



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

**SISTEMA DE SALUD Y CRISIS DE LOS HOSPITALES DE LA RED
PÚBLICA DEL DISTRITO CAPITAL**

PERÍODO ESTUDIADO 2012 – 2015

PLAN ANUAL DE ESTUDIOS –PAE 2016

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y POLÍTICA PÚBLICA

Bogotá, D.C. Octubre 2016

www.contraloriabogota.gov.co

Cra. 32 A No. 26 A 10

Código Postal 111321

PBX 3358888



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Juan Carlos Granados Becerra
Contralor de Bogotá, D.C.

Andrés Castro Franco
Contralor Auxiliar

Rodrigo Alonso Vera Jaimes
Director de Estudios de Economía y Política Pública

Carmen Aldana Gaviria
Subdirectora de Estudios Económicos y Fiscales

Profesionales
Ricardo Chía González
Felipe Terán Cárdenas
Jorge Alejo Calderón Perilla

www.contraloriabogota.gov.co
Gra. 32 A No. 26 A 10
Código Postal 111321
PBX 3358888



CONTENIDO

PRESENTACIÓN	6
1. PLANIFICACIÓN DEL SECTOR SALUD	12
1.1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO -ODM	12
1.2. EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA BOGOTÁ.....	19
1.3. EL PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ HUMANA –PDD -BH	19
1.4. EL PLAN MAESTRO DE EQUIPAMIENTOS EN SALUD –PMES	23
1.5. PROYECTOS QUE DESARROLLAN INFRAESTRUCTURA EN SALUD	26
1.5.1. <i>El Proyecto 880: infraestructura para la salud</i>	26
1.5.2. <i>Proyecto 878 Hospital San Juan de Dios</i>	35
2. RED HOSPITALARIA.....	38
2.1. ORGANIZACIÓN OPERATIVA	38
2.1.1. <i>Régimen Subsidiado</i>	40
2.2. COBERTURA	41
2.3. RELACIÓN OFERTA-DEMANDA.....	43
3. ANÁLISIS ECONÓMICO Y FINANCIERO	45
3.1. BOGOTÁ EN CIFRAS	45
3.2. LAS E.S.E. DISTRITALES EN EL SISTEMA	47
3.3. PRESUPUESTO DE LOS HOSPITALES DEL DISTRITO	48
3.4. LA CARTERA DE LOS HOSPITALES	51
3.5. SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS E.S.E. DISTRITALES	56
4. GESTIÓN EN SALUD.....	60
4.1. LA GESTIÓN DE LAS EPS	60
4.1.1. <i>La Glosa</i>	60
4.2. GESTIÓN DE LAS IPS -HOSPITAL.....	64
4.2.1. <i>Convenios por capitación</i>	65
4.2.2. <i>Giro directo</i>	66
5. CONCLUSIONES	74
BIBLIOGRAFÍA.....	78
WEBGRAFÍA.....	80
ANEXO N° 1 PRESUPUESTO DEFINITIVO DE LAS E.S.E 2002 – 2015.....	81
ANEXO N° 2 EJECUCIÓN DEL RECAUDO DE LAS E.S.E. 2002 – 2015.....	82



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1	Proyectos referidos al Eje N° 2 del Plan de Desarrollo Bogotá Humana	22
CUADRO 2	Cantidad de unidades especializadas de atención médica	24
CUADRO 3	Balance de ejecución de obras del PMES	25
CUADRO 4	Proyectos que desarrollan la infraestructura del Sector Salud.....	26
CUADRO 5	Resultado de las metas del Proyecto 880.....	27
CUADRO 6	Ejecución de los recursos del proyecto 880.....	29
CUADRO 7	Red Hospitalaria de Bogotá. Clasificación de las E.S.E.	39
CUADRO 8	Cobertura.....	42
CUADRO 9	Variación Porcentual de la Cobertura.....	42
CUADRO 10	Participación porcentual de la Cobertura.....	42
CUADRO 11	Red Hospitalaria -Relación Oferta- Demanda Consulta externa	43
CUADRO 12	Comportamiento del PIB Distrital y Nacional Período 2012 – 2015.....	46
CUADRO 13	Proyección de población por sexo y tasa de crecimiento 2012 – 2015.	46
CUADRO 14	Total de afiliados al SGSSS período 2012 - 2015.....	48
CUADRO 15	Presupuesto de ingresos de las E.S.E. período 2012 – 2015	49
CUADRO 16	Presupuesto y ejecución del Gasto de las E.S.E. período 2012 – 2015.	51
CUADRO 17	Mayores deudores a las E.S.E. Distritales a diciembre de 2015.....	54
CUADRO 18	Cartera de las E.S.E. Distritales a 31 de diciembre de 2015	55
CUADRO 19	Conceptos de Glosa	63



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1 Variación de la tasa de mortalidad infantil América Latina y el mundo-1990 y 2015.....	13
GRÁFICA 2 Variación de la tasa de mortalidad infantil por 10.000 en menores de 5 años	14
GRÁFICA 3 Variación de la tasa de mortalidad materna América Latina respecto de la tasa mundial periodo 1990 y 2013.....	15
GRÁFICA 4 Comportamiento de la tasa de mortalidad materna con respecto a las metas propuestas.....	16
GRÁFICA 5 Variación de la cantidad de personas con nuevas infecciones de VIH en América Latina y el mundo. Período 2000- 2013 (en miles).....	17
GRÁFICA 6 Tasa de incidencia del VIH en Bogotá 2001-2014	18
GRÁFICA 7 Tasa de mortalidad por SIDA	18
GRÁFICA 8 Cumplimiento de metas del PMES.....	25
GRÁFICA 9 Funcionamiento del Régimen Subsidiado.....	41
GRÁFICA 10 Cartera consolidada a 31 de diciembre de 2015	52



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

PRESENTACIÓN

La necesidad de ajustar la antigua Constitución Nacional de 1886 a los cambios, que en materia de derechos humanos, se habían dado en la mayoría de países para modernizar los estados europeos, conllevó a la reforma constitucional de 1991, que dio a luz la actual Constitución Política de Colombia. Sin embargo, por su misma naturaleza los cambios han sido lentos y arrastran parte de los viejos modelos y costumbres impidiendo que las transformaciones tengan un impacto social efectivo.

En la Constitución de Colombia de 1886, el tema de la salud se establecía en el artículo 44¹. A partir de 1887 se adoptó un sistema de atención higienista que tuvo sus inicios, con una alta influencia de la medicina francesa que era la de mayor reconocimiento por los grandes logros alcanzados y desarrollados después de la Revolución francesa². El propósito fundamental era la atención de carácter sanitario, con la concepción que las enfermedades provenían del medio ambiente y su recuperación se daba a través de medidas higiénicas. La intervención básica en salud debería ser financiada por el usuario o por grupos de caridad, por lo que se evidencia que las clases populares no tenían cubrimiento y asistencia por parte del Estado. Las últimas medidas de atención se tomaron como directrices dadas por la Organización Sanitaria Internacional –OSI.

Este ente, prácticamente funcionaba como una extensión del sistema de salud de los Estados Unidos. Esta oficina, a partir de 1923 cambio su nombre a Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), desde 1947 Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y desde 1958, Organización Panamericana de la Salud (OPS)³.

En 1936, en pleno gobierno de Alfonso López Pumarejo, se reformó la Constitución de 1886, dando poder al Estado para intervenir las industrias y las empresas del país, y se empieza a plantear la necesidad de la asistencia pública, argumentando que la salud es un deber del Estado⁴, y afirmaba adicionalmente, que debería estar dirigida para el más necesitado.

¹ Artículo 44.- Toda persona podrá abrazar cualquier oficio u ocupación honesta sin necesidad de pertenecer a gremio de maestros o doctores. Las autoridades inspeccionarán las industrias y procesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas. La ley podrá exigir títulos de idoneidad para el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares.

² La medicina en Colombia: de la influencia francesa a la norteamericana, Miranda Canal, Néstor. *Revista Credencial Historia*. Bogotá - Colombia. Edición 29. Mayo de 1992.

³ La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902 – 2002. Mario Hernández Alvarez, médico, Magíster en Historia, candidato a Doctor en Historia, profesor de la Universidad Nacional de Colombia. Diana Obregón Torres, socióloga, Magíster en Historia, Ph.D en Estudios Sociales de la Ciencia, profesora de la Universidad Nacional de Colombia y otros. Bogotá, Octubre de 2002.

⁴ <http://anmdecolombia.net/index.php/52-de-la-literatura/297-sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia>



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Después de estar convulsionado el mundo con la segunda guerra mundial, que terminó en 1945, en el país se presentó la aprobación de una serie de normas en materia de salud, como fue el caso de la expedición de la Ley 6ª de 1945, *“Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial de trabajo”*, donde se crea la Caja Nacional de Previsión con la misión de prestar la atención en salud a los empleados públicos, y empezó a regir a partir de 1946. En este mismo año se expide la Ley 90 *“Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales”*, su intención fue la de atender a los trabajadores privados.

De igual forma, se aprueba la ley 27 del 2 de diciembre de 1946, por la cual se crea el Ministerio de Higiene, que venía funcionando como el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, desde su creación con la Ley 96 del 6 de agosto de 1938⁵. A este Ministerio se le encargaron los asuntos relacionados a la higiene y la salud pública, con lo que prácticamente se produce el nacimiento de la seguridad social en Colombia.

A partir de 1954, la ciudad comenzó a tener una nueva dimensión, pues por medio de la Ordenanza N° 7 de 1954, se decide anexar seis municipios al municipio de Bogotá⁶, y posteriormente, pasó a ser Distrito Especial⁷.

Al pasar los años y con las modificaciones realizadas al sistema de salud, el país continuó con sus graves problemas de inequidad y desigualdad, pues el sistema de seguridad social dejaba de cubrir un amplio margen de la población, en tanto que las Cajas de Previsión daban cobertura sólo a los empleados públicos. Estos dos sistemas ofrecían una cobertura por debajo de la media de América Latina.

En los años setenta (1975), en plena guerra fría, se implementó el Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta. El propósito del sistema era transferir recursos para la salud, por parte del gobierno nacional central a la red pública hospitalaria. En este período, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. Se crea un esquema, en donde el Estado, los empleadores y los empleados aportan para la financiación de la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal. A pesar de

⁵ Ibidem.

⁶ Se anexaron los municipios de: Fontibón, Bosa, Usme, Suba, Usaquén y Engativá.

⁷ Por medio del Decreto 3640 de 1954 del 17 de diciembre, se organiza el Distrito Especial de Bogotá, incluido los seis municipios que habla la Ordenanza 7 de 1954.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

todos los ajustes y esfuerzos por mejorar el sistema, éste demostraba muchas falencias en la atención integral en salud a la población de escasos recursos⁸.

Con la expedición de la ley 10 de 1990, mediante la cual se delimitaba las competencias y responsabilidades del orden nacional departamental y municipal, relacionado al manejo de la salud, sin importar su categoría social o económica. Sin embargo la norma se quedó corta al no contar con los suficientes recursos para poder asistir a los entes territoriales.

El día 6 de julio de 1991 se expidió la Constitución Política de Colombia -CPC, un esfuerzo de los colombianos por modernizar el país en todos los campos, en el cual se declara Colombia como un Estado Social de Derecho. Entre los grandes problemas que tenía el país, era el exceso de centralismo. La Constitución le otorga un poder descentralizador y autonomía a los entes territoriales en materia de salud y contribuye a su financiación mediante el situado fiscal. Este sistema evolucionó hacía el Instituto Colombiano del Seguro Social, mediante el cual la salud seguía en manos del estado, pero este sistema de salud se volvió deficiente, hasta el punto de ser modificado en varias ocasiones, sin embargo no se ha resuelto de fondo el problema.

Con la Constitución de 1991, el estado colombiano adopta como política general quitarle responsabilidades al estado y fortalecer el sector privado. En materia de salud se reserva la tutela sobre el sistema; en este sentido, el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia consagra:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.....”.

El desarrollo de este artículo se realiza con la expedición de la Ley 100 de 1993. Aquí se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS a partir del artículo 152 donde se establecen diferentes aspectos del sistema: objeto, fundamentos y características. El literal a del artículo 156 agrega que: “El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el sistema general de seguridad social en salud”.

⁸ <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Antecedentes%20del%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.htm>

El SGSSS quedó dividido en dos regímenes: el régimen contributivo en salud y el régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el Fondo de Seguridad y Garantías -FOSYGA.

En cuanto al régimen contributivo en salud, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio de contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El régimen en salud y de subsidios, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de los ingresos corrientes de la nación transferidos a los entes territoriales, denominado Sistema General de Participaciones -SGP, el 1,5% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

El SGSSS se ha venido ajustando, es por esto que se sancionó la Ley 1122 de 2007, que propendía por el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. El 19 de enero de 2011 se expidió la Ley N° 1438, la cual,

“Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”.

La Ley N° 1438 de 2011 *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”* busca fortalecer el sistema a través de un modelo de prestación de servicio público en salud.

No obstante el sinnúmero de herramientas, técnicas, administrativas y legales, creadas para fortalecer el sistema, tales esfuerzos no han tenido el impacto esperado por los diferentes actores que intervienen en éste. Por el contrario, el sistema se ha desbordado en escándalos de corrupción, cooptación y malversación de fondos en algunas EPS, que han estado figurando en primera plana en los diferentes medios de comunicación del país.

Dado que la salud es un servicio sentido y de gran impacto en el bienestar social, ante la crisis financiera y la ineficiente operación, existe un notable descontento por parte de los colombianos, quienes piden la creación de un nuevo sistema y la eliminación del actual. Los medios de comunicación han sido prolíficos en denunciar

los diferentes escándalos y la desfinanciación causada por el no pago de las EPS a los hospitales prestadores del servicio.

Se enuncia impotencia por parte de los usuarios, pues la prevalencia del estado en el sector salud tienen una alta incidencia, impidiendo que los usuarios decidan o alteren el comportamiento del sistema de manera decisiva; el poder del estado en el sector salud es impositivo, de manera que no facilita una verdadera participación ciudadana para que los bogotanos influyan en el sistema; por esta razón, el paciente tiene que adherirse al sistema sin que su condición transforme esa realidad. Dado que esta investigación no tiene por objeto final las consecuencias sociales originadas por el sistema de salud en Bogotá, se restringe la aplicación de una metodología cualitativa orientada a verificar el entorno y a comprender las experiencias y condiciones de los usuarios.

En respuesta a las inquietudes de los ciudadanos, la Contraloría de Bogotá vio la importancia de realizar el presente estudio, cuyo objeto consiste en identificar las causas de la crisis hospitalaria durante la ejecución del *“Plan de Desarrollo de la Bogotá Humana”* y determinar las posibles consecuencias sociales de la misma.

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, por las siguientes razones principales: 1) la crisis tiene un perfil financiero, 2) el sistema de salud está sujeto a la Ley 100 de 1993⁹ y a las normas que lo regulan, y 3) en su desempeño depende de los actos administrativos del Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS, de la gestión de las EPS y de la operación de los hospitales. Por lo tanto, la investigación estará fundamentada en la realidad de hechos observables y medibles de manera directa. Esta información se convertirá en la fuente de datos que será procesada por el órgano de control para alimentar la investigación.

Mediante el análisis de estas cifras y de la gestión administrativa se buscará encontrar una explicación a la pregunta planteada, lo mismo que una interpretación de las posibles consecuencias del comportamiento financiero de los hospitales mediante la identificación de relaciones causales y asociativas entre las diferentes variables y componentes del sistema.

Para entrar a analizar la crisis de la salud por la que atraviesa el país y el sistema de salud distrital, es importante tener en cuenta el estado del arte que se percibe en los comentarios de autoridades en la materia, quienes, por su trabajo y estudio constante de dicha problemática, conocen de fondo el sistema.

⁹ También existe una serie de normas sobre el saneamiento fiscal del sector salud.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

El doctor Jaime Gañán Echavarría¹⁰, argumenta que no se debería hablar de crisis porque el Sistema General de Salud en Colombia, consagrado en la Ley 100 de 1993, nunca ha funcionado, el sistema tiene un diseño desarticulado desde el comienzo. Agrega que mientras no se revise de fondo el sistema y se solucionen las fallas estructurales, la inyección presupuestal no es suficiente.

El médico Sergio Isaza Villa¹¹, Presidente y vocero de la Federación Médica Colombiana, quien ha sido un analista del sistema de salud que impera en el país, argumenta sobre la necesidad de adelantar una reforma al sistema de salud, pues lo que existe es una intermediación financiera privada con ánimo de lucro. La ineficacia e inequidad que han estado íntimamente ligadas a las Entidades Promotoras de Salud –EPS, desarrollan prácticas perversas, al seleccionar los pacientes, es decir, evitan los ancianos o las personas con enfermedades graves, ya que el negocio de las EPS es atender a los pacientes que ocasionen menores costos.

De otra parte, políticos con perspectiva social, la academia, Organismos No Gubernamentales -ONG, organizaciones de profesionales, el Movimiento Nacional de la Salud y la seguridad Social –MNSSS, entre otros, solicitan que la salud sea una responsabilidad total del Estado, independiente de la intermediación de las EPS, donde se cuestiona la existencia de estos actores, pues se han visto casos en donde los recursos de la salud fueron utilizado en otras actividades diferentes a su objeto social, el cual es brindar una eficiente atención en salud de los usuarios.

Como se puede observar, desde diferentes posiciones se coincide con la dudosa actuación que constituyen las EPS en el sistema de salud y la necesidad de implementar una nueva estructura en dicho sistema, en donde se puedan desarrollar una medicina preventiva e integral y evitar que los recursos de la salud sean cooptados por personajes inescrupulosos.

¹⁰ Jaime León Gañán Echavarría, abogado e investigador con posdoctorado en Derecho del Trabajo en el contexto de los Derechos Humanos. Autor del libro "Los Muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo." Profesor de la Universidad de Antioquía.

¹¹ Médico Pediatra. Miembro Institucional del Departamento de Pediatría de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Miembro activo de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Presidente de la Federación Médica de Colombia. Vicepresidente del Colegio Médico de Cundinamarca.



1. PLANIFICACIÓN DEL SECTOR SALUD

1.1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO -ODM

Con el objetivo de erradicar la pobreza extrema, el hambre, el analfabetismo y algunas enfermedades de alto impacto en la salud de la población mundial, países del mundo convocados por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000, constituyeron un plan que abarca objetivos y metas para alcanzar en los quince primeros años del presente milenio. Los objetivos allí planteados son¹²:

1. *Erradicar la pobreza extrema y el hambre.*
2. *Lograr la educación primaria universal.*
3. *Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.*
4. *Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años.*
5. *Mejorar la salud materna.*
6. *Combatir el VIH/ SIDA, el paludismo y otras enfermedades.*
7. *Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.*
8. *Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.*

En Colombia, el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES, en el Documento N° 91 de marzo de 2005, estableció las metas y los indicadores para alcanzar en 2015 los Objetivos planteados por Naciones Unidas.

El compromiso del Estado con la Ciudad, le obliga a generar políticas y estrategias para brindar las garantías en que todos aquellos que nacen, residen, arriben y se desarrollen en la ciudad, tengan las mismas condiciones para ejercer su potencialidad de desarrollo.

