniciativa que probablemente se llevará a la próxima legislatura será la cuarta prórroga del impuesto al patrimonio acompañada de algunas modestas reducciones a las gabelas tributarias. Ojalá se aproveche esta ocasión para comenzar a corregir la falta de equidad y de progresividad que viene caracterizando al sistema fiscal colombiano. ■

Cuadro 3

Resumen del costo fiscal de los principales beneficios tributarios

Total declarantes – (\$ Miles de millones)

TIPO DE BENEFICIO	2007 ¹	2008 ²	VARIACIÓN	PARTICIPACIÓN
Personas jurídicas	4.914	5.994	22,0%	81,0%
Deducción del 40%	3.100	3.763	21,4%	62,8%
Rentas exentas	1.572	1.883	19,8%	31,4%
Descuentos	242	348	44,0%	5,8%
Personas naturales	1.309	1.406	7,4%	9,0%
Deducción del 40%	70	75	7,9%	5,3%
Rentas exentas	1.227	1.318	7,4%	93,7%
Descuentos	12	13	7,4%	0,9%
Total	6.223	7.399	18,9%	100,0%
Deducción del 40%	3.170	3.838	21,1%	51,9%
Rentas exentas	2.799	3.201	14,4%	43,3%
Descuentos	254	361	42,2%	4,9%

1/La información presentada para 2007 difiere de la publicada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo del año 2008, teniendo en cuenta que los datos fueron estimados para personas naturales, y preliminares para personas jurídicas.

2/ Para personas naturales los datos preliminares, se estiman a partir de la información de las declaraciones de renta del año gravable 2007, con corte mayo de 2009. La variación corresponde a los supuestos que se consideran para el cálculo.

Fuente: Declaraciones de renta. Coordinación Estudios Económicos. Subdirección de Gestión de Análisis Operacional – DIAN.

BOGOTÁ Y LA AUTONOMÍA FISCAL. UN ANÁLISIS COMPARADO

I. Introducción

Bogotá es la principal economía urbana del país, su producción es un cuarto del total de la nacional y su ingreso per cápita es superior al promedio nacional. No obstante, aunque la aglomeración urbana impulsa el desempeño económico también genera grandes desafíos, como la congestión, la recolección y disposición de residuos y la continua migración interna, entre otros.

Aunque el Distrito Capital ha fortalecido su capacidad fiscal, sus recursos frescos no es suficiente para enfrentar sus problemas. Por eso, conviene examinar si la estructura actual de sus ingresos es compatible con sus responsabilidades. Para brindar elementos de análisis, en este artículo se compara el nivel de autonomía fiscal de Bogotá frente algunas capitales latinoamericanas y españolas, y se contemplan posibles espacios de ampliación de su capacidad fiscal.

II. Esfuerzo propio y equidad interregional. El enfoque de la segunda generación del federalismo fiscal

De acuerdo con el federalismo fiscal, la descentralización permite mayor eficiencia en la asignación de los recursos mediante la participación de los ciudadanos en las decisiones locales. Para esto es necesaria una asignación de responsabilidades y recursos compatible con las capacidades de las diferentes jurisdicciones territoriales.

En materia de ingresos, particularmente en cuanto a capacidad tributaria, la distribución de competencias tiene en cuenta la movilidad de las bases tributarias y los contribuyentes, la distribución de las bases tributarias entre entidades territoriales, la presencia de economías de escala en el recaudo y de externalidades tributarias. Así, una distribución intergubernamental óptima de tributos implica un Gobierno Nacional que recaude impuestos redistributivos sobre bases tributarias móviles (v. g. impuesto a la renta y sobre las ventas) o sobre bases dispersas (v. g. recursos naturales), y unos gobiernos locales financiados sobre bases tributarias inmóviles (v. g. impuesto predial) y con base en tarifas sobre servicios públicos (Acosta, et al. 1999, p.129).

Sin embargo, una distribución óptima de tributos no garantiza la satisfacción de las necesidades fiscales de cada nivel de gobierno.



Asesor de la Dirección de Economía y Finanzas de la Contraloría de Bogotá. Agradezco la colaboración de Elkin F. Pardo y Jose Luis Díaz Castro en la recolección y procesamiento de información presupuestal.

Primero, los desequilibrios verticales, surgidos en la desigual distribución de los impuestos, hacen que la capacidad fiscal de las entidades subnacionales sea menor a la del nivel nacional. Segundo, la actividad económica no se distribuye uniformemente por todo el territorio, lo que conlleva desequilibrios -horizontales- en la capacidad fiscal entre unidades del mismo nivel territorial.

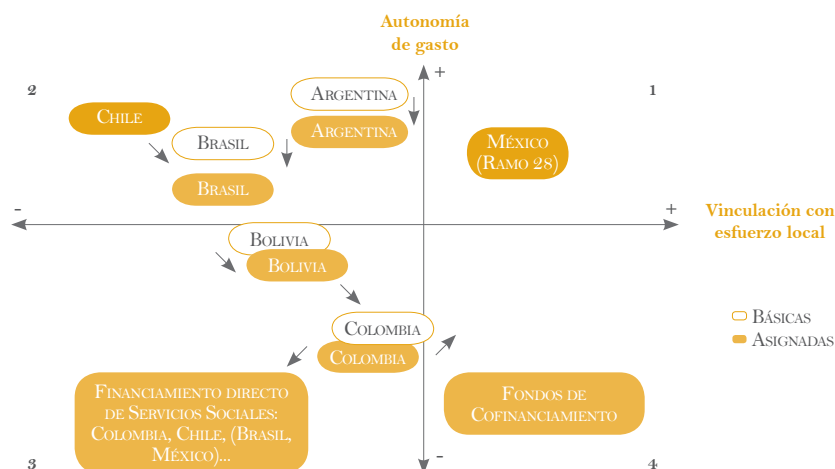
Para corregir estos desequilibrios se usan las transferencias intergubernamentales, que pueden tomar diferentes formas: una bolsa fija de recursos o una participación en los ingresos nacionales. Una vez están definidos los recursos del fondo, deben ser distribuidos entre entidades territoriales y asignados entre sectores de gasto.

La distribución de recursos entre niveles territoriales en Colombia plasma bien los principios generales de distribución de bases tributarias y la corrección de desequilibrios horizontales y verticales a partir del Sistema General de Participaciones. Sin embargo, en el contexto latinoamericano el régimen vigente en Colombia es uno de los que concede menor autonomía a las autoridades locales en las decisiones de gasto (Gráfico 1).



Gráfico 1

**América Latina (seis países):
Sistemas de transferencias**



Fuente: Finot, 2005

Dentro de este esquema general, Bogotá tiene un régimen de financiamiento que conjuga las competencias tributarias de los municipios con algunas correspondientes a los departamentos. Este régimen, estructurado en el Decreto 1421/93, hace que Bogotá dependa de sus ingresos corrientes, básicamente de los tributarios con mayor capacidad recaudatoria, mientras que los ingresos distritales correspondientes a transferencias nacionales (Sistema General de Participaciones en casi el 100%) sólo corresponden al 22% de los ingresos totales del distrito capital. Para el promedio de 1.079 municipios colombianos este promedio es del 60,8%. Excluyendo a Medellín que tiene un nivel de autonomía fiscal similar al de Bogotá, con una participación de las transferencias en el total de ingresos del 25%, las otras cuatro grandes ciudades del

país (Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Cartagena) dependen en 48,5% de esta fuente en promedio¹.

En todo caso, conviene analizar si el actual régimen fiscal de Bogotá refleja bien sus necesidades. En efecto, el régimen fiscal de las grandes metrópolis es tema de análisis a nivel internacional. De hecho, se reconoce que “las grandes aglomeraciones metropolitanas pueden y deben tener mayor autonomía fiscal que otras zonas urbanas o rurales, donde ‘autonomía’ significa mayor responsabilidad de frente a los servicios locales y mayor capacidad (y responsabilidad) para cobrar sus propios ingresos y gravar sus propios impuestos”².

Esta postura, conocida como la segunda generación del fede-

ralismo fiscal –SGFF (Weingast, 2006), reconoce que los esquemas de financiamiento local, la estructura tributaria de los gobiernos subnacionales y las transferencias intergubernamentales, afectan la forma en que los gobiernos subnacionales utilizan su autoridad para estructurar los mercados. De acuerdo con esta postura, los gobiernos subnacionales autónomos son más responsables (accountables), ofrecen los servicios que la gente quiere, ofrecen bienes públicos que impulsan los mercados y son menos corruptos. Por ello se propone un sistema de transferencias que compatibilicen los objetivos de equidad horizontal y que establezca altos incentivos fiscales marginales, sistemas no lineales que traten de manera diferencial las diferentes categorías de entidades subnacionales.

Para algunos analistas la realidad de Bogotá, D.C. plantea desafíos que no pueden ser enfrentados adecuadamente con su actual régimen de ingresos. Para abordar esta problemática en lo que resta del documento se hace una breve comparación de su autonomía fiscal con algunas grandes ciudades en la región. Este ejercicio sólo es un paso inicial del análisis del régimen fiscal de la capital del país, pues un análisis integral de autonomía fiscal sólo puede hacerse a la par del análisis de las competencias en cabeza de las entidades territoriales.

III. Una aproximación a la autonomía fiscal

La autonomía fiscal, capacidad que tiene una entidad territorial para asumir sus gastos con sus propios ingresos, puede ser aproximada a tra-

1. Cálculos propios realizados a partir de la base “OEC opios Consulta última 2000-2008” del Departamento Nacional de Planeación.

2. Bird, R. y E. Snack (2005)

vés de dos medidas complementarias: el porcentaje de los ingresos totales que corresponden a los ingresos tributarios propios y el porcentaje que en los ingresos totales ocupan las transferencias del nivel nacional. En cuanto a la primera medida, Bogotá con el 49,9% ocupa el segundo lugar entre las ciudades examinadas, sólo superada por Buenos Aires, 78,9%. Frente al porcentaje que ocupan las transferencias del nivel nacional en el total de los ingresos Bogotá tiene la tercera menor dependencia fiscal de las siete ciudades examinadas, sólo precedida por Lima y Buenos Aires. De lo anterior se desprende que Bogotá tiene un bajo nivel de dependencia fiscal en el concierto internacional (Cuadro 1).

La alta autonomía fiscal de la capital colombiana se confirma al descontar el efecto ingreso nacional. En efecto, al dividir el ingreso tributario propio per capita de las capitales sobre el PIB per capita de su país respectivo, una medida aproximada del esfuerzo fiscal territorial, se observa que Bogotá se

encuentra en el cuadrante de mayor esfuerzo tributario municipal, mayor incluso que el de sociedades mucho más ricas como la española y la chilena, y muy superior al de una ciudad de nivel de ingreso similar como Lima (Gráfico 2).

El mayor esfuerzo fiscal propio de Bogotá resulta en una mayor disponibilidad de recursos propios por habitante comparada con la de las capitales objeto de estudio. En efecto, medido en dólares PPA³, los bogotanos disponen para cubrir con las necesidades de su ciudad con un ingreso tributario propio equivalente al de Madrid o Barcelona, sólo inferior al de Buenos Aires, y superior al de México, Santiago y Lima (Gráfico 3).

Por supuesto que esta mayor independencia fiscal de Bogotá no es suficiente para compensar la mayor riqueza de otras sociedades. Al analizar

el total de ingresos municipales disponibles por habitante resultan claras las diferencias con países de mayor ingreso per capita como España, Argentina y México. Sin embargo, es significativo que Bogotá goce de un mayor ingreso municipal que Santiago de Chile, pues aunque Chile tiene un PIB per capita de más del doble del colombiano, los bogotanos tienen en dólares PPA un ingreso total municipal que es el doble del de Santiago (Gráfico 4).

Para algunos analistas la realidad de Bogotá, D.C. plantea desafíos que no pueden ser enfrentados adecuadamente con su actual régimen de ingresos.

Conviene aclarar que si bien las diferencias en capacidad fiscal de las ciudades objeto de estudio ilustran los propios arreglos institucionales,

3. Dólares PPA son dólares en Paridad de Poder Adquisitivo. Es la cantidad de moneda local requerida para comprar una canasta de bienes equivalente al que se puede comprar con un dólar de los Estados Unidos en el año base de 1996. Penn World Table 6.1.

Cuadro 1
Indicadores autonomía fiscal
de grandes capitales año 2008

	Bogotá	Barcelona	Madrid	Lima ³	Santiago ⁴	México D.F.	Buenos Aires ⁵
Unidad monetaria	Pesos Colombianos	Euro	Euro	Nuevos Soles	Peso chileno	Peso mexicano	Pesos argentinos
Ingresos Tributarios Propios (Mill. moneda local)	3.838.800,0	729,8	1.436,0	386,3	247.408,8	19.795,6	12.635,7
Transferencias Nación (Mill. moneda local)	1.763.500,0	813,3	1.361,0	106,1	182.559,2	61.456,6	1.698,0
Total Ingresos (Mill. moneda local)	7.698.200,0	2.553,4	4.348,0	1.183,1	754.545,5	122.626,1	16.017,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos presupuestales de las respectivas ciudades.

no implican una ventaja de los bienes y servicios públicos ofrecidos a sus ciudadanos. En este sentido, que Barcelona y Madrid muestren una leve ventaja en cuanto a ingresos disponibles por habitante evidencian el énfasis en el proceso autonómico español. De la misma manera, los menores recursos disponibles en Santiago y Lima evidencian el relativo centralismo de Chile y Perú.

IV. Conclusiones

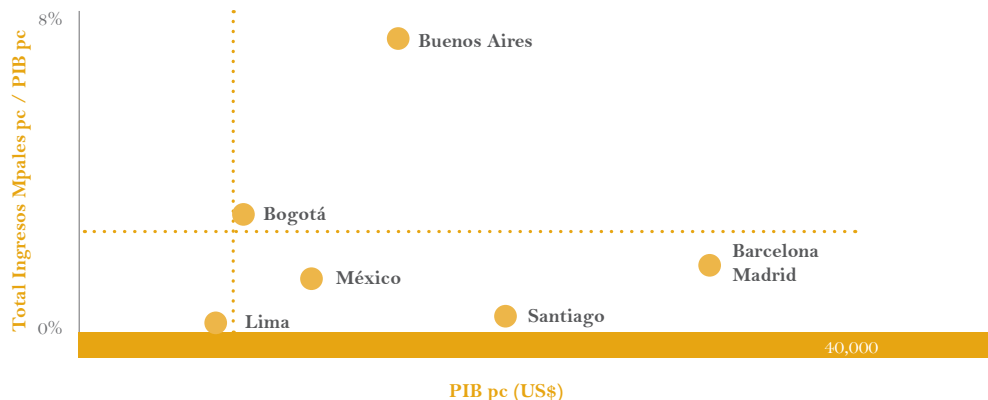
En el contexto latinoamericano, Bogotá tiene un alto grado de autonomía fiscal, medido tanto por el volumen de ingresos tributarios que genera, como por el bajo grado de dependencia de las transferencias de la Nación. Esa mayor autonomía permite que los bogotanos disfruten de un mayor nivel de recursos propios que el de otros ciudadanos de ciudades de nivel de ingreso similar.

Sin embargo, aún hay espacio para aumentar su autonomía fiscal, aumentando las capacidades tributarias propias de la ciudad. La experiencia de Buenos Aires es ilustrativa al respecto. Una posibilidad para aumentar esta capacidad tributaria propia es el impuesto a las plusvalías urbanas, que es importante en España y es casi inexistente en Bogotá.

Así mismo, este grado de independencia fiscal de la capital colombiana debe estar dotado de mayor autonomía en la administración de los recursos provenientes de transferencias nacionales, pues actualmente es una de las más limitadas en la región latinoamericana. ■

Gráfico 2

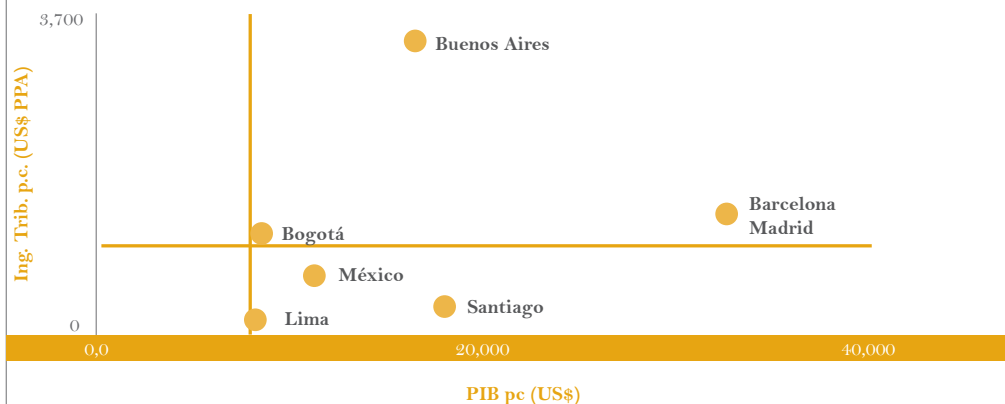
Esfuerzo Fiscal Propio Grandes Capitales



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3

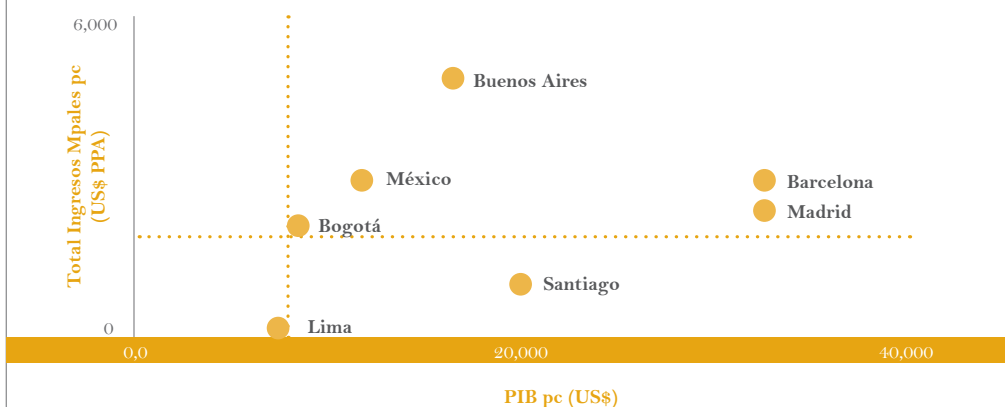
Capacidad Fiscal Grandes Capitales



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4

Ingresos disponibles de las Grandes Capitales



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2

Indicadores autonomía fiscal de grandes capitales año 2008

	Bogotá	Barcelona	Madrid	Lima ³	Santiago ⁴	México D.F.	Buenos Aires ⁵
Unidad monetaria	Pesos Colombianos	Euro	Euro	Nuevos Soles	Peso chileno	Peso mexicano	Pesos argentinos
Ingresos Tributarios Propios (Mill. moneda local)	3.838.800,0	729,8	1.436,0	386,3	247.408,8	19.795,6	12.635,7
Transferencias Nación (Mill. moneda local)	1.763.500,0	813,3	1.361,0	106,1	182.559,2	61.456,6	1.698,0
Total Ingresos (Mill. moneda local)	7.698.200,0	2.553,4	4.348,0	1.183,1	754.545,5	122.626,1	16.017,9
Población Dic. 2008 (miles)	7.149,7	1.615,9	3.273,0	7.605,7	5.317,3	8.841,9	3.050,7
Tasa de cambio US\$ (Dic. 2008) ¹	2.198,09	0,72	0,72	3,10	629,11	13,83	3,45
Ing. Trib. per capita (US\$)	244,3	628,5	610,6	16,4	74,0	161,9	1.199,3
Transferencias nación p.c. (US\$)	112,2	700,5	578,7	4,5	54,6	502,5	161,2
Total ingresos municipales p.c. (US\$)	489,8	2.199,1	1.848,8	50,2	225,6	1.002,6	1.520,3
PIB p.c. país 2008 (US\$) ¹	8.379,3	33.615,8	33.615,8	7.245,1	21.548,0	12.026,7	16.500,0
PPA (2007) ²	941,11	0,77	0,77	1,63	243,76	7,47	1,17
Ing. Trib. per capita (US\$ PPA)	570,5	586,5	569,8	31,2	190,9	299,7	3.540,1
Transferencias nación p.c. (US\$ PPA)	262,1	653,6	540,0	8,6	140,8	930,5	475,7
Total ing. municipales p.c. (US\$ PPA)	1.144,1	2.052,2	1.725,2	95,4	582,1	1.856,6	4.487,6
Total Ing. municipales pc (US\$) / PIB pc (US\$)	5,8%	6,5%	5,5%	0,7%	1,0%	8,3%	9,2%

1 Fondo Monetario Internacional, www.imf.org

2 Penn World Table 6.1 (PWT 6.1)

3 La Municipalidad Metropolitana de Lima esta conformada por los 43 distritos de la Provincia de Lima más 6 de la Provincia de Callao.

4 Gran Santiago tiene 37 comunas, 32 comunas que componen la Provincia de Santiago más 5 de tres provincias circundantes

5 Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Aún hay espacio
para aumentar la
autonomía fiscal de
Bogotá, fortaleciendo su
capacidad tributaria.

V. Bibliografía

- Ayuntamiento de Barcelona (2009), Informe anual 2008.
- Ayuntamiento de Madrid (2009), resupuesto ayuntamiento de Madrid 2007 – 2008.
- Bird, R. y E. Snack (2005), Aspectos fiscales de la gobernabilidad metropolitana, En: Rojas, Eduardo; Cuadrado-Roura, Juan R.; Fernández Güell y José Miguel; Gobernar, Gobernar las Metrópolis, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington.
- Finot, Iván (2005), Descentralización, transferencias territoriales y desarrollo local, Revista de la CEPAL No. 86, Santiago.
- Gobierno la Ciudad de Buenos Aires (2009), Presupuesto general de gastos y cálculo de recursos de la administración para el ejercicio, "http://www.buenosaires.gov.ar" www.buenosaires.gov.ar.
- Gobierno del Distrito Federal (2009), Ley de ingresos del Distrito Federal para el ejercicio fiscal, "http://www.finanzas.df.gob.mx" www.finanzas.df.gob.mx.
- Municipalidad de Lima (2009), Programa de Transparencia Municipal, "http://www.munlima.gob.pe/" www.munlima.gob.pe/.
- Secretaría de Hacienda Distrital (2009), Informes de Ejecución Presupuestal 2007 y 2008, Bogotá, www.shd.gov.co.
- Sistema Nacional de información Municipal de Chile – SINIM (2009), "http://www.sinim.cl/" www.sinim.cl/.
- Weingast, Barry (2006), Second Generation Fiscal Federalism: Implications for Decentralized Democratic Governance and Economic Development, Discussion Draft, disponible en: www.politicalscience.stanford.edu/.../Weingast-second%20generation%20fiscal%20federalism.pdf.



Héctor Zambrano R. | Román Vega | Ariel Cortez | Amparo Peña | Elkin Pardo | Olga Barinas
Mónica Padilla | Flor Ángela Bello | Emperatriz Vargas | Roberto Escobar | Eduardo Carreño

Informe especial:

Problemas financieros de la salud en Bogotá

AVANCE EN LA GARANTÍA DEL DERECHO DE LA SALUD EN BOGOTÁ POSITIVA PARA VIVIR MEJOR

Contexto

El Sistema de Seguridad Social en Colombia (SGSSS) aun no ha logrado resolver el acceso universal a los servicios de salud y tampoco la equidad. Esta es una verdad de a puño que quedó ratificada por la sentencia T- 760 del 2008. Esta sentencia visibiliza la situación crítica de la salud e intenta ser una herramienta para disminuir las 80.000 tutelas que interponían los colombianos/as. Sin embargo, en los dos últimos años las tutelas aumentaron a 344 mil. Esto demuestra que en el Sistema de salud algo anda mal. Los problemas estructurales son de distinto orden: desde el comienzo el Sistema planteó unas diferencias entre el Régimen subsidiado y el Régimen contributivo que se expresan en los planes de beneficios. En los 15 años de implementación de la Ley no se ha logrado nivelar para estos dos regímenes los paquetes de servicios, lo que genera inequidades. Es claro que el Sistema se configuró bajo un supuesto de progresión de empleo: en la medida en que el empleo aumentaría se disminuiría el Régimen subsidiado, situación que no ha ocurrido. Entretanto, lo más grave es que desde sus inicios en el Sistema emergieron los que en su momento se denominaron “vinculados”, personas que no tenían empleo para cotizar pero que tampoco clasificaban en la encuesta del Sisben para ser merecedores de los subsidios. Es decir, en la práctica en Colombia permanecen tres regímenes distintos con distintos paquetes de servicios que demarcan desigual-

dades injustas y evitables. Más allá de esta situación, a las instituciones de salud llegan las personas con sus necesidades de atención que deben ser resueltas pues lo que está en juego es la vida misma.

En Bogotá, se hacen esfuerzos importantes para que la ciudadanía se asegure, *Aunque afiliarse a la población es una meta importante para usar los recursos del sistema general de participación que son alrededor de \$800 mil millones de pesos, también es importante decir que la afiliación genera demanda inducida, o sea, mayor demanda en los servicios.* En la gráfica 1 se evidencia como el distrito ha logrado aumentar los afiliados al régimen subsidiado.

Más allá del aseguramiento, y solo para dar un ejemplo de cómo las diferencias en el Pos son un elemento estructural del sistema, y cómo esto afecta los servicios de salud, en el caso

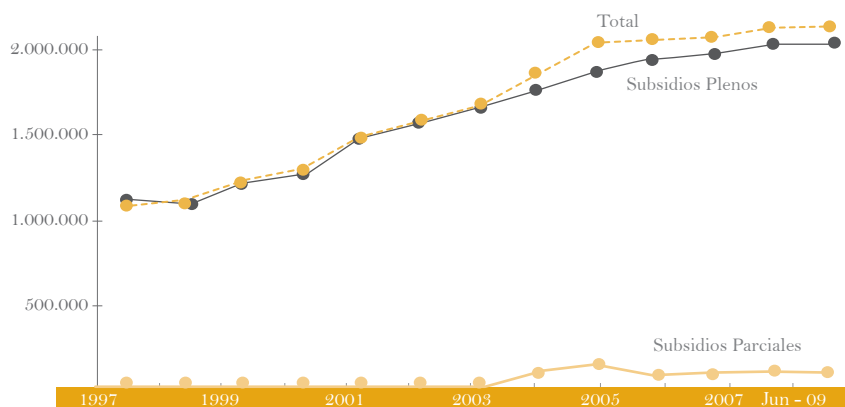
de Bogotá, los eventos No Pos representan uno de los mayores costos que debe asumir la ciudad. Al año se invierten \$140 mil millones de pesos en estos eventos. Además, actualmente, la UPC está en \$287.755 y no cubre los costos de los servicios en salud. Otro problema está en el flujo de recursos y en la cartera. Las EPS subsidiadas le deben recursos a las 22 Empresas Sociales del Estado por valor de \$160 mil millones y el régimen Contributivo \$32,9 mil millones (Cuadro 1).

El hecho de que el aseguramiento no tenga carácter nacional afecta el financiamiento del Sistema y es una barrera de acceso a los servicios para



Secretario Distrital de Salud

Grafico 1
Evolución Régimen Subsidiado
en Bogotá 1997 - 2009



Fuente. Secretaría Distrital de Salud.

las poblaciones. Al respecto, los otros entes territoriales le deben a las ESE del Distrito \$32,1 mil millones de pesos: Por su parte, el Fosyga le adeuda a la red pública de Bogotá \$9,36 mil millones. De manera general la *cartera de difícil recaudo es por 195 mil millones, de un total de \$475 mil millones. Luego, deben emplearse mecanismos jurídicos coactivos para forzar su pago.*

Otro tipo de cartera corresponde a las deudas de los usuarios, situación que es cada vez más crítica pues éstas ascienden a \$40,68 mil millones correspondiente a letras, acuerdos de pago y pagarés suscritos por familias de escasos recursos económicos, de manera que son cuantías mínimas no recuperables.

Cuadro 1

Cartera Representativa del Régimen Subsidiado Con corte a Junio 30 de 2009 en millones de pesos

SUBCONCEPTO	HASTA 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAYOR 360	TOTAL CARTERA	RECONOCIDA	NO RECONOCIDA	% PART DISTRITO
HUMANA VIVIR S.A. EPS	8.825	1.144	3.217	4.082	7.813	25.081	21.941	8.918	16%
SOLSALUD	8.158	945	2.466	3.716	9.006	24.291	21.007	9.663	15%
CAPRECOM EPS	4.014	1.002	2.039	2.431	9.607	19.093	17.230	3.274	12%
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD	6.387	780	1.750	1.603	4.173	14.693	11.155	3.030	9%
CONDOR S.A. EPS	3.246	644	1.398	1.319	3.628	10.236	8.827	2.629	6%
ECOOPSOS	3.131	853	1.235	2.069	2.916	10.194	8.975	3.562	6%

Fuente. Secretaría Distrital de Salud.

En Bogotá, se hacen esfuerzos ingentes para que la ciudadanía se asegure.

Además de lo estructural el sector salud responde por una serie de eventos imprevistos como en el caso de la Pandemia de la Influenza Tipo A (H1N1) que ha costado alrededor \$40 mil millones asumidos por las ESE producto de eventos que no estaban previstos en su ejercicio presupuestal.

Bogotá desarrolla una Visión de Salud en Pro de mejorar la Calidad de Vida

Bogotá lleva 6 años impulsando una política en salud para avanzar en la garantía del derecho. Esto quiere decir que en Bogotá se reconoce a todos los ciudadanos y ciudadanas como sujetos de derechos. Ello implica

- La institucionalidad genera mecanismos para eliminar de manera progresiva las barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales de acceso a los servicios.
- La red pública se dispone para atender a todos y todas sin discriminaciones de ningún tipo.
- Se viene consolidando la infraestructura. Se ha inaugurado varios hospitales: Vistahermosa, Meissen, Suba, el Cami Trinidad Galán, UPAS Como el Toche y el Porvenir, se proyecta Tintal, Simón Bolívar, Úsme, Bosa y el Guavio, entre otros, en una lógica de fortalecimiento de lo público para que el Estado cumpla con su papel de garante del derecho.
- Trabajamos con otros sectores: Secretaria de Educación, Integración Social para mejorar la calidad de vida a través de la Gestión Social Integral.
- Promovemos la participación de la ciudadanía y fortalecemos las organizaciones para profundizar

los procesos democráticos y la construcción social de la salud.

- Generamos procesos de formación y apropiación del derecho a la salud a los servidores y servidoras públicas como elemento estratégico de la humanización.

Bogotá, al asumir el cumplimiento del mandato constitucional de la realización del Estado Social de Derecho en salud, acogió la estrategia Promocional de Calidad de vida y salud como su norte y la ha venido implementando a través del fortalecimiento de la Salud pública y de Programas como “Salud al Colegio” y “Salud a su Casa” el mejoramiento de la calidad de vida de la ciudadanía bogotana. Estas políticas, programas y proyectos buscan satisfacer las necesidades en salud y calidad de vida de las familias y ciudadanía de la manera más amplia posible. Es decir, atendiendo la integralidad, continuidad y el respeto por la diferencia. La idea es hacer énfasis en acciones de

promoción y prevención que den a la familia y sus integrantes mayor control sobre su propia salud y a la vez potenciar sus capacidades y autonomía como elementos centrales en la construcción social del derecho a la salud.

En este marco, la Secretaría Distrital de Salud ha logrado abordar los determinantes del proceso salud enfermedad, lo que implica mejorar su capacidad de lectura sobre las necesidades y esforzarse permanentemente por construir respuestas integrales a dichas necesidades. El despliegue de la Estrategia Promocional de Calidad de vida y salud a través de la Atención Primaria en Salud APS favorece la efectiva participación de las familias para que asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud desde una perspectiva colectiva. Actualmente en el Programa de “Salud a su Casa” hay 351 equipos básicos de salud familiar y comunitaria en micro territorios y 14 equipos de soporte, la cobertura actual es de 435.482 familias y 410.625 individuos de estrato 1 y 2 (Corte junio 30 de 2009).

Las actividades informativas están alrededor de 2.099.402, las educativas 1.097.115, el proceso de canalización a servicios 1.552.009 y las verificaciones 660.538.

Pero más allá de los datos, es importante resaltar como esta estrategia ha permitido avanzar significativamente en el logro de los indicadores de salud y calidad de vida que se propuso el Plan de Desarrollo Distrital, Bogotá Positiva Para vivir mejor:

- Identificación y caracterización de 19.120 mujeres gestantes.
- Cobertura en Control Pre- Natal acumulada: 93%.

- Gestantes de alto riesgo con seguimiento: 8.228 (27.325 visitas).
- Casos de Mortalidad materna: 6 de 53 en Bogotá (año 2007).
- Identificación y caracterización de 137.788 menores de 5 años.
- Cobertura en Crecimiento y Desarrollo acumulada: 78%.
- Niños y niñas con seguimiento AIEPI: 71.574 (152.588 visitas).
- Casos de Mortalidad por EDA: 1 de 15 en Bogotá (año 2007).
- Casos de Mortalidad por ERA: 8 de 83 en Bogotá (año 2007).
- Identificación y caracterización de 193.917 mujeres de 25 a 69 años.
- Cobertura Citología Cervico Vaginal : 69% .
- Intervención promocional en salud mental a 5.307 familias.
- Intervención Psicosocial a 19.543 familias que han presentado algún evento en salud mental.
- Identificación y caracterización de 76.671 hipertensos y 19.991 diabéticos.
- Verificación de asistencia a programa de Hipertensión Arterial en el 99% y al programa de diabetes en el 81% de las personas identificadas.

- Identificación y caracterización de 18.462 personas en condición de discapacidad.
- Canalizaciones a programas y servicios: 27.446 personas en condición de discapacidad.

Bogotá, al asumir el cumplimiento del mandato constitucional de la realización del Estado Social de Derecho en salud, acogió la estrategia Promocional de Calidad de vida y salud como su norte.

- Asesorías domiciliarias a personas en condición de discapacidad: 19.050.
- Desarrollo de servicios: articulación al modelo de prestación de servicios. Con el programa se ha logrado disminuir barreras de acceso en la medida en que se articula con otra serie de estrategias que buscan afectar problemas estructurales.
- La Gratuidad en salud para eliminar progresivamente las Barreras



de Tipo Económicas: durante el primer año de implementación de éste programa, 223.000 personas han recibido salud gratis (atenciones en salud como citas médicas, acciones de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación, medicamentos, exámenes de laboratorio en la red pública de hospitales). Ésta estrategia busca avanzar en la gratuidad que está contemplado como característica del derecho, disminuir las inequidades por gasto de bolsillo de la ciudadanía en salud al eliminar el pago del copago para los afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 en poblaciones específicas (menores de 5 años, personas en condición de discapacidad severa y adultos mayores de 65 años). Con esto además se espera motivar a la población para que se asegure. De igual manera, a esta población se le da cubrimiento en los eventos no Pos.

- Entre las principales Barreras Administrativas está la referencia y contrarreferencia. Para ello, se implementó el sistema referencia y contrarreferencia que opera a través de la línea 195 que permita disminuir las trabas y agilizar las autorizaciones de servicios por parte de las aseguradoras.
- Para disminuir las Barreras Geográficas se organiza la prestación de los servicios para los usuarios en los territorios y “Salud a su Casa”. A través de las canalizaciones se ha logrado uno de los objetivos: “ser puerta de entrada a los servicios”.
- Se creó la Capital Salud- EPSS-SAS El 1 de julio en la Alcaldía Mayor se firmó la minuta de cons-

titución, con un 51% de participación del Distrito Capital equivalente a \$12.648 mil millones de aportes; y Salud Total con el 49% de participación equivalente a \$12,152 mil millones. Total \$24.800 mil millones de capital suscrito. Con la creación de la EPS se busca fortalecer el proceso de aseguramiento en la ciudad y permitir que los recursos vía régimen subsidiado ingresen a la ciudad y permita cumplir con la normatividad de la Ley 1122 del 2007, en el sentido de contratar más del 60 % con la Red pública buscando darle sostenibilidad financiera. Actualmente, se realiza el trámite de ley ante la Superintendencia Nacional de Salud para que habilite a Capital Salud para operar como EPS-S. Se está trabajando fuertemente para que a más tardar en marzo esto sea una realidad y se cumpla así con una de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: para Vivir Mejor.

- Se ha ampliado el esquema regular de vacunación con la vacuna de neumococo para bajo peso al nacer (18.647 niños/as), influenza (92.622 niños y niñas y 302.820 adultos mayores), hepatitis A (114.357 dosis a niños y niñas de un año de edad), Rotavirus (483.584 dosis gratuitas a bebés nacidos a partir del 1 de junio de 2008), y Neumococo para adultos mayores en 340 puntos de vacunación
- Se han afiliado 381 mil personas al régimen subsidiado mediante múltiples campañas y generando sinergias con otros sectores como educación.

- Se ha transformado la salud pública mediante la puesta en marcha del Plan de Salud y su operación en Ámbitos, Transversalidades, Proyectos de Desarrollo de Autonomía, Vigilancia en salud Pública y Gestión Social, ello quiere decir que se trabaja en la familia, en lo comunitario, en lo laboral, en lo escolar y en lo institucional. Así, se ha logrado reorganizar todas las acciones de promoción y prevención en la ciudad y cambiar la cultura de la enfermedad para “desenfermar la salud”.
- Se viene implementando una estrategia de Gestión Social Integral para mejorar las condiciones de vida, en conjunto con la Secretaría Distrital de Integración Social, Hábitat, Educación, IDPAC esto es articulación de Políticas poblacionales como desplazados, jóvenes, niñez, adultos mayores y adultos, población en condición de discapacidad, mujer y géneros y políticas estratégicas como la de seguridad alimentaria y nutricional, ambiental.

En suma, a partir de todos los esfuerzos realizados en el diseño e implementación de políticas basadas en los derechos con enfoque de universalidad y equidad, Bogotá ha mejorado indicadores que afectan positivamente el índice de desarrollo humano y que acercan a la ciudad al cumplimiento de las metas del milenio: disminución significativa de la mortalidad materna y perinatal y de la desnutrición, avanzando en inclusión a las mujeres y en la implementación del Plan de Igualdad de Oportunidades y en políticas diferenciales. Así se le está cumpliendo a Bogotá y su ciudadanía. ■

NUBARRONES SOBRE LA SUPERVIVENCIA FINANCIERA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE BOGOTÁ D.C.



Profesor
Universidad
Javeriana,
exsecretario
distrital de salud



Profesor
Universidad
Javeriana

Se avizora que la red de hospitales públicos adscrita a la Secretaría Distrital de Salud podría entrar en un escenario de crisis financiera. Esta se desarrollaría particularmente en los hospitales de nivel dos y tres de atención, es decir, en los grandes hospitales centrados en actividades curativas.

Los hospitales afectados son aquellos cuyos ingresos dependen en gran medida de la venta de servicios curativos al Fondo Financiero Distrital (FFDD) de enfermos no afiliados al SGSSS, y de la venta de servicios a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado y contributivo. Dadas las decisiones de la Ley 1122 de 2007 de universalizar el aseguramiento y de disminuir aceleradamente el subsidio a la oferta, ésta crisis podría ahondarse sin modo de seguir siendo atenuada con recursos de la Administración Distrital debido a la transferencia creciente de riesgos económicos de las aseguradoras del Régimen Subsidiado a los prestadores públicos de servicios de salud.

La tendencia del déficit por ejecución presupuestal de los citados hospitales en el período 2000 - 2008, que según nuestros cálculos ya acumula alrededor de 90.000 millones de pesos, la podemos comprender si observamos los datos del comportamiento de sus ingresos y gastos.

Como se observa en el Gráfico No. 1, en su conjunto, los hospitales de primer nivel, que son la puerta

de entrada de la población al sistema de salud y se encargan de realizar actividades integrales de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, estuvieron en déficit hasta el año 2001, fecha a partir de la cual entraron en un proceso de superávit que se ha consolidado y mantenido hasta el presente.

Los hospitales de segundo nivel, que en gran parte se dedican a actividades de tratamiento de enfermedades con especialidades generales, estuvieron en déficit hasta el año 2002, con leve superávit en los años 2003 y 2004, y una tendencia posterior al déficit que han mantenido hasta la fecha y profundizado peligrosamente desde el año 2007.

Los hospitales de tercer nivel, que se dedican al tratamiento de

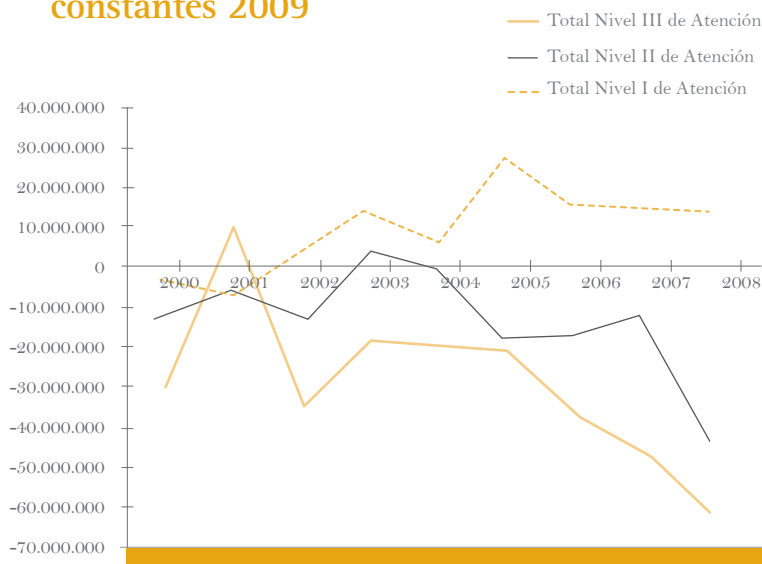
enfermedades con nivel más sofisticados de especialización, sólo tuvieron superávit en el año 2001, con persistente déficit financiero en el resto del período analizado, mucho mayor que el de los hospitales de segundo nivel.

¿A qué se debe el déficit de los hospitales de segundo y tercer nivel?

Hasta la fecha no hay un estudio completo de la situación de estos hospitales que permita identificar científicamente los factores puntuales que explican el déficit. Los argumentos que se vienen cons-

Gráfico 1

Déficit o superávit ESEs Distritales por nivel de atención 2000-2008 en precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

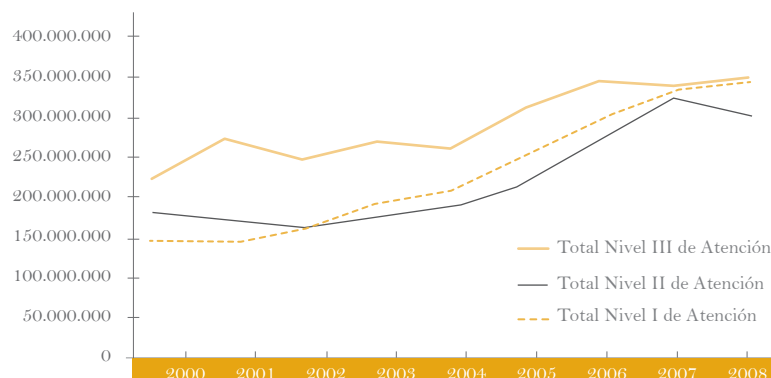
truyendo para explicar la crisis a la que pudiera llevar el déficit adjudican la posibilidad de esta, entre otras razones, a la aplicación de la Ley 1122 de 2007, que reformó la Ley 100 de 1993, la cual dispone que en adelante los recursos de oferta con los cuales el FFDD pagaba directamente la atención de los pobres no asegurados a los hospitales públicos, pasarán en gran parte a las EPS del Régimen Subsidiado las cuales obligatoriamente deberán contratar mínimo el 60% de su gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas.

Sin embargo, si se observa la tendencia en el tiempo del escenario de déficit de las ESE del Distrito, éste es previo a las decisiones adoptadas por el Gobierno Nacional y el Congreso de la República con la Ley 1122 y posiblemente tenga relación con factores de la estructura del gasto, desempeño de las instituciones y formas de pago por la prestación de los servicios en el marco de un proceso creciente de transferencia de riesgos financieros a las instituciones por los aseguradores debido al aumento progresivo de cobertura del Régimen Subsidiado en la ciudad.

La observación de las tendencias generales del comportamiento de los ingresos y del gasto por niveles de atención ayuda a comprender la situación:

Los ingresos han sido históricamente mayores para los hospitales de tercer nivel, y similar en los hospitales de primero y segundo nivel. Los ingresos de los hospitales en los tres niveles de atención han tenido una tendencia creciente y sostenida desde el año 2002, con un crecimiento mayor a partir del año 2004. La

Gráfico 2
Ingresos ESE Distritales por nivel de atención 2000-2008 en precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

tendencia del crecimiento ha sido mayor para los hospitales de tercer y primer nivel de atención, en relación con los hospitales de segundo nivel, cuya tendencia de crecimiento de los ingresos disminuye a partir del año 2007 (Gráfico No. 2).

De otra parte, el gasto ha sido históricamente mayor en los hospitales de tercer nivel, y similar en los hospitales de segundo y primer nivel. En los tres niveles de atención la tendencia del gasto ha sido francamente creciente desde el año 2004 (Gráfico No. 3).

Ahora, si se compara ingresos con gastos (Gráficos No. 2 y 3) es notable que los hospitales de segundo y tercer nivel han tenido una tendencia de crecimiento del gasto mayor que la de sus ingresos y que lo contrario sucede en los hospitales de primer nivel de atención.

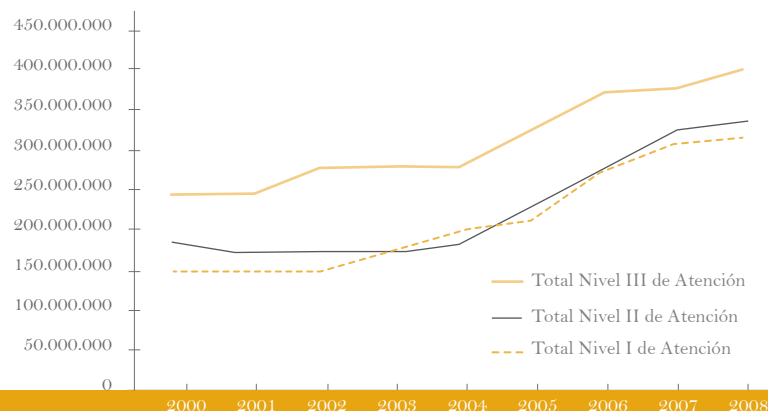
Para entender un poco más la situación examinemos el caso de dos hospitales de primero y segundo nivel en donde se ha asumido la política pública de salud aplicada en la ciudad desde el año 2004.

Dicha política de salud ha fortalecido más a los hospitales de primer nivel porque son ellos los que han apalancado la acción del Gobierno Distrital orientada a mejorar los resultados y la equidad en salud enfrentando los determinantes y riesgos de mala salud. Justamente los hospitales de Suba II nivel (que incluye una fuerte red de primer nivel de atención) y Pablo VI de Bosa I Nivel son los que en forma más extensa han desarrollado la Atención Primaria de Salud, estrategia que ha tenido un impacto reconocido en

Los hospitales de tercer nivel, que se dedican al tratamiento de enfermedades con nivel más sofisticados de especialización, sólo tuvieron superávit en el año 2001, con persistente déficit financiero en el resto del período analizado, mucho mayor que el de los hospitales de segundo nivel.

Gráfico 3

Gastos ESEs Distritales por nivel de atención 2000-2008 en precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

mejorar los resultados y la equidad en salud¹, en aumentar la demanda representada de los servicios de segundo nivel de sus localidades, en mejorar el acceso de los pobres y excluidos a los servicios de salud, y en propiciar acciones intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones y calidad de vida de las comunidades de sus localidades².

Tomemos primero el caso del Hospital de Suba II Nivel, que hasta el año de 2005 fue un hospital sólo de primer nivel de atención, fecha a partir de la cual se le adicionaron servicios de segundo nivel con la apertura del Centro de Servicios Especializado que se integró con el primer nivel en una sola insti-

tución. El Gráfico No. 4 muestra en primer lugar un crecimiento de sus ingresos menor que el promedio de los hospitales de segundo y primer nivel, con un mayor aumento a partir del año 2005 cuando se crea el Centro de Servicios Especializados de segundo nivel que se adiciona.

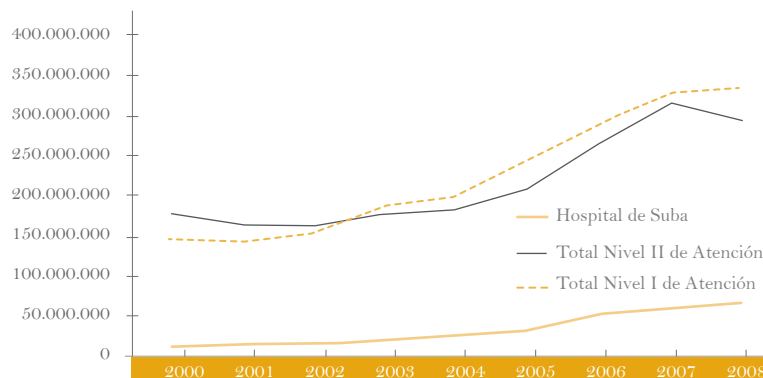
Como se observa en el gráfico No. 5, el comportamiento del gasto tiene características similares al comportamiento de los ingresos.

Si bien hasta el año 2004 el Hospital de Suba estuvo más o menos en equilibrio financiero, el déficit se establece claramente a partir del año 2005, lo que indica que las actividades de segundo nivel arrastran a la institución hacia una tendencia al déficit, probablemente explicable por los gastos de puesta en funcionamiento de la nueva estructura de servicios especializados (Gráfico No. 6). Sin embargo, una evaluación económica de la estrategia de APS desarrollada en la localidad de Suba³ concluyó que el modelo de APS implementado era costo-efectivo porque contribuía a reducir la mortalidad, mejorar el bienestar y calidad de

3. Chicaíza Becerra LA y García Molina M. Evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de Atención Primaria en salud (APS) en la localidad de Suba en Bogotá – Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 7(14): 110-124, 2008.

Gráfico 4

Ingresos Hospital de Suba II Nivel 2000 - 2008 comparados por niveles de atención a precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

1. Mosquera Méndez PA, Granados Hidalgo G y Vega Romero R. La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de las inequidades de resultados en salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud 7(14): 87-109, 2008.

2. Acosta Ramírez N y Vega Romero R. El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 7(14): 125-144, 2008.

vida de la población de la localidad a costos razonables para la red de primer nivel de atención, pero podría tener dificultades de sostenibilidad financiera futura del Complejo de servicios de salud porque “los beneficios en términos de ahorro de recursos como resultado de la implementación del modelo no los recibe el Complejo sino otros agentes (como los aseguradores y el Estado) y estos beneficios no son susceptibles de ser traducidos en ingresos monetarios para el complejo en las condiciones de contratación del sistema de salud actual, hasta tanto la asignación de presupuesto considere incentivos monetarios por los avances en años de vida ganados” (op cit. p. 122).

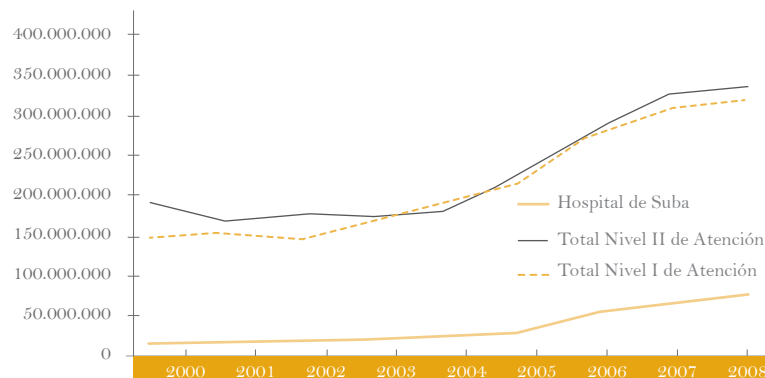
Cuando hacemos este mismo ejercicio con los hospitales Pablo VI de Bosa Primer Nivel y Hospital de Bosa II Nivel, los hallazgos son los siguientes:

A partir del año 2002 los ingresos del Hospital Pablo VI de Bosa I Nivel crecen más rápidamente que los del Hospital de Bosa II nivel (Gráfico No. 7).

Igualmente, a partir del año 2002 los gastos del segundo nivel parecieran tener un ritmo de crecimiento mayor que los del primer nivel (Gráfico No. 8).

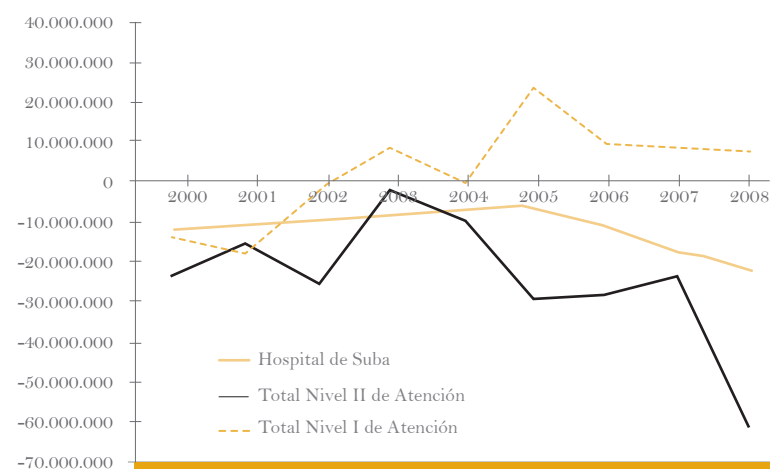
La consecuencia del comportamiento de los ingresos y de los gastos de cada uno de los dos hospitales es una tendencia creciente de superávit del Hospital Pablo VI de Bosa I Nivel y una tendencia creciente de déficit del Hospital de Bosa II Nivel (Gráfico No. 9). Entre el año 2000 y el 2008, en términos de crecimiento financiero, el Hospital Bosa ha crecido el 19% frente a un hospital Pablo VI de

Gráfico 5
Gastos Hospital de Suba II Nivel 2000 - 2008 comparados por niveles de atención a precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

Gráfico 6
Déficit o superávit ESEs Distritales por nivel de atención 2000-2008 en precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

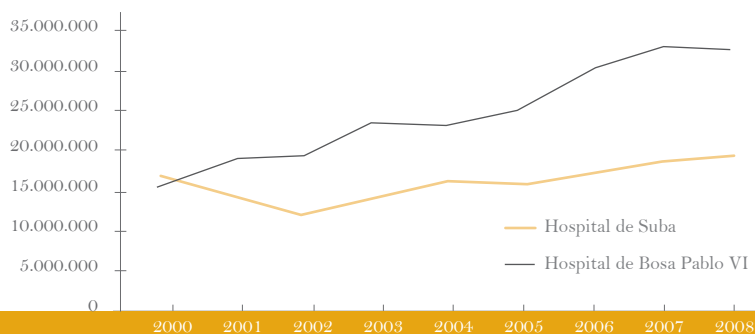
Bosa que ha crecido un 107%. ¿Por qué el primer nivel de Pablo VI de Bosa ha crecido más que el hospital de segundo nivel de Bosa?