Como se observa, los compromisos que atañen a la salud directamente están contemplados en los objetivos 4, 5 y 6. Al respecto se tienen los siguientes resultados de cada uno de ellos:

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

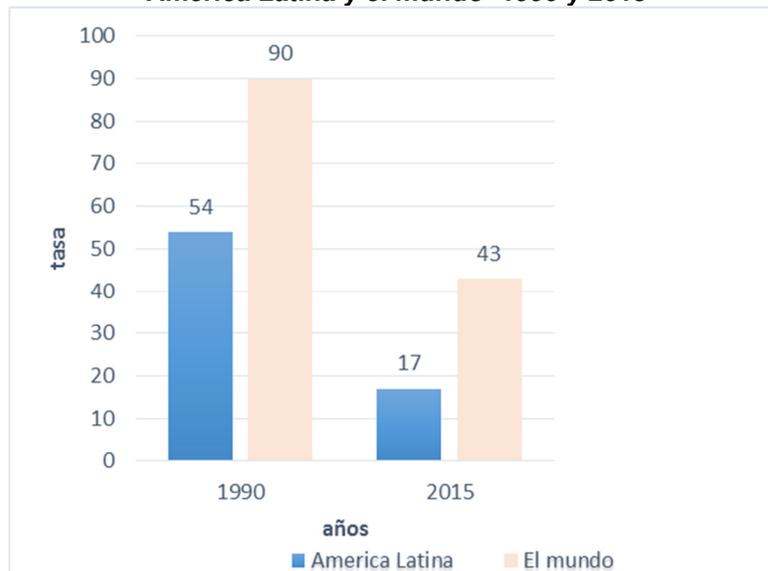
La tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015. A pesar del crecimiento de la población en las regiones en desarrollo, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de

¹² ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015.

12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015 a nivel mundial, registrándose que la tasa de reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años se han más que triplicado en el mundo¹³.

En América Latina la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años entre 1990 y 2015 (muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos) paso de 54 a 17, lo cual refiere una baja del 68,5%, por encima de la media del mundo, como se observa en la gráfica N° 1.

GRÁFICA 1
Variación de la tasa de mortalidad infantil
América Latina y el mundo- 1990 y 2015



Fuente: ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015

En Colombia, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, el país presentó una reducción de 59% desde 1990, al pasar de 48,1 por mil nacidos vivos a 19,8 en 2012, frente a una reducción, al finalizar el 2015, de 17,7. Al igual que con el indicador anterior, la meta universal no se alcanzó.

Con relación al Distrito Capital, el objetivo N° 4, en el período 1990 - 2014 logró avances en la reducción de la mortalidad infantil. La meta propuesta a 2015 se cumplió al reducirla en dos terceras partes como está planteada en los ODM; la Administración Distrital fue más ambiciosa al proponer reducirla a 8 por mil nacidos

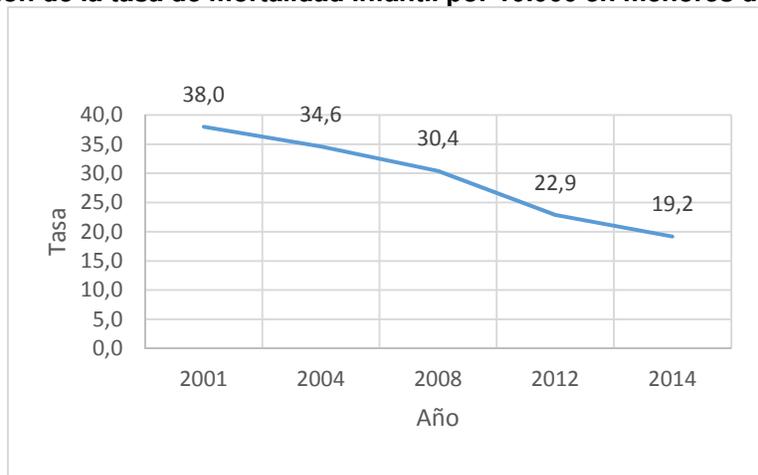
¹³Informe ONU sobre cumplimiento de Objetivos del Milenio a 2015.



vivos, lo que implica continuar trabajando para evitar las muertes en la población infantil por neumonía, diarrea, complicaciones durante el parto y ocasionadas por los nacimientos prematuros¹⁴. Los indicadores evidencian el logro de las metas asociadas y avance en las coberturas efectivas de vacunación.

Con base en la meta universal de “Reducir la mortalidad infantil y en la niñez”, durante el periodo 2001 – 2014, Bogotá registró una tendencia descendente, al pasar de 38 muertes en menores de cinco años por cada 10.000 en 2001 a 19,2 menores en 2014, una disminución cercana a la mitad. La reducción en la mortalidad infantil por desnutrición, enfermedad diarreica aguda o neumonía, contribuyeron al resultado de este indicador. Ver gráfica N° 2.

GRÁFICA 2
Variación de la tasa de mortalidad infantil por 10.000 en menores de 5 años



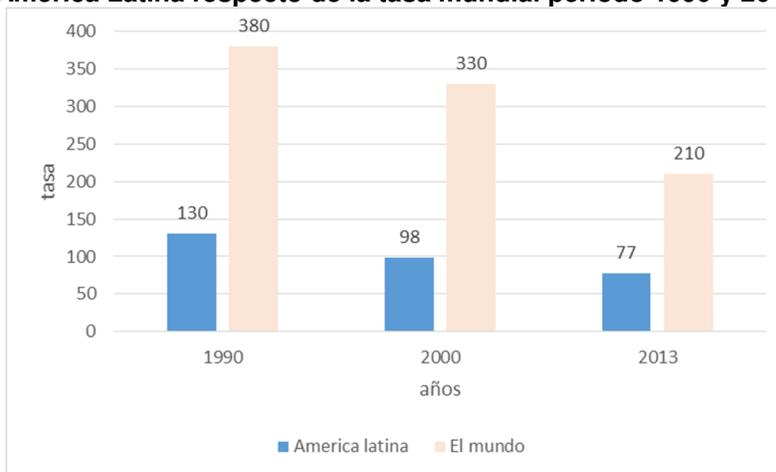
Fuente: Elaboración propia con base en información de “Objetivos de Desarrollo del Milenio Bogotá, a un año de la meta” Alcaldía Mayor de Bogotá -SDS, dic 2015.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

La tasa de mortalidad materna en América Latina, en los años 1990, 2000 y 2013 (muertes de madres por cada 100.000 niños nacidos vivos, mujeres de 15 a 49 años) pasó de 130 a 98 y 77, respectivamente, lo cual refiere una baja de 40,8%, inferior a la ocurrida de forma global, como se observa en la gráfica N° 3.

¹⁴ Alcaldía Mayor de Bogotá- SDS, diciembre 2015 “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Bogotá, a un año de la meta”.

GRÁFICA 3
Variación de la tasa de mortalidad materna
América Latina respecto de la tasa mundial periodo 1990 y 2013



Fuente: ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015

La meta universal de reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y la meta nacional de bajarla a la mitad. En 1990, por cada 100.000 nacidos vivos fallecían 100,14 mujeres; desde entonces se ha registrado una reducción del 34%.

El objetivo planteado de ubicar por debajo del 15% el número de menores de edad que están o han estado embarazadas está lejos de lograrse. Aunque el país ya cumplía con éste en 1990, cuando la tasa era de 12,8%, en 2005 alcanzó 20,5% y a la fecha bordea el 20%, según la última cifra oficial.

La tasa que ha descendido en forma significativa desde 2000, es la de muertes por cáncer de cuello uterino, que es de 6,6% de los casos, con un cumplimiento anticipado de la meta (desde 1998), que fue fijada en 6,8%.

Con respecto a Bogotá, esta variable se define como la muerte de una mujer ocurrida durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

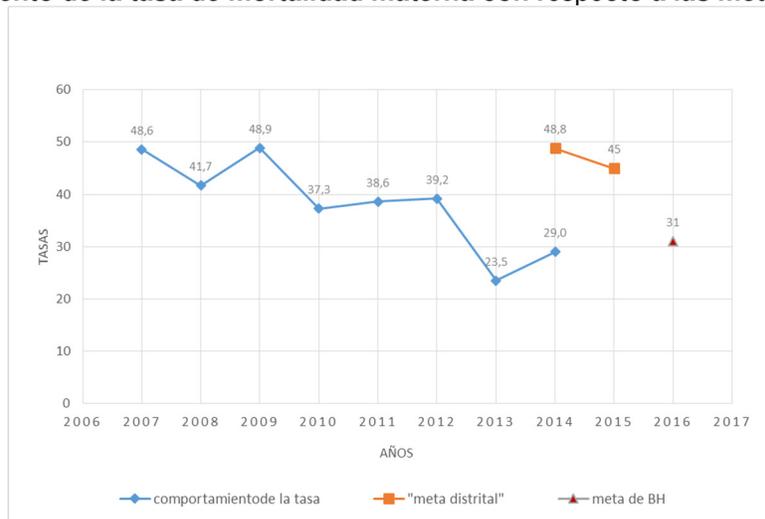
Los indicadores asociados con este objetivo, mejora de la salud materna, refieren avances. La incidencia de cáncer de cuello uterino tiende a la disminución, si bien

ya se alcanzó la meta país. El embarazo en adolescentes ha disminuido pero aún no se logra la meta propuesta.

Bogotá alcanzó la meta propuesta para 2014 en el año 2007, cuando disminuyeron las muertes maternas a 48,7 por 100 mil nacidos vivos y la meta propuesta para 2015 se alcanzó en 2010, cuando la razón de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos fue de 37,3. El plan de desarrollo “Bogotá Humana” propuso reducirla a 31 por 100.000 nacidos vivos en 2016, como se refiere en la gráfica N° 4.

Si bien, este indicador presentó un incremento de 5,5 puntos en 2014 respecto a 2013, este ya alcanzaba la meta país a partir de 2010. Las razones de tales resultados estarían dadas por intervenciones para la atención de la salud materna producto de la aplicación en la ciudad de una política dirigida a la promoción de la salud materna y perinatal con implementación de la Red Social Materno Infantil y las intervenciones en el programa territorios saludables.

GRÁFICA 4
Comportamiento de la tasa de mortalidad materna con respecto a las metas propuestas



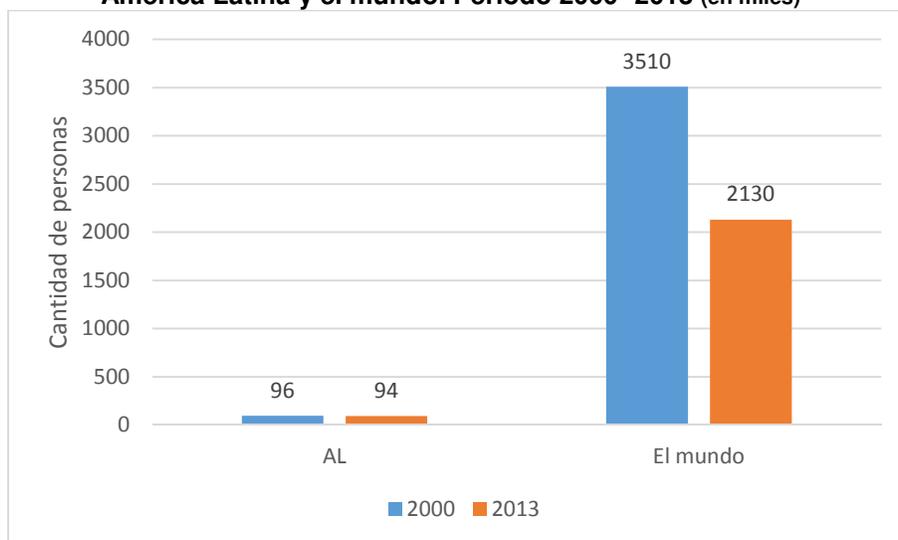
Fuente: Elaboración propia con base en información de Objetivos de desarrollo del milenio, Bogotá, a un año de la meta” Alcaldía Mayor de Bogotá, dic 2015.

Objetivo 6: Combatir el VIH /SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)

Como se observa en la gráfica N° 5, en el mundo las nuevas infecciones de VIH disminuyeron en aproximadamente 40%, entre 2000 y 2013, de un estimado de 3,5 millones de casos paso a 2,1 millones. Para junio de 2014; 13,6 millones de

personas con el VIH recibían terapia antirretroviral en todo el mundo, un aumento significativo con relación a las 800.000 personas que la recibían en 2003.

GRÁFICA 5
Variación de la cantidad de personas con nuevas infecciones de VIH en América Latina y el mundo. Período 2000- 2013 (en miles)



Fuente: ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015.

Se puede observar que la cantidad estimada de nuevas infecciones de VIH en América Latina, entre 2000 y 2013, disminuyó levemente en 2,1% pasando de 96.000 a 94.000 casos. La tasa anual de mortalidad por VIH Sida en Colombia en 2005 se redujo, al pasar de 5,4 a 4,8 por cada 100.000 habitantes.

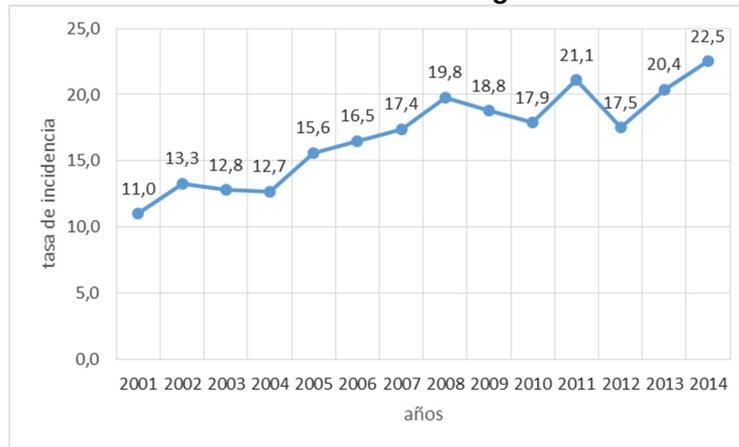
Se ha observado que en Bogotá la epidemia ha venido aumentando, con algunos picos en la década de los años 90, relacionados con campañas nacionales para realización masiva de la prueba de tamizaje para VIH. Como se aprecia en la gráfica N° 4, la proporción de incidencia de VIH/SIDA se elevó en el periodo 2012 - 2014, incrementándose la tasa en 5 puntos al pasar de 17,5 a 22,5.

En el histórico de la epidemia por VIH (gráfica 6), se identificaron dos momentos; el primero desde el inicio en 2001 hasta 2008, donde el aumento en la notificación de casos fue sostenido, y desde 2009 hasta 2014, se observaron oscilaciones como el decremento entre 2008 y 2010 en dos puntos, el pico de 21,1 en 2011 y finalmente el incremento en cinco puntos en el periodo de análisis al pasar de 17,5 en 2012 a 22,5 en 2014. La Administración de Bogotá sostuvo que, aunque la tendencia puede estar siendo al control, existe un sub-diagnóstico de VIH asociado especialmente a



estigma, discriminación y barreras socio-culturales, que refuerzan la dificultad de acceso a la prueba para VIH, que aumenta en poblaciones de mayor vulnerabilidad.

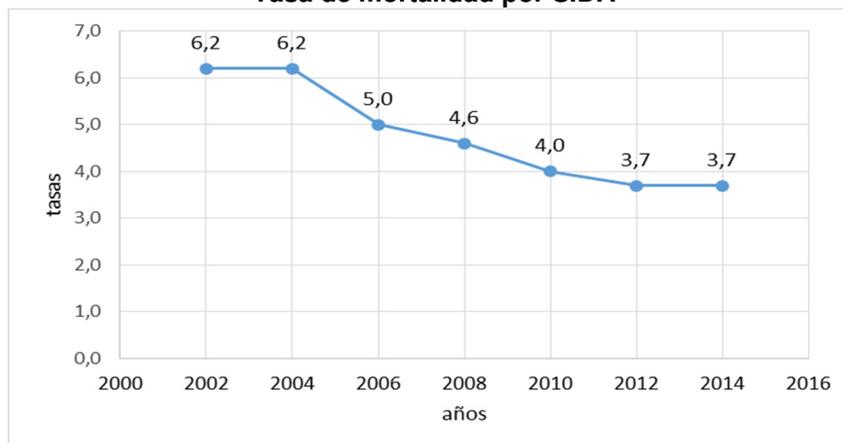
GRÁFICA 6
Tasa de incidencia del VIH en Bogotá 2001-2014



Fuente: Elaboración propia ODM. “Bogotá, a un año de la meta, dic 2015.”

En la gráfica N° 7 se observa el comportamiento de la tasa de mortalidad por SIDA para el período 2002 - 2014, donde señala una clara tendencia al descenso; comportamiento asociado a la aparición desde los años 90, de la Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad (TARGA) y los avances en la mejora del acceso a las personas viviendo con VIH que lo requieren.

GRÁFICA 7
Tasa de mortalidad por SIDA



Fuente: Elaboración propia con Bases de datos SDS-DANE y Sistema de Estadísticas Vitales -SDS.

1.2. EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA BOGOTÁ

Como parte de los dictados de Política Nacional de Salud, Bogotá estableció el documento: Plan territorial de salud 2012 - 2016, teniendo en cuenta que la salud como derecho fundamental de los ciudadanos es responsabilidad del Estado, y como tal, el gobierno distrital debe asumirla de manera consciente, mediante su reconocimiento, respeto, defensa y garantía, como aporte para que la población que vive, trabaja y transita en la ciudad logre desarrollar plenamente su potencial vital.

Para el efecto, se propone con el plan territorial de salud, entre otros, los siguientes compromisos, los cuales deberán adoptar todos los actores del sistema de salud¹⁵

- *“Proteger y preservar todas las formas de vida en la ciudad y en la región.*
- *Mejorar los resultados en salud para la población bogotana, mediante la transformación y adopción de un modelo basado en la estrategia de atención primaria en salud (APS), fortaleciendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la participación social, el trabajo intersectorial y la reorganización de redes.*
- *Favorecer el acceso al sistema de salud y la cobertura universal de la población, para la garantía efectiva del derecho a la salud y el disfrute de los beneficios de los diferentes planes definidos.*
- *Atender con humanización y estándares superiores de calidad a la población en los servicios de salud. Para ello se promoverá la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con énfasis en la reorganización y modernización de las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, para mejorar sustancialmente la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención, incluyendo el desarrollo de centros de alta especialización para enfermedades complejas.*
- *Proveer insumos hospitalarios esenciales y demás suministros del sector salud, con todos los actores del sistema, bajo prácticas éticas, garantizando su calidad, precios justos y relaciones financieras equilibradas en el sector”¹⁶. (El subrayado es nuestro)*

1.3. EL PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ HUMANA –PDD -BH

El Acuerdo Distrital N° 489 de 2012 formuló el Plan de desarrollo con base en tres ejes estructurantes, denominados: 1) *“Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”*; (que incluye el programa Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad),

¹⁵ Alcaldía Mayor de Bogotá, Plan Territorial de Salud 2012-2016.

¹⁶Alcaldía Mayor de Bogotá, Plan Territorial de Salud 2012-2016.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

2) *“Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua”* y 3) *“Una Bogotá que defiende y fortalece los público”*.

Los compromisos establecidos en el Acuerdo Distrital que expidió el Plan de Desarrollo *“Bogotá Humana”* para el período 2012-2015 en materia de infraestructura de salud son los siguientes¹⁷:

- *Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.*
- *Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.*
- *Crear el Instituto Distrital de Oncología, al 2016.*
- *Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias, al 2016.*
- *Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón, al 2016.*
- *Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital, 2016.*
- *Propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón, al 2016.*
- *Avanzar en la primera etapa de la puesta en operación del centro Hospitalario San Juan de Dios materno infantil que incluye: 1. Adecuación del centro de salud UPA San Juan de Dios; 2. Adecuación de las edificaciones actuales hasta donde las normas sobre patrimonio cultural, sismoresistencia y habilitación lo permitan y 3. Avance en la construcción de nuevas obras.*

El sector salud se expresa en el Plan de Desarrollo Distrital *“Bogotá Humana”* primordialmente a través del *“Programa Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad”*, mediante el cual la Administración Distrital se propuso asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a través de un modelo de salud humanizado, participativo, integral e incluyente, que basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la organización de los servicios estatales en red le permita de manera precisa modificar las condiciones que determinan la calidad de vida y la salud de la población del Distrito Capital, incluyendo la superación de todas aquellas situaciones problemáticas inherentes al modelo de seguridad social en salud prevaleciente en la ciudad y en el país y favoreciendo con su operación la atención integral y oportuna.

Esto se propuso, en coordinación y con el apoyo de la comunidad y los demás sectores y entidades de la Administración, bajo la perspectiva del enfoque diferencial en la atención, en cuanto a género, edad, ciclo vital, etnia, territorio, grupo y condición social, junto con la incorporación de once enfoques diferenciales para

¹⁷ Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. “Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables - Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016”.

la atención integral a víctimas del conflicto armado y el reconocimiento de prácticas de los grupos étnicos.