Los dos casos anteriores reafirman que la explicación del dé-

ficit de los hospitales descansa en los servicios de segundo nivel, lo cual permite señalar claramente que de conjunto, y tomando en cuenta la Gráfica No 1, el déficit se materializa en los servicios de segundo y tercer nivel

Gráfico 7

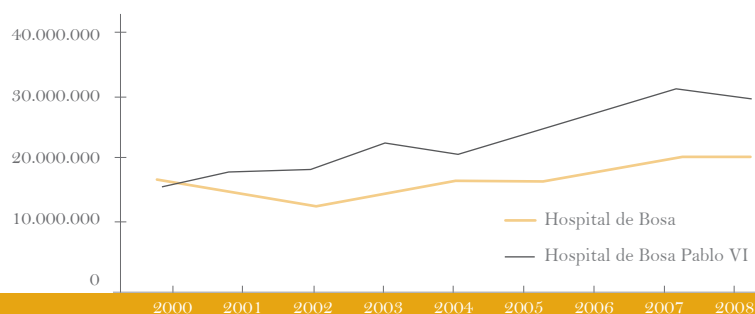
Ingresos comparados Hospitales Pablo VI de Bosa I Nivel y Hospital de Bosa II Nivel 2000 - 2008 a precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

Gráfico 8

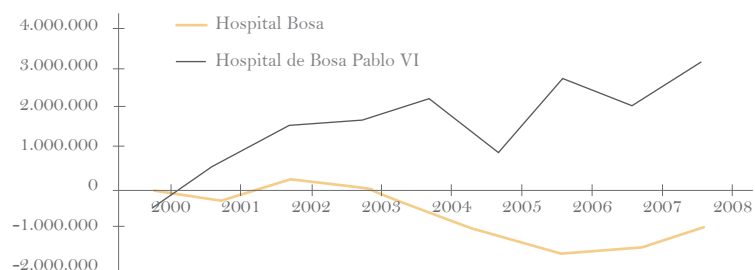
Gastos comparados Hospitales Pablo VI de Bosa I nivel y Hospital de Bosa II Nivel 2000 - 2008 a precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

Gráfico 9

Superávit o déficit comparados Hospitales Pablo VI de Bosa I Nivel y Hospital de Bosa II Nivel 2000 - 2008 a precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.

de atención. Sin embargo, como se desprende del caso de Suba, identificar a estos niveles como responsables del déficit es sólo encontrar la fiebre en las sábanas. Hace falta un estudio que relacione los distintos elementos del sistema de salud, su lógica económica, beneficiarios y perdedores del conjunto de dispositivos detonados por la mercantilización del sistema.

Pero, ¿qué ha pasado en términos de la cartera en los últimos tres años?

En el Gráfico No. 10 se observa un aumento de la cartera la cual ha pasado de \$329.000 millones de pesos en el 2007 a \$440.000 millones de pesos en el 2009 (a precios constantes 2009), con solo una leve recuperación de la gestión de la misma en el tercer nivel de atención en el 2008.

Ahora bien, dado que la cartera suma \$ 440.000 millones de pesos a junio de 2009, y el déficit de ejecución presupuestal alcanza los \$90.000 millones de pesos a 2008, la situación financiera de los hospitales públicos de Bogotá se cubre de nubarrones oscuros en términos de su supervivencia financiera para los próximos años.

El crecimiento de la cartera puede ser un problema de gestión o de estrategia de los aseguradores para incrementar sus rendimientos financieros particulares a costa de los recursos públicos.

Para abordar de un modo muy general el déficit de ejecución presupuestal y el problema de la cartera, dadas las limitaciones de información, exploremos primero cuál ha sido el escenario de política de salud en que se ha desarrollado este proceso.

Lo primero a señalar es que desde hace dos décadas la política hospitalaria ha sido cambiante en Bogotá. Ha pasado de la descentralización de los noventa, la empresarialización estimulada por la Ley 100 de 1993 con sus frecuentes reorganizaciones financieras para hacer rentables los hospitales, y los cambios generados a partir del año 2004 en el marco de la lógica comercial de la Ley 100 que hicieron énfasis en mejorar los resultados en salud fortaleciendo la salud pública y la Atención Primaria de Salud. Simultáneamente se ha dado un proceso de ampliación de cobertura del aseguramiento y de cambio de las formas de pago por los servicios prestados cuyo impacto en la sostenibilidad de los hospitales no ha sido evaluado. En este contexto cambiante muchos factores podrían explicar el estado financiero actual de la red de hospitales públicos adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, lo que ameritaría un estudio juicioso con una serie de tiempo adecuada al contexto de cambios y que incluya los factores claves que pudieran explicar la situación. Sin embargo, el sentido general del proceso de cambio ha sido el de transferencia cada vez mayor de los riesgos económicos de los se-

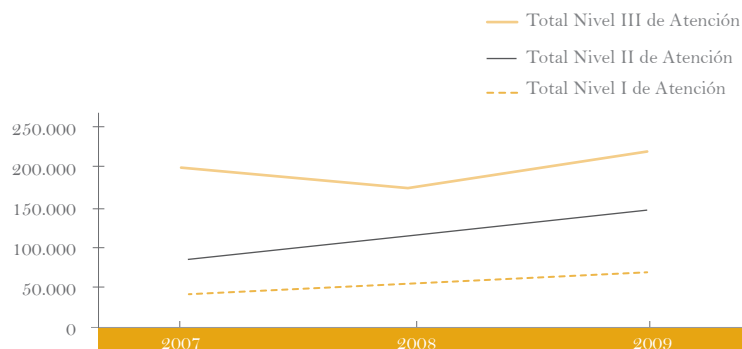
guradores a los hospitales y la aceleración de la competencia entre éstos por los contratos con aquellos.

En lo que hace a los cambios promovidos desde el año 2004 con el Plan de Desarrollo Bogotá Sin Indiferencia, estos se fundamentaron en una política de salud que tuvo como propósito **avanzar en la garantía del derecho a la salud para superar las inequidades en los resultados en salud y en el acceso a los servicios de salud**. Esta política planteó como objetivo general.

Promover la universalización progresiva de la atención integral en salud, mediante la incorporación selectiva, con énfasis en poblaciones pobres y vulnerables. Realizar intervenciones y acciones intersectoriales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, las capacidades y las opciones de las personas y familias para lograr comunidades y hábitat saludables. Fortalecer la salud pública en la dimensión urbano-regional.

Gráfico 10

Gastos Hospital de Suba II Nivel 2000 - 2008 comparados por niveles de atención a precios constantes 2009



Fuente. Dirección de Economía y Finanzas. Contraloría de Bogotá.



El crecimiento de la cartera puede ser un problema de gestión o de estrategia de los aseguradores para incrementar sus rendimientos financieros particulares a costa de los recursos públicos.

Para lograr los objetivos de la política se pusieron en práctica dos mecanismos de acción interrelacionados: 1) La estrategia del promocional de calidad de vida y salud y, 2) La estrategia de Atención Primaria de Salud. En desarrollo de esta política se fortaleció el financiamiento del conjunto de la red de hospitales con énfasis en los de primer nivel de atención para fortalecer la acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que venían siendo descuidadas en los períodos anteriores como consecuencia de la aplicación del enfoque mercantil de la Ley 100 de 1993. En concreto, desde 2005 tanto el presupuesto asignado a los hospitales como el gasto en salud como proporción de los ingresos corrientes ha aumentado significativamente. Sin embargo, entre los años 2008 y 2009 ha disminuido tal asignación presupuestal mientras ha aumentado la de la Secretaría de Salud a nivel central, al parecer para poner en práctica la política de aseguramiento.

Con los recientes cambios promovidos por la Ley 1122 de 2007 y el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva de 2008, hay un giro evidente en la política distrital de salud hacia el fortalecimiento del aseguramiento a través de su universalización y la creación de una EPS mixta, siguiendo los pasos de la política del gobierno nacional, mientras se debilitan las acciones de salud iniciadas en el año 2004. Es conocido que el desarrollo de la Atención Primaria de Salud Integral hoy padece los rigores del recorte presupuestal y se ignora la necesidad de su profundización y cualificación como estrategia clave no sólo para continuar mejorando

los resultados en salud sino para reducir las inequidades y los costos de la atención especializada y hospitalaria.^{4 5 6} Colocar las esperanzas en una EPS mixta como estrategia para amortiguar la crisis financiera de los hospitales parece por lo menos ingenuo si tenemos memoria de cómo lo público ha terminado siendo privatizado o funcionando alrededor de los intereses privados. Cuando el socio privado de la EPS mixta haya conseguido aquello por lo que ha ido le dirá al Distrito que ahí le deja su cascarón.

Si bien los datos disponibles para este artículo no permiten examinar cómo otros factores relacionados con la estructura del gasto, producción de servicios, productividad del recurso humano, tercerización indiscriminada de servicios, eficiencia técnica, influencia del cambio del modelo de atención y del clientelismo político en la contratación de personal están incidiendo en el déficit de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, es claro que en este período debió haber mejorado la gestión financiera de las instituciones como consecuencia del aprendizaje acumulado y de los cambios organizacionales implementados en distintos momentos.

Sin embargo, es posible que en este mismo período no se ha-

yan ajustado las tarifas a los costos reales de producción en la medida en que hay deficiencias del sistema de información, y el Pago Fijo Global Prospectivo por Actividad Final así como la capitación pueden estar afectando los ingresos de los hospitales ya que prácticamente se mantienen al mismo nivel de hace tres años sin que haya mediado un estudio serio sobre su impacto financiero. También puede constatar que se han puesto en práctica medidas que han debido tener consecuencias negativas en los costos de la prestación de servicios como la suspensión de la compra conjunta de medicamentos, que buscaba disminuir sus precios.

De este modo, las medidas anunciadas por la Administración Distrital en el Consejo de Bogotá el 17 de octubre de 2009 por boca del Secretario de Salud para solucionar la crisis⁷ deben ser tomadas con cautela sobre su efectividad. Sería necesario, además, que se estudiaran a fondo los elementos en juego en la inminente crisis y, en correspondencia con ello, se trazara una estrategia de largo plazo que permitiera abrir un debate público para tomar las decisiones orientadas a atacar de fondo los factores del sistema de salud y del contexto político que permitan salir con éxito de la situación. ■

4. Starfield B, Shi L and Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502

5. Guanais F y Macinko J. *Primary Care and Avoidable Hospitalizations. Evidence From Brazil J Ambulatory Care Manage* Vol. 32, No. 2, 2009, pp. 115-122

6. Macinko J, Guanais FC, Marinho de Souza M de F (2006). *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil*. *J Epidemiol Community Health* 60: 13-19. Downloaded from jech.bmj.com on 4 February 2008

7. De acuerdo con un resumen del debate hecho por Amanda granados, asistente del concejal Carlos Vicente de Roux esas medidas son las siguientes: "Adición al presupuesto de los hospitales por \$ 54 mil millones en 2009, incremento del 22,5% del presupuesto en 2010, entrada en operación de la EPS mixta y reorganización administrativa de los hospitales"

PROYECTO POLITICO Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Los modelos de Protección Social son ante todo decisiones políticas asociadas al compromiso del Estado y de las fuerzas parlamentarias para optar por una forma de proteger a la sociedad. Obviamente, la forma de financiación de un sistema de salud es una decisión política.

En Colombia la manera de acopiar recursos para la prestación del servicio de salud se plasmó con la expedición de la Ley 100 de 1993. Esta norma reformó el sistema de salud e hizo parte del paquete de disposiciones catalogadas como medidas promercado, implementadas en el último decenio del siglo XX, con el que se buscó ampliar la cobertura de afiliación, mejorar el acceso y, por vía la competencia, alcanzar una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud. Con miras a justificar las transformaciones en la política económica, e instaurar un modelo en el que el mercado se convirtiera en el organizador de la sociedad, se subrayaba que el objetivo

de la política económica era garantizar los equilibrios macroeconómicos, en especial el equilibrio fiscal.

El enfoque del conjunto las transformaciones de las políticas de ajuste (apertura, reforma laboral, financiera y fiscal), y -en armonía con el discurso ultra liberal-, los sistemas de seguridad social se privatizaron total o parcialmente. Tal es el caso del sistema pensional desarrollado en Chile durante la dictadura de Pinochet, erigido como el modelo a seguir por una gran parte de países del continente: Colombia, Argentina, Perú, México y Uruguay, entre otros.

En materia de salud y riesgos profesionales, además de darle una mayor participación al capital privado en la provisión de servicios, se separaron los dos negocios y se presentó una ruptura en su complementariedad. La búsqueda de equilibrios macroeconómicos y la reducción del déficit fiscal fueron las directrices de las transformaciones de los sistemas de seguridad social. Las sugerencias

que en materia de salud aportó el Banco Mundial partieron de modificar el financiamiento: reducir la responsabilidad del Estado para los tipos de servicios de salud que proporciona pocos beneficios a toda la sociedad (a diferencia de pocos beneficios directos a los usuarios del servicio) y disponer de más recursos gubernamentales (o públicos) para pagar los servicios que proporcionaban muchos beneficios a la sociedad en su totalidad" [Banco Mundial 1990: 2].

El sistema de salud en Colombia tiene dos componentes, contruidos sobre el aseguramiento: el régimen contributivo que funciona por aportes (12.5% sobre el monto salarial, cancelado en dos tercera parte por el patrón y una tercera parte por trabajador), y el régimen subsidiado o de salud para pobres (que funciona con subsidios a la demanda) financiado con aportes fiscales y recursos denominados para-fiscales (un 1% de los salarios de aquellos trabajadores que devenguen más de cuatro salarios mínimos). Al determinar un paquete de servicios al cual tienen acceso los ciudadanos y prescribir que los catalogados como pobres sólo tienen derecho a la mitad de los servicios del sector formal de la economía, la protección social se acerca a la lógica de mercado. La misma conduce a desvirtuar la función de desmercantilización de las prestaciones sociales que tiene la dimensión aseguradora y, a ajustarlas a los intercambios de tipo mercantil o a exigir vía, seguros complementarios, un mayor esfuerzo del beneficiario [Gosta Esping-Anderson 1999].



Una de las tareas principales que la Ley 100 de 1993 le asignó al Estado fue la rectoría del sistema. La reforma estuvo acompañada de un proceso de descentralización que transfirió recursos financieros de la nación a los niveles territoriales, fortaleció políticamente los niveles subnacionales del gobierno y trasladó a los niveles locales la administración de los servicios. En el marco del proceso de descentralización los entes departamentales serían los responsables de cumplir las funciones de IVC a nivel territorial (Ley 60 y Ley 715 del 2001); mientras que la superintendencia de salud debía desempeñar un papel de primer orden en este nuevo modelo institucional¹.

Con la expedición de la Ley 1122 del 2007 se pretende ajustar el sistema heredado de la Ley 100 de 1993 a un nuevo modelo conceptual conocido como Manejo Social del Riesgo (MSR)². Con la reforma se modifican:

1. La corriente neoclásica bajo su modalidad neo institucional plantean que las “fallas de Estado” legitima una reducción de la intervención gubernamental. Para Stern [1989] se justifica una disminución de las funciones del Estado por cuanto: los individuos están más capacitados que el gobierno para conocer sus preferencias; la planificación puede conducir a peores errores que los que comete el mercado; la planificación hace rígidas las decisiones privadas; los controles gubernamentales pueden frenar la iniciativa privada por los numerosos obstáculos burocráticos; las organizaciones y los individuos requieren de estímulos para trabajar; para innovar; controlar los costos; estos incentivos de mercado son difícilmente transportables a las empresas públicas.

2. El MSR tiene un componente de lucha contra la pobreza. Dos políticas se diseñan a partir de este programa de investigación: sistema de seguridad social en salud y transferencias condicionadas. Dos componentes son comunes en estas políticas: la renuncia a la universalización de los sistemas de protección social y el fortalecimiento de los procesos de focalización tratando en los que se selecciona qué pobres ameritan ser protegidos y cuáles quedan excluidos de la protección. En segundo lugar, su sustento en los subsidios la demanda, la descentralización y una protección social brindada desde el mercado, lo que repercute

“aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”³.

La nueva norma tiene como uno de sus propósitos solucionar las dificultades del funcionamiento RS y al acentuado desprestigio de la calidad del servicio de salud (los llamados *paseos de la muerte* divulgados por los medios de comunicación) que están recibiendo los colombianos y por la gran “militancia del Régimen Subsidiado”: en algunas ocasiones ha servido a la insurgencia armada, en otras oportunidades a los paramilitares y en la mayoría de las veces a la reproducción de prácticas clientelistas y la apropiación privada de los recursos destinados a garantizar la atención en salud de la población pobre. Otras metas fijadas en la reforma son las de conseguir nuevos recursos para el sistema de salud subsidiado, a partir de las contribuciones obrero patronales; cambiar las instituciones de regulación del sistema; y modificar tangencialmente las políticas sobre salud pública buscando una mayor

en fragmentación social y debilitamiento de la cohesión social [Rodríguez Salazar 2009].

3. En la exposición de motivos de la ley en mención, discutida en la Cámara de Representantes (como ante proyecto de Ley 090 del 2007), se afirmaba que era necesario “eliminar progresivamente las barreras al acceso a los servicios de salud a partir de la universalidad del aseguramiento con la que se obtendrá una mejor dispersión del riesgo en salud y financiero, se reduciría el problema de selección adversa; y se determina que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población con base en las metas de resultados en salud que se han definido”.



Profesor universidades Nacional y Externado de Colombia. Investigador del Observatorio Distrital de equidad en salud y condiciones de vida.

Una de las tareas principales que la Ley 100 de 1993 le asignó al Estado fue la rectoría del sistema. La reforma estuvo acompañada de un proceso de descentralización que transfirió recursos financieros de la nación a los niveles territoriales, fortaleció políticamente los niveles subnacionales del gobierno y trasladó a los niveles locales la administración de los servicios.

integración con el sistema de salud basado en el aseguramiento.

Uno de los problemas que intenta resolver la nueva Ley es el de la función regulatoria. Las manifestaciones de este problema se pueden observar en el debilitamiento de la financiación del régimen subsidiado producto del desvío de los recursos y en la crisis política que se desató a partir del acervo probatorio compilado por la Corte Suprema de Justicia y que condujo a privar de la libertad a un buen número de congresistas, así como las noticias registradas por la prensa, la confesión de algunos paramilitares (*Jorge 40*) acerca de la forma como se distribuían los recursos destinados para la salud⁴. Tal situación pone de presente que mientras subsista un Estado débil sin mayor capacidad regulatoria, atrapado por *buscadores de rentas*, cualquier modelo de seguridad social está llamado a fracasar en su misión de brindar protección social a la mayoría de la población colombiana. Con la creación de la Comisión de Regulación en Salud —como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de Protección Social— se

4. Algunos de los columnistas de la prensa capitalina se manifiesta en esa dirección. Alejandro Gaviria señala que “los subsidios a la demanda, que habían sido introducidos con el fin de neutralizar el clientelismo político, terminaron siendo capturados por el clientelismo armado. En la salud se pasó de la depravación del Seguro Social al pillaje de las ARS” [*El Espectador* edición del 19 al 25 de noviembre]. Para Rafael Pardo la “relación entre política local y grupos armados no es aislada ni causal; no es exclusiva de Sucre ni tampoco hace parte de ninguna cruzada contra insurgente. Es un eslabón más del círculo vicioso de la corrupción política. ...La expansión de unos jefes paramilitares de unas regiones a otras no tienen propósito de combatir la guerrilla. No tiene propósito distinto que el control de los recursos públicos” [*El Tiempo* 16 de noviembre del 2006].

intenta fortalecer las funciones regulatorias del Estado colombiano en la prestación de los servicios de salud⁵.

Las modificaciones al sistema de salud han favorecido el acopio de nuevos recursos financieros traducidos en un aumento de la afiliación, pero también ha permitido que los nuevos actores institucionales (las aseguradoras) se hayan lucrado del “negocio de la salud”. La financiación del sistema reposa principalmente en el sistema de transferencias, en los recursos del FOSYGA y en los aportes obrero-patronales. El resultado de este proceso muestra que el gasto en salud como proporción del PIB pasó del 2.2% en 1993, a 7.3% en 1997 y llegó al 8.4% en 2002 [Barón 2007].

Al observar la evolución de los gastos reales (gráfica 1) se aprecia que desde 1997 han sido jalonados por el gasto en seguridad social en

5. Entre las funciones que tiene la CRES se encuentra: definir el POS, la UPS, las incapacidades originadas en la enfermedad general o por pago de licencias de maternidad, tarifas de los servicios y las cuotas moderadoras.

magnitud que contrarresta el descenso del gasto público directo.

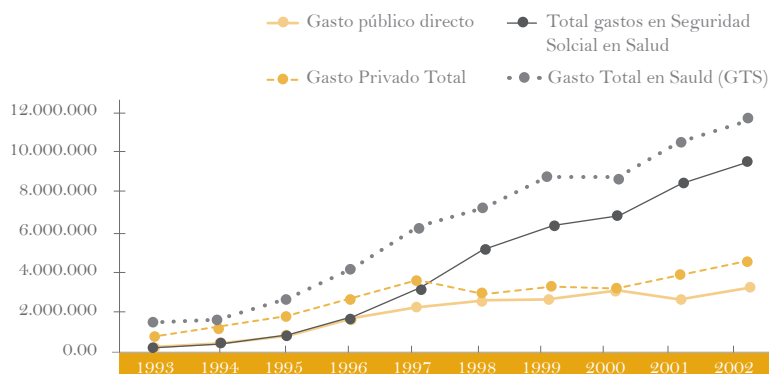
Esta suma hubiese sido mayor si la forma de financiación hubiera seguido de cerca lo estipulado por la Ley 60 de 1993. En efecto, las transferencias que los departamentos y municipios reciben de la nación han sido reformadas en dos oportunidades. Originalmente se reglamentó el situado fiscal destinado a financiar la educación (preescolar, primaria, secundaria y media) y la salud, así como, la forma por la cual los municipios participarían en los ingresos corrientes de la nación⁶.

Durante el gobierno de Andrés Pastrana y como parte de la “dicta-

6. El artículo 10 de la Ley 60 de 1993 estableció que “Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 356 de la Constitución Política y las disposiciones de esta ley, el situado fiscal será un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la Nación que como mínimo tendrá los siguientes niveles de participación en ellos, así: a) Para el año de 1994: 23% b) Para el año de 1995: 23.5% c) Para el año de 1996: 24.5% Su cesión efectiva y autónoma a las entidades territoriales se realizará de conformidad con las disposiciones previstas sobre la descentralización de la salud y educación y en los términos y condiciones dispuestos en la presente ley”.

Gráfico 1

Evolución del Gasto en Salud. 1993-2002. (Pesos constantes del 2000)



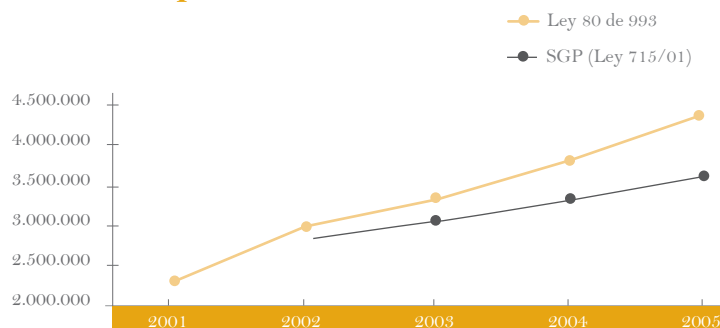
Fuente: DDT- DNP, Ministerio de Hacienda

dura fiscal”, impuesta por el FMI y del Acuerdo extendido suscrito el 3 de diciembre de 1999 el gobierno se comprometió a presentar al Congreso un conjunto de reformas estructurales entre las cuales estaba la seguridad social (pensiones) y una reforma constitucional que desvinculara las transferencias a los gobiernos locales de los ingresos corrientes del Gobierno Central [Rodríguez Salazar 2005].

En efecto, la Ley 60 fue reformada mediante el Acto Legislativo 01 del 30 de julio del 2001, cuyo primer artículo prescribía “Incluir un nuevo parágrafo al artículo 347 de la Constitución Política así: Durante los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008 el monto total de las apropiaciones autorizadas por la ley anual de presupuesto para gastos generales, diferentes de los destinados al pago de pensiones, salud, gastos de defensa, servicios personales, al Sistema General de Participaciones y a otras transferencias que señale la ley, no podrá incrementarse de un año a otro, en un porcentaje superior al de la tasa de inflación causada para cada uno de ellos, más el uno punto cinco por ciento (1.5%)”. Al amparo de este nuevo marco constitucional se expide la Ley 715 del 2001 y se establece el Sistema General de Participaciones conformado por los recursos que la nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de salud, educación, saneamiento y agua potable.

Esta modificación significó pérdida de recursos para salud (gráfico No 2). El Ahorro fiscal, es decir, la diferencia entre lo que se hubiese destinado a la salud de haberse continuado con lo estipu-

Gráfico 2
Ahorro fiscal y pérdida de recursos para salud



Fuente: DDT-DNP, Ministerio de Hacienda

lado en la Ley 60, comparado con el recorte introducido por la Ley 715 del 2001, significó para el régimen subsidiado una pérdida de \$489.081 millones en el 2004 y de \$794.644 en el 2005, lo que equivale a 6.9 millones de UPC [Rodríguez Salazar 2005: 195].

La otra reforma a las transferencias se produjo durante la segunda administración del presidente Uribe y como resultado de que en el 2008 finalizaba el cálculo estipulado en el mencionado Acto legislativo. En la exposición de motivos de la nueva reforma (condensada en el Acto Legislativo 4 del 2007), adelantada a nombre de los pobres, se sostenía que la meta era alcanzar “coberturas universales en servicios sociales básicos como salud y educación, así como avanzar significativamente en el incremento de coberturas en los servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, al mismo tiempo que se protegen principios básicos de estabilidad fiscal y, por tanto, macroeconómica. Esta es el garante último de que, en el mediano y largo

La falta de compromiso en suministrar recursos a la salud ha impedido el logro de la cobertura universal y mantiene la discriminación entre salud para pobres y salud para el sector formal.

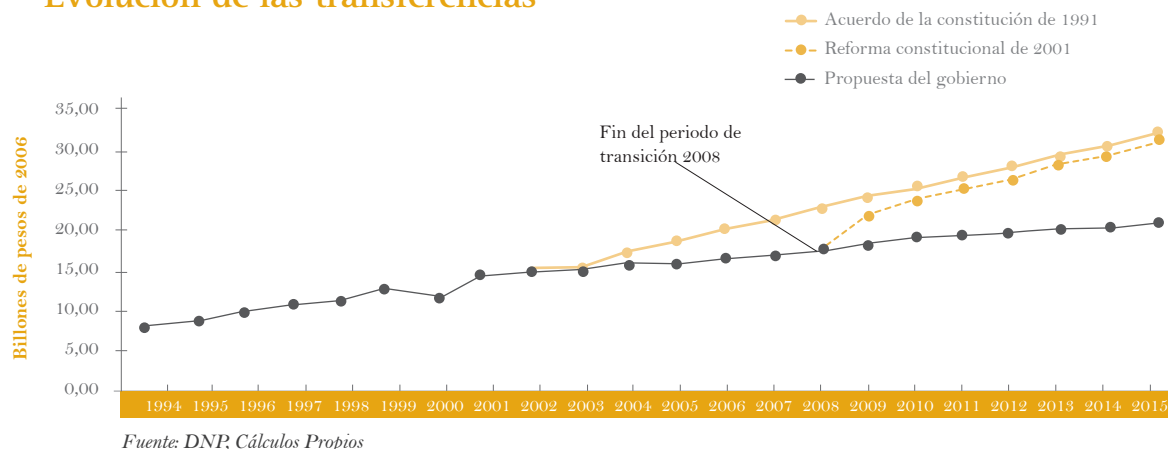
plazo, las coberturas universales sean sostenibles y reduzcan la pobreza de los sectores más vulnerables de la población colombiana”⁷.

Con esta modificación el artículo 357 quedó de la siguiente forma: “El Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios se incrementará anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación

7. Exposición de motivos del proyecto sobre reforma a las transferencias presentado en el 2006.

Gráfico 3

Evolución de las transferencias



durante los cuatro (4) años anteriores, incluido el correspondiente al aforo del presupuesto en ejecución”⁸.

Este nuevo recorte se tradujo igualmente en una disminución para el conjunto de los gastos en educación y salud. Como se puede apreciar en el gráfico No.3, la pérdida de recursos para el SGP asciende a 56.4 billones de pesos (pesos del 2006) entre el 2008 y el 2016 de los ingresos territoriales; dicho cálculo parte de un supuesto bastante conservador: los ingresos de la Nación crecen al mismo ritmo del PIB [Rodríguez Salazar 2007].