A la vez, plantea en su momento, lograr la universalización del aseguramiento en salud, el equilibrio entre planes de beneficios, la eliminación de barreras de acceso a servicios de salud, la disminución de mortalidad evitable, la reducción de embarazos tempranos y enfermedades de transmisión sexual, entre otras, con el ánimo de disminuir brechas de inequidad entre los diferentes grupos y territorios, haciendo énfasis en la equidad sanitaria, la salud pública y el financiamiento del sistema, en armonía con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El eje de los Territorios Saludables y Red para la Vida desde la Diversidad, plantea retos frente a los tres pilares del Plan de Desarrollo, *“Bogotá Humana 2012 – 2016”*: *“No segregar, No depredar y Rescate de lo público”*.

En concordancia con cada uno de los pilares del Plan y de los retos del programa, en 2012 se afirma en el plan territorial de salud que la Administración inició un trabajo intersectorial e interinstitucional entre el nivel central, los sectores de la Administración Distrital, el sector salud en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud y sus entidades adscritas. Las acciones realizadas deberían entonces obtener mejores resultados de salud en la población del Distrito Capital; favorecer el acceso a los servicios; fortalecer los hospitales públicos y rescatar procesos de formación, educación e investigación universitaria; así como el avance hacia la puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios.

Con base en este marco conceptual y como producto del proceso de armonización del sector con el plan de desarrollo anterior, la SDS estructuró 12 proyectos de inversión tendientes a cumplir las metas establecidas en el Plan de Desarrollo *“Bogotá Humana”*, los cuales hacen parte del eje estructurar número uno. *“Una ciudad que supera la segregación y la discriminación del ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”* y del programa número dos. *“Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”*, que se relacionan a continuación:

- 869 *“Salud para el buen vivir”*
- 872 *“Conocimiento para la salud”*
- 874 *“Acceso universal y efectivo a la salud”*
- 875 *“Atención a la población pobre no asegurada”*
- 876 *“Redes para la salud y la vida”*
- 877 *“Calidad de los servicios de salud en Bogotá D.C.”*
- 878 *“Hospital San Juan de Dios”*
- 879 *“Ciudad Salud”*
- 880 *“Modernización e infraestructura de salud”*



881 “Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria”

882 “Centro Distrital de ciencia, biotecnología e innovación para la vida y la salud humana”

883 “Salud en línea”

En el mes de julio de 2012 se efectuó la armonización del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, el cual con, las diferentes modificaciones presupuestales efectuadas posteriores al mismo, quedó con las siguientes partidas para los proyectos.

CUADRO 1
Proyectos referidos al Eje N° 2 del Plan de Desarrollo Bogotá Humana

Proyecto	Nombre	Disponible	Compromisos	Giros
869	Salud para el buen vivir	121.438.534.481	119.980.688.450	54.725.937.661
872	Conocimiento para la salud	285.102.000	260.102.000	109.952.568
874	Acceso universal y efectivo a la salud	415.846.239.617	313.783.841.390	308.099.898.715
875	Atención a la población pobre no asegurada	137.741.594.098	116.561.519.175	61.216.344.515
876	redes para la salud y la vida	206.945.766.218	205.487.048.525	191.722.823.658
877	Calidad de los servicios de salud en Bogotá	6.279.726.380	5.356.296.058	1.562.618.141
878	Hospital San Juan de Dios	3.500.000.000	3.287.919.682	743.879.001
879	Ciudad Salud	459.076.000	50.706.000	15.042.880
880	Modernización e infraestructura en Bogotá	64.174.720.800	46.864.245.561	1.910.814.963
881	Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	31.536.358.592	31.059.093.747	10.658.627.059
882	Centro Distrital de ciencia biotecnología e innovación para la vida	5.834.396.560	5.797.500.564	4.900.645.160
883	Salud en línea	12.032.925.700	11.923.782.188	2.359.515.747
884	Trabajo digno y decente para los trabajadores de salud	916.734.500	444.833.500	136.165.467
885	Salud ambiental	16.144.574.452	15.949.307.986	9.718.471.151
886	Fortalecimiento de la gestión y planeación para la salud	3.416.773.538	3.152.614.150	1.176.614.564
887	Bogotá decide en salud	3.442.868.000	3.297.165.500	2.010.578.898
Total		1.029.995.390.936	883.256.664.476	651.067.930.148

Fuente: Contraloría de Bogotá. Auditoria Gubernamental Regular a la SDS, vigencia 2015.

Por tratarse de la importancia que reviste la dotación de infraestructura física en el cumplimiento de un buen servicio de salud se estudiará con detenimiento en este capítulo de la planificación, lo preceptuado y el cumplimiento de los proyectos que tienen directa incidencia en este importante factor.

En este sentido se analizó el contenido, programación y cumplimiento de los compromisos del plan de equipamientos en salud y su desarrollo a partir de los proyectos 880 “Modernización e infraestructura en salud” y el 878 denominado “Hospital San Juan de Dios” dado que el primero contempla en sus metas la actualización y la ejecución del Plan Maestro de Equipamientos en la Salud –PMES, así como la puesta en marcha de algunas unidades del Hospital San Juan de Dios incorporándolas a la red hospitalaria de la Ciudad.

1.4. EL PLAN MAESTRO DE EQUIPAMIENTOS EN SALUD –PMES

El plan Maestro de equipamientos en salud –PMES se formuló en el Decreto Distrital N° 318 de 2006, teniendo en cuenta además que el Decreto 190 de 2004, que contiene la compilación del Plan de Ordenamiento Territorial –POT del Distrito Capital, define los Planes Maestros de equipamientos como instrumentos estructurantes de primer nivel, los cuales tienen un horizonte de largo plazo. Con base en ellos se estructura la estrategia de ordenamiento adoptada y se constituyen en instrumentos que orientan la programación de la inversión y los requerimientos de suelo para el desarrollo de las infraestructuras y equipamientos en este caso en materia de salud para la ciudad.

De la misma forma, el artículo 233 del Decreto anterior los equipamientos de salud son los destinados a la administración y a la prestación de servicios de salud, de promoción, protección específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, de todos los niveles de complejidad y categorías, así como las públicas – ESE de orden Distrital, Departamental o Nacional.

En este marco, la puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria en Salud implica la adecuación de los equipamientos existentes (Hospitales, UBAS, UPAS y CAMIS) y la construcción y dotación de los nuevos equipamientos de atención de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Razones suficientes para realizar dar una mirada al cumplimiento de tales proyectos.

En cuanto a la programación de obras, el PMES se refiere en general a un cronograma de corto plazo 2006 - 2012, mediano plazo 2012 - 2016 y de largo plazo 2016 - 2019 para la realización e intervención de puntos de infraestructura física mediante acciones de creación (obra nueva), de adecuaciones, reforzamiento estructural, reubicación de equipamientos y de sustituciones de predios o inmuebles mediante la aplicación de la norma.

Otros aspectos previstos en el PMES que se tienen en cuenta para el corto y el mediano plazo, aparte de la construcción o intervención de 38 y 60 puntos de equipamientos hospitalarios, se refieren a la formulación de los planes de regularización y manejo, la realización de las gestiones necesarias para la obtención del reconocimiento de la construcción de los sin licencia, y la obtención del permiso de ocupación requeridos. Para el largo plazo la norma habla de la Construcción e intervención en 28 equipamientos, 50.642 m² de superficie de espacio público sustituidos.



Lo más concreto expresado en la norma se refiere a la construcción e intervención de un total de 127 obras como sedes o puntos de atención hospitalaria, prescrito en el anexo II del Plan.

El diagnóstico sectorial para la formulación del PMES se fundamenta en garantizar el acceso a los servicios de salud a la población del Distrito sobre una base no discriminatoria y en la distribución equitativa de los servicios de salud, basado en el análisis de 3 componentes: Accesibilidad Espacial, Perfil Epidemiológico y Análisis de Vulnerabilidad Social.

El documento técnico de soporte del PMES, identifica que ante los criterios de Accesibilidad y Centralidad se requería de una redistribución y aumento en la cantidad de equipamientos del I y II nivel de atención, y en el caso de III Nivel, se debería optimizar y consolidar los servicios que existían para la vigencia. Se indica a su vez en este documento que el fortalecimiento de las centralidades descrito en el POT sirvió de punto de partida para la formulación del modelo urbano del PMES.

Con base en las estadísticas poblacionales realizadas por el DANE, para el año de 2014 a Bogotá se le proyectó una población de 7.776.845 habitantes. Con base en este dato, el Distrito Capital presentó un crecimiento poblacional entre los años de 2007 - 2015 de 1.400.000 personas, es decir, un de incremento poblacional de 20%, que debería reflejarse en un crecimiento proporcional en la demanda de servicios de salud.

Entre tanto, la capacidad instalada para recintos especializados, como se observa en el cuadro N° 2 se mantiene igual, y por ejemplo en el caso de las unidades odontológicas presenta una disminución entre 2007 y 2015 de 23 unidades, que en términos relativos representa 8,1% menos.

CUADRO 2
Cantidad de unidades especializadas de atención médica

Red Pública	2007	2011	2015
Salas de Cirugía	62	63	61
Salas de Parto	38	36	33
Unidades Odontológicas	282	271	259

Fuente: SDS.

Como se refiere en el cuadro N° 3, para establecer el grado de avance del PMES se revisó el avance de los 127 equipamientos contemplados en el Anexo II de este Plan, evidenciando que 101 de éstos no cuentan con ejecución alguna de obra y en

15 de ellos se han invertido \$9.662.millones, en estudios, diseños, licencias y otros. Sólo se han ejecutado y están en funcionamiento 16 equipamientos, que equivalen a 12,6%, según registro de auditoría a la vigencia de 2014. Estos 16 equipamientos tuvieron un valor aproximado de \$86.269.millones. Sólo habría una obra que corresponde a la UPA Usaquén, ejecutada plenamente dentro del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, lo cual corresponde al 6% de las obras terminadas del Plan Maestro de Equipamiento, conforme a lo registrado por la Administración.

Hasta la Administración de Bogotá Humana se registraron 41 obras comprometidas por valor de \$243,2 mil millones, de las cuales 15 se encuentran hasta ahora en estudios y diseños por valor de \$9.662 millones y 26 obras con intervención física por valor de \$233.505 millones, en donde 10 están en ejecución parcial con costo de \$147.2 mil millones y 16 efectivamente terminadas y entregadas por valor de \$86,2 mil millones, que representaron el 35,5% del total invertido a 2015. La participación porcentual se aprecia en el cuadro No. 3.

CUADRO 3
Balance de ejecución de obras del PMES

Estado de obra	BALANCE DE OBRAS EN PMS cantidad de obras	Periodos de gobierno			millones de \$ \$
		2004-08 BSI	2008-12 BP	2012-15 BH	
Terminadas y entregadas	16	7	3	* 6	86.269
En ejecución parcial	10		4	6	147.239
subtotal obras intervenidas	26				233.508
En Estudios diseños e inttervento	15			15	9.662
total obras comprometidas	41				243.170

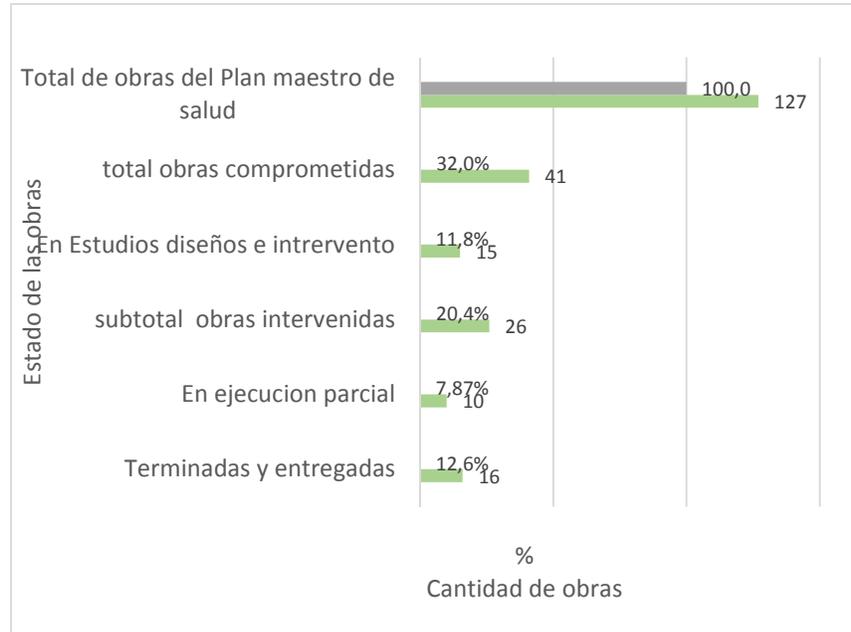
Fuente: Elaboración propia con base en informe de PME de la SDP, 2015.

Con respecto a la programación establecida en el Decreto N° 318 de 2006, se tiene que sólo se ha dado cumplimiento a 16 equipamientos del PMES que están beneficiando a la población del Distrito y representan el 12,6% del total de obras.

Con un valor ejecutado de \$233.508 millones para 26 obras intervenidas (terminadas y en ejecución) que respecto al costo inicial programado para el total de equipamientos fue de \$470.481 millones¹⁸, lo que muestra una ejecución por el orden de 49,6% del valor inicial calculado para la construcción de todo el plan de equipamiento. Esto refleja que los resultados son bajos. Ver gráfica N° 8.

GRÁFICA 8
Cumplimiento de metas del PMES

¹⁸Documento técnico de soporte- DTS del PMS.



Fuente: Elaboración propia con base en informe de PME de la SDP, 2015.

1.5. PROYECTOS QUE DESARROLLAN INFRAESTRUCTURA EN SALUD

A fin de observar el cumplimiento de los proyectos del programa Territorios saludables, que atañen directamente al desarrollo de infraestructura para la red hospitalaria a lo largo del período 2012-2016 se ha preparado el siguiente cuadro con corte a diciembre de 2015 y con base en las cifras del SEGPLAN en el seguimiento de proyectos que desarrollan el PDD, como lo muestra el cuadro N° 4.

CUADRO 4
Proyectos que desarrollan la infraestructura del Sector Salud

Proyectos	Cantidad de obra %			Recursos invertidos (millones de \$)		
	Programado	Ejecutado	Avance	Programado	Ejecutado	Avance
P. 880	100,0	48,4	48,4	897.669	141.020	29,2
P. 878		71,0	71,0	13.223	4.759	36,0
Total		61,8	61,8	910.892	145.779	29,4

Fuente: SEGPLAN 2015

1.5.1. El Proyecto 880: infraestructura para la salud

El Proyecto 880, estructurado para dar cumplimiento al desarrollo de la infraestructura en el sector salud, incluye la actualización y ejecución del PMES, la ejecución de proyectos de infraestructura para la creación de institutos



especializados y de equipamientos para redes prioritarias, como los Centros de salud y desarrollo humano.

A este proyecto se le fijó como objetivo: “Fortalecer la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en los tres niveles de complejidad, mediante la modernización de su capacidad instalada, tecnológica y equipamiento estructural, que permita el mejoramiento de la capacidad resolutoria, la competitividad, la sostenibilidad financiera, la amigabilidad ambiental, la humanización en la prestación de los servicios y que favorezca mejores resultados de la prestación de servicios salud.”¹⁹

CUADRO 5
Resultado de las metas del Proyecto 880

No	metas proyecto P. 880	Cantidad de obra en %		
		programado	Ejecutado	avance
1	Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas). que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas .	100	34,52	34,52
2	Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias .	100	14,64	14,64
3	Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón	100	34,7	34,7
4	Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital, 2016.	100	62,7	62,7
5	Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016	100	90	90
6	Crear una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción. (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud).	100	41,21	41,21
7	Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas	100	67,15	67,15
8	Crear el Instituto Distrital de Oncología .	100	54,09	54,09
9	Propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.	100	34,89	34,89
10	Actualizar el plan maestro de equipamiento en salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 2016	100	69	69
11	Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.	100	70,39	70,39
12	Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.	83	6	7,23
total y promedio de avance P.880				48,38

Fuente: SEGPLAN 2015.

Como se observa en el cuadro N° 5, el proyecto está integrado por 12 metas, de las cuales, ocho (8) contemplan la creación de infraestructuras para instituciones especializadas como los institutos de neurociencias, enfermedades crónicas, tórax y corazón, drogodependencia, discapacidad y trasplante de órganos vitales, una referida a la creación de una ciudadela de salud mental, dos de ellas referidas a la actualización y ejecución de obras del PMES y una referida a poner en marcha 83 centros de salud y desarrollo humano.

¹⁹Ficha EBID del proyecto 880 a 2016.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

De los resultados obtenidos del Sistema de Seguimiento al Plan de Desarrollo Distrital -SEGPLAN, se tiene que en el período estudiado correspondiente al Plan de Desarrollo *“Bogotá Humana 2012 – 2016”* reportó avances en el cumplimiento de las cantidades de obra de 48,4% sobre el total de la programación, reflejando los mayores avances en el cumplimiento de la ejecución del PMES con 70,4% y de los institutos pediátrico, de salud mental y de oncología y de discapacidad.

La meta diez relacionada en el cuadro N° 5, del proyecto 880, tuvo como propósito la actualización del PMES y reportó avance del 69%. No obstante, el Plan no ha sido actualizado, ni aprobada su actualización, por consiguiente lo que se ha hecho es trabajar sobre proyectos por punto de intervención.

La meta once que refiere: *“Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012 – 2016”* cuyos resultados se presentaron detalladamente en el punto anterior y registraron una ejecución de \$105,3 mil millones, que representó 14,3% de lo planeado y el 75,5% del total de la inversión del proyecto 880.

Del estudio de los avances de obra registrados por la Administración en el SEGPLAN se deriva que la realización del plan maestro del período de estudio se dio con la inversión de equipos médicos para la dotación hospitalaria y la formulación de planes de contingencia y poco en la concreción de infraestructura física hospitalaria, como se demuestra con la adquisición de camillas hidráulicas para la casi totalidad de hospitales de la red distrital, de equipos biométricos y monitores, pero con la anotación de “en espera” para la adquisición de 25 predios y sólo el registro de \$682 millones como costo de adecuación de áreas físicas de cuidado neonatal y la construcción de la primera fase de la red contra incendios del Hospital El Tunal que incluye un anillo perimetral.

La realización infraestructural se redujo a la adecuación de espacios y localidades en algunos hospitales y los recursos parecen haberse utilizado prioritariamente en adquisición de elementos médicos y logísticos, con marcada incidencia en el cumplimiento de los objetivos distritales de desarrollo del milenio para disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna primordialmente²⁰. Con ello se diluyen los

²⁰ Se reporta que para esta vigencia, no se alcanza a comprar los 25 predios cuya adquisición dependerá de los resultados de los avalúos y que no se pudo dejar comprometidos recursos para la adquisición de los lotes en la vigencia. Como avances se registra por parte de la SDS la construcción de la primera fase de la red contra incendios del Hospital El Tunal que incluye el un anillo perimetral. Igualmente “Se suscribió el contrato de obra N° 1724 de 2014, por valor de \$40.156.480 para realizar el plan de contingencia para el proyecto de esterilización del Hospital Simón Bolívar. Se suscribió el contrato de obra N° 1669-2014 por valor de \$ 435.314.968 para realizar la adecuación y modernización de la Central de Esterilización del Hospital Simón Bolívar. Se suscribió el Contrato N° 1670-2014 por valor



objetivos propuestos en el PMES para la creación y construcción de varios institutos y unidades de especialización médica requeridos con forme a los diagnósticos de demanda del servicio de salud Distrital.

Le siguió la meta 4, la creación del Instituto Distrital Pediátrico, con ejecución de \$13.181 millones, 52,2% sobre los \$25.236 millones programados.

CUADRO 6
Ejecución de los recursos del proyecto 880

No	metas proyecto P. 880	recursos invertidos en millones de \$			participacion	
		programado	Ejecutado	avance	programado	ejecutado
1	Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas). que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.	7.649	395	5,16	0,85	0,28
2	Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.	1.407	0	0,00	0,16	0,00
3	Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón	67.175	5.000	7,44	7,48	3,55
4	Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital, 2016.	25.236	13.181	52,23	2,81	9,35
5	Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016	539	96	17,81	0,06	0,07
6	Crear una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción. (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud).	1.739	0	0,00	0,19	0,00
7	Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas	14.650	6.998	47,77	1,63	4,96
8	Crear el Instituto Distrital de Oncología.	2.519	2.000	79,40	0,28	1,42
9	Propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.	288	85	29,51	0,03	0,06
10	Actualizar el plan maestro de equipamiento en salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 2016	667	518	77,66	0,07	0,37
11	Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.	737.459	105.319	14,28	82,15	74,68
12	Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.	38.341	7.428	19,37	4,27	5,27
	total y promedio de avance P.880	897.669	141.020	29,22	100,00	100,00

Fuente: SEGPLAN 2015.

El último reporte de los avances del SEGPLAN refiere que el 22 de julio de 2015 se publicaron los pliegos definitivos del proceso de licitación para la obra blanca, acabados y suministro e instalación de equipo de aire medicinal, para la puesta en funcionamiento del Hospital El Tintal, con adjudicación para su ejecución al Consorcio Tintal 2015 el 10 de septiembre de 2015, mediante contrato N° 1524-

de \$32.205.000 para realizar la interventoría al contrato de obra...” “El Hospital Tunjuelito adquirió dotación para la Unidad de Cuidados Neonatales financiada con recursos del Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito. Con la apertura del nuevo servicio cerca de 2.836 recién nacidos de la Red Territorial Sur y 6.500 en el Distrito Capital serán los beneficiarios de la ampliación de la oferta de servicios de salud, \$682 millones costó la adecuación y modernización de áreas físicas de la Unidad y \$368 millones fue el valor de la adquisición y puesta en funcionamiento de los equipos biomédicos. La puesta en funcionamiento de once camas de hospitalización en la misma unidad neonatal le permite a la Red Territorial Sur ampliar la oferta de servicios, disminuir los índices de morbilidad neonatal...”. “Puesta en funcionamiento de las camillas hidráulicas de transporte y monitores de signos vitales en los hospitales: La Victoria, Tunal, Engativá, Kennedy, Santa Clara, San Blas, Meissen, Bosa, Tunjuelito, Centro Oriente, Suba, Del Sur, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe” “El 19-02-2015 se inaugura y pone en funcionamiento la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos en el Hospital Engativá. La nueva UCI Adultos cuenta con: 10 camas hospitalarias eléctricas, Equipos de última tecnología como ventiladores y monitores de presión invasiva, fijos y de transporte, con su respectiva central de monitoreo”. Del reporte en SEGPLAN (subrayado es nuestro).



2015 con plazo de 3 meses. Igualmente, la SDS habría adelantado la adjudicación al mismo consorcio de la interventoría administrativa, técnica, legal y financiera a fin de poner en funcionamiento del Hospital El Tintal E.S.E de II Nivel, contrato iniciado el 19 de octubre de 2015 por 4 meses. Finalmente informa que se realizó el ajuste de la infraestructura del Hospital para dar cumplimiento de las condiciones habilitantes y normativas vigentes y que el 30 de diciembre 2015 se inauguró el Hospital El Tintal, dando apertura al servicio de consulta externa²¹.

Sin embargo, en el reporte de auditoría actualizado a 2014 la Contraloría evidenciaba gastos en el cometido que no se compadecen con los niveles de ejecución y que incluso dejan ver que la creación del instituto como tal se disuadía con actividades y obras para la puesta en marcha del mencionado hospital como se aprecia a continuación *“Con respecto a esta meta, se reporta en la vigencia 2012 un presupuesto comprometido por valor de \$25.397.636 para un nivel de ejecución del 0,5%; en la vigencia 2013 se comprometen \$5.187.882.275 para un nivel de ejecución del 100% y en la vigencia 2014 los compromisos presupuestales de esta meta fueron de \$5.620.797.377 alcanzando un nivel de ejecución del 60,4%. Con respecto a la ejecución de la magnitud de la meta “Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital, 2016..., se observa que la SDS ha reportado en SEGPLAN, para la vigencia 2012, un 7,5% de nivel de cumplimiento, para el 2013 reportan un 73,3% y para la vigencia 2014 un 97,0%. Es decir, de un acumulado de 52,0% de la meta ya programada a diciembre de 2014; se ha ejecutado 45,1% para un nivel de cumplimiento acumulado del 86,73% en lo transcurrido del Plan de Desarrollo Bogotá Humana. Sin embargo, a la fecha no hay establecido en Plan Bial Proyecto relacionado con la creación de un instituto Pediátrico Distrital ni un proyecto viabilizado para su funcionamiento en un Hospital del Distrito...”*²² (el subrayado es nuestro).

Respecto de la meta de creación del Instituto Distrital del Trasplante como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón, se planearon las siguientes actividades (del informe de auditoría al FFDS):

- *Elaboración de estudio de factibilidad para la conformación de una ESE pública como entidad especializada de trasplante*
- *Gestión de recursos ante otras fuentes de financiación.*
- *Desarrollo de la infraestructura*

Sobre el tema de desarrollo de infraestructura, la SDS informó para la vigencia de 2014 en particular sobre el tratamiento del hospital Santa Clara, en el cual se suponía su localización *“Se cuenta con los diseños de reforzamiento estructural para los edificios patrimoniales, con la socialización ante el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural (IDPC). En la visita técnica del IDPC el 29-04-2014 se tuvo un primer concepto en el cual no se ve la necesidad de realizar el Plan Especial de Manejo y Protección (PEMP), se solicita por parte del IDPC presentar*

²¹ SEGPLAN, 2015

²² Informe de Auditoría Regular al FFS-SDS, evaluación de metas del Proyecto 880 PAD 2015.



“Una Contraloría aliada con Bogotá”

un esquema básico del proyecto de ampliación del Hospital Santa Clara para tomar una decisión definitiva. Copia de acta en archivo del Hospital. Se da viabilidad por parte de la SDS a la compra de los predios para dar continuidad al proceso de reordenamiento y ampliación de la ESE Santa Clara²³”.

Con respecto a esta meta, el cumplimiento definitivo se vincula a la construcción de la nueva torre del hospital Santa Clara, encontrándose que a la fecha aún no se habían adquirido los terrenos para iniciar la construcción.

Los resultados de la meta siete referida a la adaptación de la clínica Fray Bartolomé para personas con discapacidad muestran un avance de 47,8%, ejecutando \$6.998 millones (4,96% del proyecto) sobre los \$14.650 millones programados. Al respecto los avances se refieren a la *“Identificación de los servicios de rehabilitación habilitados en el Distrito Capital por servicio, subred territorial, Localidad, UPZ, permitiendo la realización de muestreos simples o estratificados para la definición de prestadores con los que se desarrollen las acciones de fortalecimiento institucional para la consolidación de la red de rehabilitación mediante 240 puntos de atención con caracterización de la oferta de los servicios de rehabilitación, y 450 puntos de atención priorizados para el desarrollo de acciones de fortalecimiento a la red de rehabilitación...”* pero no se refiere a obras relacionadas con la adecuaciones física o de dotación para la clínica a fin de fortalecer la prestación del servicio a la población con discapacitada.

El Instituto Distrital del Tórax y Corazón programó \$67.115 millones, de los cuales ejecutó \$5.000 millones, es decir el 7,5% de lo programado y 3,6% de lo ejecutado, para un corto avance de 7,4%.

Como lo expresó el Ministerio de Salud y la Protección Social, en oficio con radicado N° 201323100992381 del 08-08-2013, donde emitió concepto técnico a la propuesta de ajuste a la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C., y concluye que no se aprueban nuevas infraestructuras y servicios. La Alcaldía Mayor impartió el lineamiento de articular las obras nuevas de institutos en infraestructuras existentes del D.C., razón por la cual el Instituto Distrital de Tórax y Corazón se articuló con el proyecto *“Reforzamiento estructural, Reordenamiento Físico Funcional y ampliación Hospital Santa Clara ESE”*.

Al respecto, la Administración reportó las siguientes actuaciones:

El 26 de noviembre 2015 se realizó comité de liquidación del convenio en el que el Hospital Santa Clara entrega las actas de liquidación de los contratos derivados del

²³Ibídem.



convenio N° 1064-2008, estado de cuenta de los contratos y rendimientos financieros de los recursos del convenio. Se solicitó a Contabilidad el estado de cuenta del convenio N° 1064-2008 y el 23 de diciembre 2015 con radicado N° 2015EE92253 se informó al Hospital Santa Clara el procedimiento a seguir frente a la terminación del convenio.

Al mismo tiempo manifestó que no se obtuvo respuesta por parte de la Curaduría al trámite de subdivisión de lote Malaria y que este trámite lo estaba adelantando directamente el Ministerio de Salud y la Protección Social, de lo cual Informalmente, del Ministerio comunicaron que entregaban la totalidad del lote siempre y cuando se entregará a cambio un lote de menor extensión para el Fondo Nacional de Estupefacientes y que al no obtenerse respuesta en comité se tomó la decisión de terminar el convenio.

Mediante radicado N° 2015IE18371 la Subdirección de contratación hizo devolución de la solicitud de prórroga del convenio N° 1064-2008 sin tramite, indicando que de acuerdo al comité realizado en el mes de junio no se visualizó la posibilidad de adquirir el predio Malaria y tampoco se obtuvo viabilidad al proyecto de intervención de reforzamiento estructural de los edificios patrimoniales por parte del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, por lo tanto se procederá con la liquidación del convenio. Finalmente declara que por lo anterior no se podrá cumplir la meta y que la nueva administración deberá realizar la pertinencia de continuar o no con el proyecto de acuerdo a su plan de gobierno.

La creación del Instituto de Oncología, que reporta avances de 79,4%, ejecutó \$2.000 millones (0,3% del proyecto) sobre los \$2.519 millones programados.

La máxima concreción de esta meta la refiere la administración distrital como la suscripción el 29 de diciembre de 2015 del convenio N° 1709-2015 con el Hospital Occidente de Kennedy para *"Aunar esfuerzos para contratar los estudios y diseños técnicos necesarios para la construcción, dotación y puesta en funcionamiento de la unidad especializada oncológica"*, en el marco del proyecto denominado *"Estudios y diseños para la delimitación del proyecto de construcción y dotación de la Unidad especializada Oncológica"* por valor de \$2.000 millones y plazo de ejecución de 18 meses y del proyecto de inversión *"Estudios y diseños para la delimitación del proyecto de Construcción y Dotación de la unidad Especializada Oncológica"*, inscrito en el Banco de Programas y Proyectos el 15-09-2015 con código N° 20152004²⁴. Con esto se tiene que la inversión para la meta del proyecto 880 también quedó relegada a los trámites de convenio, sobre el final del

²⁴ Del informe SEGPLAN 2015



plan de desarrollo, con un hospital y de elaboración de estudios para delimitar el proyecto de construcción y dotación de la unidad médica pretendida.

La meta referida a la ampliación del Instituto Distrital de Neurociencias no registra avances a pesar de haberse programado \$1.407 millones, dado que el Ministerio de Salud y la Protección Social emitió concepto técnico a la propuesta de ajuste a la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. en el que concluye que no se aprueban nuevas infraestructuras y servicios, por tal motivo la Alcaldía Mayor dio el lineamiento de articular las obras nuevas del Instituto Distrital de Neurociencias con el proyecto *“Centro de Excelencia en Neurociencias del Hospital Kennedy”*; para la Fase uno se contemplan *“Adecuaciones del centro de excelencia especializados en epilepsia y reumatología Hospital Occidente De Kennedy”*. Es claro que no se asignaron recursos para esta meta y el proyecto que está ejecutando el Hospital lo está financiando con recursos propios.

Respecto de la meta denominada *“Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial”*, el reporte a diciembre de 2015 muestra un avance de 17,8%, ejecutando \$96 millones (0,07% del total del proyecto) sobre los \$539 millones programados. Respecto de esta meta del Proyecto 880, la Contraloría de Bogotá en informe de auditoría referenciaba *“La SDS reporta en SEGPLAN un acumulado programado de la meta correspondiente al Plan de Desarrollo Bogotá Humana del 60%, ante lo cual se reporta un nivel de cumplimiento acumulado del 42,33%, es decir, la entidad ha reportado que ha cumplido casi el 50% de la meta, sin embargo se observó: Se suscribió el convenio interadministrativo 2449 el 4 de enero de 2012 entre el Hospital de Usme y el FFDS –SDS por valor \$438.880.047 cuyo objeto es Aunar esfuerzos para desarrollar y ejecutar las acciones necesarias para realizar Estudios y diseños para la Ciudadela De la Salud Mental - Hospital de Usme. A la fecha, estos recursos con cargo al convenio no han sido girados al hospital y no se ha realizado la contratación de los estudios y diseños porque a la fecha no ha sido avalado el proyecto de inversión. El Hospital de Usme radicó el Proyecto Construcción y Dotación Ciudadela Salud Mental para atención a niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas ante el Ministerio de Salud y Protección social y esta entidad emitió concepto al ajuste 1 del plan Bienal de Inversiones en salud 2014-2015 el 11-08-2014, en el cual se aprobó el proyecto por \$10.544.929.000 para el componente de infraestructura. No se explica este ente de control, el nivel de cumplimiento reportado sin contar aún con un proyecto de inversión viabilizado y teniendo en cuenta que las actividades que conforman la meta incluyen el “Diseño y formulación de los instrumentos urbanísticos y estudios complementarios que requiera la Ciudadela Distrital en salud mental” y el Desarrollo de la infraestructura y dotación requerida para funcionamiento de la Ciudadela Distrital en salud mental, de lo cual no hay ejecución”²⁵.*

²⁵Ibídem.



Con relación a la creación del Instituto de Enfermedades Crónicas, se reportó \$7.649 millones programados y \$395 millones ejecutados con un avance de ejecución presupuestal de 5,2% y un avance físico de obra de 34,5%.

Los recursos comprometidos, al parecer desde el año 2013, conforme a la evaluación de metas referida *“También se observa que la SDS reportó en el SEGPLAN recursos apropiados y comprometidos en la vigencia 2013 por valor de \$395.105.570, los cuales, según el organismo de control fiscal no se identificó los contratos que la SDS firmo para la ejecución de esta meta en el plan de contratación /plan de adquisiciones del proyecto de inversión. La SDS reporta a diciembre de 2014 un acumulado en la programación de esta meta para los tres primeros años del Plan de Desarrollo, del 60%, con ejecución del 34,52%, siendo el nivel de cumplimiento alcanzado, de 57,53%. Sin que se haya cumplido ninguna de las actividades que conforman la meta”*²⁶.

Respecto de la meta doce poner en marcha 83 centros de salud y Desarrollo Humano. *“La SDS reporta la creación de 4 Centros de Salud y Desarrollo Humano”* en lo corrido del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, sin embargo, se suscribió convenios para 20 CSDH, suscritos con los Hospitales.

Para la ejecución de esta meta, la SDS previó recursos por \$38,3 mil millones, de los cuales comprometió un monto de \$7,4 mil millones, reportando un nivel de ejecución de 19,3%.

En el anexo N° 3 del informe presentado por la SDS a la auditoría mencionada²⁷ se relacionaron 20 convenios suscritos con los hospitales con el objeto de desarrollar y ejecutar obras y adecuaciones requeridas para la puesta en funcionamiento de Centros de Salud y Desarrollo Humano por un monto total de \$7.428 millones y que ante el concepto del Ministerio en el que no se aprobaron nuevos servicios de salud o infraestructuras, los proyectos de inversión de CSDH, no fueron aprobados en el Plan Bienal, requiriendo con ello, iniciar el proceso de reformulación de los mismos. Del monto total de estos recursos, se habrían ejecutado \$705,5 millones para la adquisición de las UBA móvil de los hospitales Fontibón y Pablo VI Bosa.

Se aclara por parte de la Contraloría que a la vigencia de 2014 *“si bien, la SDS ha reportado un nivel de ejecución de recursos del 36% para esta meta y no se tuvo la autorización para ejecutarlos, posterior a la suscripción de 20 convenios interadministrativos, se ejecutó realmente el 3% de estos recursos y no el 36%, lo que evidencia indebida planeación para comprometer los mismos, como se ha consignado en otros puntos del informe. Esto conlleva a un reproceso administrativo tanto de los hospitales como de la SDS, requiriéndose la reformulación, apoyo técnico,*

²⁶Ibídem.

²⁷Ibídem.

asesoría y tramite de nuevos proyectos, lo que genera sobrecostos. Por otra parte, permanecen recursos sin ejecutar, congelados, que generan una pérdida de oportunidad de inversión con una consecuente disminución de su poder adquisitivo y una población sin beneficios”.

1.5.2. Proyecto 878 Hospital San Juan de Dios

Como se manifestó en el punto 1.3 de este estudio, la Administración de Bogotá Humana estableció el proyecto bandera 878 de infraestructura en la salud para la capital y se propuso *“Avanzar el 100% en la primera etapa de la puesta en operación del centro Hospitalario San Juan de Dios materno infantil que incluye: 1. Adecuación del centro de salud UPA San Juan de Dios; 2. Adecuación de las edificaciones actuales hasta donde las normas sobre patrimonio cultural, sismo resistencia y habilitación lo permitan y 3. Avance en la construcción de nuevas obras”*²⁸

En el cuadro N° 4 de los proyectos de infraestructura, se reportó un avance de obra física de 71% y se programaron recursos por valor de \$ 13.223 millones para una ejecución por valor de \$ 4.759 millones que representa cerca del 40% de recursos utilizados.

Del seguimiento a los resultados de este proyecto, la Administración dio cuenta de las siguientes actividades²⁹:

La Universidad Nacional entrega el documento técnico del Plan Especial de Manejo y Protección -PEMP que incluye el diagnóstico y la propuesta con anexos técnicos y algunos documentos soportes de oferta y demanda, afirmando que esto está bastante avanzado en aspectos de los edificios, patrimoniales pero algo menos en los aspectos urbanísticos de sostenibilidad e institucionalidad. Sobre esto habrían entregado los comentarios al equipo técnico de supervisión del contrato con la universidad.

Se tiene un portafolio de servicios de trauma y urgencias de alta complejidad y el portafolio de servicios de Salud Mental a implementar en el edificio Unidad de Valoración y Observación -UVO. Se realizó el prediseño del servicio de salud mental en el edificio y se revisó el documento de oferta y demanda, para lo cual se entregó información pertinente con el fin de que el estudio fuera ajustado de acuerdo a la solicitud de los especialistas.

²⁸ Acuerdo 489 de 2012, PDD Bogotá Humana 2012-2016.

²⁹ Con base en la información suministrada por el SEGPLAN.

Se elaboraron tres propuestas de Proyecto Médico Arquitectónico -PMA para el ala sur oriental de la Torre central y ERU-SDS -HSC. Se contó con proyectos provisionales y planos de zonificación para diseños iniciales y presupuesto.

Se avanzó en la aprobación del proyecto de reforzamiento del Instituto Materno Infantil -IMI y se dispuso de un portafolio consolidado de servicios definitivo para la Torre Central. Se avanzó en la aprobación de la restauración del IMI por parte del Instituto Distrital del patrimonio -IDPC y el Ministerio de Cultura, se ajustó el valor final del proyecto, pero fue suspendido el convenio SDS - IDPC para el proyecto de reforzamiento estructural y restauración, mientras definen cómo se soluciona el tema de la propiedad.

Se consideró la posibilidad de expropiar el Conjunto HSJD como única forma de solucionar los problemas de titularidad que limitan la posibilidad de inversiones mientras que se produce la resolución de aprobación del proyecto de restauración del IMI, cuya alternativa jurídica de expropiación por vía administrativa permitiría intervenir sin riesgos jurídicos los bienes.