Este recorte puede ser interpretado de dos formas: busca la reducción del déficit fiscal y hace parte de un proyecto político. Nos inclinamos por una

combinación de estos dos objetivos. El proyecto Uribista necesita recursos para intervenir en las regiones y recomponer la coalición de gobierno que le ha sido tan útil en la aprobación del referéndum. Los Consejos Comunales, los continuos requerimientos que los ministros estén a disposición de los parlamentarios, las atribuciones de que la Nación realice inversiones estratégicas para la competitividad en las regiones, son herramientas que normalmente se utilizan para garantizar la “gobernabilidad” del Estado Comunitario. Por lo tanto los nuevos recursos liberados tienen claramente una orientación política.

La disminución del gasto público en relación con el PIB y el gasto público en salud como proporción de los ingresos corrientes de la nación se puede apreciar en el gráfico No 4. La tendencia general es que a partir del siglo XXI el gasto público ha descendido, después de haber llegado a su punto más alto en 1998 (1% del PIB), para situarse en el 0.9% del PIB en 2007. Por su parte, el gasto público en salud como proporción de los ingresos

corrientes de la nación se ubicó en el 11% en 1999 y disminuyó significativamente en el 2007, registrando apenas el 6%. Como era de esperarse, la participación de las transferencias de la nación para el servicio de salud se redujeron del 11% en 1999 al 6% en el 2007.

El recorte de las transferencias igualmente afectó al Distrito Capital. Los cálculos realizados por Betancourt y Castro [2007: 124] refieren que las entidades territoriales “dejarán de percibir, anualmente, de manera permanente, frente a lo decidido por la Constitución de 1991, alrededor de 1,5% del PIB nacional. Para Bogotá dicho efecto será de 0,6% del PIB distrital”. Para hacer un estimativo de lo que Bogotá dejara de recibir, estos dos autores, diseñaron dos escenarios: en el primero se consideraba que los ingresos corrientes de la Nación crecerían en la misma proporción que el PIB. Este escenario daba como resultado que, a pesos del 2007, el Distrito dejaba de recibir \$4.6 billones entre el 2008 y el 2017. En el segundo escenario los ingresos corrientes de la nación crecían con

8. En el párrafo transitorio del Acto Constitucional se estipuló que “El monto del Sistema General de Participaciones, SGP, de los Departamentos, Distritos y Municipios se incrementará tomando como base el monto liquidado en la vigencia anterior. Durante los años 2008 y 2009 el SGP se incrementará en un porcentaje igual al de la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 4%. Durante el año 2010 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3.5%. Entre el año 2011 y el año 2016 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3%”.

una elasticidad de 1.13% frente al PIB, lo que arrojó como resultado que el Distrito dejaba de recibir \$ 5.3 billones para el mismo período⁹.

La falta de compromiso por parte del Gobierno Central en suministrar recursos suficientes al servicio de salud ha tenido como efecto no avanzar más rápidamente en el camino de lograr la cobertura universal en la afiliación y mantener una odiosa discriminación entre salud para pobres y salud para el sector formal. Gracias a la sentencia de la Corte Constitucional

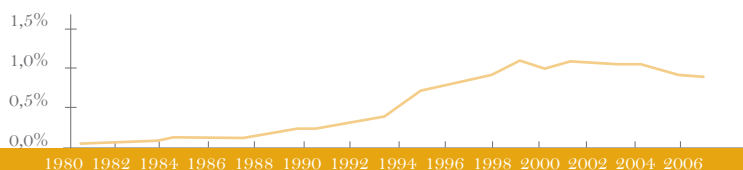
T-760 de julio del 2008, que le ordenó al gobierno adoptar medidas para garantizar el cumplimiento progresivo del derecho a la salud, e igualar los dos POS (contributivo y subsidiado), podría hacerse, que el POS subsidiado sea similar al existente en el contributivo, si el gobierno central destinara más recursos para la salud. Sin embargo, esto es una utopía. En el presupuesto para 2010 el gobierno optó por otras prioridades como la de destinar más recursos para la guerra que para la educación superior, a pesar de que, un estudiante en la universidad pública cuesta en promedio doce millones anuales, mientras que, un soldado profesional representa una erogación de 60 millones de pesos. ■

9. La participación de Bogotá en el SGP se ha estancado. En 2008 Bogotá recibió el 9%, de un total de \$2.725.468.471.818 que registraron las transferencias, en ese mismo año el total de afiliación nacional al régimen subsidiado fue de 23.804.788 mientras que la de Bogotá llegó a 1.754.891 de afiliados.

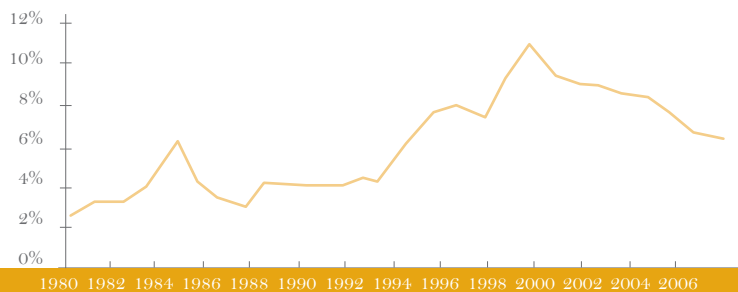


Gráfico 4

Gasto público en Salud sobre el PIB



Gasto público en Salud sobre el ICN



Fuente Cálculos del CID- Grupo de Protección Social con base en Min Hacienda

Referencias.

- Banco Mundial 1990. Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Washington D.C
- Barón Leguizamón, Gilberto 2007. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social. Bogotá
- Betancourt, Carlos y Castro, José Vicente 2007. "La parábola del ajuste fiscal o el recorte de las transferencias territoriales". En Actualidad fiscal de Bogotá. D.C No 1 Secretaria Distrital de Hacienda
- Esping-Anderson, Gosta 1999. Les trois mondes de l'Etat Providence. PUF Paris
- Rodríguez Salazar, Oscar. 2009. Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social. CID Universidad nacional de Colombia.
- Rodríguez Salazar, Oscar. 2007. "Reforma a las transferencias, Sistemas de Protección Social y Centralización del Estado". En Macroeconomía y Bien-estar. CID Universidad Nacional Agosto del 2007.
- Rodríguez Salazar, Oscar. 2005. "Avatares de la reforma del sistema de seguridad social. Ley 100 de 1993". En Rodríguez Salazar, Oscar. Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. CID Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

“LOS SERVICIOS DE URGENCIAS COMO ALTERNATIVA DE ACCESO A LA SALUD EN BOGOTÁ”

El Manual de Actividades y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, define la urgencia médica como “una alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica, con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

Los servicios de urgencias atienden casos no traumáticos como la atención materna, infantil, cardiovascular, quirúrgica, de medicina interna y enfermedades mentales, así como diferentes traumas o lesiones producto de agresiones y accidentes¹.

En el país existe un marco normativo muy amplio sobre los servicios de urgencias, que reitera a todas las instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud su obligación de brindar la atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica de los usuarios.

El carácter de la urgencia, en gran medida, está determinado por el propio usuario, el cual estima que su situación de enfermedad corresponde a una urgencia médica y por ello requiere de la atención inmediata.

El Distrito cuenta con un sistema único de seguridad y emergencias, el Nuse 123, cuyo objetivo es garantizar una respuesta eficiente y rápida por parte de las entidades que se encuentran incluidas en el sistema, para la prevención, atención y despacho de recursos. De esta manera se busca atender adecuadamente situaciones de urgencias, emergencias y desastres. Además permite unificar en un solo número los servicios de seguridad y emergencia de la ciudad e integra en una única plataforma tecnológica la recepción de

las llamadas y el despacho de los recursos por parte de las agencias, de manera coordinada.

Bogotá, por intermedio de la Dirección Centro Regular de Urgencias-CRUE de la Secretaría Distrital de Salud-SDS y del sistema distrital de urgencias y emergencias médicas² crea las condiciones para la prestación oportuna de los servicios de urgencias médicas, las emergencias y los desastres de la ciudad. En 2008³ se recibió un total de 507.516 llamadas, de las cuales el 36%, es decir 182.706, fueron duplicados que la ciudadanía marca ante un hecho de urgencia. El número de despacho de vehículos fue de 192.855 y un 13% fueron solicitudes de información o asesoría sobre los servicios de salud.

La cobertura poblacional de la atención prehospitalaria, durante la vigencia 2008, fue de 192.855 personas y respondió a las causas que se muestran en la gráfica 2.

De acuerdo con las bases consolidadas de la red hospitalaria por parte de la SDS, se determinó que el 50% de los incidentes que ocasionaron el envío de ambulancias tuvieron su origen en los lugares de domicilio y un 37% en la vía pública. Asimismo, el 40% de los despachos se realizó para la atención de pacientes

1. Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencias y la necesidad de los Sistemas Regionalizados de Atención para Medellín y Bogotá 2005-2006

2. Reglamentado a través del Acuerdo 16 de 1991. Constituido por el conjunto de instituciones, entidades, organismos y equipos profesionales que haciendo parte integral de la Secretaría Distrital de Salud, conforman una red de servicios para brindar atención integral médico-quirúrgico al paciente de urgencias que lo requiera, utilizando mecanismos y sistemas de coordinación.

3. Boletín Epidemiológico -DCRUE

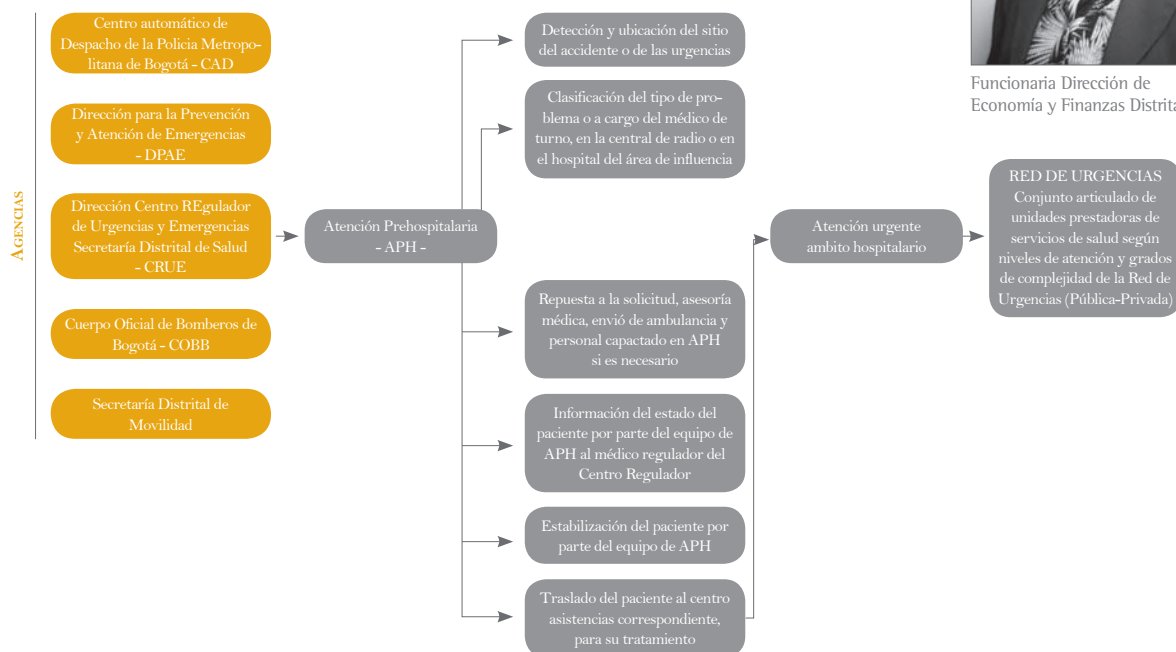




Funcionaria Dirección de Economía y Finanzas Distritales

Gráfico 1

Funcionamiento Nuse 123 (Salud)



del régimen contributivo un 16% al régimen subsidiado, un 16% son pacientes SOAT, 15% vinculados y un 9% no reportan el dato.

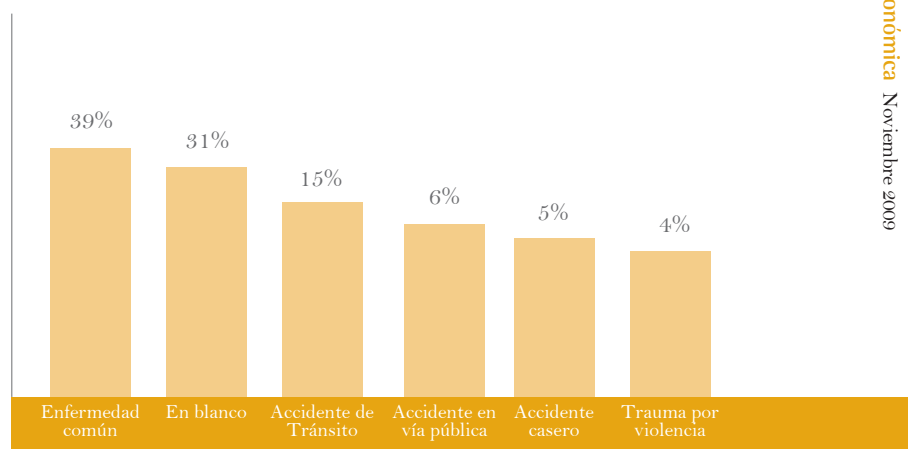
Con respecto a la atención prehospitalaria de salud mental, se atendieron 4.909 solicitudes (1% del total de las llamadas), de cuyos casos el 40% correspondió a intento de suicidio y por efectos del consumo de fármacos. El 51% de las atenciones fueron a mujeres y el grupo etáreo que más requirió atención fue de 15 a 19 años.

Una vez el usuario ingresa al servicio de urgencias de alguno de los hospitales⁵ de la red pública distrital, es sometido al procedimiento del *triage*

5. Cuando el usuario es atendido por el CRUE, es valorada su urgencia por el personal paramédico

Gráfico 2

Atención Prehospitalaria - 2008



Fuente: Boletín Epidemiológico-Volumen 2 Número 15. DCRUE⁴

4. Se entiende por enfermedad común dificultad respiratoria, pérdida de conocimiento, dolor abdominal agudo, intoxicaciones, dolor precordial, entre otros.

que consiste en valorar al paciente que consulta y que de acuerdo con la severidad de los síntomas se procede a su clasificación en cuatro categorías. (Cuadro 1).

Conforme a las estadísticas por *triage*, se determinó que los servicios de urgencias de los hospitales tomados como muestra⁶ en el 2008, se congestionaron por atenciones que no fueron consideradas vitales o triage I, de acuerdo al concepto del responsable del procedimiento.

Como resultado de la actividad realizada el 9 de julio de 2008, por la Contraloría de Bogotá “12 horas con el Contralor de Bogotá...en el Sistema de Salud en la ciudad”, el Secretario de Salud dio inicio a una serie de visitas de acompañamiento a las instituciones públicas y privadas que cuentan con un registro de habilitación en la SDS. Para el efecto, son convocados los gerentes y subgerentes administrativos de los hospitales de la red pública, directores administrativos y asesores de la secretaría y el personal competente que se requiera.

Estas visitas son de acompañamiento, no obstante si en el reporte enviado hay registro de irregularidad en la prestación del servicio, se comunica al área de Vigilancia y Control de la SDS, para que se dé inicio a la investigación y se apliquen las medidas pertinentes.

Como resultado de la investigación y del proceso de verificación llevado a cabo, la Contraloría concluyó:

1. Durante años, la SDS ha identificado los mismos problemas del sistema de urgencias de la ciudad. Aunque se han adelantado acciones para mejorar la situación, no hay cambios substanciales.

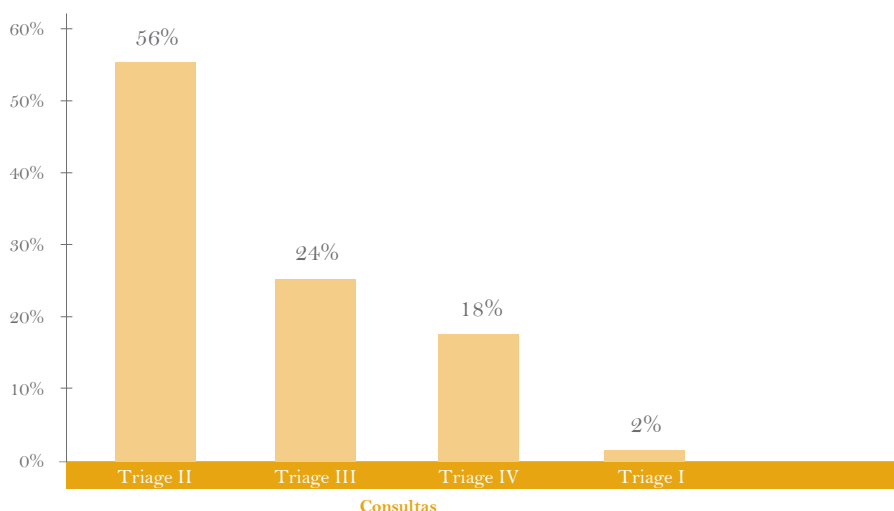
6. Se visitaron los hospitales de Kennedy, Engativá, Simón Bolívar y La Victoria.

Cuadro 1
Priorización de las Urgencias

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	DIAGNÓSTICO
Triage I - Rojo - Prioridad I - Nivel I	Hay compromiso de vida del paciente, por lo que requiere atención médica inmediata.
Triage II - Amarillo - Prioridad II - Nivel II	Se compromete el estado de salud del paciente y éste debe ser atendido en consulta en un tiempo límite.
Triage III - Verde - Prioridad III - Nivel III	Paciente cuya condición clínica puede dar espera en la atención y su estado general no se deteriorará, independientemente del tiempo de espera.
Triage IV - Nivel IV - Consulta Prioritaria	Dirigida a aquellas patologías, que sin ser urgentes, requieren de una atención inmediata. Consulta que se presta directamente en el sitio de atención y no requiere de una cita previa.

Fuente: Procedimientos Atención Médica Urgencias. Red Pública Distrital.

Gráfico 3
Clasificación Triage - 2008



Fuente: Estadísticas Hospitales

2. Los servicios de urgencia de la red pública distrital, en particular los de alta complejidad, tiene una demanda que supera el 150% de su capacidad. Los factores que más influyen en esta situación son:

- Falta de oportunidad en la asignación de las consultas externas. En promedio, la asignación de una cita demora entre 10 y 20 días. Así, para el usuario, las urgencias se convierten en la única forma de lograr una atención médica de manera rápida.
- Déficit de médicos en los servicios de urgencias, prolongando la estancia hospitalaria, disminuyendo el giro de camas y aumentando la insatisfacción de los usuarios con respecto a la calidad y oportunidad del servicio.
- Las consultas externas especializadas se ven gravemente afectadas por el déficit de oncólogos, endocrinólogos, pediatras, reumatólogos, nefrólogos, dermatólogos, hematólogos, médicos internistas y fisiatras. Esto demora la respuesta a las interconsultas, generando el ingreso de pacientes por el servicio de urgencias para garantizar su atención.
- Falta claridad en la interpretación de la normatividad que soporta la contratación entre los prestadores de servicios y las entidades responsables del pago de los servicios de salud.
- Falta capacitación a los usuarios por parte de las EPSs en el tema

de la utilización de los servicios médicos de la red pública distrital y sus diferentes niveles de complejidad. Asimismo, no hay conocimiento acerca de los beneficios y limitaciones de los planes obligatorios de salud en el régimen subsidiado y contributivo.

- A pesar de ser informados por parte del orientador en salud de la demora en la atención (según el triage), los usuarios prefieren someterse a largas horas de espera para ser atendidos porque su confianza está fincada solo en los hospitales de III nivel, dado que se considera que éstos pueden resolver sus problemas de salud con mayor efectividad.
3. Hay debilidades en la operación de las cuatro redes hospitalarias de la ciudad, toda vez que la clasificación de los hospitales por niveles de complejidad no es tenida en cuenta en el momento de la atención de la urgencia médica. Si la patología no es de la complejidad del hospital, el usuario debe recibir las indicaciones para que se remita a un hospital de menor complejidad. Por ello, en un 40% de los casos deben ser devueltos para ser atendidos por la institución, sometiendo a los pacientes a largas horas de espera.
4. Es necesario revisar los efectos de los programas de promoción y prevención a cargo de los hospitales de primer y segundo nivel. En las visitas se encontró que en

promedio el 30% de los pacientes de los servicios de urgencias presentaban enfermedades crónicas pulmonares, de hipertensión, diabetes y cáncer. Así mismo, al analizar las estadísticas del triage se determinó que una gran proporción no se consideraron como una urgencia vital, rojo, prioridad I.

- 5. Aunque el servicio de urgencias no debe ser mayor a un día, allí se encuentran adultos mayores abandonados por sus familias, que no han podido ser ubicados en casas de integración social. Esto requiere un trabajo coordinado con la Secretaría Distrital de Integración Social, entidad responsable de esta población abandonada.
- 6. Para la verificación de derechos en las bases de datos de las EPSs, por parte los entes territoriales y del Fosyga, se evidenció que se presentan serias dificultades por su no actualización. Se encuentran pacientes con múltiples afiliaciones o que no aparecen en las bases de datos, a pesar de contar con el respectivo carnet.

Así las cosas, es imperativo fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de emergencias médicas de la ciudad, mediante el afianzamiento de las redes de servicio, la implementación de mecanismos de educación, promoción, prevención y mitigación del riesgo de urgencias. Todo ello, con el fin de disminuir la demanda del uso de servicios de urgencias por enfermedades o lesiones prevenibles. ■

Es imperativo fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de emergencias médicas de la ciudad.

LA SALUD EN BOGOTÁ Y LA CRISIS FINANCIERA DE LA RED HOSPITALARIA

I. Introducción

Este artículo discute los problemas financieros de los hospitales del Distrito, los que han aumentado recientemente a pesar de que Bogotá es la ciudad de mayores logros con respecto a las metas planteadas en la Ley 100 de 1993: ampliación de la cobertura, eficiencia en la organización del sistema y consolidación del régimen subsidiado. No obstante, hay problemas de acceso a los servicios de salud por parte de la población que generan cuestionamientos al tipo de aseguramiento, a la reorganización institucional del sistema y al fortalecimiento del sector privado como agente asegurador y prestador de servicios. Dicho panorama se enmarca en el reconocimiento de la “sobredeterminación de las políticas sociales de la nación y un escaso margen de maniobra de las administraciones locales” (Fedesarrollo, 2006).

II. Evolución de la salud en Bogotá y la respuesta institucional

a. Evolución reciente del perfil epidemiológico en la ciudad

En Bogotá la afiliación al régimen subsidiado ha crecido y para 2008 alcanzó 1.754.891 afiliados¹. La cobertura vacunal para los biológicos del PAI supera ya el 95%. La tasa de mortalidad materna se ha reducido drásticamente en la última década y ahora se ubica en 37 por cada cien mil habitantes, gracias al funcionamiento de la Red de Prestación de Servicios y Social Materna que ha avanzado en términos de acceso y atención (Bogotá como Vamos BCV, 2009).

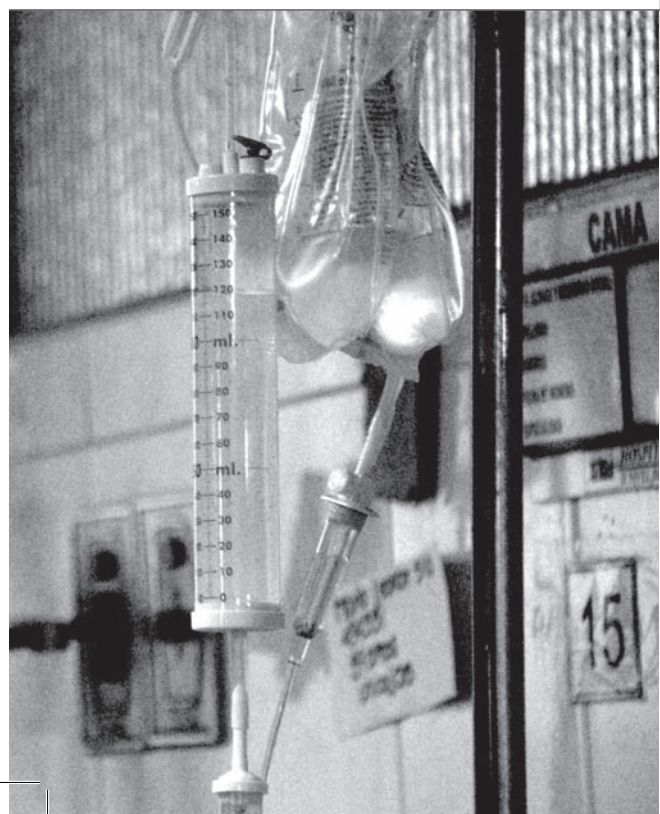
La mortalidad neonatal tanto para parto espontáneo como por cesárea ha venido disminuyendo aunque en el 2007 presentó un leve aumento, sobretodo en el caso de cesárea. La mayor tasa de mortalidad neonatal se presenta en el régimen subsidiado, aunque viene reduciéndose así como en el grupo de madres jóvenes (menores de 36 años). No pasa lo mismo con el régimen contributivo y los vinculados. Se presenta una situación similar en la mortalidad post-neonatal (entre 1 y 11 meses) (Veeduría, 2008). En el global, la tasa de mortalidad infantil de menores de 1 año se ha reducido, aunque a partir de 2006

la disminución ha sido más lenta (BCV, 2009). Las principales causas de muerte son las enfermedades respiratorias, seguidas de las malformaciones congénitas. La maternidad en el grupo etareo de 10-19 años ha aumentado —con una importante participación del rango de 10 a 14 años— y con ello los nacimientos de niños de peso bajo (Veeduría, 2008; BCV, 2009).

La mortalidad de menores de 5 años a causa de neumonía viene reduciéndose, con una disminución del ritmo en los últimos dos años. Del mismo modo, la mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) es de apenas un caso por cada cien mil habitantes y se encuentra cerca de la erradicación gracias a la prevención e identificación temprana de síntomas así como a la amplia cobertura de la red de agua potable (BCV, 2009).

El plan de desarrollo *Bogotá sin indiferencia* logró mejorar la salud materno-infantil de la ciudad así como aumentar la cobertura de la vacunación. Los campos pendientes son los de la citología para la prevención del cáncer y el aumento de embarazos adolescentes. *Bogotá Positiva* tiene como meta mantener lo alcanzado por la anterior administración, lograr la cobertura universal, disminuir los embarazos adolescentes y disminuir la mortalidad en menores de cinco años. No contiene un compromiso explícito con el aumento de población femenina que asiste a la citología.

1. Junto con la mejor tasa de crecimiento de la afiliación a este régimen a nivel nacional.





* Funcionarios de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales. Agradecemos la colaboración de Angela Bello, Emperatriz Vargas, Roberto Escobar, Eduardo Carreño y el practicante universitario Jhon Vargas, así como la información suministrada por la Dirección de Salud e Integración Social.

Cuadro 1

Recursos proyectados al sector salud y a sus programas prioritarios

MONTOS DESTINADOS A SALUD BOGOTÁ 1998-2008 (\$ CONSTANTES DE 2008)					
PLAN DE DESARROLLO	AÑO	PRESUPUESTO	% DENTRO PD	% EJECUCIÓN	
Por la Bogotá que queremos	1998	1.250.254	24,3%	91,1%	
	1999	925.232	13,3%	95,2%	
	2000	983.102	17,1%	97,4%	
	2001	621.102	14,0%	99,7%	
	TOTAL PLURIANUAL	3.779.689	16,7%	97,1%	
Para vivir todos del mismo lado	2001	381.915	8,6%	94,8%	
	2002	1.064.240	22,6%	95,4%	
	2003	1.085.908	17,5%	97,4%	
	2004	725.678	14,8%	99,9%	
	TOTAL PLURIANUAL	3.257.740	16,1%	97,1%	
Bogotá sin indiferencia	2004	556.079	11,3%	89,4%	
	2005	1.667.968	28,7%	96,3%	
	2006	1.845.065	25,8%	95,8%	
	2007	1.828.741	25,9%	97,2%	
	2008	1.095.578	14,9%	99,9%	
	TOTAL PLURIANUAL	6.993.431	21,6%	96,5%	
Bogotá Positiva	2008	569.748	17,2%	84,0%	
	2009 *	1.201.251	18,5%	67,5%	

* La información tiene corte a 30 de septiembre de 2009. Fuente: Estadísticas Fiscales Contraloría de Bogotá

b. Respuesta institucional

En los últimos diez años la administración Distrital ha distribuido los recursos en el plan plurianual de inversiones a los diferentes sectores administrativos, buscando mejorar la calidad de vida de los habitantes de la ciudad (Cuadro 1).