Se dispuso de un documento Técnico, proyecto Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana, Centro de Terapias Avanzadas y medicina Regenerativa y portafolio de servicios de investigación en el edificio San Roque.

Se identificaron los adicionales a las obras que se realizarán, en especial la necesidad de empezar desde ahora con el diseño y contratación de las obras de redes, especialmente de los gases, sin las cuales es imposible habilitar la prestación de servicios. Se radicaron los proyectos para la dotación de la operación del Hospital de Kennedy en el HSJD. Se realizaron nuevas visitas al edificio central área de urgencias.

Lo informado por la Administración refleja las dificultades y tropiezos para avanzar en el reordenamiento y revitalización del proyecto San Juan de Dios, en temas prediales y de titularidad, que como se sabe son de carácter institucional, nacional y local; así como también del orden cultural - patrimonial, que requieren de intrincados procesos aprobatorios y que parecen estar dando mayor crédito al valor arquitectónico de la antigua edificación que al potencial y capacidad para generar nuevos servicios en salud.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

En este contexto, en últimas resulta que los procesos de reordenamiento sean muy dispendiosos y costosos para su logro, dado lo cual tendría sentido lo expresado por la actual administración *“Bogotá Mejor para Todos”*, al referirse que no tiene interés en revivir este proyecto pues con lo que termina costando su desarrollo, podría construir tres hospitales nuevos quizá más pequeños pero funcionales.

2. RED HOSPITALARIA

2.1. ORGANIZACIÓN OPERATIVA

La Red hospitalaria de Bogotá está conformada por 22 hospitales y se encuentran clasificados por niveles de atención, de acuerdo a su capacidad, responsabilidad, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos que cada uno posee, con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos y mantener la calidad en la prestación de los servicios.

El Acuerdo 20 de 1990, en su Capítulo III, denominado *“De la organización operativa”* clasifica, para el período en estudio, los niveles de atención en tres (3), teniendo en cuenta el tipo de organismo, las patologías prevalentes, los recursos profesionales, técnicos auxiliares y administrativos, la dotación en equipos e instrumental médico-quirúrgico, los sistemas de información y la localización geográfica.

El Primer Nivel lo caracteriza la atención básica prestada por puestos y centros de salud y los hospitales locales los cuales cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales y los Centros de Atención Médica Inmediata o CAMI 1.

El Segundo Nivel lo caracteriza la atención intermedia dada por médicos generales y de las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía gineco - obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, línea de Trauma y Fisiatría, así como la atención de partos de bajo y mediano riesgo, urgencias, consulta externa, odontología, cirugía ambulatoria y hospitalización, los cuales serán prestados por hospitales de este nivel y los CAMI 2.

El Tercer Nivel caracterizado por la atención de alta complejidad brindada por médicos y odontólogos generales, especialistas básicos y subespecialistas para problemas patológicos complejos, además cuentan con instalaciones y equipos de alta tecnología:

Esta estructura se mantuvo vigente durante la ejecución del *“Plan de Desarrollo Bogotá Humana”*, por lo que forma parte de este estudio. Dentro del Plan estaba contemplado la puesta en marcha del Hospital San Juan de Dios, que sería el primer hospital público de IV nivel, capaz de hacer trasplantes de órganos, convertirse en una escuela de investigación, donde se tomen imágenes diagnósticas de alta complejidad, todos los procedimientos para oncología o tratamientos contra el



cáncer y atención de patologías de tipo catastrófico. Las ESE de Bogotá están clasificadas de acuerdo al cuadro No. 7.

CUADRO 7
Red Hospitalaria de Bogotá. Clasificación de las E.S.E.

Empresas Sociales del estado de I Nivel	Hospital Usme
	Hospital Vista Hermosa
	Hospital San Cristóbal
	Hospital Rafael Uribe Uribe
	Hospital Pablo VI Bosa
	Hospital Nazareth
	Hospital del Sur
	Hospital Chapinero
	Hospital de Suba
	Hospital de Usaquén
Empresas Sociales del estado de II Nivel	Hospital Centro Oriente
	Hospital Bosa
	Hospital Engativá
	Hospital Fontibón
	Hospital Meissen
	Hospital San Blas
	Hospital Tunjuelito
Empresas Sociales del estado de III Nivel	Hospital El Tunal
	Hospital La Victoria
	Hospital Occidente de Kennedy
	Hospital Santa Clara
	Hospital Simón Bolívar

Fuente: Secretaría Distrital de Salud SDS.

En el documento “Actualización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C.” de la Secretaría Distrital de Salud, y en el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud”, del Ministerio de la Protección Social, se efectúa la conformación de las redes de prestación de servicios, que integran los servicios ofrecidos y proyectados en las ESE públicas. En la vigencia 2016 se reorganizó el Sector Salud del Distrito Capital, adoptando la estrategia de fusionar las Empresas Sociales del Estado, creando cuatro grandes E.S.E., denominadas Subredes de Prestación de Servicios de Salud.



2.1.1. Régimen Subsidiado

El artículo 211 de la ley 100 de 1993 define el régimen subsidiado como “*un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad*”, lo que permite inferir que por esta vía el legislador busca hacer efectivo el derecho a la salud a la población más vulnerable y sin capacidad de pago.

La misma Ley consagra los objetivos de este régimen en el artículo 212, así:

“ART. 212. —Creación del régimen. Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el consejo nacional de seguridad social en salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990”.

Sobre el régimen subsidiado, la Corte Constitucional, manifestó lo siguiente:³⁰

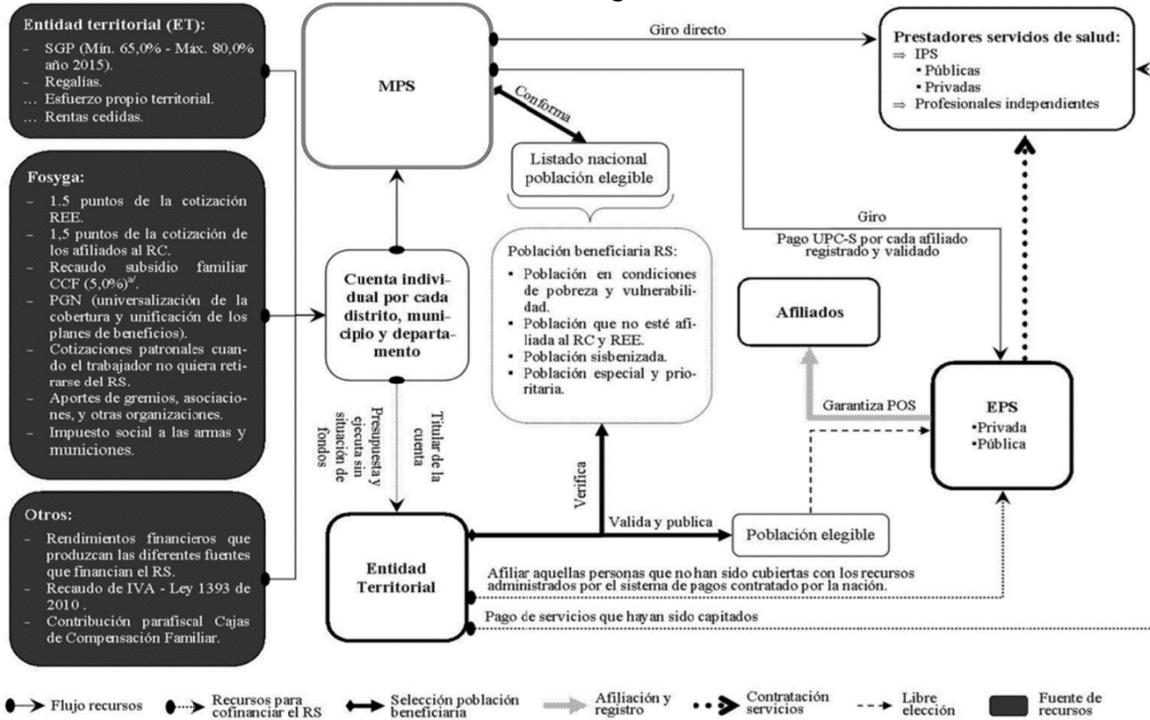
“Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo especial importancia dentro de este grupo, personas como las madres durante el embarazo, parto (.....).

El carácter del subsidio que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda (...).

La administración del régimen subsidiado corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Las EPS que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el POS”.

³⁰ Sentencia C-828/01 CC.

GRÁFICA 9
Funcionamiento del Régimen Subsidiado



a/. Las cajas que obtengan un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, tendrán que destinar un 10%. (Ley 100 de 1993. Artículo 217)

Fuente: Documentos de trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República N° 201, marzo 2014.

En la gráfica anterior se observa el origen y distribución de los recursos que van a financiar el régimen subsidiado, así mismo, las entidades que intervienen en el manejo de los recursos, además quienes hacen las afiliaciones y registros, validar y publicar, de igual forma, la contratación que realizan los entes territoriales con las EPS y el flujo de recursos de éstas hacia las IPS y profesionales independientes.

2.2. COBERTURA

Durante la ejecución del “Plan de Desarrollo de la Bogotá Humana”, el cubrimiento presenta un estancamiento relativo dado que la cantidad de personas vinculadas no presenta mayores variaciones de una anualidad a la otra.



CUADRO 8
Cobertura

Régimen	2012	2013	2014	2015
Subsidiado	1.251.955	1.267.841	1.274.295	1.291.158
Contributivo	5.428.533	5.479.904	5.766.285	6.072.240
Total	6.680.488	6.747.745	7.040.570	7.363.398

Fuente: Secretaría Distrital de Salud –SDS.

En promedio, la cantidad total de personas vinculadas del 2012 al 2015 presenta un incremento de 10,2%, lo que en términos absolutos significa que 682 personas fueron adicionalmente vinculadas; de las cuales 3,1% pertenecen al sistema subsidiado y 11,9% al régimen contributivo, tal como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO 9
Variación Porcentual de la Cobertura

Régimen	2012	2013	2014	2015	2012/2015
Subsidiado	-0-	1,3	0,5	1,3	3,1
Contributivo	-0-	0,9	5,2	5,3	11,9
Total	-0-	1,0	4,3	4,6	10,2

Fuente: Elaboración Subdirección de Estudios Económicos, Contraloría de Bogotá.

Es importante señalar que mientras el cubrimiento en el sistema contributivo se incrementa (en promedio) 11,9%, el sistema subsidiado solamente se aumenta en un 3,1%; lo que permite deducir que los incrementos son bajos en el sistema subsidiado, mientras que en el contributivo el incremento es hasta cinco veces mayor. Esta relación se percibe en la participación de cada régimen respecto del total de personas vinculadas anualmente, tal como se presenta en el siguiente cuadro.

CUADRO 10
Participación porcentual de la Cobertura

Régimen	2012	2013	2014	2015
Subsidiado	18,7	18,8	18,1	17,5
Contributivo	81,3	81,2	81,9	82,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración Subdirección de Estudios Económicos, Contraloría de Bogotá.

Mientras que, en el 2013, el sistema contributivo tiene una participación total superior al 81,2%, durante el período estudiado el régimen subsidiado no pasa de 18,8%, año que presenta el mayor porcentaje de participación.



2.3. RELACIÓN OFERTA-DEMANDA

En cuanto a la atención en consulta externa durante el período fueron realizadas, en promedio anual, un 50% respecto de las personas registradas en el sistema (ver tabla de cobertura). Nótese que el total de consulta no cambia significativamente durante la vigencia; tampoco se presentan mayores alteraciones en la oferta de infraestructura y de recursos humanos, con excepción del año 2014 cuyas cifras se incrementan en todos los rubros alcanzando el máximo uso de los recursos humanos disponibles y el segundo lugar en cuanto a la utilización de infraestructura.

CUADRO 11
Red Hospitalaria -Relación Oferta- Demanda Consulta externa

Vigencia	Total Consultas	Oferta Teórica infraestructura	Utilización Infraestructura	Oferta Teórica Rec. Humano	Utilización Recurso Humano
2012	3.195.882	4.496.669	71,07%	3.834.908	83,34%
2013	3.258.820	4.358.981	74,76%	3.681.782	88,51%
2014	3.698.795	4.532.771	81,60%	3.840.177	96,32%
2015	3.521.065	4.286.929	82,13%	3.717.966	94,70%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud -SDS.

La relación oferta – demanda en la prestación del servicio público como la salud se debe percibir de manera distinta a como se evalúa en el mercado competitivo, donde se busca obtener un punto de equilibrio. En el caso en estudio, la demanda no depende de las fuerzas del mercado, ni de la publicidad, ni del ingreso, ni de las preferencias del cliente; la demanda en salud depende de otras variables tales como las necesidades particulares y debe ser entendido como “*lo que un paciente quiere y por lo que está dispuesto a pagar un precio*”, (Musgrove, citado por Gómez y Ramírez, 1990)³¹; aunque la demanda es igual a las necesidades salubres, ésta son impredecibles, lo que lleva a concluir que la demanda en salud, es también impredecible.

Igualmente, la oferta no se debe interpretar como la cantidad de servicio que un hospital quiere vender, sino como “*el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea en forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero*”, (ibídem); sin embargo, en el sistema de salud colombiano esta variable, reviste especial importancia en cuanto la oferta de mejores recursos médicos y tecnológicos, así como la eficacia de los servicios de salud y atención al paciente,

³¹ De Vargas y Ramírez Duarte, “La oferta y la demanda de los servicios de salud”. Universidad del Norte, Barranquilla, 1990. file:///C:/Users/Jcalderon/Downloads/4252-14818-1-PB.pdf.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

contribuye al mejoramiento del estado de salud de la población. Igualmente, en caso de una epidemia o de un siniestro colectivo, las instituciones y los servicios de salud estarán más preparados cuando la oferta supera la demanda (en términos cuantitativos y cualitativos) logrando que las instituciones sean más competentes para atender cualquier crisis inesperada.



3. ANÁLISIS ECONÓMICO Y FINANCIERO

En cabeza del Estado está la responsabilidad de una adecuada atención en salud y saneamiento ambiental para todos los conciudadanos. De acuerdo con el artículo N° 154 de la Ley 100 de 1993, que regula la intervención del Estado en materia de salud, *“El Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política”*.

Con base en este artículo el Estado está obligado al aseguramiento y cobertura de la población y especialmente de la población subsidiada y vinculada, pues debe velar por la buena aplicación del gasto público. Sin embargo, a pesar del mandato legal, el aseguramiento no ha llegado al 100% y el manejo de los recursos no ha sido el más transparente ya que, en algunos casos, se han suscitado dudas en su manejo.

El problema de la atención en salud es nacional; es decir, la salud en Colombia está en una situación crítica y tal parece que no tiene remedio en el corto plazo. La génesis del problema es estructural, donde las EPS juegan un papel trascendental, pues estos actores del sistema son las mayores deudas a las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS, que para el caso del presente estudio son los 22 hospitales de la red pública distrital, situación que tiende a dejarlas ilíquidas y por consiguiente entrar en un cese de pagos en sus obligaciones.

El sistema de salud implementado en Colombia se adelantó bajo la Ley 100 de 1993, en donde se desarrolla el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS que pretende *“regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención”*³², cuya pretensión era la de alcanzar una cobertura del 100% de la población, con una atención de forma integral.

3.1. BOGOTÁ EN CIFRAS

La ciudad capital a 2015 concentra una población cercana a los ocho millones de habitantes, 16,4% de la población nacional³³. Esta ciudad es una de las mayores receptoras de la población desplazada por el conflicto interno que se vive desde mediados del siglo pasado, así mismo, es la mayor metrópoli del país y una de las

³² Inciso 2° del artículo 152 de la Ley 100 de 1993.

³³ El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas –DANE, con base en el censo de 2005 proyecta una población nacional para 2015 de 48.203.405 de habitantes y para Bogotá de 7.848.7873 habitantes.



más importantes de Latinoamérica. Genera el 26,1% del Producto Interno Bruto – PIB del país (Cuadro N° 12), mantiene unos índices de desempleo bajos, a pesar de la alta recepción de población en condiciones de desplazamiento, y al mismo tiempo tener que lidiar el problema de municipios vecinos, como Soacha y Sibaté, quienes están en la frontera sur de la ciudad. En el cuadro siguiente se puede apreciar la evolución del PIB, en donde se destaca la vigencia 2015, pues en este período el PIB distrital rebosa el 26% del nacional.

CUADRO 12
Comportamiento del PIB Distrital y Nacional Período 2012 – 2015
(Miles de millones de pesos corrientes)

PIB	2012	2013	2014	2015
Bogotá	163.548	175.261	188.084	208.649
Nacional	664.240	710.257	757.506	800.849

Fuente: Cuentas Departamentales –DANE.

Con relación al Producto Interno Bruto –PIB, nacional y distrital, se refleja el dinamismo que ha tenido la economía de la ciudad, siendo la más importante del país, ya que participa con más de una cuarta parte del PIB nacional. Su crecimiento en los últimos tres años ha estado por encima de los siete puntos porcentuales, muy superior al reflejado por el PIB nacional.

CUADRO 13
Proyección de población por sexo y tasa de crecimiento 2012 – 2015

Año	Hombres	Mujeres	Total	Tasa de crecimiento
2012	3.653.868	3.917.477	7.571.345	0,00
2013	3.706.165	3.968.201	7.674.366	1,36
2014	3.758.224	4.018.621	7.776.845	1,34
2015	3.810.013	4.068.770	7.878.783	1,31

Fuente: DANE y SDP.

El crecimiento económico en 2015 fue de 3,9%, una tasa de inflación de 6,6% y una de desempleo de 10,4%, además, la ciudad tiene una calificación crediticia AAA otorgada por la calificadora de riesgos Fitch Rating para la deuda de largo plazo³⁴. Los anteriores resultados muestran una ciudad sólida y competitiva, a pesar de los factores adversos mencionados anteriormente.

³⁴ Estos resultados fueron tomados del portal investinbogota.org/descubra-bogota/datos-generales/bogota-en-cifras



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Otra cifra para tener en cuenta es la del Plan de Desarrollo *“Bogotá Humana”* aprobado bajo el Acuerdo N° 489 de 2012 por \$53.1 billones, de los cuales para el sector salud participó en \$8.7 billones, o sea 16,4% del total.

Este Plan se formuló basándose en tres ejes estructurantes, denominados: 1) *“Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”*; programa: *“Territorios Saludables y Red”*; 2) *“Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua”*; programa *“Bogotá Humana ambientalmente saludable”*; y 3) *“Una Bogotá que defiende y fortalece los público”*; programa *“Bogotá decide y protege el derecho fundamental de la salud”*. Estos tres ejes desarrollaron 33 proyectos; de los cuales este estudio se focalizará en los proyectos 880 *“Modernización Infraestructura de Salud”* y proyecto 878 *“Hospital San Juan de Dios”*.

3.2. LAS E.S.E. DISTRITALES EN EL SISTEMA

Las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS tienen como propósito prestar los servicios de salud a los afiliados del SGSSS, las cuales pueden ser entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias (Ley 100 de 1993). Con relación a las IPS públicas, el Distrito tiene 22 IPS-hospitales a lo largo y ancho de la ciudad, con las cuales busca una cobertura total y un acceso efectivo a los sistemas de salud sin discriminación de raza, sexo, condición social, etc.

En los resultados de la Encuesta Multipropósito 2014, los avances de salud muestran que la afiliación de personas al Sistema de Seguridad Social en Bogotá pasó de 92% en 2011 a 93,9% en 2014, demostrando un crecimiento por una mayor demanda en el mercado laboral. De acuerdo con la encuesta, específicamente, el régimen subsidiado presentó una disminución en las afiliaciones, con respecto al total de afiliados, pasando de 23,9% a 22,8%; sin embargo, las cifras presentadas por la SDS, reflejan una disminución porcentual de 18,7% en 2012 a 17,5% en 2015; lo que demuestra la existencia de disparidad en el manejo de los indicadores. En valores absolutos, como lo enseña el cuadro N° 14, el crecimiento entre los años en referencia es de aproximadamente 40.000 afiliados.



CUADRO 14
Total de afiliados al SGSSS período 2012 - 2015

Concepto	2012		2013		2014		2015	
	Cantidad	% part.						
Afiliados al Régimen Subsidiado								
Público	751.264	11,25	1.267.841	18,79	1.217.984	17,30	1.100.464	14,95
Privado	500.691	7,49	0	0,00	56.311	0,80	190.694	2,59
Total Régimen Subsidiado	1.251.955	18,74	1.267.841	18,79	1.274.295	18,10	1.291.158	17,53
Total Afiliados Régimen Contributivo	5.428.533	81,26	5.479.904	81,21	5.766.285	81,90	6.072.240	82,47
Total Afiliados	6.680.488	100,00	6.747.745	100,00	7.040.580	100,00	7.363.398	100,00

Fuente: Información remitida por la Secretaría Distrital de Salud -SDS

De otra parte, el crecimiento total de afiliados en el período fue de 10,2%; sin embargo, en el régimen subsidiado público, se presentó un crecimiento bastante significativo de 46,5%, al pasar de 721.264 afiliados en 2012 a 1.100.464 afiliados en 2015, en tanto que el régimen subsidiado de entidades privadas disminuyó ostensiblemente. Esta situación se dio por la salida del mercado de algunas EPS, ya sea porque algunas de ellas se encuentran en proceso de intervención, liquidación o están intervenidas por diferentes razones.

3.3. PRESUPUESTO DE LOS HOSPITALES DEL DISTRITO

El presupuesto o elemento cuantitativo de las IPS distritales proviene de los Ingresos Corrientes No Tributarios, de éstos se destaca las Ventas contractuales que contiene la cuenta Venta de Bienes, Servicios y Productos, como principal factor de los ingresos. Al interior de este último, está contemplado el concepto Cuentas por cobrar venta de bienes, servicios y productos, es decir, la expectativa de recuperar cartera en el período, con una cifra bastante significativa. De otra parte, está el concepto Recursos de Capital, que ofrece unos recursos importantes provenientes de la cuenta Rendimiento por Operaciones Financieras, tal como se puede observar en el Cuadro N° 15. Es importante tener en cuenta que el concepto Disponibilidad inicial es una cuenta que no hace parte de los ingresos del hospital, pues es una cuenta de ajuste, es decir, la disponibilidad neta de tesorería³⁵.

³⁵ El Manual Operativo Presupuestal define así la Disponibilidad inicial: Corresponde a la disponibilidad neta de tesorería a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, la cual debe registrarse como “recaudo” a partir del mes de enero de la vigencia siguiente a la del cierre, lo anterior teniendo en cuenta que son recursos disponibles en la tesorería de la ESE. El registro de la apropiación o modificación de la misma se realiza una vez el CONFIS Distrital apruebe los movimientos presupuestales producto del cierre presupuestal de la vigencia anterior.



CUADRO 15
Presupuesto de ingresos de las E.S.E. período 2012 – 2015

(Millones de pesos corrientes)

Concepto	2012			2013			2014			2015		
	Presupuesto definitivo	Recaudo	% rec.									
Disponibilidad Inicial	114.998	114.998	100,0	97.259	97.259	100,0	131.603	131.603	100,0	199.486	199.486	100,0
Ingresos	1.396.941	1.046.417	74,9	1.548.753	1.318.956	85,2	1.520.840	1.446.847	95,1	1.525.865	1.353.299	88,7
Ingresos Corrientes	1.395.432	1.234.296	88,5	1.542.574	1.312.247	85,1	1.518.811	1.443.494	95,0	1.523.659	1.339.088	87,9
Ingresos No Tributarios	1.395.432	1.234.296	88,5	1.542.574	1.312.247	85,1	1.516.353	1.437.783	94,8	1.523.659	1.339.088	87,9
Rentas Contractuales	1.387.302	1.034.528	74,6	1.542.459	1.312.147	85,1	1.516.353	1.437.783	94,8	1.520.468	1.339.088	88,1
Venta de Bienes, Servicios y Productos	1.209.424	852.822	70,5	1.232.171	1.086.932	88,2	1.292.517	1.220.793	94,5	1.403.956	1.239.551	88,3
Otras Rentas Contractuales	177.878	181.705	102,2	310.288	225.215	72,6	223.837	216.990	96,9	116.512	99.537	85,4
Convenios	176.758	181.691	102,8	246.001	162.687	66,1	129.853	124.493	95,9	111.415	93.336	83,8
Convenios Aportes Patronales	0	0	N.A.	64.287	62.529	N.A.	67.079	66.482	N.A.	0	0	N.A.
Cxc Otras Rentas Contractuales	120	14	12,0	115	100	87,0	26.905	26.015	96,7	5.097	6.201	121,7
Otros Ingresos No Tributarios	8.130	199.769	2457,0	4.075	3.868	94,9	2.457	5.710	232,4	3.191	0	0,0
Recursos De Capital	1.509	4.017	266,2	2.219	2.940	132,5	2.030	3.353	165,2	2.206	7.467	338,5
Total Ingresos	1.511.939	1.161.415	76,8	1.646.012	1.416.215	86,0	1.652.443	1.578.449	95,5	1.725.350	1.552.785	90,0

Fuente: Información remitida por la Secretaría Distrital de Salud –SDS.

Los 22 hospitales del Distrito, durante el período 2012 – 2015 tuvieron un presupuesto acumulado de \$6.5 billones, sin embargo, el cumplimiento del recaudo alcanzó la suma de \$5.7 billones, dejando de recaudar \$826.880 millones (12,7%). La evolución presupuestal presentada entre el primer y último año del período fue de 14,1%, situación que es bastante positiva, ya que presenta un crecimiento superior al IPC consolidado de las cuatro vigencias. No obstante, este crecimiento presupuestal no es real, pues esta evolución se da principalmente por el concepto de Disponibilidad Inicial, concepto que sirve como una cuenta de ajuste en el presupuesto, lo que indica que en términos reales los recursos asignados a las E.S.E. se han estancado.

Al analizar los ingresos del período (2012 – 2015), sin tener en cuenta la disponibilidad inicial, éstos presentaron un crecimiento de 9,2%, inferior al incremento inflacionario de dicho período. Si nos remitimos a los años 2014 y 2015, hubo un crecimiento presupuestal de 1,7%. Todo lo anterior indica la población subsidiada y vinculada al sistema se vio afectada al momento de aplicar los recursos, ya que el factor inflacionario fue superior. Este es otro efecto negativo que conlleva a la crisis, pues aumenta el número de afiliados y los recursos asignados a las ESE, en términos reales disminuye.

Inicialmente, el crecimiento presupuestal ha sido proporcional con relación al número de afiliados, lo que evidencia que la participación por afiliado ha incrementado el promedio en los últimos años, pues en 2012 cada afiliado



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

participaba en \$225.662.5, mientras que en 2015 se pasó a \$233.155.4, pero este resultado es, por el efecto de disponibilidad inicial, que no hace parte de los ingresos, simplemente es una cuenta de ajuste.

Al detallar el resultado de los ingresos del período, por la Venta de Bienes, Servicios y Productos, resultado de la misión de los hospitales, se tiene que entre los años de 2012 y 2013 hubo un crecimiento de 1,9%, mientras que entre 2013 y 2014 se presentó un incremento cercano al 5% y entre los dos últimos años fue de 8,6%, situación positiva para el sistema; sin embargo, el esfuerzo se diluye con el trato que ofrecen las EPS y otros deudores a los prestadores de salud.

Con respecto al gasto presentado por los hospitales, se puede observar un desequilibrio frente a los ingresos, en razón a la inconsistencia de los datos reportados a la Contraloría Distrital y los obtenidos con la SDS. La falta de consistencia de la información presupuestal, ha sido uno de los problemas fundamentales que no permiten el análisis objetivo. Por lo anterior, para este estudio fue necesario calcular el gasto aproximado para los cuatro años de análisis.

Al interior del gasto, el concepto de mayor asignación presupuestal corresponde a los Gastos de Operación, debido a que por este concepto se está cancelando la nómina de toda la planta de profesionales y demás personal que presta sus servicios para cumplir con el objeto social. Igualmente, en este rubro se encuentra un número alto de personal que labora por honorarios y servicios prestados, son contratistas que han prestado sus servicios por varios años, a quienes no se les ha definido su situación de permanencia o eventual salida; es decir, no los han integrado a la planta y tampoco se ha convocado a un concurso para surtir las vacantes, como lo comentaremos más adelante con el caso de la preparación e inversión que se hace en este tipo de personal para posteriormente, en algunos casos no renovar los contratos.

De este rubro también se presupuestan los recursos para la compra de insumos hospitalarios, como son medicamentos, material médico quirúrgico y otros. Así mismo se adquieren servicios esenciales para su funcionamiento, tal es el caso de los servicios de lavandería, alimentación, mantenimiento de equipos hospitalarios y por supuesto la compra de equipos, los cuales deben ser renovados o actualizados, debido a los desarrollos tecnológicos que se viven a diario, pues los software y programas se vuelven obsoletos.

De otra parte, la compra de los bienes y servicios que los hospitales adquieren es bastante onerosa, y si se le agrega la apreciación del dólar frente al peso, esto trae



consecuencias negativas para sus presupuestos, en el sentido de la prestación de servicios de mantenimiento a los equipos, que en la mayoría de los casos, por no decir que todos, son importados y cuando se elaboran los contratos de mantenimiento, éstos se deben realizar al tipo de cambio de la fecha, por tener la incidencia cambiaria³⁶.

CUADRO 16
Presupuesto y ejecución del Gasto de las E.S.E. período 2012 – 2015

Concepto	2012		2013		2014		2015	
	Presupuesto	Ejecución	Presupuesto	Ejecución	Presupuesto	Ejecución	Presupuesto	Ejecución
Gastos de funcionamiento	300.560	287.206	318.767	301.777	322.210	304.517	336.391	320.946
Gastos de Operación	1.063.015	1.044.605	1.185.208	1.164.436	1.203.877	1.170.330	1.236.371	1.204.179
Inversión	87.262	7.280	104.132	27.797	89.859	31.186	108.014	44.349
Disponibilidad final	17.083	0	37.803	0	36.505	0	44.574	0
Total Gasto + Disponibilidad final	1.467.920	1.339.091	1.645.910	1.494.010	1.652.451	1.506.032	1.725.350	1.569.474

Fuente: Sivicof. Elaboración Subdirección de Estudios Económicos. Contraloría de Bogotá D.C.

Los Gastos de Funcionamiento presupuestados son los que se dan de forma cotidiana a través del tiempo, son recursos destinados para el normal funcionamiento y desarrollo de la planta física, servicios y mantenimiento, así como los recursos asociados a la nómina del personal administrativo.

En otro orden de ideas, en lo referente a la inversión, se destinó el 4,5% del presupuesto total, de los cuales, se dirigieron recursos para la construcción, reforzamiento, adecuación y ampliación de algunas sedes físicas. También se dirigieron recursos para la capacitación, comunicación, asesoría y asistencia técnica para el fomento de la participación social y comunitaria. La ejecución de la inversión directa fue de 23%, cifra que demuestra una baja gestión, pues la ampliación y modernización de infraestructura queda rezagada y además no se cumplió con las proyecciones del Plan de Desarrollo, lánguida actuación hecha a la infraestructura hospitalaria, pues de esta forma no se pueden visualizar los resultados de descongestión al momento de la atención al usuario.

3.4. LA CARTERA DE LOS HOSPITALES

En el numeral 11 del artículo N° 305 de la CPC da atribuciones al Alcalde Mayor: “Velar por la exacta recaudación de las rentas departamentales, de las entidades descentralizadas y las que sean objeto de transferencias por la Nación”. Es un deber legal adelantar gestión

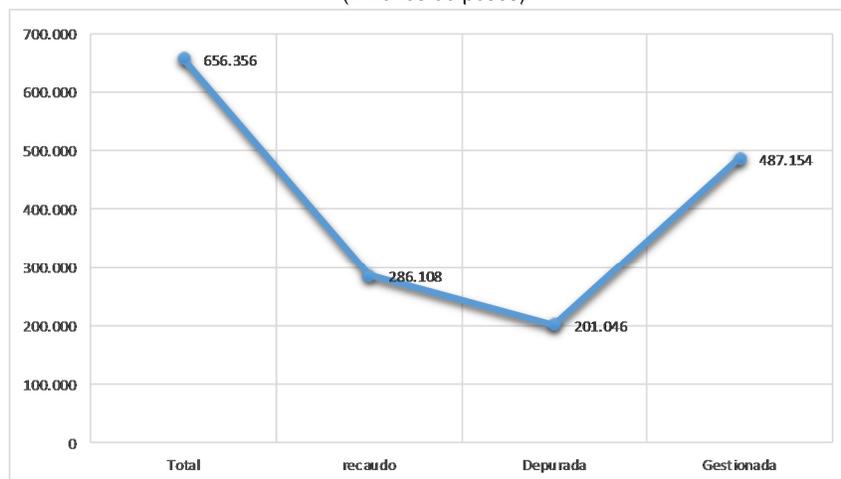
³⁶ A 1° de enero de 2013 el dólar se encontraba en \$1.768.23. Cerrado el año de 2015 el precio del dólar estuvo en \$3.149.47, es decir que en estos tres años el peso se devaluó en 78,1%.



de cobro de las acreencias estatales. Para tal efecto, la Administración Distrital expidió el Decreto N° 397 de 2011 *“Por el cual se establece el Reglamento Interno del Recaudo de Cartera en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”*, acorde con la Ley 1066 de 2006, *“Por la cual se dictan normas para la normalización de la cartera pública y se dictan otras disposiciones”*. En el año de 2015, la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, expidió la Circular N° 03 de enero 14, donde sostiene que es un deber legal de adelantar gestión de depuración de la cartera real y potencial a cargo de las entidades del Distrito, es decir, se busca un saneamiento contable de las finanzas de la ciudad.

Como se pudo observar en el presupuesto, los hospitales sustentan sus ingresos, en un buen porcentaje, en la recuperación de cartera, pues desde hace años, los hospitales del Distrito acarrean con este problema, el cual está cogiendo antigüedad, por lo que se hace incobrable ante las entidades responsables, como lo enuncia en la identificación del proyecto N° 704 del plan de desarrollo *“Bogotá Humana”*, denominado *“Fortalecimiento gestión y depuración de la cartera distrital”*. El proyecto busca depurar, identificar y calificar la cartera del Distrito Capital para determinar el monto recuperable por sector y tipo (de cartera), también busca optimizar el recaudo de los ingresos no tributarios y ajustar las expectativas de retorno de estos recursos. Dicho propósito se enmarca en el proyecto prioritario *“Finanzas con equidad”* del programa *“Fortalecimiento de la función Administrativa y Desarrollo Institucional”*, y busca contribuir a la meta específica del Plan de Desarrollo *“Bogotá Humana”*.

GRÁFICA 10
Cartera consolidada a 31 de diciembre de 2015
(Millones de pesos)



Fuente: Dictamen de los Estados contables a 31 de diciembre de 2015. Contraloría de Bogotá D.C.



El objetivo general del Proyecto N° 704 es el de reducir los saldos de cartera mediante su saneamiento y el fortalecimiento de la gestión de cobro para cartera cobrable. Del diagnóstico realizado a las entidades que integran el presupuesto anual; 59 entidades fueron objeto del proyecto³⁷, donde se encontraban los 22 hospitales de la Red Distrital Hospitalaria, 20 Localidades, 11 Establecimientos Públicos y 6 entidades del Sector Central.

Con base en el informe narrativo *“Proyecto N° 704, Fortalecimiento de la Gestión y la depuración de la cartera Distrital”* de la Dirección Distrital de Tesorería –DDT de la Secretaría de Hacienda Distrital -SHD, la cartera concerniente a los hospitales y con corte a 31 de diciembre de 2012, estaba por el orden de \$673.309 millones. Cerrada la vigencia de 2015, ésta se llegó a acumular en \$917.828 millones; es decir, que en el período de la Administración *“Bogotá Humana”* se presentó un incremento de la cartera en 36,3%.

El resultado de las actividades, después de concluido el proyecto en 2015, y con base en la información reportada por la Secretaría Distrital de Salud -SDS, se pudo establecer que la cartera consolidada inicia con una línea base a 31 de diciembre de 2012 de \$656.356 millones.

Al obtener los resultados del proyecto, y al interior de la cartera, se puede observar que Capital Salud EPS³⁸ es la mayor deudora al sistema de salud distrital, cifra que está por el orden de \$219.407 millones, es decir que una tercera parte de la cartera recae en la EPS donde el Distrito es el mayor accionista. Como segundo mayor deudor esta Caprecom EPS, Empresa Industrial y Comercial del Estado –EICE, en liquidación con \$135.077 millones, le sigue en su orden Unicajas Comfacundi EPS-S y Convida EPS, Empresa Industrial y Comercial del Departamento –EICD, con deudas que ascienden a \$20.832 millones y \$14.997 millones, respectivamente. Estas cuatro entidades concentran más del 60% de la cartera, situación que está afectando las finanzas de los entes de salud.

De lo anterior, se desprende una situación curiosa, como ya se mencionó, la mayor deudora es la empresa Capital Salud EPS, donde el Distrito es el socio mayoritario, y adicional a esto, se encuentra Caprecom EPS, EICE en liquidación y Convida EPS EICD de Cundinamarca, es decir la mayor parte de la cartera de los hospitales está

³⁷ Dirección Distrital de Contabilidad. informe narrativo Proyecto N° 704 *“Fortalecimiento de la gestión y depuración de la cartera distrital”* a 31 de diciembre de 2015. Avance de metas y actividades.

³⁸ Capital Salud EPS-S del Régimen subsidiado, empresa de economía mixta, tiene como socios al Distrito Capital que participa con 51%, mientras que Salud Total cuenta con el 49%. Acuerdo Distrital N° 357 de 2009 y Decreto Distrital N° 46 de 2009.



en manos de los mismos entes estatales. Con relación a las entidades deudoras y aquellas que están en la mira del Estado, en un informe publicado por el periódico “El Pulso”, a junio 30 de 2013, se encontraban 32 EPS³⁹ en intervención, liquidación o vigilancia especial por la Superintendencia de Salud, pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado de orden nacional, todas estas EPS son deudoras del sistema de salud.

El restante 40% de la cartera está diseminada en una serie de entidades (EPS, aseguradoras, municipios, entidades especiales, etc), donde se involucran los deudores del sistema contributivo, población pobre, Secretarías departamentales, Otros deudores por venta de servicios de salud y SOAT⁴⁰ -ECAT⁴¹.

CUADRO 17
Mayores deudores a las E.S.E. Distritales a diciembre de 2015

(Millones de pesos corrientes)

E.S.E.	Capital Salud E.P.S.	CAPRECOM E.P.S.	COMFACUNDI E.P.S.	CONVIDA E.P.S.	Total
Bosa	2.492	1.626	312	0	4.430
Centro Oriente	2.814	2.064	1.102	64	6.045
Chapinero	1.055	519	57	25	1.656
Usaquén	371	343	90	13	816
Usme	835	0	91	41	967
El Tunal	36.476	22.730	2.369	541	62.116
La Victoria	10.430	282	636	502	11.850
Kennedy	49.220	22.090	2.493	2.310	76.112
Santa Clara	23.251	18.212	987	1.181	43.632
Simón Bolívar	17.258	23.157	1.763	5.741	47.920
Vista Hermosa	3.132	1.485	283	135	5.034
San Cristobal	231	1.109	10	11	1.361
Suba	13.031	13.788	1.350	1.355	29.524
Hospital del Sur	1.769	864	261	48	2.942
Engativá	7.753	0	1.322	1.261	10.336
Fontibón	9.414	4.379	547	755	15.094
Meissen	21.557	12.022	5.596	586	39.761
Nazareth	574	407	0	6	987
Pablo VI	3.004	902	202	123	4.231
Rafael Uribe	823	440	67	22	1.351
San Blas	8.330	4.827	867	185	14.209
Tunjuelito	5.589	3.833	426	93	9.941
TOTAL	219.407	135.077	20.832	14.997	390.314

Fuente: Elaboración propia con la información remitida por la SDS.