Se aprecia una disminución de recursos de 13,8% del programa “Bogotá para Vivir todos del mismo lado” frente a la “Bogotá que Queremos”. “Bogotá sin Indiferencia” por el contrario, aumento 2,15 veces el presupuesto de salud frente al plan ante-

rior, en coherencia con los objetivos declarados de garantizar el ejercicio de los derechos de los habitantes de la ciudad. Por su parte “Bogotá Positiva” disminuye el presupuesto en relación a “Bogotá sin indiferencia” en 10%.

“Por la Bogotá que Queremos” fue estructurado en siete prioridades. La prioridad de Interacción Social, buscaba mejorar los niveles de calidad y cobertura en la oferta de los servicios sociales. Así, se formuló, entre otros, el programa en salud “Mejoramiento de la calidad

y cobertura en la prestación de los servicios de salud” cuyos objetivos eran: (i) el fortalecimiento de la salud pública preventiva, para garantizar el acceso de toda la población a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, (ii) el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica, (iii) la implantación de programas para disminuir la mortalidad materna, perinatal y de niños menores de 5 años y (iv) acciones para atender los menores víctimas de abuso sexual.

“Bogotá para Vivir todos del mismo lado” se estructuró en objetivos. El objetivo de Justicia Social planteó mejorar el acceso de las personas en situación de alta vulnerabilidad a condiciones mínimas de nutrición, salud, educación y habitación, bajo criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad. Para ello se formularon, entre otros, el programa “Salud con Calidad”, a partir del cual se incrementarían las coberturas de afiliación, el acceso a los planes de beneficios y se mejoraría la calidad y la eficiencia de los servicios de salud. Se propuso evaluar la viabilidad social y económica de construir una EPS que administrara los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social-SGSS y una mejor utilización de la clínica Fray Bartolomé de las Casas.



“Bogotá sin Indiferencia” se estructuró en ejes, de los cuales el Social buscaba hacer efectivo los derechos económicos, sociales y culturales. En él se planteó la propuesta en materia de salud contenida en el programa “Salud para la Vida Digna”. Se propuso promover el derecho a la salud mediante el acceso progresivo y de permanencia, calidad y atención integral con enfoque familiar y comunitario. Asimismo, se propuso la construcción del Sistema Integrado de Protección Social en Salud, como mecanismo articulador de programas de acceso y permanencia a servicios sociales básicos.

Durante la administración Garzón, se implementó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) denominada “Salud a su hogar”. En su momento, el modelo se diseñó para descongestionar la red pública, ofrecer atención especializada adecuada, facilitar el acceso al sistema de salud y mejorar el flujo de información de Salud Pública. Se esperaba eliminar gran parte de las barreras de acceso al sistema tanto para afiliados como para los no afiliados (aumentando la demanda de servicios básicos) y aumentar las acciones preventivas (reduciendo la demanda de servicios especializados)

Sin embargo, en la práctica, la estrategia se quedó corta ante los objetivos. A pesar del gran esfuerzo para aumentar la inclusión del sistema de salud, la atención de *Salud a su hogar* se ha concentrado en la población afiliada y dentro de ella, en la del régimen contributivo (Veeduría, 2008).

“Bogotá positiva para vivir mejor” formuló siete objetivos estructurantes y la salud quedó contenida en *Ciudad de derechos*. Allí se abordaron los programas “Bogotá sana” y “Garantía del aseguramiento y atención en salud”, los cuales buscan garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, haciendo énfasis en las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

III. Situación actual del sector salud en Bogotá

a. Condiciones de acceso

Para evaluar la garantía del derecho a la salud hay que detenerse en el acceso real de la población al sistema. Según la Encuesta Social Longitudi-

nal de Hogares - ESLH (Fedesarrollo, 2009), en 2008 el 45% de la población de Bogotá no tuvo ningún problema de salud y de quienes lo tuvieron, el 92.7% acudió al médico.

La población mas pobre acude menos a recibir servicios médicos mientras que la mayor asistencia al sistema de salud en caso de enfermedad se da para los afiliados al régimen contributivo. La financiación a través de la red pública (SDS) es utilizada solo en el 2.8% de los casos y con mayor frecuencia dentro de la población más pobre (1 de cada 5 eventos hospitalarios). Una característica es que ante las dificultades de acceso, para la población más pobre la financiación con recursos propios es la alternativa más cercana. (Rodríguez, 2005).

La situación de los servicios de urgencias de la red pública distrital permite apreciar importantes deficiencias organizacionales, técnicas y contractuales. Entre otros, se ha identificado la ausencia de personal médico en los servicios de urgencias y de especialistas en el área de consultas externas como causas de la congestión, así como falta de claridad en la interpretación de las normas que soportan los contratos de pago suscritos entre las EPS y las IPS (Peña, 2009).

De otra parte, el sistema está configurado como una compleja red de interrelaciones entre usuario, medico, EPS y Estado. Bajo la lógica del sistema, la EPS asume los riesgos del aseguramiento de usuarios desconocidos que pueden modificar los términos del contrato a través de los jueces como representantes del Estado de Derecho. Esto conlleva a que la EPS desconfíe de la estabilidad de la regulación y exija flexibilidad en la misma así como constante negociación con el Esta-

do. El médico media entre la EPS y el usuario y actúa como agente de la EPS dando prevalencia al principio de escoger el tratamiento más adecuado del paciente. El Estado actúa como regulador de las relaciones. En este escenario surgen dificultades al acceso de la población al sistema.

Las barreras administrativas e institucionales traducidas en la negación sistemática de la prestación de servicios por parte de las EPS y ARS, afectan principalmente a la población más pobre. Entre 2006 y 2008 las tutelas por salud representaron el 39.2% (346.424) del total de tutelas que llegaron hasta la corte constitucional, siendo el campo con mayores reclamaciones. De ellas, el 24.9% corresponden a Bogotá, lo que representa 24.5 tutelas por cada diez mil habitantes durante el periodo (Defensoría, 2009). Estas barreras generalmente corresponden a la existencia de contenidos no integrales del POS, la exigencia de tiempo de cotización mínimo requerido para ciertas intervenciones o las trabas administrativas motivadas por la racionalidad lucrativa de las EPS y las ARS.

Para las EPS no hay incentivos para evitar el pleito. El monto a pagar al final del pleito generalmente es el mismo que antes de iniciarlo y el pago se habrá aplazado. Por el contrario, un pago inmediato de procedimientos por fuera del POS equivale a una ampliación de este. En muchos casos es mejor para la EPS trasladar la responsabilidad de decisión de una situación dudosa a un funcionario de la rama judicial.

Es importante resaltar aquí que la normatividad vigente señala que “los servicios de salud, no contemplados en el POS y POS-S, que requieren los afiliados al sistema, y los

Cuadro 2

Cartera Red Hospitalaria por Deudor y Edad
Corte a Junio 30 de 2009. Millones de Pesos

DEUDOR	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL	TOTAL	% PARTIC.
ARS en Liquidación	376	287	6.588	7.252	1,7%
EPS en Liquidación	43	51	1.668	1.762	0,4%
Otros deudores	1.774	9.576	33.767	45.117	10,3%
Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Secretarías departamentales) - FFDS	512	15.990	25.721	42.224	9,7%
Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Secretarías municipales y distritales) - FFDS	40.204	50.249	30.615	121.069	27,7%
Régimen Contributivo	1.528	8.317	23.771	33.616	7,7%
Régimen Subsidiado	24.279	55.436	86.567	166.281	38,0%
SOAT - ECAT	981	5.126	13.833	19.940	4,6%
TOTAL POR NIVEL	69.698	145.032	222.530	437.260	100,0%
Deudores con compromiso de pago vigente	17.416	31.466	5.075	53.957	12,3%
Total cartera de 31 a 60 días	10.543	27.225	46.710	84.478	19,3%
Total cartera de 61 a 90 días	3.123	12.461	10.013	25.597	5,9%
Total cartera de 91 a 180 días	6.613	13.850	23.641	44.105	10,1%
Total cartera de 181 a 360 días	9.860	19.136	33.713	62.708	14,3%
Total cartera de mayor a 360 días	26.167	40.894	103.378	170.440	39,0%
TOTAL CARTERA	69.698	145.032	222.530	437.260	100,0%

Fuente: Estadísticas Fiscales Contraloría de Bogotá

que necesita el resto de la población pobre sin cubrimiento en aseguramiento... deben ser cubiertos por el respectivo ente territorial donde reside el usuario (Ley 715 de 2001, Decreto 806 de 1998, Decreto 5334 de 2008)” (Defensoría, 2009). Esto quiere decir que las tutelas de esta tipo que sean concedidas se cargan al FFDS para el caso de Bogotá.

La claridad de los contratos es fundamental para desestimular el uso de la tutela. Así mismo la ampliación del POS aparece también como alternativa, pero debe ir acompañada de esfuerzos considerables en el financiamiento del sistema de salud. La Ley 1122 de 2007 y la Sentencia T-260/2008 ordenan un conjunto de modificaciones a la Ley 100 que avanza en la solidaridad del sistema y su sostenibilidad financiera. Sin

embargo el cumplimiento de estas normas exige una actualización periódica del POS con participación ciudadana, el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención y la solución de los problemas de financiamiento (evasión e intermediación financiera). En ausencia de estos requisitos las modificaciones a la Ley 100 de 1993 aún no se ejecutan, ocasionando fuertes presiones financieras para las entidades territoriales, particularmente por la demora en la regulación de los servicios No POS.

b. Cartera Hospitalaria

En este contexto, hoy se experimenta una crisis financiera de hospitales expresada en deudas crecientes y sobretechos contra el FFDS. Como resultado de la dinámica del sistema

reglado por la Ley 100 de 1993², la cartera de la red hospitalaria pública de Bogotá viene creciendo dramáticamente, al pasar de \$287.328 millones en diciembre de 2007 a 437.260 millones en junio de 2009. Esto representa un aumento en términos reales de 38.4% en tan solo un año y medio. Por tipo de deudor, el régimen subsidiado tiene la deuda más alta con una participación de 38%, seguido por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) con una participación total de 37.3% (Cuadro 2).

El FFDS es el canal por el que ingresan al sistema de salud las transferencias del SGP y sus recursos se destinan primordialmente a proyectos contratados directamente con los hospitales para la prestación de servicios. En la práctica esto equivale a que la red hospitalaria pública no recibe transferencias directas, sino que vende servicios al FFDS. Es importante resaltar además que en la cartera reportada por los hospitales, los montos correspondientes al FFDS no se corresponden con los que el propio FFDS maneja.

La composición por edad de la cartera es un factor de alarma: cerca de la mitad de la cartera es de corto plazo (menor a un año) por lo que la liquidez del sistema se encuentra comprometida. Más aun cuando la mayor parte de la cartera corresponde al régimen subsidiado y al FFDS, que tienen problemas de retraso y montos con los recursos de solidaridad a cargo del Estado, así como la desproporcionalidad con la que Bogotá participa del SGP. Además, la normatividad vigente establece que las tutelas concedidas

2. Demora en el pago a las IPS por parte tanto del estado como de las EPS, incentivos y espacio a la intermediación financiera y al traslado del riesgo de los contratos de las aseguradoras a las IPS.

Cuadro 3
Cartera Red Hospitalaria por Hospital
Millones de Pesos

HOSPITAL	2007	2008	A JUNIO 30 DE 2009	% VAR 07/08	% VAR 08/09
Hospital Tunal	51.951,83	37.386,32	46.788,84	-33%	22%
Hospital La Victoria	6.618,40	11.511,23	10.818,51	55%	-6%
Hospital Kennedy	43.465,68	25.301,07	43.322,84	-54%	54%
Hospital Santa Clara	20.831,85	27.500,69	33.039,17	28%	18%
Hospital Simón Bolívar	52.087,69	57.140,03	88.560,80	9%	44%
TOTAL III NIVEL	174.955,45	158.839,34	222.530,16	-10%	34%
Hospital Centro Oriente	8.934,22	5.006,90	6.086,72	-58%	20%
Hospital Bosa	2.720,88	4.025,33	10.171,45	39%	93%
Hospital Engativá	14.179,14	17.742,86	21.889,51	22%	21%
Hospital Fontibón	5.066,57	7.735,51	15.621,50	42%	70%
Hospital San Blas	11.217,78	10.591,46	11.239,12	-6%	6%
Hospital Tunjuelito	5.950,66	6.566,75	8.583,60	10%	27%
Hospital Suba	16.460,37	21.555,57	51.575,49	27%	87%
TOTAL II NIVEL^{1/}	64.529,62	73.224,38	125.167,39	13%	54%
Hospital Chapinero	4.640,05	5.923,74	7.659,85	24%	26%
Hospital Nazareth	1.481,41	988,94	1.549,17	-40%	45%
Hospital Usaquén	4.853,97	4.221,84	5.360,96	-14%	24%
Hospital Usme	9.575,67	9.284,69	8.819,42	-3%	-5%
Hospital del Sur	2.283,50	6.211,24	11.994,82	100%	66%
Hospital Pablo VI Bosa	4.796,93	6.631,45	7.004,50	32%	5%
Hospital Rafael Uribe	2.178,08	2.694,55	5.644,69	21%	74%
Hospital San Cristóbal	3.951,58	5.040,17	5.483,63	24%	8%
Hospital Vista Hermosa	2.892,23	8.213,05	16.180,70	104%	68%
TOTAL I NIVEL	36.653,42	49.209,67	69.697,74	29%	35%
TOTAL RED HOSPITALARIA	276.138,49	281.273,39	417.395,29	2%	39%

1/ Los datos de Hospital Meissen están siendo corroborados actualmente debido a inconsistencias. Se extrajeron del análisis por las distorsiones que introducen. Fuente: Sivicof, Cálculos Dirección de Economía y Finanzas Distritales.

fuera del POS y para la población no asegurada se financien con los recursos del FFDS.

Ahora bien, la situación no es la misma para todos los hospitales. Cada uno presenta una situación particular de su cartera y en algunos casos como en el del Hospital La Victoria (III Nivel) para 2009 se ha reducido, al igual que en el de Usme (I Nivel) (Cuadro 3).

Los hospitales de Simón Bolívar (Nivel III) y Suba (Nivel II) son los que acumulan la mayor cartera. Suba llama particularmente la atención porque a pesar de ser nivel II su cartera es más alta que la de casi todos los hospitales de nivel III, lo cual refleja el hecho de que este hospital se encuentre aten-

diendo población de municipios aledaños con cargo al FFDS³. Los hospitales de nivel I no exceden los 10 mil millones en su cartera a excepción del hospital del Sur y el de Usme.

c. Indicadores Financieros

El análisis financiero de la red hospitalaria distrital se hizo empleando indicadores para diferentes ámbitos. Las cifras se muestran durante las vigencias 2005 - 2008, y el primer semestre de 2009, enfocando el análisis en el estado actual.

3. El 52% de la cartera del Hospital Suba corresponde a este concepto. De ese porcentaje el 75% es cartera no reconocida, es decir el 39% del total de la cartera.

Indicadores de liquidez

El capital de trabajo⁴ de los hospitales tiene una tendencia a la baja durante los últimos años. En lo corrido de 2009, siete de los veintidos hospitales poseen un capital de trabajo mas negativo. El hospital Simón Bolívar presenta el capital de trabajo por un incremento en la cuentas por pagar y en los pasivos estimados. Tan solo dos de los cinco hospitales de tercer nivel operan con un capital de trabajo positivo. El indicador de razón corriente⁵ evidencia la situación más

crítica para tres hospitales de nivel III (La Victoria, Kennedy, Simón Bolívar) y para el de Engativá. En el nivel agregado el indicador continúa deteriorándose, al pasar de 1.84 en el 2005 a 1.22 en junio de 2009. Así, aumenta el riesgo de iliquidez de los hospitales. La prueba ácida⁶, además de ratificar la posibilidad de que los pasivos corrientes no alcancen a ser cubiertos por los activos corrientes, para los hospitales Centro Oriente, Fontibón, Nazareth y Suba. Por lo tanto, ocho de los veintidós hospitales evidencian una alta posibilidad de tener problemas para responder con sus obligaciones de corto plazo (Tabla 1).

Por su parte, la razón de liquidez absoluta (la cual corrige al activo corriente por inventarios y cuentas por cobrar) evidencia la situación de crisis en la cual está la red hospitalaria del Distrito. Con indicadores promedio que fluctúan de 0.5 en 2005 a 0.2 en junio de 2009, muestra que el problema de los hospitales se concentra principalmente en la iliquidez que se podría generar por el gran rubro de cuentas por cobrar (Tabla 1).

En conclusión, los hospitales de Chapinero, Usme, Pablo IV de Bosa y San Cristóbal son los únicos que poseen indicadores de liquidez satisfactorios. Los demás hospitales podrían no tener recursos disponibles a corto plazo para cubrir las necesidades de la entidad a tiempo.

4. El capital de trabajo es el excedente de los activos corrientes, (una vez cancelados los pasivos corrientes) que le quedan a las empresas sociales del estado en calidad de fondos permanentes para el manejo de su liquidez.

5. Se calcula al dividir los activos corrientes entre los pasivos corrientes.

6. La Prueba Ácida divide el activo corriente menos los inventarios entre el pasivo corriente.

Tabla 1.

Indicadores de liquidez. Empresas Sociales del Estado.

HOSPITAL	CAPITAL DE TRABAJO					RAZON CORRIENTE O LIQUIDEZ GENERAL					RAZON PRUEBA ACIDA					RAZON DE LIQUIDEZ ABSOLUTA				
	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009
EL TUNAL, III	27.124	30.457	30.984	24.154	21.741	4,76	4,58	3,63	2,77	1,86	4,50	4,37	3,48	2,63	1,76	0,33	0,64	0,46	0,17	0,22
LA VICTORIA, III	3.846	2.592	-4.011	-3.861	-2.546	1,94	1,32	0,71	0,68	0,84	1,81	1,23	0,66	0,63	0,80	0,60	0,11	0,04	0,04	0,05
OCCIDENTE DE KENNEDY, III	9.584	8.751	-778	2.639	-5.480	1,54	1,43	0,97	1,08	0,85	1,44	1,36	0,89	1,02	0,80	0,19	0,19	0,04	0,01	0,02
SANTA CLARA, III	9.209	10.078	8.193	4.619	3.480	1,89	1,71	1,55	1,20	1,12	1,78	1,58	1,45	1,13	1,04	0,71	0,26	0,13	0,15	0,14
SIMON BOLIVAR, III	4.583	-13.135	1.492	-9.550	-27.157	1,15	0,68	1,05	0,78	0,55	1,11	0,64	1,01	0,73	0,51	0,10	0,10	0,13	0,04	0,03
CENTRO ORIENTE, II	521	1.464	1.891	-1.406	-650	1,08	1,31	1,16	0,90	0,95	1,03	1,24	1,13	0,88	0,93	0,34	0,28	0,38	0,42	0,53
CHAPINERO, II	2.716	4.780	6.420	7.825	9.748	1,95	2,33	3,09	3,13	3,19	1,90	2,26	3,01	3,08	3,02	1,31	1,56	2,01	1,89	1,91
ENGATIVA, II	6.879	3.228	-5.658	-14.482	-9.044	1,42	1,21	0,70	0,36	0,62	1,38	1,17	0,67	0,33	0,59	0,22	0,20	0,15	0,01	0,01
FONTIBON, II	4.215	1.680	1.222	1.306	-327	1,91	1,27	1,19	1,22	0,96	1,87	1,24	1,17	1,18	0,94	0,52	0,63	0,20	0,02	0,06
DEL SUR, I	4.843	6.212	-661	-1.448	4.330	1,43	1,71	0,95	0,89	1,27	1,40	1,65	0,92	0,76	1,19	0,35	0,47	0,32	0,19	0,17
TUNJUELITO, II	2.816	1.691	303	825	3.818	4,13	1,55	1,06	1,17	1,56	3,65	1,44	1,00	1,10	1,52	2,02	0,27	0,08	0,10	0,23
RAFAEL URIBE URIBE, I	1.995	2.264	-87	828	1.225	1,62	1,61	0,98	1,19	1,20	1,48	1,49	0,89	1,10	1,12	0,76	0,35	0,20	0,27	0,34
BOSA, II	945	830	1.712	3.343	2.972	1,35	1,24	1,47	1,94	1,58	1,26	1,17	1,42	1,83	1,50	0,14	0,17	0,22	0,20	0,09
MEISSEN, II	7.294	27.366	39.610	23.441	21.018	1,87	3,54	3,69	1,92	1,62	1,61	3,20	3,35	1,67	1,42	0,35	1,99	2,20	0,35	0,32
DE NAZARETH, II	1.970	-396	-778	658	62	10,83	0,82	0,65	2,48	1,05	10,35	0,74	0,57	2,00	0,98	6,58	0,74	0,57	0,77	0,33
DE SUBA, I	4.028	5.941	-5.842	-2.439	-44	1,48	1,63	0,55	0,85	1,00	1,43	1,60	0,53	0,80	0,94	0,79	0,43	0,16	0,05	0,02
USAQUEN, I	1.633	2.000	2.454	2.107	3.172	1,51	1,66	1,88	1,69	1,75	1,45	1,59	1,79	1,63	1,71	0,78	0,65	0,82	0,54	0,62
DE USME, I	11.727	8.615	11.263	17.140	17.817	4,40	5,40	3,85	6,79	3,82	4,28	5,22	3,67	6,58	3,73	2,85	3,97	3,67	3,68	1,82
DE PABLO VI BOSA, I	8.430	7.704	5.412	6.947	8.914	24,10	22,38	4,26	4,52	5,53	21,82	20,20	3,83	4,31	5,15	8,96	10,43	1,77	1,91	2,45
SAN BLAS, II	-2.501	1.306	379	13	2.538	0,61	1,17	1,04	1,00	1,25	0,55	1,10	0,99	0,95	1,21	0,18	0,09	0,19	0,18	0,31
DE SAN CRISTOBAL, I	6.750	8.308	9.006	6.970	8.066	4,20	6,46	9,74	5,78	4,46	4,08	6,32	9,53	5,58	4,27	2,29	4,27	6,37	3,10	2,50
DE VISTA HERMOSA, I	10.514	8.197	8.432	9.434	10.618	5,65	3,47	2,33	2,17	2,02	5,35	3,22	2,19	2,09	1,96	3,04	1,38	0,92	1,01	0,91
TOTAL GENERAL	129.121	129.931	110.957	79.063	74.271	1,84	1,72	1,50	1,30	1,22	1,74	1,62	1,42	1,22	1,14	0,51	0,50	0,47	0,25	0,25

Para el capital de trabajo las cifras están en millones de pesos corrientes Fuente: Sivicof, Cálculos Dirección de Economía y Finanzas Distritales.

Tabla 2.
Indicadores de apalancamiento. Empresas Sociales del Estado

HOSPITAL	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO					CONCENTRACION DEL PASIVO				
	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009
EL TUNAL, III	20,14%	20,53%	23,55%	29,21%	42,25%	72,87%	75,55%	82,93%	82,90%	90,87%
LA VICTORIA, III	46,75%	56,90%	82,48%	67,19%	73,79%	43,80%	56,64%	72,66%	67,77%	71,32%
OCCIDENTE DE KENNEDY, III	32,61%	34,11%	36,41%	35,52%	40,75%	90,78%	95,71%	98,09%	98,04%	98,75%
SANTA CLARA, III	30,68%	33,36%	31,87%	43,16%	50,78%	95,64%	84,63%	94,28%	97,95%	98,43%
SIMON BOLIVAR, III	53,39%	64,93%	63,36%	73,68%	78,36%	99,31%	98,37%	65,52%	78,95%	87,57%
CENTRO ORIENTE, II	52,86%	35,21%	60,83%	62,59%	59,06%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	94,17%
CHAPINERO, II	48,84%	35,22%	24,98%	26,09%	26,70%	66,17%	71,23%	65,73%	68,28%	71,65%
ENGATIVA, II	72,65%	69,46%	61,26%	82,10%	80,89%	79,15%	70,61%	75,66%	65,87%	68,50%
FONTIBON, II	38,12%	34,51%	24,60%	23,13%	31,33%	93,89%	89,74%	94,80%	95,14%	96,75%
DEL SUR, I	58,65%	46,17%	56,56%	45,19%	49,17%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
TUNJUELITO, II	41,56%	39,96%	34,36%	31,28%	38,40%	18,24%	56,37%	98,38%	98,21%	98,76%
RAFAEL URIBE URIBE, I	32,65%	27,54%	36,57%	36,76%	42,97%	100,00%	100,00%	100,00%	88,43%	89,40%
BOSA, II	38,14%	39,81%	31,75%	26,65%	34,97%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
MEISSEN, II	34,26%	22,04%	18,24%	26,56%	31,79%	100,00%	99,70%	91,03%	94,83%	96,22%
DE NAZARETH, II	35,76%	38,47%	36,09%	8,15%	20,67%	16,92%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
DE SUBA, I	15,87%	16,14%	19,78%	20,54%	25,05%	100,00%	100,00%	99,92%	99,94%	91,18%
USAQUEN, I	41,69%	37,40%	36,42%	44,92%	43,33%	100,00%	100,00%	85,61%	74,15%	84,50%
DE USME, I	19,91%	22,22%	11,90%	41,20%	47,13%	100,00%	47,14%	100,00%	22,47%	38,14%
DE PABLO VI BOSA, I	20,09%	18,99%	17,92%	17,47%	18,21%	10,56%	9,93%	50,91%	54,10%	48,36%
SAN BLAS, II	50,24%	51,60%	35,97%	34,37%	37,54%	82,19%	84,80%	87,31%	86,81%	88,21%
DE SAN CRISTOBAL, I	25,67%	20,19%	19,71%	15,13%	17,22%	68,63%	51,07%	32,84%	53,98%	67,97%
DE VISTA HERMOSA, I	23,03%	29,70%	41,14%	43,62%	47,12%	64,17%	71,15%	79,28%	81,14%	84,78%
TOTAL GENERAL	36,49%	35,94%	35,71%	39,59%	44,98%	84,54%	84,30%	83,81%	82,86%	86,46%

Fuente: Sivicoef, Cálculos Dirección de Economía y Finanzas Distritales.

Indicadores de apalancamiento

El indicador de nivel de endeudamiento⁷ refleja que la mayoría de hospitales están en capacidad de contraer más obligaciones debido a que los acreedores participan en el activo total con menos o igual al 50%, con excepción de los hospitales La Victoria, Simón Bolívar y Engativá. A partir del 2007, el indicador

7. Se calcula con el pasivo dividido entre el activo. se considera que un nivel de endeudamiento del 60% es manejable, un endeudamiento menor muestra a una entidad en capacidad de contraer mas obligaciones, y un endeudamiento mayor considera que una entidad presenta dificultad para contraer más financiamiento. Este indicador ayuda a determinar la capacidad que tiene la empresa para cubrir sus obligaciones con terceros a corto y largo plazo

de endeudamiento general tiene una tendencia al alza, sin que hasta el momento comprometa la capacidad de financiamiento (Tabla 2).

En cuanto a la concentración del pasivo⁸, en la mayoría de los hospitales las obligaciones corresponden a pasivos corrientes. Por el contrario, los hospitales que financian sus deudas a largo plazo son el Hospital Paulo VI Bosa y el hospital de Usme (Tabla 2).

8. Este indicador establece del total de pasivos con terceros que corresponde a obligaciones contraídas a corto plazo (pasivo corriente). Si el resultado de este indicador es superior al 50%, quiere decir que las obligaciones totales de los hospitales se han financiado en su mayoría a corto plazo y si es menor quiere decir que la mayor parte de financiación corresponde a largo plazo.

Indicadores de rentabilidad

Si bien los hospitales no son entidades cuyo objeto sea generar rentabilidad sino prestar un servicio social, vale la pena analizar algunos indicadores de rentabilidad. Es importante aclarar que las utilidades aquí presentadas son en términos financieros, no sociales.

El margen neto⁹ muestra que los hospitales la Victoria, Santa Clara, Simón Bolívar, Engativá y Vista Hermosa son los que con mayor frecuencia presentan rentabilidades negativas. Por su parte, los hospitales de Usme y Engativá para el año 2008 muestran los

9. Refleja cual fue el rendimiento del patrimonio con respecto a las ventas.

indicadores de rentabilidad más bajos con -53.32% y -24.20%. Solo los hospitales de Chapinero, Tunjuelito y de Pablo VI Bosa guardan un indicador positivo de margen neto durante el periodo de tiempo analizado (Tabla 3).

En cuanto a la rentabilidad sobre activos¹⁰, durante el primer semestre de 2009 trece de los veintidós hospitales presentan resultado negativo. De las nueve Empresas Sociales del Estado que tienen una rentabilidad mayor que cero, solo los Hospitales de Chapinero, Usaquén y

San Cristóbal tienen este indicador por encima de la inflación proyectada por el Banco de la República para el 2009¹¹. Por lo anterior se concluye que en el 86% de la red hospitalaria, por cada peso que se tiene invertido en activo total no genera utilidad (Tabla 3).

Indicadores de eficiencia operacional

El indicador de eficiencia sobre gastos de administración¹² muestra que durante los años analiza-

dos los hospitales han empleado en promedio entre el 11.7% y el 15.6% de las ventas para cubrir los gastos administrativos, manteniéndose en 15% en los últimos dos periodos analizados. Los hospitales que utilizaron durante el primer semestre de 2009 más del 20% de sus ventas en los gastos de administración fueron Engativá, Fontibón, Usme y de Pablo VI de Bosa. El hospital que destina un menor porcentaje para el mismo concepto y lapso es el hospital de San Cristóbal, mientras que el indicador de eficiencia sobre gastos de administración del hospital de Suba no ha sobrepasado de un dígito (Tabla 4).

11. La meta de inflación para el 2009 es 5%.

12. El objetivo de este indicador es medir la eficiencia en el manejo de los recursos. Se calcula como la razón entre gastos administrativos y ventas.

10. Muestra el porcentaje de utilidad que obtiene cada entidad por cada peso invertido en activo total.

Tabla 3.

Indicadores de rentabilidad. Empresas Sociales del Estado

HOSPITAL	MARGEN OPERACIONAL					RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS				
	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009
EL TUNAL, III	1,69%	5,94%	3,19%	-7,16%	-4,12%	2,23%	7,86%	3,98%	-10,49%	-2,61%
LA VICTORIA, III	14,29%	-3,63%	-15,77%	7,02%	-3,85%	19,10%	-4,33%	-28,57%	12,86%	-3,30%
OCCIDENTE DE KENNEDY, III	6,54%	1,22%	1,14%	0,96%	-7,84%	6,54%	1,22%	1,24%	0,87%	-3,72%
SANTA CLARA, III	16,97%	4,80%	0,28%	-5,86%	-3,64%	22,48%	4,96%	0,27%	-6,31%	-2,11%
SIMON BOLIVAR, III	7,00%	-7,11%	5,15%	-9,85%	-5,55%	8,79%	-9,38%	6,46%	-12,79%	-3,12%
CENTRO ORIENTE, II	5,98%	11,21%	-4,12%	-13,34%	9,77%	9,36%	19,06%	-4,56%	-12,58%	4,75%
CHAPINERO, II	17,59%	12,56%	9,96%	7,34%	16,74%	27,35%	16,00%	10,21%	7,12%	7,79%
ENGATIVA, II	-8,25%	4,82%	0,00%	-24,20%	2,58%	-12,36%	8,60%	0,00%	-31,63%	2,11%
FONTIBON, II	3,18%	15,24%	5,37%	0,00%	-1,80%	5,04%	19,05%	5,66%	0,00%	-1,07%
DEL SUR, I	11,78%	7,10%	5,56%	-0,05%	-2,35%	16,73%	12,11%	7,41%	-0,06%	-1,44%
TUNJUELITO, II	2,69%	5,43%	4,36%	1,61%	3,57%	3,90%	9,27%	6,75%	2,78%	3,00%
RAFAEL URIBE URIBE, I	13,53%	6,05%	-8,80%	1,73%	3,22%	28,24%	10,79%	-17,26%	3,54%	2,87%
BOSA, II	3,35%	4,79%	4,90%	7,51%	-6,07%	6,94%	8,54%	7,99%	11,32%	-4,10%
MEISSEN, II	13,69%	7,77%	5,73%	2,33%	-9,08%	20,55%	7,11%	3,54%	1,44%	-3,08%
DE NAZARETH, II	11,04%	17,72%	8,26%	19,83%	-17,04%	11,13%	14,85%	7,50%	19,12%	-9,42%
DE SUBA, I	149,17%	10,68%	3,18%	0,10%	-9,19%	68,00%	7,94%	2,79%	0,08%	-4,29%
USAQUEN, I	5,38%	4,43%	3,81%	-5,43%	17,97%	9,08%	7,74%	6,78%	-8,91%	13,03%
DE USME, I	18,23%	2,55%	31,70%	-53,32%	-7,98%	21,37%	3,04%	31,42%	-33,37%	-2,28%
DE PABLO VI BOSA, I	10,80%	4,55%	2,36%	2,81%	6,35%	11,84%	5,79%	3,41%	3,87%	4,81%
SAN BLAS, II	2,26%	3,03%	12,18%	1,02%	-4,38%	3,96%	4,82%	13,61%	1,09%	-2,32%
DE SAN CRISTOBAL, I	32,81%	18,88%	4,38%	-4,84%	13,15%	35,76%	19,52%	4,67%	-4,86%	6,78%
DE VISTA HERMOSA, I	5,76%	-2,77%	0,54%	0,69%	5,65%	8,74%	-4,81%	0,83%	0,96%	3,58%
TOTAL GENERAL	13,3%	4,3%	3,3%	-4,0%	-2,2%	16,7%	5,3%	3,8%	-4,4%	-1,2%

Fuente: Sivicoj; Cálculos Dirección de Economía y Finanzas Distritales.

Tabla 4.

Indicadores de eficiencia operacional. Empresas Sociales del Estado

HOSPITAL	EFICIENCIA SOBRE GASTOS DE ADMINISTRACION					EFICIENCIA SOBRE GASTOS DE PERSONAL				
	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009	DIC. 2005	DIC. 2006	DIC. 2007	DIC. 2008	JUN. 2009
EL TUNAL, III	13,26%	18,87%	19,37%	7,03%	15,95%	10,16%	9,00%	9,73%	10,29%	10,31%
LA VICTORIA, III	13,15%	8,42%	8,73%	14,19%	15,92%	7,59%	8,10%	10,31%	4,33%	4,51%
OCCIDENTE DE KENNEDY, III	14,58%	14,95%	12,33%	9,10%	7,59%	9,64%	9,13%	7,60%	7,33%	9,69%
SANTA CLARA, III	11,24%	8,18%	5,42%	11,75%	16,99%	11,63%	13,27%	16,19%	14,37%	7,36%
SIMON BOLIVAR, III	11,81%	26,15%	15,73%	31,41%	19,27%	10,16%	10,25%	8,88%	8,30%	6,31%
CENTRO ORIENTE, II	7,95%	13,22%	16,55%	12,51%	12,51%	17,11%	17,15%	18,40%	19,69%	16,87%
CHAPINERO, II	7,69%	13,94%	11,57%	16,04%	17,71%	13,39%	11,83%	14,28%	16,33%	15,46%
ENGATIVA, II	16,24%	8,93%	-8,77%	11,70%	23,20%	19,31%	15,91%	43,77%	39,33%	9,80%
FONTIBON, II	25,50%	24,64%	20,78%	24,05%	29,11%	12,66%	11,99%	11,20%	13,58%	11,05%
DEL SUR, I	11,17%	14,66%	15,62%	18,12%	8,35%	16,71%	21,39%	18,93%	25,77%	21,76%
TUNJUELITO, II	21,78%	19,19%	18,20%	25,98%	16,36%	19,19%	16,65%	20,76%	13,82%	12,86%
RAFAEL URIBE URIBE, I	13,52%	15,19%	19,48%	15,36%	19,13%	13,01%	12,32%	12,61%	12,60%	13,16%
BOSA, II	27,38%	18,14%	18,13%	8,87%	11,34%	11,79%	8,63%	7,97%	7,67%	10,01%
MEISSEN, II	24,90%	16,13%	15,66%	13,10%	12,55%	18,26%	17,49%	22,78%	17,99%	24,02%
DE NAZARETH, II	17,65%	19,65%	18,58%	21,82%	15,14%	12,28%	8,33%	7,80%	12,83%	6,99%
DE SUBA, I	8,15%	5,29%	3,55%	7,56%	9,42%	10,87%	7,72%	6,72%	8,03%	8,83%
USAQUEN, I	15,28%	12,72%	14,13%	14,34%	11,75%	9,33%	9,94%	13,40%	18,73%	16,68%
DE USME, I	14,25%	16,97%	10,13%	41,91%	27,55%	19,41%	24,51%	18,88%	36,62%	35,87%
DE PABLO VI BOSA, I	12,18%	23,47%	12,70%	18,35%	22,09%	21,07%	20,70%	15,47%	19,69%	14,41%
SAN BLAS, II	21,70%	10,31%	10,68%	17,98%	19,19%	8,43%	9,03%	10,29%	13,22%	13,31%
DE SAN CRISTOBAL, I	10,54%	8,28%	13,17%	15,86%	6,94%	10,32%	13,71%	14,83%	17,60%	15,04%
DE VISTA HERMOSA, I	13,15%	17,56%	11,46%	10,30%	8,83%	12,11%	11,24%	12,02%	11,36%	12,37%
TOTAL GENERAL	14,71%	15,47%	11,69%	15,64%	15,55%	12,89%	12,71%	15,01%	14,47%	12,21%

Fuente: SivicoF, Cálculos Dirección de Economía y Finanzas Distritales.

El indicador de eficiencia sobre el gasto de personal¹³ muestra que los hospitales que destinan más del 20% de sus ventas para gastos de personal son los hospitales del Sur, Meissen y Usme. Sin embargo, es importante señalar que el promedio con corte a junio de 2009 es el más bajo de los últimos cinco años (Tabla 4).

En suma, la liquidez de la red hospitalaria del distrito se ha deteriorado año tras año, como lo

demuestran los indicadores de capital de trabajo, razón corriente y prueba ácida. Es más, de acuerdo con el indicador de liquidez absoluta sólo los hospitales de Chapinero, Usme, Pablo IV de Bosa y San Cristóbal tienen recursos suficientes para responder por sus obligaciones de corto plazo.

Desde 2005, la rentabilidad financiera de los hospitales ha decrecido, llegando al punto de que en 2008 ya es negativa. Con todo, el indicador de apalancamiento demuestra que la mayoría de hospitales aún tienen espacio para aumentar su endeudamiento.

IV. Conclusiones

En Bogotá, la política de Salud ha conseguido un aumento de cobertura, de la atención a la población más vulnerable y la disminución de las tasas de mortalidad. Sin embargo, persisten inequidades en el acceso y calidad del servicio de salud mientras que los problemas de financiamiento amenazan seriamente a la red pública distrital de hospitales.

La estructura de la cartera hospitalaria advierte sobre el riesgo de crisis de liquidez así como la dependencia de la red de los recursos provenientes del régimen subsidia-

13. Se calcula como los gastos laborales sobre las ventas.

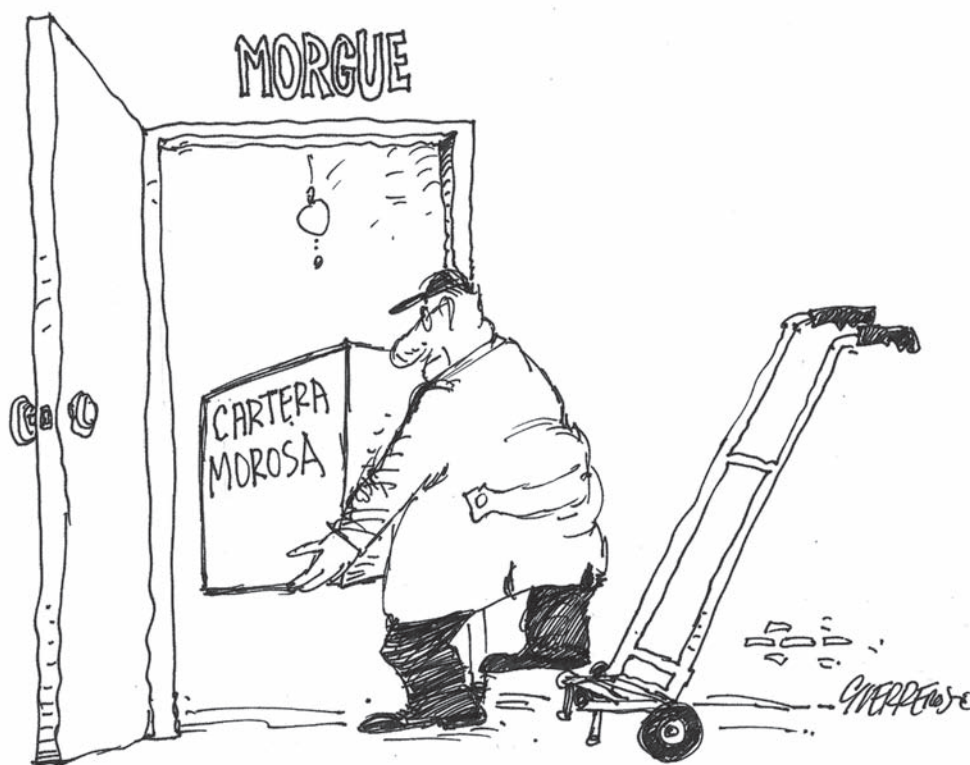
do y las asignaciones del Sistema General de Participaciones canalizadas a través del FFDS, que son los recursos que dependen del Estado. Esta situación se ve reforzada por la normatividad vigente que ordena al FFDS la financiación de las tutelas no POS concedidas.

Finalmente, el análisis financiero corrobora los problemas de liquidez de la red. Los hospitales que presentan los peores resultados corresponden a los niveles de atención II y III, mientras que la capacidad de endeudamiento y la rentabilidad de los hospitales de nivel III son las menores.



Referencias

- Acosta, Olga (2006) Análisis de las políticas de Educación, Salud y Vivienda del nuevo Plan de Desarrollo de Bogotá. Capítulo Salud. Fedesarrollo. Mayo 2006. Bogotá.
- Bogotá como Vamos (2009). Evaluación de los cambios en la calidad de vida de Bogotá durante 2008. Sector Salud. Bogotá.
- Defensoría del Pueblo (2009) La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2006-2008. Bogotá.
- Fedesarrollo (2009) Encuesta Social Longitudinal de Hogares 2008. Bogotá.
- Garay, Luis y Rodríguez, Adriana (2005) Colombia: Dialogo pendiente. Planeta Paz. Bogotá.
- Peña, Amparo. (2009) "Los servicios de urgencias o el acceso a la salud en Bogotá". En esta edición de la revista.
- Rodríguez, Adriana (2005). Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá. Diagnostico y políticas de salud en el Distrito Capital. Cuadernos de la Ciudad. Serie Equidad y Bienestar No. 6. Secretaria de Hacienda Distrital. Bogotá.
- Veeduría Distrital (2008) Cómo Avanza el Distrito en Salud. Análisis del periodo 2003 - 2007. Bogotá. ■



En Bogotá la política de salud ha conseguido avances significativos. Sin embargo, persisten inequidades en el acceso y calidad del servicio de salud mientras que los problemas de financiamiento amenazan seriamente a la red pública distrital de hospitales.

LÍMITES DEL ASEGURAMIENTO, NECESIDADES CRECIENTES Y PROBLEMAS FINANCIEROS DE LA SALUD EN BOGOTÁ



Los esfuerzos de la ciudad para avanzar en la garantía del derecho a la salud son notables. Sin embargo, los límites que imponen las reglas del juego en el contexto nacional y las presiones demográficas recientes imponen retos magníficos a las finanzas de la red hospitalaria en el distrito.

El sector salud es un tema siempre vigente de la agenda pública nacional y local del país y de la ciudad. A pesar de su indiscutible importancia, pues cimienta el ejercicio efectivo de los derechos y libertades de todos los ciudadanos, los problemas de su financiamiento siguen preocupando. Con el objetivo de contribuir al debate sobre su contenido y posibles soluciones La Contraloría

de Bogotá reunió el pasado 27 de octubre a algunos expertos en el tema. Algunos de los asistentes fueron: Miguel A. Moralesrusi Russi, Contralor de Bogotá, Héctor Zambrano, Secretario de Salud, Víctor Armella, Contralor Auxiliar de Bogotá, Juan Camilo Restrepo, ex ministro de Hacienda y asesor de la Contraloría de Bogotá, Óscar Rodríguez, profesor de la Universidad Nacional de Colombia, Carlos Emilio Betancourt Galeano, Director de Economía y Finanzas Distritales, Contraloría de Bogotá, Luz Dari Carmona, Directora de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la Secretaría de Salud, Juan Camilo Restrepo, ex ministro de Hacienda y asesor de la Contraloría de Bogotá, Rodrigo Guerrero

“Guerreros”, caricaturista de las revistas Dinero y Bogotá Económica, Bleidy Pérez, Directora de Salud e Integración Social de la Contraloría de Bogotá, Harold Cárdenas, Director de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud y Carlos Pineda, Gerente del Hospital San Blas, ESE, entre otros.

El Contralor de Bogotá orientó la discusión hacia dos problemas que concentran la atención en el sector salud. El primero está relacionado con la disponibilidad de recursos para salud, en especial para la red hospitalaria pública. El segundo, con la identificación de causas estructurales de la crisis del sector, más allá de las decisiones territoriales o de la eficiencia en la gestión pública local.

El Secretario de Salud consideró que hay causas estructurales a la crisis del sector salud en el país, de las cuales no puede apartarse la capital. Así, enfatizó en las tensiones existentes entre el modelo de aseguramiento y el reconocimiento de la Salud como derecho ciudadano en una gran ciudad como Bogotá.

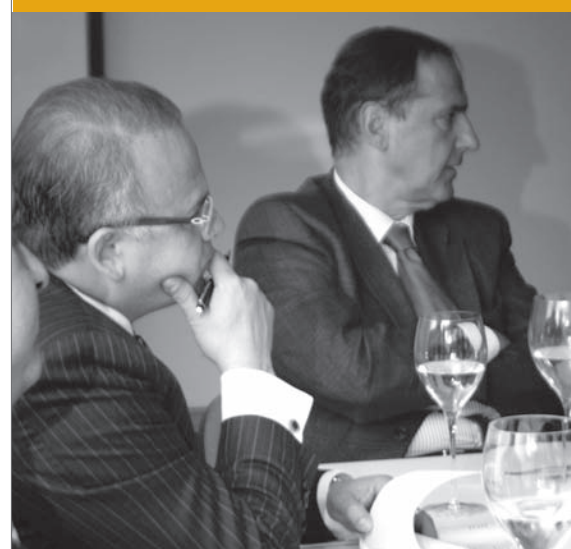
En cuanto a la red hospitalaria pública, indicó que sus problemas de financiamiento provienen sobre todo de dos fuentes: 1) del desfase entre la atención de la población vinculada y el sistema de financiamiento orientado hacia el régimen subsidiado; 2) el desbalance entre el pago de los servicios ofrecidos por parte del hospital y el aplazamiento del reembolso por el sistema de salud, por los ciudadanos o por parte de las entidades territoriales. Para contrarrestar estos problemas, el Distrito hizo obligatoria la afiliación al régimen subsidiado para los usuarios de la red pública hospitalaria y se constituirá en asegurador del régimen subsidiado mediante la EPS Capital Salud. Así mismo, advirtió que es posible que haya una reestructuración en la oferta de Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, pues dado el incumplimiento de sus obligaciones con el sistema en 2010 sólo quedarían cuatro. Además, el Distrito está reestructurando funcionalmente a las empresas sociales del estado, como el hospital de Bosa.

Para el Secretario, el Distrito no debe conformarse con garan-

tizar el acceso universal al régimen subsidiado y más bien debe seguir realizando el esfuerzo fiscal de ofrecer programas complementarios al aseguramiento, que garantizan el derecho efectivo de la salud. Programas tales como los de atención primaria en salud: Salud al colegio y Salud a su casa, la mejoría de infraestructura cercana a los ciudadanos, las Rutas de la salud y el Banco Público de Tejidos y Órganos. Esto contrasta con sistemas como el estadounidense donde quien no está asegurado no recibe la atención requerida, que a propósito se está reformando en la actualidad. Por eso, es necesario replantear el tema de la capitación, que importante en su momento, debe ser nuevamente examinado.

Sumado a los problemas señalados, el Secretario ve como un retroceso que la administración de los gastos de promoción y prevención pasara de las entidades territoriales a los aseguradores, pues estas empresas ven estos recursos primordialmente como un ahorro, mientras que el Estado debe seguir ofreciendo estos programas.

Por último, y a pesar de la mejoría ostensible en los indicadores de salud de la población, el Secretario reconoció que aún quedan retos, como el de los embarazos adolescentes, el financiamiento de los eventos fuera del POS y las nuevas encuestas para el SISBEN. Frente a este último punto, el funcionario señaló que las nuevas encuestas



La democratización debe ser concertada por todos los actores, y mejorar la integración social y económica del gremio transportador.



van a dejar a muchas personas por fuera de los beneficios estatales, por lo cual es necesario realizarlas después del proceso electoral y con toda la tecnología disponible y no con papel y lápiz como propone el gobierno nacional. Además si se tiene en cuenta la actual coyuntura macroeconómica, y el aumento de las tasas de desempleo, las nuevas encuestas seguramente aumentarán la demanda sobre la red pública hospitalaria. En este sentido, resaltó el esfuerzo que ha hecho

Bogotá en depuración de las bases de datos, implementando el mecanismo de huella digital.

Juan C. Restrepo, preguntó al Secretario cómo está atendiendo Bogotá los temas del desplazamiento forzado y de regalías de juegos de suerte y azar. El Secretario señaló que el país aún hoy no quiere reconocer la complejidad de desplazamiento forzado y la problemática de la población indígena en condición de indigencia. Por esto, Bogotá no encuentra un equilibrio entre los gastos y la compensación por la atención de esta población. A esto se suma el incumplimiento de las EPS de los límites de contratación con la red hospitalaria pública. En cuanto a juegos de suerte y azar, informó que la Lotería de Bogotá está reconsiderando lo que deben pagar los juegos de chance.

Óscar Rodríguez se orientó hacia los que él considera los problemas estructurales de la salud. Primero, el retroceso que han experimentado los recursos de la salud, que han perdido participación frente al PIB. Segundo, el traslado a las EPS del componente de Prevención y Promoción. Tercero, el recorte continuado de los beneficios del POS contributi-

vo, como principal estrategia para lograr el equilibrio entre POS contributivo y POS subsidiado. Cuarto, el aumento de los gastos de bolsillo para la población más pobre. Así, señaló que no es posible continuar con la reducción de la UPC, que al crecer más lento que el gasto total en salud está aumentando las cuentas por pagar en los participantes en la cadena, amenazando un colapso en el sistema.

Harold Cárdenas resaltó algunos problemas de la regulación del proceso de descentralización para una gran ciudad como Bogotá. Por ejemplo, hay \$500.000 millones del régimen subsidiado que están estancados, frente a los cuales el distrito ha propuesto ampliar el POS subsidiado. Propuestas que se consideran viables pero que no han sido escuchadas por el gobierno nacional.

Carlos Pineda dijo que los problemas estructurales del sector salud se reflejan en la gestión interna de los hospitales. La mayor fuente de los problemas es el impago de las EPS de la atención en salud de los ciudadanos. Estos problemas que llevan dos décadas, hacen que el sistema de salud siempre esté en crisis.





“No se puede hablar de crecimiento y desarrollo en Bogotá si la salud de buena calidad no llega a los más pobres honrando la equidad en la inversión pública”

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Bleidy Pérez señaló la necesidad de ajustar el presupuesto a los requerimientos reales de los hospitales pues el déficit es consuetudinario. Al respecto el Secretario recordó los incentivos negativos que genera pagar por eventos, por lo cual el equilibrio de los techos de facturación vuelve a plantear la necesidad de la reorganización funcional del sector.

Carlos Betancourt preguntó al Secretario si es financiable la estrategia del aseguramiento total y cuál es la complementariedad efectiva con el esquema de atención primaria en salud. El Secretario aclaró que el aseguramiento total es un mandato de la Corte Constitucional a 2010, por lo cual así, el Distrito está comprometido en una agresiva campaña de afiliación al régimen subsidiado. Sin embargo, resaltó que el país debería explorar estrategias como la del subsidio a la afiliación al régimen contributivo. De todas maneras, la atención primaria en salud no es divergente con aseguramiento, como demuestra el programa Salud a su casa.

El Contralor señaló su preocupación por las deficiencias en los mecanismos de recolección de información del Sisbén, lo cual

aumenta el riesgo de clientelismo en los pequeños territorios. Dicho comentario fue complementado por Juan C. Restrepo quien refirió una anécdota suya en un pequeño municipio antioqueño, donde el Alcalde, frustrado por la negativa del concejo a una iniciativa suya, amenazaba a sus contradictores con el “fuate del Sisbén”.

Luz Dari Carmona recordó que sería posible tener toda la población completamente afiliada, pero aun así habría retos fiscales, porque

el POS no ofrece toda la cobertura que la población requiere. Además el sistema de seguridad social en salud se fundamenta en que haya empleo, expectativa que no se realiza en un país como Colombia, y menos aún en la actual crisis económica.

Por último, el Contralor recordó la importancia que tiene que la Secretaría de Salud siga jugando un rol central en materia de control, vigilancia, promoción y prevención. ■



Carlos Betancourt | Elimeleth Tapias | Alexandra Roldán | Luis Andrés Trujillo

01990 76589 41425 3219 00

\$9.3 bill

Políticas Públicas y control fiscal



Director de Economía
y Finanzas Distritales

LAS OBLIGACIONES CONTINGENTES JUDICIALES DEL DISTRITO*

El Distrito tiene obligaciones contingentes judiciales por \$9,3 billones que representan un riesgo para las finanzas de la capital. Debe perfeccionarse el Sistema de Información de Procesos Judiciales-SIPROJ y la conciliación de las cifras de este sistema con la propia información contable de las entidades.

Quizá descartando lo que acontece en la privacidad de sus hogares, muchas decisiones y acciones cotidianas de los individuos implican alguna interacción con el Estado, con respecto a la cual tienen expectativas de protección de sus derechos y garantía de las reglas del juego para el trabajo, los negocios y el libre desarrollo de la vida social. De manera que, cuando un ciudadano o un grupo social percibe desprotección o incumplimiento por parte del Estado, puede proceder a demandar su restitución, lo cual puede representar dinero a cargo del erario.

El riesgo de que eso ocurra genera obligaciones contingentes, definidas como los posibles pagos que una entidad debe sufragar a un tercero por la ocurrencia de eventos futuros inciertos y que pueden ser judiciales, generadas en operaciones de crédito y generadas en contratos administrativos.

En el caso del Distrito Capital, la Contraloría de Bogotá-CB hizo un análisis de las obligaciones contingentes judiciales, con base en la información del Sistema de Información de Procesos Judiciales-SIPROJ de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, cruzándola con la rendida por las entidades a la Contaduría General de la Nación y a la propia CB. Se revisó la información contable de doce entidades que a 30 de junio de 2009 registraban el 92% del total de las obligaciones contingentes (IDU, ETB, Transmilenio, Lotería de Bogotá, Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, EAAB, y las Secretarías Distritales de Ambiente, Planeación, Movilidad, Gobierno, Educación y la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte).

Así, de acuerdo con el SIPROJ, a junio 30 de 2009, había 39.418 procesos en contra de las entidades del Distrito (29.618 terminados y 9.800 activos), especialmente las de los sectores Gobierno, Educación y Hacienda que en conjunto, deben responder por el 73% de las demandas. Entre los procesos activos sobresalen las demandas de nulidad y restablecimiento del derecho (31%), las acciones populares (20%), las de reparación directa (16%), ordinario laboral (14%) y las contractuales (7%), así como llama la atención el número de 65 demandas interpuestas por una sola persona.