³⁹ <http://www.periodicoelpulso.com/html/1405may/debate/debate-14a.htm>

⁴⁰ SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

⁴¹ ECAT: Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

El monto del recaudo de cartera alcanzado a 31 de diciembre de 2015 fue \$286.018 millones, que en valores relativos representa 43,6% de la meta propuesta; en tanto que la cartera depurada ascendió a \$201.046 millones (30,6%); es decir, que la cartera gestionada llegó al monto de \$487.064 millones, cerca de las tres cuartas partes de la cifra base⁴².

Para la culminación de la Administración “Bogotá Humana” y por las razones antes expuesta, como es lógico, el comportamiento de la cartera se incrementó. A 31 de diciembre de 2015 el consolidado estuvo por el orden de \$917.828 millones, tal y como se destaca en el cuadro N° 18. Hizo parte del proyecto la clasificación por edad de la cartera, en donde se puede observar que la cartera mayor a 360 días, es decir, la más antigua, concentra el 44,1% del total, mientras que la cartera que va de 181 a 360 días participa con el 20%, siendo estas dos con los mayores montos, situación que se vuelve bastante compleja para su recuperación.

CUADRO 18
Cartera de las E.S.E. Distritales a 31 de diciembre de 2015

(Millones de pesos corrientes)

HOSPITAL	Hasta 60 Días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor a 360 días	Total Cartera
Kennedy	23.848	18.785	15.708	25.710	58.432	142.482
Simon Bolivar	12.452	8.873	16.388	29.734	68.251	135.698
Tunal	27.227	12.665	17.993	22.354	56.590	136.829
Santa Clara	14.619	3.192	8.600	18.903	29.857	75.170
Suba	10.310	4.198	10.005	14.964	36.852	76.330
Meissen	10.353	3.501	7.496	16.955	40.169	78.474
Engativa	11.139	1.622	5.350	7.312	23.338	48.761
La Victoria	8.722	1.720	5.913	2.942	11.854	31.151
Fontibon	7.309	2.358	4.511	6.319	17.508	38.007
San Blas	4.997	928	2.742	7.389	8.600	24.655
Pablo Vi	4.589	1.135	2.254	10.651	3.161	21.790
Tunjuelito	3.120	1.161	1.940	3.640	11.919	21.780
Centro Oriente	2.761	1.447	2.281	3.077	5.927	15.492
Usme	2.280	176	1.894	3.882	4.337	12.569
Vista Hermosa	2.087	2.134	1.089	1.805	8.317	15.432
Del Sur	1.115	648	2.102	896	6.681	11.443
Bosa	1.105	1.003	1.456	1.622	6.645	11.831
San Cristobal	1.342	211	282	1.507	1.483	4.825
Rafael Uribe Uribe	1.632	366	485	1.399	1.289	5.170
Chapinero	391	326	737	1.402	1.743	4.599
Usaquen	766	66	256	199	1.578	2.866
Nazareth	613	17	208	973	663	2.473
Total Cartera	152.778	66.532	109.691	183.634	405.193	917.828
Participación %	16,6	7,2	12,0	20,0	44,1	100,0

Fuente: Elaboración propia con información remitida por la SDS.

⁴² Informe narrativo de la Dirección Distrital de Contabilidad de la SHS, Proyecto 704.



La cartera de los hospitales tiene diferentes lecturas; gran parte de la cartera es glosada por sus deudores, que entra a dilatar su recuperación. Después de los resultados arrojados por la aplicación del proyecto, debería mantenerse la política de recuperación de recursos y no ser tan laxo con los deudores, pues la iliquidez que genera este factor crítico no debe irrigarse a los usuarios porque son los directamente perjudicados. Aquí es donde se puede aseverar que el sistema no funciona y debe ser revisado, pues uno de los actores, EPS está generando un cuello de botella en el sistema.

El resultado del proyecto, al ser analizado con objetividad fue bastante positivo, pues se realizaron unas actividades importantes, como fueron la depuración, recaudo y clasificación; es decir, se actualizaron los procesos para la gestión y recuperación de recursos inciertos, además de la capacitación impartida al talento humano responsable de adelantar la depuración, ya que entre ellos existían vacíos conceptuales y normativos. Sin embargo, este esfuerzo se puede ver frustrado por la alta rotación del personal que presta los servicios a los hospitales, porque no hay una vinculación directa con estas entidades.

Otro factor importante es el costo beneficio arrojado por el proyecto, pues al entrar a depurar unas cuentas incobrables de personas naturales ilíquidas, o en su defecto, de algunas entidades jurídicas, que se encuentran en intervención, liquidación o vigilancia especial, entre esas algunas EPS con deudas a las ESE del Distrito, como se explicó anteriormente, conlleva a tener de forma clara el estado de la cartera de los hospitales.

3.5. SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS E.S.E. DISTRITALES

El artículo 366 del capítulo IV de la Constitución Política de 1991 determinó el situado fiscal, que es *“el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los Distritos Especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se le asignen”*. Estos recursos estaban destinados a salud y educación.

El parágrafo 1º del artículo 8º de la Ley 60 de 1993 define los Ingresos Corrientes de la Nación:

“...estarán constituidos por los ingresos tributarios y no tributarios; no formarán parte de esta base de cálculo los recursos del Fondo Nacional de Regalías y los definidos por el artículo 19 de la Ley 6a. de 1992 como exclusivos de la Nación en virtud de las autorizaciones otorgadas



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

al Congreso por una única vez en el artículo 43 transitorio de la Constitución Política. En ningún caso podrán deducirse de los ingresos corrientes para efectos del cálculo del situado fiscal las rentas de destinación específica autorizadas por el artículo 359 constitucional”.

El Documento CONPES N° 3204, menciona que a partir del año 1997, los hospitales públicos demuestran un crecimiento deficitario, y se va ampliando la brecha entre ingresos y gastos. Agrega que los ingresos crecen año a año en menos del 5%, mientras que el crecimiento de los gastos es mayor al 10% y todo sucede por el crecimiento en la planta de personal. Este fue uno de tantos argumentos presentados por el ejecutivo para adelantar la reforma al sistema de salud.

El porcentaje de recursos que la Nación transfería a las entidades territoriales para la salud estaban atados a los Ingresos Corrientes de la Nación, recursos administrados por los departamentos y distritos. Sin embargo, con la aprobación del Acto Legislativo 01 de 2001, reglamentado por la Ley 715 de 2001, el Sistema General de Participaciones –SGP ya no estará sujeto a los Ingresos Corrientes de la Nación, sino que quedará atado al incremento de la tasa de inflación más unos puntos porcentuales por el crecimiento real de la economía, situación que en su momento causó preocupación en los mandatarios regionales, pues todos los recursos quedan en un solo “paquete”; situado fiscal y las participaciones municipales. Con relación a los recursos transferidos a Bogotá, no están contemplados los correspondientes a las participaciones municipales.

Enrique Reyes⁴³, en un artículo publicado en el portal alinet.org agrega que: *“De acuerdo con estudios del Departamento Nacional de Planeación, de la Contraloría General de la República y del Ministerio de Hacienda, en el período transcurrido entre el año 2002 y el 2005, la Nación se ha ahorrado al menos 3.7 puntos del PIB, ya que, mientras al inicio del período de transición, es decir, el año 2001, el nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) representaron el 46.5% de los Ingresos Corrientes Nacionales, con la fórmula del Acto Legislativo 1 de 2001, para el año 2005 sólo representaron el 37.2% de los ICN; entonces se produjo una reducción efectiva del 9.3%. Es decir, los entes territoriales perdieron entre 14 y 16 billones de pesos entre el 2002 y el 2005”*⁴⁴.

La reforma constitucional significó una pérdida de recursos para las regiones y municipios en los componentes de educación, salud y propósito general, que efectivamente, hizo que se disminuyeran las transferencias, pues en su momento el Gobierno Nacional estaba urgido de recursos, debido a la crisis económica que atravesaba el país a finales de siglo. Para obtener liquidez, se planteó dicha

⁴³ Germán Enrique Reyes Forero, Médico Cirujano exrepresentante a la Cámara 2006 – 2010. Expresidente de la Asociación Médica Colombiana –ASMEDAS.

⁴⁴ <http://www.alinet.org/es/active/14638>. Consultado el día 29 de julio de 2016.



reforma, tal y como esboza Arroyave Zuluaga⁴⁵, basado en los análisis realizados por el profesor Darío I. Restrepo Botero.

Sin embargo, desde la óptica de la Administración, el Acto legislativo 01 de 2001 generaba estabilidad y crecimiento real de transferencias. De esta manera, los gobiernos subnacionales podrían planificar los recursos y obtener resultados de cobertura y calidad; así mismo los flujos de recursos y se estimula la vigilancia y control de los mismos. Los recursos destinados a los E.S.E demostraron un crecimiento sostenible, de acuerdo al artículo N° 357 de la CPC (modificado por el Acto Legislativo N° 01 de 1995, Artículo 1º, Acto Legislativo N° 01 de 2001, Artículo 3º y el Acto Legislativo N° 04 de 2007, Artículo 4º). Ver el Anexo N° 1.

El Departamento Nacional de Planeación –DNP⁴⁶ argumenta que los hospitales públicos se han visto en una situación deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer recursos más allá de la propia capacidad para financiarlos; lo que refleja en parte un mal manejo de la autonomía institucional que la Ley les otorgó. Esta aseveración que hace el Estado es muy discutible, pues en el caso específico de Bogotá, las E.S.E. del Distrito se encuentran en desventaja con relación a las privadas, porque sus recursos son muy limitados y el esquema de competencia las tiene en desventaja, ya que algunas IPS pertenecen a las EPS privadas, es decir un músculo financiero superior y que existe una alta integración vertical, que en muchas oportunidades están violando con lo estipulado en la normatividad vigente.

El servicio que prestan los hospitales distritales, llega a las poblaciones menos favorecidas que se encuentran diseminadas a lo largo y ancho de las 20 localidades, clasificadas como población subsidiada y vinculada. Lo anterior, nos permite inferir, que si bien los hospitales públicos no tienen fluidez financiera, si están cumpliendo con su objeto social al atender a las poblaciones más vulnerable. En otras palabras, se puede afirmar que los hospitales distritales generan rendimiento social.

Las condiciones de salubridad de este segmento poblacional son diferentes a los demás grupos, ya que por razones de higiene, los entornos atmosféricos y ambientales, son disimiles y están propensos a desarrollar enfermedades que necesitan una mayor atención a la de otros sectores de medios económicos favorables.

⁴⁵ <http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-07.htm>. Consultado el 01 de agosto de 2016.

⁴⁶ Documento CONPES N° 3204.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Se argumenta que la crisis que padece la salud es un problema estructural, es decir desde la creación de la Ley 100 de 1993. Como se pudo observar en la parte de cartera, si los recursos no fluyen a los prestadores de los servicios desde la parte superior de la cadena y se origina el incumplimiento de pagos por parte de las Empresas Promotoras de Salud -EPS a las Instituciones Prestadoras de Salud – IPS, que para nuestro caso son los 22 hospitales, éstas a sus vez tienden a cesar una serie de pagos a sus proveedores y colaboradores, entonces ocurre la destorcida y ruptura del eslabón. Las metas propuestas en la reforma a la salud, en parte no llegaron a buen puerto, precisamente por el problema de liquidez originado por las EPS, así como la falta de gestión oportuna por parte de las administraciones de los hospitales para la recuperación de cartera.

4. GESTIÓN EN SALUD

4.1. LA GESTIÓN DE LAS EPS

El Artículo 177 de la Ley 100 de 1993, define las entidades promotoras de salud como:

“...las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley.”

El Estado, a través del FOSYGA, delegó en las EPS la función pública de que habla el Artículo 48 superior, y por esta misma vía, la responsabilidad de administrar los recursos de la salud. Esta delegación se produce mediante una fiducia, lo que significa que las EPS son Administradores Fiduciarios de los dineros de la salud. Mientras que los prestadores del servicio de la salud son las IPS-hospitales, quienes atienden directamente a los pacientes y aplican los recursos a través de sus procedimientos, medicamentos, tratamientos medicamentos, entre otros.

El punto de articulación entre el proceso de prestación de servicios médicos por parte de las IPS-Hospital y el acceso a los recursos económicos en poder de las EPS, es la glosa. El proceso inicia cuando el paciente llega a la IPS, el hospital tiene 24 horas para reportar a la EPS la presencia del paciente con el fin de que la EPS autorice su intervención, para lo cual entrega un código a la IPS mediante el cual realizará el cobro.

4.1.1. La Glosa

La IPS interviene al paciente en tiempo real y bajo el criterio de los médicos del hospital de conformidad con la afección y con las condiciones que éste presente. Posteriormente, la IPS factura los servicios invertidos y productos aplicados en el procedimiento, esta factura, con los respectivos soportes es enviada a la EPS para que esta entidad realice el pago correspondiente.



A continuación, la EPS hace una rigurosa y severa valoración de la facturación, de los soportes y sobre los procedimientos realizados⁴⁷. En este proceso la EPS impone el criterio, a través de dicho comité, conformado para la revisión de la facturación y sus soportes. Los miembros de este comité fueron ajenos al paciente, no conocieron la situación en tiempo real, ni de manera directa las condiciones, ni los requerimientos médicos, ni técnicos, que exigió la intervención; sin embargo, a través de la glosa, ejercen una especie de control sobre las decisiones, actividades, procedimientos y el criterio científico del médico que atendió el caso, directamente y en tiempo real. El comité auditor de la EPS termina por imponer su criterio sobre el médico que atendió la situación real y en muchos casos, de la cual dependía la vida del paciente.

Las dos partes se encuentran en situaciones completamente diferentes: 1) el médico de la IPS atiende al paciente en el evento real de su dolencia o siniestro, en el marco de los derechos humanos constitucionales y tienen la vida de éste bajo su responsabilidad, por lo que en muchas ocasiones se ve obligado a aplicar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y realizar procedimientos que tampoco forman parte del POS; 2) por el contrario, el comité auditor de la EPS no tiene que responder por ningún paciente, él responde ante su patrono (la EPS) por objetar la factura y rechazar los soportes; así como por la producción de la glosa; este proceso es completamente ajeno al efecto negativo que tiene la glosa en la estabilidad financiera de los hospitales. De hecho, en este proceso se desconoce, también de plano, la desfinanciación de los hospitales y la crisis que aqueja a todo el sector salud del país y de los hospitales del Distrito Capital.

Con el rechazo del pago de la factura surgen las reclamaciones glosadas, éstas son las reclamaciones que una vez efectuada la auditoría médica, económica y jurídica, no cumplieron con la totalidad de los requisitos legalmente exigidos para su aprobación y que son devueltas al reclamante para su corrección luego de lo cual deben ser radicadas ante el Administrador Fiduciario (la misma EPS) para ser nuevamente auditadas.

Sin embargo, la radicación de la nueva factura, actualizada con los requerimientos de la EPS, no garantizan el pago, este ciclo se puede repetir indefinidamente. A este proceso se le llama recobro, que en otras palabras, es la solicitud de reembolso, tendiente a obtener el reconocimiento y pago de los servicios médicos y/o los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a los afiliados y/o beneficiarios de dichas entidades.

⁴⁷ Comité de auditoría médica, económica y jurídica.



Igualmente, el comité de la EPS (quien realiza la “auditoría médica, económica y jurídica”) con frecuencia rechaza los precios de los proveedores de las IPS-hospital, refutando con los precios de otros proveedores y desconociendo que la relación proveedor-hospital, está sometida a las obligaciones de un contrato previamente suscrito, a la oferta y a los precios ya estipulados, y al hecho evidente de que los precios del mercado son fluctuantes y relativos. Este tipo de glosas es frecuente y por su naturaleza económica se formaliza en una glosa imposible de desvirtuar por parte del hospital, aun con la autonomía médica que le otorga la Ley Estatutaria de la Salud, al médico de la IPS⁴⁸.

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica.

Nótese que la norma limita la autonomía del médico de manera que deja una rendija para proteger los intereses de las EPS. Es decir, la autonomía se reduce a la actividad médica, pero eso no significa el reconocimiento legal de los procedimientos y tratamientos realizados a los pacientes, los cuales siguen siendo objeto de glosa, sometidas a la lupa mezquina de la EPS.

En consecuencia con lo antes expuesto, la actividad del comité auditor de las EPS se constituye en un veredicto unilateral e implacable, donde la EPS aplica sus propios criterios y se arroga la última palabra para emitir una especie de dictamen carente de oponibilidad técnica, pues los argumentos de las IPS-hospital, en su gran mayoría son rechazados de plano. Esto demuestra que las EPS aprovecha la “posición dominante” que les otorga la Ley en el Sistema de Seguridad Social en Salud, y por esta vía, elude el pago de lo que ordena la Ley.

Al margen de la problemática anterior, existe la integración vertical como un negocio estructurado a partir de la misma ley, y que consiste en el hecho de que la EPS puede poseer en su estructura orgánica IPS propias. Esta relación es diferente a la relación EPS/IPS no propia (hospital del distrito, por ejemplo), pues los recursos van a patrimonios diferentes. En la integración vertical, los recursos van al patrimonio de la misma EPS que está distribuyendo los recursos económicos. En este caso el Comité de Auditoría actúa de manera mucho más flexible, pues la glosa no tiene la índole rigurosa y el efecto nocivo que se le impone a la glosa de los hospitales públicos. Entonces, se obtiene un dictamen blando, cuando se trata de evaluar las

⁴⁸ Ley Estatutaria 1751 de 2015.

facturas radicadas por las IPS, clínicas u hospitales que forman parte de la misma EPS que representa al Comité Auditor.

En estos casos, se produce el pago sin restricciones, sin glosas y sin los efectos negativos de la auditoría médica, económica y jurídica que castigan a los hospitales públicos; pues se trata de una forma de auto-pago en cuanto el patrimonio de la IPS que hace el cobro, forma parte del patrimonio de la EPS que está realizando el pago; esta dualidad se configura en una falta de independencia en cuanto la auditoría médica, económica y jurídica, que evalúa la cuenta de cobro es juez y parte a la vez. Es decir, este tipo de auditoría no está orientada a favorecer y garantizar la gestión de los operadores públicos de la salud en el Distrito Capital, sino a favorecer el interés propio de la integración vertical. Es evidente que se estarían incumpliendo las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), por la presunta existencia de irregularidades éticas y falta de independencia.

Las EPS se pagan entre sí, sin restricciones y con celeridad; pero las cuentas de los hospitales públicos del Distrito Capital son rechazadas, glosadas y sometidas al implacable ciclo del recobro; para luego, en ese desgaste administrativo, inducirlos al desfinanciamiento y por tanto, al desmejoramiento del nivel de vida de los bogotanos que forman parte del sistema subsidiado de salud.

La glosa es una “no conformidad”, determinada por la EPS, que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, señalada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral y que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud, la IPS-hospital.

Mediante Resolución N° 3047 de 2008, modificada por la Resolución N° 416 de 2009, el Ministerio de Protección Social definió y determinó las causales de glosa con el propósito de que *“se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas”*; esta Resolución establece ocho (8) conceptos generales y 104 conceptos específicos, los cuales a su vez están conformados por 128 criterios que puede utilizar el comité de glosas, o el auditor de la EPS.

CUADRO 19
Conceptos de Glosa

General	Específico	Criterios
Facturación	31	45
Tarifas	11	12
Soportes	21	22
Autorización	9	12
Cobertura	9	9



General	Específico	Criterios
Pertinencia	10	11
Devoluciones	9	13
Respuestas a Glosas o Devoluciones	4	4
TOTAL	104	128

Fuente: Manual de Glosas, Resolución N° 3047 de 2008

Es decir, existen 128 posibles motivos para devolver una cuenta. En este listado se incluye prácticamente todo tipo de actividad, condición o valor que será objeto del escrutinio glosador. Igualmente, se observa que en esta resolución no existe ninguna cláusula a favor del acreedor-IPS, y como resultado de la misma se evidencia que no se agilizan “los procesos de (...) respuesta a las glosas”, lo que demuestra la posición dominante que la norma administrativa le otorga a la EPS, entidad que además no puede invertir los dineros en otros rubros diferentes a la salud.