Cuando un ciudadano
o un grupo social
percibe desprotección o
incumplimiento por parte
del Estado, puede proceder
a demandar su restitución,
lo cual puede representar
dinero a cargo del erario.

* Artículo basado en el informe Análisis de las obligaciones contingentes de las entidades del Distrito capital con datos actualizados a 30 de junio de 2009, de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá.

Hoy las contingencias judiciales no representan grandes erogaciones, pero sí entrañan un riesgo financiero y un potencial costo de oportunidad para la provisión de bienes públicos.



En cuanto al valor de las contingencias judiciales, entre los reportes del SIPROJ y los de las oficinas de contabilidad de las entidades hay diferencias significativas, derivadas de la falta de criterios únicos y claridad entre las últimas para registrar las cifras reportadas por SIPROJ, el cual además tiene procesos pendientes por cuantificar (sobre todo Nulidad y Restablecimiento), a todo lo cual se suma algunos registros dobles a raíz de la eliminación, la creación y los cambios de nominación de entidades originados en la reforma administrativa. De manera que, a junio 30 de 2009, el saldo de las obligaciones contingentes ascendía a \$9,3 billones, según SIPROJ, y a \$6,9 billones, según los estados contables de las entidades.

Con base en SIPROJ, el saldo de demandas judiciales sin fallo alguno equivale a \$8,9 billones, los fallos de primera instancia a \$479 mil millones y los giros ya obligados de acuerdo a registros contables, equivalen a cerca de \$2 mil millones. Aquí asombran el valor por \$2,9 billones de una acción de grupo que involucra a 7 entidades del distrito y una reparación directa demandada por el gremio de pequeños transportadores Ape-trans en contra de Transmilenio y la Secretaría General de la Alcaldía Mayor cuya pretensión inicial es de \$1,2 billones.

Así las cosas, aunque los \$2 mil millones que han costado los fallos definitivos apenas representan el 0,01% de los pasivos consolidados del Distrito (\$18,22 billones), los \$8,9 billones que valen las contingencias reconocidas sin fallo, si resultan en contra del Distrito,

aumentarían dichos pasivos en un 49% (a \$27,12 billones), lo cual podría constituir un riesgo potencial para las finanzas públicas.

En este contexto, el Distrito, por recuperar parte del dinero pagado a terceros por concepto de obligaciones contingentes judiciales gestionaba a junio 30 de 2009 la suma de \$19.340 millones en acciones de repetición contra funcionarios cuyas presuntas conductas dolosas causaron las sentencias adversas.

En conclusión, hoy las contingencias judiciales no representan grandes erogaciones, pero sí entrañan un riesgo financiero y un potencial costo de oportunidad para la provisión de bienes públicos. Así, la administración pública, además de procurar gestionar siempre los recursos públicos con efectividad y equidad, así como ser estrictos en la aplicación de las normas de contratación, debe disponer y mejorar continuamente un sistema de defensa de los intereses públicos frente a eventuales pretensiones injustificadas por parte de particulares. En este orden de ideas, instrumentos como el SIPROJ, que si bien refleja un avance en el proceso de identificación y estimación de dichas contingencias, todavía puede perfeccionarse, así mismo, es definitivo que las entidades concilien las cifras de dicho sistema con su propia información contable. ■



Funcionarios de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales

FALLAS DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL EN BOGOTÁ

Introducción

En los últimos años, los administradores de los recursos públicos en Bogotá han logrado un manejo responsable de las finanzas de la ciudad, una cultura tributaria consolidada y una calificación favorable por parte de evaluadoras internacionales de riesgo.

En este contexto, las finanzas de Bogotá han tenido una evolución favorable, lo cual se refleja en un aumento sostenido en los ingresos y una reducción sostenida en los gastos de funcionamiento que se traduce en mayores niveles de inversión.

No obstante, no todos los recursos que se programan son recaudados, ni todas las apropiaciones autorizadas son ejecutadas; de hecho, la diferencia entre lo estimado y lo ejecutado constituye “apropiaciones no ejecutadas” o “pérdidas de apropiación”. Las pérdidas de apropiación no constituyen una irregularidad presupuestal, pero tienen consecuencias sociales y revelan fallas en el proceso de planeación del corto y mediano plazo (presupuesto anual y plurianual); las fallas de la ejecución presupuestal ocasionan menoscabo en los resultados fiscales y entorpecen el cumplimiento de la finalidad social del Estado.

Fallas en la ejecución presupuestal

El desapego a las normas presupuestales (reglas de juego) reduce los recursos necesarios para atender el gasto público. En la ejecución presupuestal, este alejamiento de las reglas de juego, establecidas, se manifiesta en fallas identificadas en los distintos subprocesos, así:

En requisitos presupuestales:

comprende, entre otras, omitir o expedir irregularmente certificados de disponibilidad presupuestal, omitir requisitos de tipo contractual, comprometer vigencias futuras sin autorización legal, autorizar u ordenar la utilización indebida, o utilizar indebidamente rentas que tienen destinación específica en la Constitución o en la ley, no cumplir con la ejecución presupuestal por falta de planeación y acumulación de cartera.

En registros presupuestales:

crear rubros u objetos de gasto no contemplados en el plan de cuentas, sobre-valoración y sub-valoración de las cuentas, no incorporar recursos nuevos no aforados, prolongar la vigencia fiscal, constituir varias reservas

para un mismo compromiso, alterar o modificar los montos por los cuales se han constituido reservas y/o cuentas por pagar y registrar hechos cumplidos o contabilizar obligaciones contraídas contra expresa prohibición legal.

En modificaciones presupuestales:

comprende las adiciones y/o traslados presupuestales sin autorización de la autoridad competente, ordenar traslados sin que el rubro contracreditado tenga saldo libre de afectación presupuestal y no registrar oportunamente las modificaciones ordenadas de conformidad con la ley.

En ordenación del gasto:

ordenar gastos sin apropiación presupuestal u objeto del gasto creado, ordenar gastos de inversión que no son parte del plan de desarrollo, ordenar gastos que afecten el presupuesto sin certificación previa de disponibilidad, amplia y suficiente, ordenar gastos con cargo a rubros u objetos de gasto diferente y ordenar gastos que excedan el saldo libre de afectación.

Un enfoque institucional de las fallas presupuestales

Los enfoques institucionales y de economía política han hecho aportes en la explicación del déficit fiscal, en tres aspectos básicos:

- La estructura gubernamental
- La polarización política y de los sistemas electorales, y
- Las reglas del juego de los procesos presupuestales.

Así, Alesina et al, plantean la relación entre instituciones presupuestales y resultados fiscales por medio de tres hipótesis: 1) Las normas como restricciones sobre los déficits; 2) Las reglas procedimentales jerárquicas que centralizan el proceso del lado gubernamental en desmedro del legislativo; y 3) mediante normas que procuran transparencia².

Los dos primeros aspectos básicos señalados arriba, corresponden a las reglas del juego político; esto es, “la manera como dichas reglas afectan el comportamiento del gobierno, los legisladores, los partidos, a quienes hacen cabildeo, y otros participantes en las decisiones de gasto y tributación”.

El tercer aspecto, recoge dos elementos: por un lado, “los resultados a través de reglas y estructura del proceso de preparación del presupuesto y de cómo la

discusión y aprobación del mismo en el parlamento se hacen o no sobre bases informadas y unificadas, y sesgan o no comportamientos para efectos de la disciplina fiscal agregada”, y de otro, “como es que el proceso del control financiero afecta la ejecución del presupuesto”.

En este contexto, Ayala et al, dicen que: “en el sistema presupuestal colombiano hay una falta fundamental de transparencia, que impide mejorar el proceso político interno al gobierno, dentro del congreso, y entre ambos, y que también produce un choque entre los instrumentos y medidas con los cuales se realiza el control financiero y la flexibilidad y descentralización que serían necesarias para mejorar la eficiencia y eficacia de la ejecución, lo cual sacrifica además las posibilidades de evaluación, seguimiento y control de la ejecución...”.

Transparencia y reglas de juego³

En el ejercicio del control financiero y presupuestal a la cuenta de las entidades sujeto de control, la Contraloría de Bogotá, en los últimos años, ha efectuado recurrentes observaciones sobre fallas en la ejecución presupuestal.

Seguimiento fiscal, último lustro. Con base en lo auditado⁴, se realizó un listado de las fallas presupuestales más recurrentes y se observó su frecuencia a lo largo de los últimos años (2004 – 2008).

El ejercicio mostró que el promedio por entidad es de 3,1 fallas presupuestales por año y que cada una de ellas tiene una recurrencia de 4,6 veces por entidad en dicho periodo.

Las fallas más observadas fueron, la acumulación de cartera, no cumplir con la ejecución presupuestal por falta de planeación, deficiencias en los procedimientos contractuales, demoras en los desembolsos, y la sub y sobrevaloración de las cuentas. En particular, la falla más recurrente (omitir requisitos de tipo contractual) se encontró en los informes de auditoría 21 veces y muestra que de las 119 fallas revisadas, ésta tiene un 17,6% de probabilidad de ocurrencia.

De igual manera, en el ejercicio del control fiscal financiero se detectó la constitución de un alto valor como rezago presupuestal al final de cada vigencia⁵. Dadas las implicaciones de esto, se decidió abordar el tema como una falla en la ejecución presupuestal.

2. A. Alesina, R. Hausmann, R. Hommes y E. Stein, “Budget Institutions and Economic Performance”, IDB; Working Paper 394.

3. Se asume como falta de transparencia el desapego a las normas y procedimientos en la gestión pública.

4. Se revisaron las entidades auditadas en la primera fase de cada año.

5. El hecho no es ilegal pues, está previsto en la práctica presupuestal. No obstante, su alto valor tiene implicaciones en la gestión presupuestal y en la provisión de Bienes públicos.

Cuadro 1

Rezago presupuestal como proporción del PIB

Porcentajes

Rubros	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Funcionamiento	0,46	0,28	0,29	0,25	0,31	0,32
Servicio de la Deuda	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Inversión	4,22	2,91	3,27	3,68	3,24	3,09
Total rezago	4,68	3,19	3,56	3,93	3,56	3,41

Fuente: Valores PIB, SHD – DEEF; Estadísticas fiscales Contraloría de Bogotá

El rezago presupuestal⁶.

El rezago presupuestal significa aplazar para la vigencia siguiente la ejecución real de las apropiaciones previstas y aprobadas en la vigencia anterior. A pesar de ser algo excepcional y poco deseable, se ha convertido en un fenómeno recurrente.

El rezago presupuestal constituido al final de cada vigencia en Bogotá⁷, en los últimos años, representa cerca del 4% promedio del PIB de la ciudad, con mayor incidencia en la inversión total, (cuadro 1). El rezago total constituido a 31 de diciembre de 2008 (3.05 billones), se acerca a lo presupuestado en inversión por los Establecimientos Públicos a 31 de diciembre de 2007 (\$3.17 billones).

En la práctica, la ejecución real de las apropiaciones, constituidas al final de cada vigencia, en la vigencia siguiente es en pro-

medio del 60%, es decir, cerca del 40% de apropiaciones constituidas en la vigencia anterior, como cuentas por pagar y reservas presupuestales, son anuladas o no giradas en la vigencia siguiente. En realidad, son 40% de expectativas no cumplidas, obras no realizadas, servicios no contratados.

Sin embargo, en el 2007 y el 2008, lo ejecutado del rezago se ha aproximado a lo constituido en la vigencia anterior. De hecho, el Plan de Cuentas Presupuestal contempla ahora los rubros correspondientes, tanto en funcionamiento, servicio de la deuda e inversión, mediante los cuales se ejecutan las reservas presupuestales y las cuentas por pagar constituidas en la vigencia anterior.

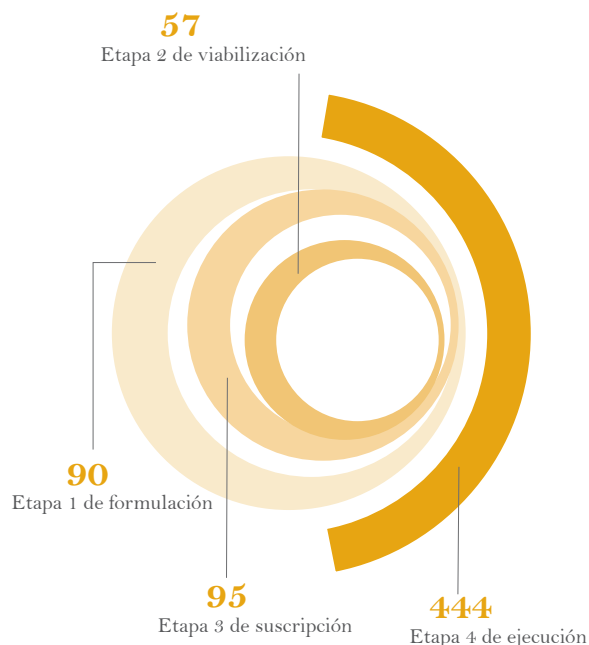
Rezago local. La problemática del rezago presupuestal, en Bogotá, tiene su mejor expresión en la ejecución pasiva de las localidades (FDL). De hecho, para el período 2004 – 2008, a pesar de mostrar una ejecución promedio del 94%, sólo se autorizaron

En los últimos años el rezago en la ejecución presupuestal del gasto público bogotano representa, en promedio el 4% del PIB, siendo la inversión el rubro más castigado.

6. Comprende las cuentas por pagar y las reservas presupuestales constituidas al final de cada vigencia.

7. Calculado para el Presupuesto General del Distrito Capital.

Consolidado por etapas UEL - IDU



Fuente: Papeles de trabajo grupos auditores FDL

Cuadro 2

Deuda flotante en Bogotá: 2004-2008

Millones de \$

Conceptos Años	Rezago				
	2004	2005	2006	2007	2008
1) Saldo vigencia Anterior.	2.361097.0	2.951.471.2	4.423.193.3	6.026.383.4	7.05.333
2) Variación Rezago constituido	(1.253.860.9)	(811.886.5)	(1.244.211.4)	(1.905.741.2)	(2.362.235.5)
3) Saldo de ejecución rezago. (1+2)	1.107.236.1	2.139.584.7	3.178.981.9	4.120.642.2	4.689.097.5
4) Rezago vigencia	1.844.235.1	2.283.608.6	2.847.401.5	2.930.690.8	3.048.283.3
5) Saldo rezago vigencia (3+4)	2.951.471.2	4.423.193.3	6.026.383.4	7.051.333	7.737.380.8
6) Variación rezago (Deuda Flotante) (5-1)	590.374.2	1.471.722.1	1.603.190.1	1.024.949.6	686.047.8

Fuente: Estadísticas fiscales, Economía y Finanzas, Contraloría de Bogotá.

1) Corresponde al saldo del rezago de la vigencia anterior; 2) Rezago ejecutado en la vigencia. 3) Rezago constituido no ejecutado. 4) Rezago constituido vigencia actual a 31 de diciembre. 5) Saldo rezago acumulado. 6) Deuda flotante.

giros en un 47% promedio. Es decir, más de la mitad de lo ejecutado quedó comprometido para la vigencia siguiente.

Dada la problemática, la Contraloría de Bogotá, en su ejercicio del control fiscal local⁸ encontró evidencia de causalidad en el proceso de Viabilización de Proyectos⁹. Las evaluaciones efectuadas, para el período 2005 – 2008, mostraron que el tiempo promedio empleado, desde el momento en que se formula un proyecto hasta que se entrega a la comunidad es de 686 días; es decir, 22.9 meses, como se muestra en la gráfica.

Para los propósitos del presente artículo, el tiempo transcurrido desde el momento en que se diligencia el certificado de disponibilidad presupuestal hasta que se autoriza el giro es en promedio de 444 días – 14,8 meses (suscripción y ejecución), con el agravante que estos procesos se inician, por lo general, al final de cada vigencia.

Rezago y deuda flotante. La Ley 819/03 se orientó a lograr que un compromiso que no se ha obligado al final de una vigencia

8. Informes finales de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, Modalidad Regular de los Fondos de Desarrollo Local; Dirección para el Control Social y Desarrollo Local de Participación Ciudadana - Contraloría de Bogotá.

9. Proceso efectuado en cuatro etapas: Formulación, viabilización, suscripción y ejecución.

El rezago en la ciudad es estructural... más allá de normas
se requieren decisiones administrativas que hagan más
eficiente y transparente la ejecución del gasto

(reserva presupuestal) debe ser incluido en el presupuesto de la siguiente. Ello debería verse reflejado en una disminución sustancial, en los dos últimos años, en la deuda flotante (variación del rezago presupuestal)¹⁰

Es evidente que la plena aplicación en el 2007 de la Ley 819/03 logró la disminución de la deuda flotante en Bogotá, en especial para 2008. No obstante, el rezago constituido al final de cada vigencia sigue siendo alto (rezago vigencia en el cuadro 2). Lo anterior sugiere que el alto rezago en la ciudad es estructural. Así, mas allá de normas, se requieren decisiones administrativas encaminadas a hacer más eficiente y transparente la ejecución del gasto.

4. CONCLUSIONES

- Las fallas de la ejecución presupuestal se repiten entre las entidades y se mantienen en el tiempo. Ellas son: acumulación de cartera, falta de

planeación en la ejecución presupuestal, deficiencias en los procedimientos contractuales, demoras en los desembolsos, sub y sobrevaloración de las cuentas, entre las más importantes. El alto rezago presupuestal representa cerca del 4% promedio del PIB entre 2009 y 2008; con mayor incidencia en la inversión total. El rezago total constituido a 31 de diciembre de 2008 (3.05 billones), se acerca a lo presupuestado en inversión por los Establecimientos Públicos a 31 de diciembre de 2007 (\$3.17 billones).

- En las localidades, el tiempo promedio empleado por la UEL del IDU, desde el momento en que se formula un proyecto hasta que se entrega a la comunidad es de

686 días (22.9 meses). En términos presupuestales, desde el certificado a la autorización del giro transcurren en promedio 14,8 meses (suscripción y ejecución).

- A pesar de la obligación legal y el correspondiente castigo al presupuesto de la vigencia siguiente, aún se sigue constituyendo un alto rezago presupuestal al final de la vigencia. Ello aplaza la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía.
- Aunque en 2007 y 2008 la deuda flotante en el distrito ha disminuido notoriamente, el alto rezago constituido debe reducirse con decisión, eficacia y transparencia para que el gasto público logre su propósito de proveer los bienes públicos que demandan las necesidades ciudadanas. ■

¹⁰ Se define como la variación en el rezago entre dos vigencias ($DF_t = R_t - R_{t-1}$). Dado que el propósito del ejercicio es señalar el tamaño del rezago en Bogotá, se utiliza la metodología del CONFIS 2000 y no la propuesta en la nota metodológica del Balance Preliminar del GNC para el primer trimestre de 2008, la cual sólo considera las Cuentas por Pagar



ECONOMÍA Y FINANZAS EN LA NOVELA COLOMBIANA

Las novelas latinoamericanas son testimonios rotundos de su cruda y controvertida realidad. En su mayoría, se trata de novelas de denuncia contra el saqueo, el despojo, la explotación, la discriminación racial, el constante desequilibrio económico y las injusticias sociales.

Toda buena novela, toda gran novela, registra el entorno político, económico y social del momento que describe. En medio de las intrigas y aventuras de sus protagonistas, el novelista de talento siempre deja entrever el crucigrama sociológico en el cual se desarrolla la historia, y aunque no se trata de un testimonio de la realidad “real” u “oficial”, sí recrea de manera verosímil esa realidad al reinventarla de manera ficticia.

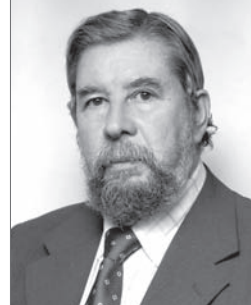
Tan es así que muchos tratadistas de la historia o de la sociología han confesado que conocen mejor el escenario de un capítulo estelar de la historia del mundo cuando leen una novela de Balzac o de Stendhal o de Flaubert. Y nada mejor para sumergirse en el tormentoso siglo XIX que adentrarse en las agudas páginas de *Los miserables* de Víctor Hugo o en *La guerra y la paz* de Tolstoi.

En América Latina, sus novelas fundacionales no son otra cosa que testimonios rotundos de su cruda y controvertida realidad. En su mayoría, se trata de novelas de denuncia contra el saqueo, el despojo, la explotación, la discriminación racial, el constante desequilibrio económico y las injusticias sociales. Ejemplo de ello son *Los de abajo* del mexicano Mariano Azuela, *Don Segundo Sombra* del argentino Ricardo Güiraldes, *La vorágine* del colombiano José Eustasio Rivera, *Doña Bárbara*

y *Canaima* del venezolano Rómulo Gallegos, *Huasipungo* del ecuatoriano Jorge Icaza y *Mamita Yunai* del costarricense Carlos Luis Fallas.

Colombia, país de múltiples contrastes, no podía quedarse atrás en este aspecto. Una de las primeras novelas importantes que se escribieron en el siglo de la Independencia fue la célebre *Manuela* (1858), escrita por Eugenio Díaz Castro, el cual, según Jorge Isaacs, “es el primer escritor colombiano que después de haber vivido en intimidad con la clase pobre y desvalida, la ha estudiado y descrito”.

El epicentro de la obra se sitúa en la población tolimense de Ambalema, que a mediados del siglo XIX se destaca como centro de la explotación y exportación del tabaco. Allí se recrean los caminos de la economía naciente de Colombia, en las estribaciones de la cordillera Oriental hacia el río Magdalena, donde se cultivaba principalmente la caña de azúcar y sus derivados, como la panela, la miel y el guarapo. También se describen los trapiches de Cáqueza y los que llevan a Boyacá y a Antioquia, donde, al mismo tiempo que se relatan la economía y la geografía republicanas se narra la lucha entre el poder económico y los humildes trabajadores en una zona próspera donde el dinero se despilfarra sin freno alguno, y en



Escritor y poeta

contraste, no hay servicios de salud y las escasas viviendas con chozas de paja. Todo ello en medio del abuso de los tinterillos, la falsificación de documentos, los falsos testigos, los procesos judiciales macabros y las víctimas, como la protagonista de la novela.

En su novela *Pax* (1907), Lorenzo Marroquín y José María Rivas Groot, en medio de los más insólitos episodios de la contienda fratricida, ponen énfasis en la crisis fiscal padecida entonces, reflejando fielmente los desajustes fiscales reinantes en esa Colombia de comienzos del siglo XX, a la par que recrean los más controversiales comportamientos humanos. Un personaje llamado Ramón Montellano, aprovecha las vicisitudes del conflicto armado y el gravamen establecido por el presidente Caro a las exportaciones de café, para comprar buques a precio de huevo, colisiones completas de bonos de gobierno y propiedades de nobles arruinados, con lo que multiplica su fortuna. En general, *Pax* está llena de asuntos técnicos y financieros, deudas, grandes negocios, empleos, inversiones, riqueza y producción de exportaciones, temas que redondean actitudes de barbarie y de refinamiento como actitud central narrativa. Para nadie, además, es un secreto entender que los conflictos internos del país son el factor principal de muchísimos descabros en materia fiscal.

Por el contrario, en novelas como *La marquesa de Yolombó*, de Tomás Carrasquilla, pasando por *David, hijo de Palestina*, de José Restrepo Jaramillo, *El señor doctor*, de Alfonso Castro, *Aire de tango*, de Manuel Mejía Vallejo, hasta la contemporánea *Terrateniente*, de Rocío Vélez de Piedrahita, sus autores destacan de manera especial el impulso colonizador de los antioqueños, poniendo de relieve en algunos casos, la ausencia total de un control fiscal o de una normatividad que impidiera los excesos cometidos por los terratenientes en la explotación inicial de los grandes recursos de la región.

En la ya citada novela *La vorágine*, publicada en 1924, la primera frase indica, en la voz del personaje principal, Arturo Cova, la propia historia de su autor, José Eustasio Rivera, cuando dice: “Antes de que pudiera amar a mujer alguna, jugué mi corazón al azar y me lo ganó la Violencia”, que es como una radiografía sintética de la historia de Colombia durante su larga vida republicana. La vorágine no es solamente la narración épica de un joven poeta que se aventura por amor en los más intrincados espacios de la geografía colombiana (la selva, los bosques vírgenes, los llanos), sino que es también la descripción fidedigna de los pasajes más crueles de la condición humana. Por allí desfi-

lan ladrones y asesinos sin escrúpulos de los trabajadores, las pasiones más bajas y salvajes, las hambres y las pestes, donde el lector, perplejo ante la indómita naturaleza, ve cómo es la vida de los caucheros y cómo se explotan a los indios y a los mestizos. Incluso, el propio poeta Arturo Cova ve cómo el bandolero Barrera rapta a su amada Alicia sin esperanza alguna de recuperarla.

En la década de la denominada “Danza de los millones” y de “La prosperidad a debe” (frase acuñada por Alfonso López Pumarejo en alusión a la prosperidad producida por los créditos externos), novelas como *Cuatro años a bordo de mí mismo*, de Eduardo Zalamea Borda, representan una novedosa indagación histórica y una exploración geográfica desde el punto de vista de un burgués bogotano.

Medio siglo después de publicada *La vorágine*, apareció la novela *La otra raya del tigre* (1977), de Pedro Gómez Valderrama, uno de los más brillantes prosistas contemporáneos de Colombia, país que conoció a profundidad no sólo como ministro de Estado que fue en varias ocasiones, sino como investigador incansable de su historias y tradiciones.

Al igual que *Manuela*, *La otra raya del tigre* está ambientada en la segunda mitad del siglo diecinueve. Trata de la vida de un aventurero

La obra literaria más totalizante de nuestra idiosincrasia, Cien años de soledad, recrea en vastos espacios narrativos el retrato más exacto y eficaz de quienes detentaban el poder económico y político en la Colombia rural de las primeras décadas del siglo XX.

y colonizador alemán —Geo von Lengerke—, de ideas liberales que se afina en Santander, entonces un territorio semiexplorado. Todo ello está mezclado con las guerras civiles y la producción y exportación de la quina, en la cual invirtió todo su capital, lo que desemboca inequívocamente en su ruina.

Como todo drama de reminiscencias clásicas, en la novela de Gómez Valderrama también el final es sombrío y trágico, y “el árbol de la quina” termina transformándose en “el árbol de la muerte”. Él, Von Lengerke, al igual que otros colonizadores alemanes, eran llamados “los demonios rubios”, además porque no eran bien vistos por el poder conservadurista y clerical, porque aquellos apoyaban a los artesanos

(o sea, a los radicales, a los librepen-sadores de su tiempo.

Paradójicamente, en las novelas de la década de los 50 del siglo XX —*El Cristo de Espaldas* y *Siervo sin tierra*, de Eduardo Caballero Calderón, *Los elegidos*, de Alfonso López Michelsen, *Viento seco*, de Daniel Caicedo y *El coronel no tiene quien le escriba* y *La mala hora*, de Gabriel García Márquez, entre otras, en donde no faltan las denuncias sociales y los listados de muertos—, se intuye de alguna manera una prosperidad económica —siempre con superavit en los balances fiscales—, dominante en esos años fatídicos de violencia fratricida, al recrear sus autores la bonanza y paradisíaca vida de los dueños de la riqueza en Colombia.

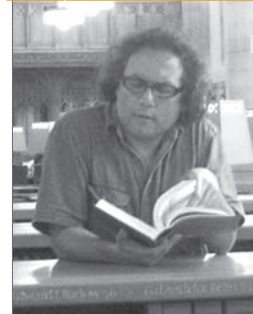
Y desde luego, la que es considerada como la más grande novela colombiana de todos los tiempos, la epopeya circular y la obra literaria más totalizante de nuestra idiosincrasia, *Cien años de soledad*, del ya citado García Márquez, recrea en vastos espacios narrativos el retrato más exacto y eficaz de quienes detentaban el poder económico y político en la Colombia rural de las primeras décadas del siglo XX. Allí, el autor trae a cuento los tiempos de la bonanza bananera del Magdalena Grande, cuando los terratenientes hacían fiestas fastuosas en donde la cumbia se bailaba con billetes encendidos en lugar de espermas. Está allí también plasmado el esplendor motivado por la llegada del ferrocarril a la Zona Bananera, verdadera alegoría de aquellos años prósperos en la industria y el comercio nacionales, como consecuencia de los 25 millones de dólares que el gobierno norteamericano entregó al de Co-

lombia a manera de indemnización por la pérdida de Panamá, y que significó de algún modo la llegada de un progreso colectivo galopante y de una ruptura con la dura costra del feudalismo que nos dominaba desde la época colonial.

Pero en general, en las novelas colombianas más representativas se refleja la variopinta situación económica y social del país, y en muchos casos, la burla deliberada de los todopoderosos que se enriquecen al margen de la ley hacia los sistemas de control y fiscalización de los dineros públicos. Muchos de los dueños de la producción han recurrido a toda clase de falacias para evadir los impuestos y burlar los controles estatales. Basta echarle una ojeada a novelas como *Cóndores no entierran todos los días*, de Gustavo Álvarez Gardeazábal, *La virgen de los sicarios*, de Fernando Vallejo, *Rosario Tijeras*, de Jorge Franco Ramos y *Scorpio City*, de Mario Mendoza, para darse cuenta —a través de la coherencia de la ficción—, del panorama de las finanzas de una época específica, a veces como crónica lírica, otras, como alegoría de una realidad.

De ahí que los colombianos del siglo XIX, con cierto nivel académico, nos semejemos a los letrados del Renacimiento: amamos las artes y la poesía, la filosofía, las matemáticas y las ciencias naturales, y al mismo tiempo nos apasionamos por las ciencias económicas, políticas y sociales de nuestro entorno. Al fin y al cabo, como decía Aristóteles, todos somos animales políticos, sin dejar por eso de estimular a diario el deleite espiritual del intelecto. ■





Economista y escritor colombiano residente en los Estados Unidos

*Buscar al pájaro para encontrar a la rosa,
buscar el amor para hallar el exilio,
buscar la nada para descubrir un hombre,
ir hacia atrás para ir hacia delante.*

Poesía Vertical, R Juarroz

El inmigrante promedio está
atrapado (incluso si es legal)
en un destierro permanente,
pues no tiene los elementos
fundamentales para echar
raíces en EEUU y tampoco
puede mantener sus vínculos
de manera digna con Colombia.



Diego Mayorga

SEMIÓTICA DEL ESPEJO (UNA MIRADA AL INMIGRANTE COLOMBIANO EN EEUU)

La percepción del colombiano promedio residente en los Estados Unidos, sobre la problemática social en su país no difiere del escenario de dificultades del ciudadano de a pie en Colombia. No obstante, esa situación de despojo de autonomía para ejercer como ciudadano moderno del mundo (ilustrado), empeora dadas las circunstancias de su condición de inmigrante, tanto por las características de la población, sus circunstancias de vida como ser social y el contexto reducido de información. En el primer caso, el colombiano promedio carece de formación profesional, cultural y carece de recursos; en el segundo, porque las condiciones de supervivencia, los entornos posibles y las posibili-

dades institucionales le impiden un desarrollo social óptimo en aras de construir su autonomía como sujeto del mundo; en el tercer caso, porque el acceso a información tanto en cantidad como en calidad pasa por dificultades de acceso, limitaciones en la oferta y especialmente por limitaciones culturales de los receptores.

Así, sus posibilidades de mantenimiento, reconstrucción y contraste de sus imaginarios socioculturales de su país serán obstruidas por un ambiente institucional poco propicio para la construcción cultural integrada a la nación albergue, en este caso EEUU. Entonces, el complejo tejido del poder mediático, de la construcción simbólica de la verdad, de la ma-



nipulación ideológica encuentra un caldo de cultivo en el caso de este inmigrante promedio y su construcción de la evolución del imaginario colombiano, digna de ser estudiada en rigor desde la lógica de la construcción de los signos (semiótica), desde discursos como el estructuralismo-genético (Bourdieu), igualmente desde las herramientas de la economía institucional; pues con estos enfoques podríamos reconstruir cómo emerge su estructura simbólica en ámbitos sublimación cultural y bajo marcos institucionales carentes de la posibilidad de hacer del inmigrante colombiano en EEUU un ciudadano moderno: ilustrado, autónomo y participante. Obviamente el caso de los profesionales bilingües (residentes) hace la excepción y confirma la marginalidad de la mayoría ajena a esos atributos.

El inmigrante promedio está atrapado (incluso si es legal) en un destierro permanente, pues no tiene los elementos fundamentales para echar raíces en EEUU y tampoco puede mantener sus vínculos de manera digna con Colombia. Esta disolución permanente de su en-

torno, de sus imaginarios y de su familia, conduce a una reconstrucción banal de la realidad, a la elevación de los costos de transacción no sólo materiales sino en términos del ejercicio de la personalidad y de una construcción cultural sólida.

Los inmigrantes colombianos en EEUU no ofrecen una formación competitiva a nivel profesional en un alto porcentaje, su ubicación laboral se concentra en sectores como servicios y en particular en manufacturas, transporte y construcción. La inserción es un proceso largo, tanto desde el punto de vista legal, cultural y académico; que no reconoce un camino binacional, sino un lento y complejo proceso de adaptación, de transformación hacia el mundo norteamericano. Su proceso legal le lleva a renunciaciones, especialmente ante la carencia de tratados, carencia de canales legitimados de modo bilateral, de reconocimiento institucional. La cultura hispana sobrevive a manera de gueto, de comunidad cerrada con fronteras no dialogantes, no en condiciones de una real integración binacional o al menos internacional (en Europa este tema es más trascendente a pesar de no tener allí una nación incrustada, incluso con idioma propio como marca cultural rigurosa, como es el caso del mundo hispano con sus 45 millones en los EEUU)

La construcción de los imaginarios, de análisis crítico y de proyección social por parte de los inmigrantes obedece a criterios

muy cercanos a los arrastrados desde su inercial existencia original: a) medios de comunicación precarios, b) una educación inalcanzable en sus costos y apenas técnica para la mayoría de los casos, c) una estructura familiar fragmentada por razones obvias de su condición de inmigrante-desplazado-exiliado, d) instituciones eclesásticas con sentido gregario pero carentes de capacidad para construir tejido social y mucho menos discurso crítico, e) tejido laboral sin mayor posibilidad de movilidad, desarrollo y ascenso social.

Mantiene el contacto con su pasado a través de los medios más inmediatos. En estos la información es ligera, banal y orientada. Ya sea en español, y, peor aún, en inglés. Esta dependencia de acceso a los medios tradicionales nacionales se debe no sólo a limitaciones técnicas (Internet, TV por cable, capacidad de compra), sino especialmente a la carencia de tiempo, necesidad discursiva y espacio para el debate. Su nueva realidad no integra su discurso nacional originario (al contrario, lo niega como barrera para su integración a los nuevos contextos), entonces la asimilación ya precaria de los medios se produce en circuitos cerrados, poco rigurosos y aptos para confrontación argumentada.

En este contexto, Colombia a través de los gobiernos sucesivos, de sus instituciones y de la comu-

nidad ha contribuido a la ruptura de sus nacionales extraterritoriales ante la carencia de políticas para mantener sus vínculos, para promover ventajas comparativas de sus nacionales mundializados pero no globalizados, para construir institucionalidad internacional de ida y vuelta; por ello sus nacionales más valiosos no vuelven, los fracasados en el exterior tienen tres caminos: el recomenzar permanente, el mundo marginal anónimo o el regreso sin fortuna.

En definitiva, carece de medios de comunicación con calidad, disponibilidad, acceso y retroalimentación en ámbitos culturales, familiares y académicos con incidencia en su vida socioeconómica actual y vinculante con el tejido social colombiano real. La construcción de su imaginario, su sentido crítico y el espacio de diálogo se reduce al manejo mediático tradicional. Incluso, el acceso a medios rigurosos, críticos e independientes en habla inglesa, tampoco se dan, por las mismas circunstancias descritas, sumada la barrera idiomática. Este contexto produce una cultura de la reproducción de los formatos oficiales, consecuencia de un substrato cultural ya precario desde su partida de Colombia, sin mecanismos para la confrontación y la continuidad de una construcción cultural digna de hacer ciudadanos autónomos en su capacidad de análisis. Se encuentra

en muchos casos aún en peores circunstancias a las de un obrero, empleado o funcionario medio en Colombia. Además, el proceso académico precario inicial, no puede continuarse, se transforma alrededor de esferas meramente técnicas (modernización) y no encuentra nichos para la recreación dialéctica de los imaginarios (modernidad).

Los colombianos en EEUU siguen descubriéndose en el espejo con la mirada puesta en imaginarios conservadores, anclados en su pasado fragmentado, torturado por un presente incierto y con un futuro moldeado por terceros; ya sea por las circunstancias, ya por la ignorancia en complicidad con la herencia ideológica, ya por la manipulación mediática de su propia realidad. ■

Colombia, a través de los gobiernos sucesivos y de sus instituciones, ha contribuido al desprendimiento de sus nacionales en el extranjero ante la carencia de políticas para mantener sus vínculos... por ello sus nacionales más valiosos no vuelven.

Diego Mayorga





GENOCIDIO SILENCIOSO

La falta de acceso a medicamentos es el problema más grande de la humanidad, no sólo porque compromete el derecho a la salud y la vida, el primero y máspreciado de los derechos, sino porque afecta a cuatro mil millones de personas, la mitad de las cuales no consume estos bienes esenciales en cantidad suficiente y la otra mitad prácticamente no los conoce. No es concebible un problema más crítico. Ni siquiera el de la escasez de agua potable o el flagelo del hambre, el primero de los cuales impacta a tres mil quinientos millones de personas¹ y el segundo a cerca de un mil millones², cantidades impresionantes y en extremo dolorosas pero menores que las del drama de los medicamentos.

Como consecuencia de esta hecatombe, en el mundo en desarrollo mueren cada día cerca de 40.000 personas víctimas de enfermedades curables.³ Un pueblo diario.

De acuerdo con la organización Save The Children, “de los 10,3 millo-

nes de niños menores de cinco años que murieron en el mundo en el 2000, 8,6 millones se hubieran podido salvar con un acceso regular a medicamentos esenciales”. La sola neumonía provoca diariamente la muerte de más de 4.000⁴, siendo una patología controlable con antibióticos de bajo costo, e igual daño ocasiona la diarrea, lo que podría evitarse con un suero oral cuyo costo es de 25 centavos de dólar.⁵

América Latina no es la excepción, ya que en los 20 países donde existe seguro de salud, éste sólo cubre el 45% de la población en promedio. Esto significa que más de la mitad de las personas debe pagar los medicamentos de su bolsillo, lo que con demasiada frecuencia es simplemente imposible. Tristemente, en la región el gasto medio per cápita en fármacos es apenas la mitad que el gasto en productos veterinarios por cada vaca en Europa⁶ y Estados Unidos.

Tampoco es excepción Colombia, ya que aquí, a pesar del esfuerzo realizado en los últimos años por

aumentar la cobertura en salud, cerca de la mitad de la población carece de acceso suficiente a medicamentos porque no pertenece al Sistema de Salud (alrededor de 9,0 millones de personas) o no puede pagar de su bolsillo los remedios que el Sistema no suministra (48% de las prescripciones).⁷

Tres son las causas principales de este drama universal. La primera, la carencia de investigación para las enfermedades de los países menos desarrollados, donde vive el 80% de los habitantes del planeta. De acuerdo con un estudio de Médicos Sin Fronteras, de 1.556 nuevas entidades químicas que entraron al mercado en el período 1975-2004, únicamente 21, o sea menos del 1,5% son utilizadas para el tratamiento de dichas enfermedades: malaria 8, tuberculosis 3, leishmaniasis 2, Chagas 1, otras enfermedades tropicales 7.8 El conocimiento básico existe, desde luego que “se han realizado numerosos trabajos científicos que tratan de los parásitos que causan estas dolencias”, pero los pacientes no representan un retorno

1. Roberto Ramirez, *La problemática global del agua*, Google, consultado 23.10.2009. robertor-mz@terra.com.mx

2. Juan Antonio Falconi, “El fantasma del hambre sigue creciendo”, *Otro Mundo es Posible* (Revista Iberoamericana de Sostenibilidad), 26 de octubre de 2009. También Holman Rodríguez M, *El Tiempo*, El mapa del hambre en el mundo, 4 de octubre de 2009, p. 1-12.

3. Acción Internacional para la Salud-Latinoamérica, calendario 2007. www.aislac.org.

4. Ann M. Veneman, Directora Ejecutiva de Unicef, intervención durante la Cumbre Mundial sobre Neumonía, celebrada en Nueva York, la primera semana de noviembre de 2009.

5. Julián Alterini, Documental sobre la Gripe A1H1, 2009, operacionpandemia@gmail.com

6. Federico Tobar, *Déficit de salud en América Latina*, Tribuna, 2006.

7. Defensoría del Pueblo, *Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud*, Bogotá, 2005.

8. Pierre Chirac, Els Torreele, Médicins Sans Frontières, “*Drugs for Neglected Diseases Initiative*, Geneva, Switzerland (ET). pierchir@club-internet.fr.



Director de Misión Salud
Coordinador de la alianza CAN-UE
por el acceso a medicamentos

lucrativo que estimule una inversión de la industria farmacéutica en la investigación de terapias mejores.

La segunda causa es el acaparamiento de los medicamentos por parte de los países ricos. El 50% de la producción mundial de fármacos se consume en Estados Unidos, a pesar de que allí sólo vive el 5% de la población, y un 25% adicional en Europa, con el 11% de la población. Queda únicamente un 25% para ser repartido, cual migajas, entre el 84% de los habitantes del planeta.⁹

En el caso de la gripa AH1N1, por ejemplo, a pesar de que en un comienzo se creyó aniquiladora, el mismo pequeño grupo de países ricos ya acaparó casi toda la producción de las vacunas, dejando una pequeña cantidad para ser distribuida, a cuentagotas, entre el resto del mundo. Mientras los privilegiados se anticiparon a reservar para sí un mil millones de vacunas, a un costo de 10.000 millones de euros, la cuota de los países de menores ingresos será exigua y depende de negociaciones por regiones a través de la OMS. Se estima que a Colombia le tocarán en el reparto de las migajas 1,5 millones de dosis, cantidad

equivalente al 3% de la población. Si la cepa llegare a adquirir características devastadoras, el 97% restante tendría que enfrentarse a ella sin inmunidad alguna.¹⁰

La tercera causa es la “agenda anti-genéricos” de las multinacionales farmacéuticas. Esto es, el conjunto de medidas concebidas por la industria farmacéutica internacional para bloquear la producción o la importación de genéricos por parte de los países en desarrollo, no obstante ser los únicos medicamentos asequibles por sus sistemas de salud y por la inmensa mayoría de la población.

Para lograrlo, no sólo se apoya en la inmensa capacidad de presión política de los gobiernos de sus países, sino que apela a todos los medios a su alcance, como campañas de descrédito de los genéricos y gestiones de lobby a los más altos niveles del poder público, los gremios de profesionales, la academia y las organizaciones científicas. Al decir de destacados analistas del sector, recurren por doquier a “señuelos, sobornos y corrupciones”,¹¹ y “a

jugadas sucias para impedir la llegada al mercado de los medicamentos genéricos mucho más baratos”.¹²

La ausencia de investigación farmacéutica y el acaparamiento son muestras extremas de insolidaridad y de crueldad. El bloqueo de la oferta de genéricos económicos, un crimen. Un genocidio silencioso. Es como si en medio del naufragio de un crucero turístico un grupo de pasajeros se apodera de un bote salvavidas, irrespetando el reglamento y las prioridades establecidas a favor de las mujeres embarazadas y los niños, y antes de lanzarlo al agua decide quemar el resto de salvavidas. El acaparamiento de uno de los salvavidas es un abuso punible; la destrucción de los demás, un crimen abominable.

El mundo en desarrollo debe prepararse para combatir este crimen hasta erradicarlo totalmente y asegurar el acceso universal a los bienes de la salud. El acceso a los medicamentos necesarios, dada su conexión directa con la salud y la vida, es un derecho fundamental de todo ser humano y debe ser garantizado por el Estado. ■

10. *El Tiempo*, “Vacunas, para los ricos”, editorial del 5 de septiembre de 2009, p. 1-20.

11. Marcia Angell, M.D., *La verdad acerca de la industria farmacéutica; cómo nos engaña y qué hacer al respecto*, Editorial Norma, 2006, p.137.

9. *Intercontinental Marketing Services (IMS) Health, World Report*, 2002.

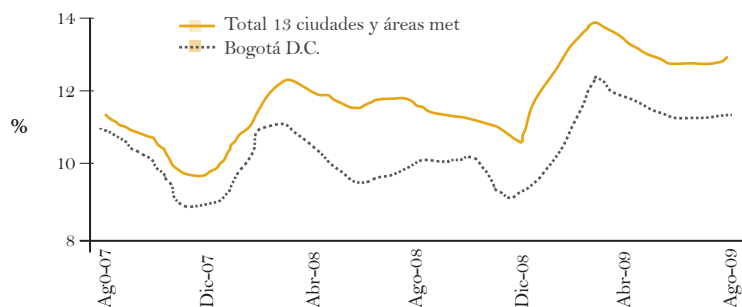
12. Ignacio Ramonet, *Le Monde Diplomatique*, “Mafias farmacéuticas”, agosto de 2009.

Macro

Tras un aumento pronunciado desde diciembre de 2008, la tasa de desempleo muestra una leve recuperación en el segundo cuatrimestre del año. Sin embargo, esta mejoría no está consolidada dado el repunte en el periodo junio-agosto. A dife-

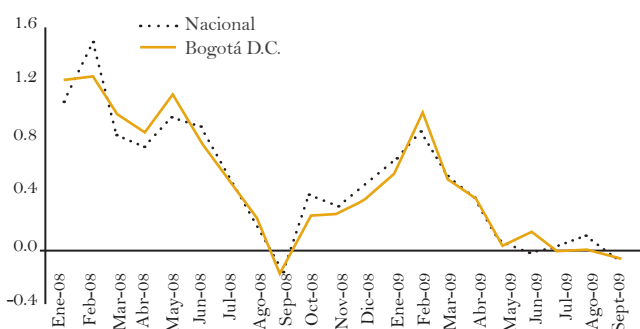
rencia de la anterior crisis macroeconómica del país, la tasa de desempleo de Bogotá es inferior a la de las trece áreas metropolitanas. Otra cara de esta crisis es la caída pronunciada de la inflación de las 13 grandes ciudades y la de Bogotá.

Tasa de desempleo. Trimestre móvil



Fuente: DANE.

Variaciones mensuales del IPC. Nacional - Bogotá D.C.



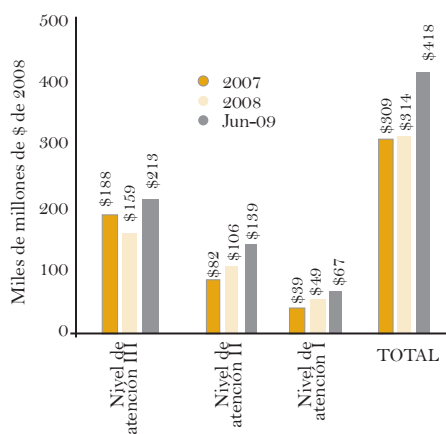
Fuente: DANE.

Finanzas de los hospitales

La cartera de la red hospitalaria distrital se ha incrementado en términos reales. En junio de 2009, la cartera en el nivel I de servicio aumentó en gran parte por la del hospital Vista

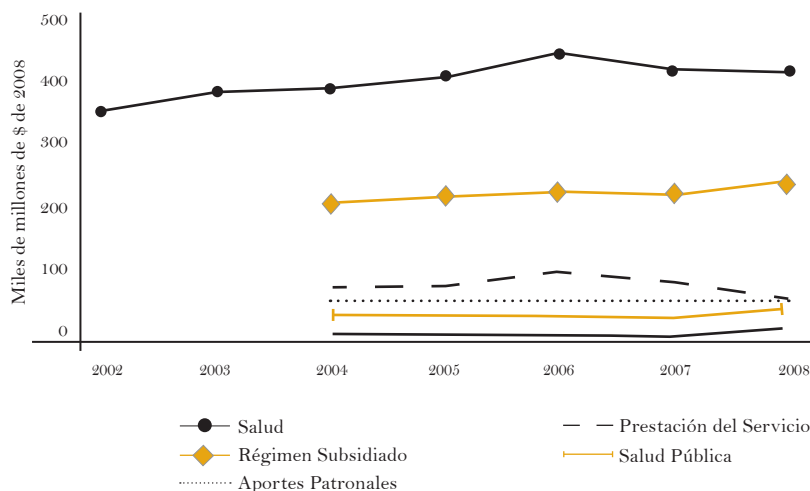
hermosa, para el nivel II por el hospital de Suba. En el nivel III, el hospital Simón Bolívar tuvo la cartera más elevada para los años 2007, 2008 y junio de 2009.

Comparativo cartera hospitales



Fuente: Sivicof.

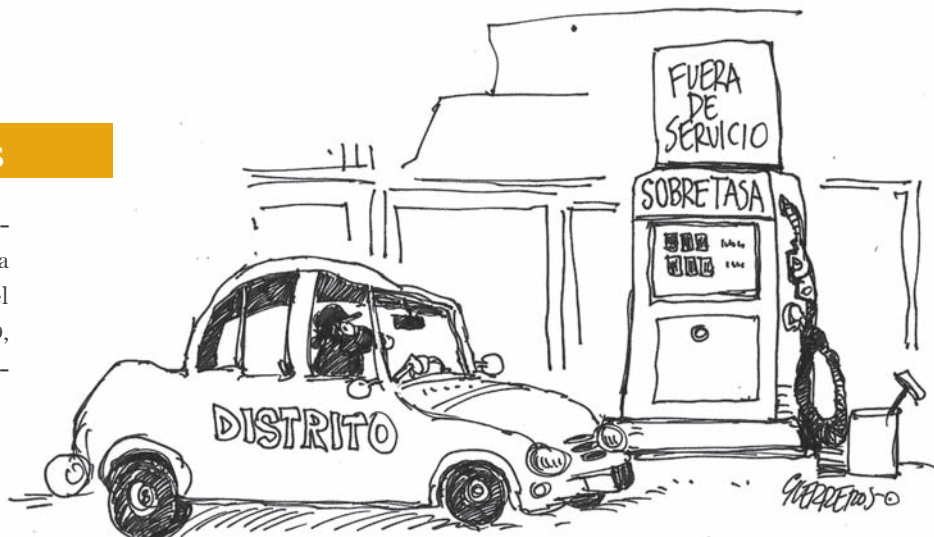
Sistema general de participaciones Sector Salud



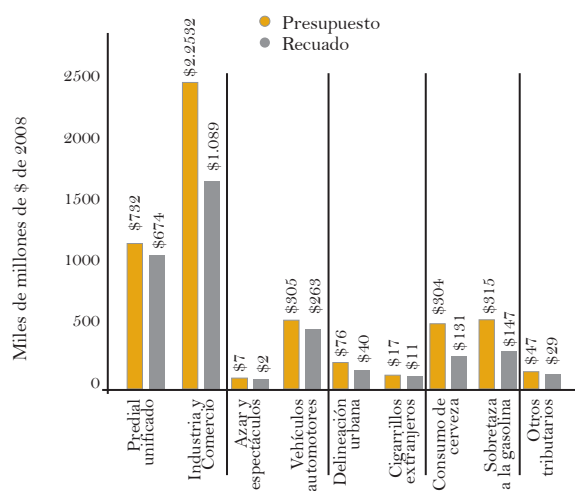
Fuente: Sivicof.

Finanzas públicas

El recaudo del ICA y de la sobretasa a la gasolina han caído frente al año anterior, debido a la baja de la producción industrial y las ventas del comercio. De mantenerse la tendencia en 2009, la capital tendría un déficit presupuestal primario después de 6 años.

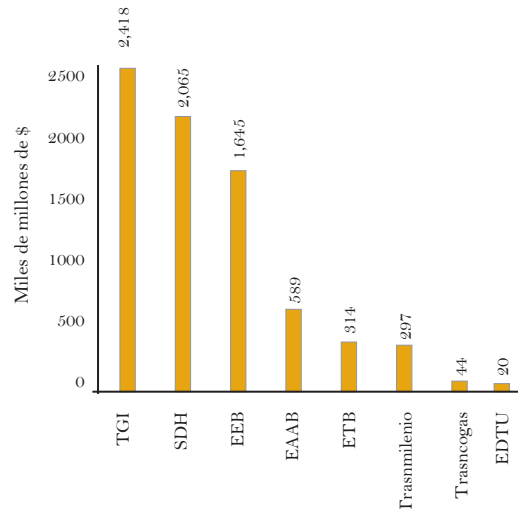


Recaudo tributario a Junio de 2009



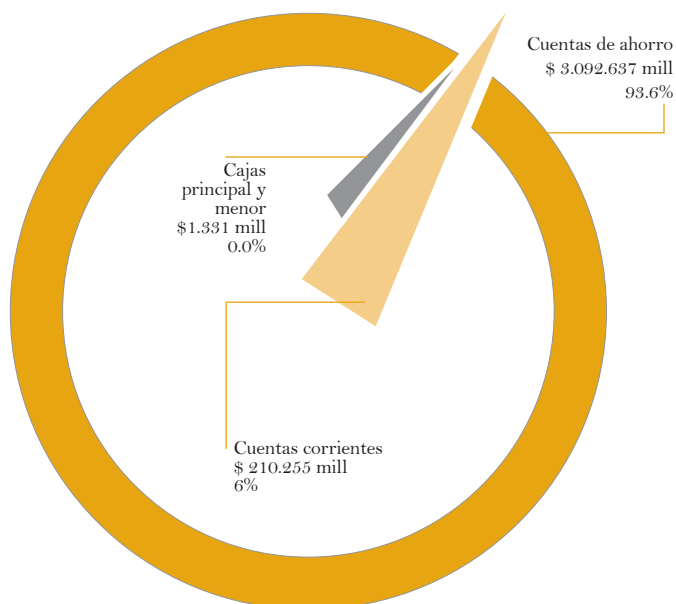
Fuente: Sivicof.

Distribución de la deuda pública distrital consolidada a 30 de junio de 2009



Fuente: Información suministrada por las entidades con obligaciones crediticias

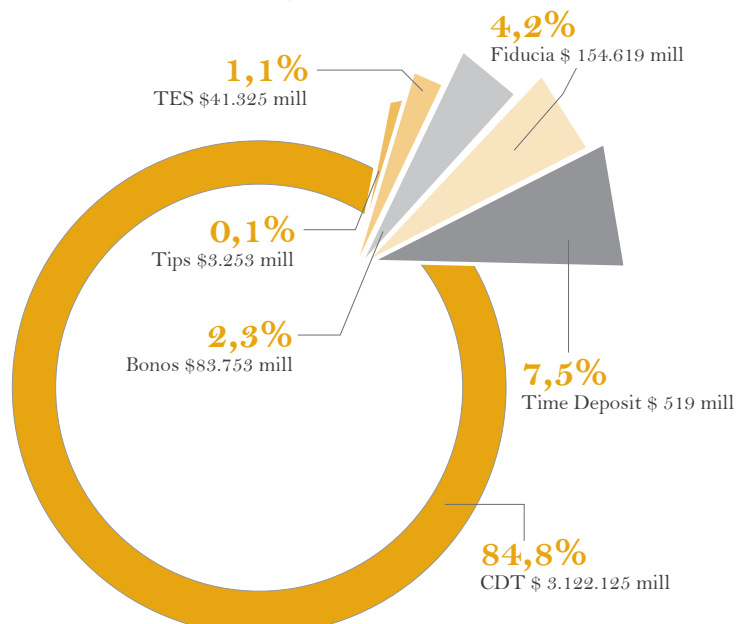
Recursos de tesorería. Junio de 2009



Fuente: Sivicof.

Portafolio de inversiones. Junio de 2009

Portafolio \$ 3.682.594 millones



Fuente: Sivicof.

CARICATURA
Por: Guerrero