4.2. GESTIÓN DE LAS IPS -HOSPITAL

Este estudio se enfoca en verificar los motivos de la crisis hospitalaria en lo relacionado a los afiliados al régimen subsidiado residentes en la ciudad de Bogotá, estos son definidos en la Ley de SGSSS como:

“...las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.”⁴⁹

La IPS u hospital está en la obligación de atender a las personas sin capacidad de pago en atención a las disposiciones constitucionales y legales. Dado que la IPS hospital está en la obligación de proteger los recursos de la institución, hace firmar un pagaré o una letra para asegurar la recuperación de recursos aplicados, pero dada la condición económica de este tipo de pacientes, estos dineros son de difícil cobro, progresivamente se van convirtiendo en cartera de imposible recuperación y posteriormente, se convierten en un pasivo que debilita y desfinancia el sistema.

⁴⁹ Numeral 2, Artículo 157 de la Ley 100 de 1993.



Es importante señalar que este tipo de recaudaciones, por la condición del deudor, son de difícil cobro porque generalmente estos pacientes no cuentan con empleo fijo, y sus ingresos generalmente son precarios, imposibilitando cualquier gestión efectiva para la recuperación de cartera. En estas condiciones, la gestión de cobro tiene una relación costo – beneficio muy baja, lo que no es favorable para la IPS hospital.

Cuando concurre al hospital un paciente, tal institución en su calidad de IPS, está en la obligación de atenderlo y tiene 24 horas para comunicarse con la EPS⁵⁰, a la que está afiliada el paciente, para informarle el ingreso del paciente y solicitar si asume o no el pago de la intervención del paciente; esto quiere decir, que si autoriza, la EPS se compromete a pagar la intervención mediante un código que suministra al hospital donde llegó el paciente, si la EPS no suministra código, de todas maneras el hospital, por Ley está en la obligación de atender al paciente. Dicho código es el medio por el cual la IPS cobra los servicios suministrados al paciente.

Es decir, el hospital o IPS, tenga código o no tenga código, para facturar los servicios y posteriormente recibir el pago, de todas maneras está en la obligación de atender al paciente. Si la EPS no le suministra el código, es decir, si no reconoce a su afiliado, la IPS u hospital, pierde los recursos aplicados a dicho paciente. Esta es una forma de desfinanciación que el sistema de salud no reconoce y que genera un desequilibrio económico en contra de la estabilidad financiera de la IPS distrital.

4.2.1. Convenios por capitación

Estos convenios son el único ingreso seguro que tienen los hospital – IPS. Consiste en que una EPS pacta con el hospital la entrega de un número determinado de afiliados para que sean atendidos en uno o varios servicios médicos especificados en el contrato, y como contraprestación le paga un precio entre \$12.000 y 14.000 por cada afiliado. Esta cuantía es baja si se tiene en cuenta el costo de la medicina, de los medicamentos y de los procesos que tienen que aplicar. Sin embargo, y dado que no todos los afiliados, objeto del contrato, solicitan los servicios de la IPS, es posible que el hospital IPS obtenga alguna rentabilidad; pero en el evento en que asista una cantidad notable de personas, la IPS hospital puede perder dinero. Es decir, en este caso la financiación y posible utilidad son relativas y dependen de un alto grado de incertidumbre.

⁵⁰ Después de 24 horas, la EPS no reconoce el pago de los servicios prestados.



Para los convenios de capitación suscritos con Capital Salud -EPS del distrito que actualmente se encuentra en estado de iliquidez, el Fondo Financiero Distrital de Salud –FFDS ha ordenado un precio de \$10.000 por cada afiliado, lo que constituye otra forma de desfinanciación, pues, en un inconsecuente cambio de papeles, la IPS-hospital termina por subsidiar a esa EPS, y de manera indirecta, estaría financiando la deuda de las EPS liquidadas cuyos afiliados, algunos fueron cargados a la ESP Capital Salud. Aunque las decisiones de la EPS son tomadas por la parte minoritaria de los inversionistas, las pérdidas que arroja la Entidad deben ser compartidas por los inversionistas, y en este caso, se incluyen las IPS del Distrito, bajo el principio de solidaridad entre entidades públicas, pero con beneficio de la parte privada.

Es importante señalar que este tipo de convenios son los únicos medios fijos de ingresos que tiene la IPS-hospital, porque son dineros pactados mediante contrato, lo que significa que la IPS-hospital tiene la posibilidad de asegurar una parte de su operación con la que puede contar para formular sus proyectos. Los demás ingresos siempre dependen del criterio médico de la EPS, de la glosa y de la gestión de cobro, lo que significa que estos ingresos tienen un alto grado de incertidumbre, impidiendo que el hospital programe sus procesos operativos y planifique la gestión de proyectos. Es decir, el impacto negativo no invade solamente los aspectos estrictamente médicos, sino que también afectan la formulación de planes y la gestión administrativa, penetrando de manera nociva en toda la organización.

4.2.2. Giro directo

Desde el año 2013, el gobierno nacional ha venido creando instrumentos legales para conjurar la crisis en la salud y garantizar el flujo de recursos. La Ley 1608 de 2013 *“por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud”* establece diferentes mecanismos para alcanzar este fin.

Entre estos se encuentra el giro directo cuya función consiste en que el Ministerio de Salud y Protección Social gire directamente los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) sin que pasen por la Entidad Territorial, se comprobó que efectivamente, las IPS-hospitales del distrito están adelantando dicha gestión, pero, no se ha logrado alcanzar el efecto positivo de estas medidas porque el Ministerio impuso tres requisito para que se pueda producir el giro directo:



1. Que las cuentas presentadas hayan sido debidamente aceptadas por la respectiva EPS del Régimen Subsidiado.
2. Que la EPS del Régimen Subsidiado haya incurrido en mora.
3. Que cada EPS haya recibido oportunamente los recursos por parte de las entidades territoriales.

El objeto de esta norma, consiste en *“...definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del Sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud...”*, aunque el espíritu legislativo tiene buena intención, estas condiciones impuestas administrativamente no protegen a las IPS porque no atacan el problema fundamental de la glosa usada como medio para justificar la retención de los dineros de la salud. Por el contrario, protege los intereses de las EPS para mantener en éstas la potestad de imponer la glosa de manera unilateral y les otorga plazos excesivos para realizar el pago, tal como lo manifiesta en el parágrafo 2° del artículo 50: *“En todo caso, el pago de la operación, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, deberá darse en un término máximo de un (1) año”*, sin duda, una disposición desatinada y blanda que favorece los intereses de la EPS en detrimento de las IPS Hospitales, quienes prestan el servicio directo de salud a los afiliados.

En los tres casos las EPS son el eje central de la condición; pues no se mencionan las IPS para obtener su favorecimiento, ni se establece una exigencia a las EPS para que flexibilicen y reduzcan sus criterios aplicados en la glosa, tampoco la conmina a pagar los dineros adeudados con anterioridad. Si bien el Ministerio gira, esta medida es inocua, de acuerdo con los requisitos exigidos, solo las EPS pueden autorizar dichos giros. En consecuencia, financieramente las IPS-Hospitales vuelven a quedar en la misma situación inicial, en manos de las EPS.

4.3. ANÁLISIS LEGAL

El Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia consagra que *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”*; este precepto contiene dos enunciados primordiales en la prestación de los servicios de salud: 1) bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y 2) en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es conocido ampliamente el cuestionamiento permanente que se le viene haciendo a las EPS, estas entidades en su mayoría son privadas y por lo tanto, con su gestión persiguen utilidades económicas.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Sin embargo, el mismo Artículo superior consagra que *“No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella”*, este inciso constitucional es ambiguo en el sentido que los dineros de la salud son públicos y en consecuencia, no forman parte del patrimonio de ninguna EPS, de ninguna institución de la salud. Ahora, aceptando que la interpretación de este Artículo quiere decir que no se usarán dichos dineros para actividades diferentes a la salud, entonces no se entiende porque las EPS no pagan los dineros que adeudan a las IPS.

Las Entidades Promotoras de Salud –EPS-, en realidad cumplen un papel intermediario entre el estado y las IPS, quienes son las verdaderas operadoras de prestación del servicio de salud; la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, define las entidades promotoras de salud cómo:

ARTICULO. 177.-Definición. ...son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley.

Esta delegación, significa que los recursos son públicos y que la función también lo es. Es decir, las EPS son entidades privadas cumpliendo funciones públicas para administrar dineros públicos. Se supone que la Ley le otorgó esta delegación a los privados para evitar la corrupción que se predica en el sector público, pero entonces: ¿por qué no opera con eficiencia y eficacia el sistema de salud? Y ante los escándalos mediáticos como Saludcoop, Humana Vivir, Solsalud y Cafesalud entre otras, ¿por qué el estado no tomó oportunamente el control que le otorga el Artículo 48 constitucional? Este tema fue objeto de análisis legislativo, pero la normativa resultante no atacó el problema de la crisis financiera que atraviesan las IPS, sino que se enfocó en los derechos humanos, como si estos pudieran paliar la utilización de los recursos de la salud para solventar la crisis.

En el año 2015 el Congreso de la Republica dio a la luz pública la Ley Estatutaria de la salud⁵¹; este tipo de normas tiene un rango superior sobre las demás leyes, forman parte del bloque de constitucionalidad y su aplicación es prioritaria. Igualmente, esta Ley está orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud,

⁵¹ Ley Estatutaria de la Salud No. 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.



lo que le otorga rango constitucional. Por lo tanto, esta norma es la de mayor rango dentro de las disposiciones que regulan la salud en Colombia.

Sin embargo, en ninguno de sus 26 Artículos, esta Ley menciona a las Empresas Promotoras de Salud -EPS. Teniendo en cuenta -como lo menciona este documento y otros medios-, que las EPS son causantes de la desfinanciación de las IPS y en su poder se concentran áridamente los recursos de la salud, extraña que la norma no le imponga a éstas unas exigencias y obligaciones que contribuyan al cumplimiento de su objeto: “..garantizar el derecho fundamental a la salud...”⁵².

Paradójicamente, la misma norma consagra que “El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud”⁵³, es decir, que los ciudadanos tienen derecho a la prestación de un servicio efectivo de la salud. En términos de gestión fiscal, la efectividad surge de la sumatoria entre la eficiencia y la efectividad; la eficiencia se entiende como la capacidad que tiene una organización para administrar sus recursos con la mayor calidad y al menor coste para conseguir los resultados programados; y la eficacia consiste en determinar el grado en que se alcanzaron los objetivos programados. Es evidente que en la eficiencia están comprometidos los recursos y por esta vía las EPS, quienes están en la obligación de suministrarlos; mientras que en la eficacia, están comprometidas las IPS-hospitales, pues en ellas recae el resultado final y los logros alcanzados. No es razonable que la EPS se haya convertido en un ineficiente intermediario financiero entre el estado responsable y los afiliados usuarios, por lo siguiente:

1. Esta actividad le corresponde al FOSYGA, Fondo público.
2. Son terceros distribuyendo dineros públicos, una actividad que le corresponde al Ministerio de salud o al Ministerio de Hacienda.
3. No aportan ningún valor agregado al sistema, por el contrario impide el flujo de recursos.
4. Se han convertido en un obstáculo para financiar el sistema.
5. Aprovecha, para su beneficio, la posición dominante que le otorga la Ley.

A lo anterior hay que agregar que las EPS no son objeto de control fiscal, ellas están acatadas al escrutinio de un Revisor Fiscal contratado por la misma entidad, lo que, por las reglas de la experiencia, permite deducir que éste carece de la debida independencia para hacer las actividades propias de la auditoría objetiva. En

⁵² Artículo 1º, ibídem.

⁵³ Artículo 5º, ibídem. Subrayado fuera de texto.

consecuencia, el rastro de estos dineros, de carácter público⁵⁴, queda ocultos al escrutinio del control social.

La Ley 100 en su Artículo 153, dio mandato para ejercer control por parte de los usuarios:

(...)

7. Participación social. El sistema general de seguridad social en salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

Ellos se organizaron en las “ligas de usuarios”, pero su poder de decisión, participación o control es absorbido por las sinergias del sistema. Es decir, el sistema, tiene una dimensión tan descomunal que la participación social se pierde en las problemáticas especializadas, en las sinergias propias del sistema y en la posición dominante que en poco acata el precario control social realizado.

En síntesis, tenemos que los dineros de la salud son usados de manera oculta, sin que exista un control vigoroso que evalúe la gestión y examine el destino y manejo de esos recursos. Esta situación es reprochable, pues los dineros de la salud, que además de tener cometido humanitario, para satisfacer un derecho fundamental, son dineros públicos con destinación específica.

Por lo tanto, estos recursos tienen las siguientes características:

“Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”⁵⁵

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, tiene por objeto “*garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección*” (Artículo 1º) y afirma luego en el Artículo 2º “*su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*”, esta disposición es casi una copia de la norma constitucional que

⁵⁴ Artículo 46 Decreto 131 de 2010.

⁵⁵ Artículo 25, Ley 1751 de 2015.



consagra en su Artículo 48 *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”*. (Subrayado fuera de texto).

Lógicamente, ninguna institución ni persona puede ser ajena a este mandato, por lo que la eficiencia y solidaridad se debe predicar no solo directamente hacia el usuario, sino también de manera indirecta entre las instituciones, con el fin de cumplir el mandato constitucional que ampara al usuario. En este sentido la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en su Artículo 4° definió el sistema de salud:

“Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”. (Subrayado fuera de texto).

Para el estudio que nos ocupa evidentemente, también “es el conjunto articulado y armónico de las instituciones que conforman el sistema”; es decir, que debe existir, en virtud del Artículo 48 superior, armonía y articulación entre las EPS y las IPS, con el propósito de generar eficiencia y solidaridad, para garantizar el derecho fundamental a la salud⁵⁶. Sin embargo, en la práctica ésta relación armónica no se da, lo que se produce realmente es una confrontación entre la IPS (acreedor) y la EPS (deudor); es decir, se origina una relación acreedor-deudor, donde el deudor tiene una posición dominante dentro del sistema, lo que le otorga el derecho a decidir qué debe y qué no debe; sin que el acreedor tenga un título o garantía para hacer valer su derecho. Esta figura es contraria a las consagradas en el Derecho Civil para dirimir los conflictos entre deudor y acreedor, pues no le otorga garantías al acreedor para reclamar su derecho, máxime que éste ha ejecutado los recursos y realizados gastos previos, que de no cubrirse ponen en riesgo su patrimonio y los derechos a la salud de los pacientes.

El acreedor (IPS) no está en condiciones de oponibilidad a su deudor por temor a no ser empleado en el futuro por la EPS, y porque las EPS tienen toda la legislación a su favor. Desde el punto de vista del derecho colombiano, esta es una relación irracional, pues, el obligado -EPS, tiene una superioridad invencible que rompe el equilibrio contractual que debe existir entre las partes para garantizar sus derechos.

⁵⁶ Lo anterior en concordancia con el Artículo 209 de la Constitución Política de Colombia.



Por lo antes expuesto, la recuperación de cartera no tiene una pronta viabilidad que permita la reposición de los recursos, por el contrario, la situación se irá empeorando, tal como se ha percibido en la dinámica de los últimos años. El endeudamiento y la falta de respuesta positiva de las EPS seguirán denudando los recursos de las IPS, conllevando a la intensificación de la crisis hospitalaria. Igualmente, hay que adicionar el problema de la recuperación de cartera de las EPS deudoras en liquidación, pues estas deudas no tienen una garantía efectiva que le permitan al acreedor-IPS recuperar los recursos adeudados.

Por último, en el literal a del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, consagra: *“El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el sistema general de seguridad social en salud”*, entonces, ante la crisis generalizada, es evidente que le asiste negligencia al Estado para conjurar el problema de la cartera que sufren todas las IPS del país. Igualmente, la Alcaldía de Bogotá, en cumplimiento de esta norma, tampoco ha adelantado programas de cobro o iniciado procesos ejecutivos de cobro contra las EPS morosas, máxime si se tiene en cuenta que dicha situación origina daño al sistema conllevando al desmejoramiento del nivel de vida de los bogotanos. En términos del mandato constitucional, se puede afirmar que la gestión de las EPS se caracteriza por ser:

- 1) Una gestión fiscal antieconómica, puesto que conlleva a la desfinanciación de los hospitales del Distrito Capital,
- 2) Ineficiente, porque no contribuye a la actividad administrativa ni operativa de los procesos médicos,
- 3) Ineficaz, porque los servicios de salud están generando una deuda social con los bogotanos, e
- 4) Inoportuna, porque el pago de los dineros adeudados por las EPS han generado dilaciones en todos los procesos afectando aún más la gestión administrativa y la acción operativa de los hospitales.

Estas irregularidades son contrarias al Artículo 209 de La Carta y a los propósitos sociales que busca la Ley de SGSSS, pues la gestión de las EPS no responde al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del Estado.

En consecuencia con lo antes sustentado, se infiere que la administración de los dineros de la salud, no está sometida a ningún control por parte del Estado ni de los órganos de control. Sin embargo, el Estatuto Anticorrupción, Ley 1474 de 2011, en el parágrafo del Artículo 91, sostiene que *“La información financiera y contable de la fiducia podrá ser consultada por los Organismos de Vigilancia y Control Fiscal”*, es importante señalar que esta norma aplica en cuanto la relación entre las EPS y el Estado genera

obligaciones, y el estado, está en la obligación de vigilar el cumplimiento de las mismas; dicha relación se asimila al contrato social.

El Legislador, quien a través del Estatuto Anticorrupción, Ley 1474 de 2011, otorga nuevas facultades a los órganos de control para ejercer el control fiscal, específicamente, sobre los agentes privados que manejan bienes y fondos públicos, fortalece el control sobre los dineros públicos mediante el mandato establecido en el Artículo 114 de dicha normativa, así:

Facultades de investigación de los organismos de control fiscal. Los organismos de control fiscal en el desarrollo de sus funciones contarán con las siguientes facultades:

- a) Adelantar las investigaciones que estimen convenientes para establecer la ocurrencia de hechos generadores de daño patrimonial al Estado originados en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, o deterioro de los bienes o recursos públicos, producida por una gestión fiscal antieconómica, ineficaz, ineficiente, e inoportuna y que en términos generales no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del Estado;*
- b) Citar o requerir a los servidores públicos, contratistas, interventores y en general a las personas que hayan participado, determinado, coadyuvado, colaborado o hayan conocido los hechos objeto de investigación;*
- c) Exigir a los contratistas, interventores y en general a las personas que hayan participado, determinado, coadyuvado, colaborado o hayan conocido los hechos objeto de investigación, la presentación de documentos que registren sus operaciones cuando unos u otros estén obligados a llevar libros registrados;*

En concordancia con las normas antes citadas y con las inferencias realizadas durante el presente estudio, la Contraloría de Bogotá está en la obligación legal de asumir el control fiscal sobre las EPS que manejan dineros públicos destinados a atender la red hospitalaria de Bogotá. Esta competencia, no solo se deduce de las normas citadas sino también del Artículo 267 superior, que a la letra dice: *El control fiscal es una función pública que ejercerá la Contraloría General de la República, la cual vigila la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes de la Nación.* El subrayado para indicar que desde la raíz del control fiscal el mandato imperativo de La Carta le otorga a los órganos de control esta facultad, no solo sobre los particulares, sino también sobre las entidades, tal como lo son las EPS, Entidades Promotoras de Salud.



5. CONCLUSIONES

El cambio presentado con la promulgación de la Ley 100 de 1993 fue bastante positivo para toda la población colombiana, pues se venía de un régimen de salud, en donde la cobertura no garantizaba el acceso a toda la población, ahora, tanto la Ley como la Constitución Política garantizan los servicios de promoción, protección y recuperación de salud.

Sin embargo, la Ley puso a competir en forma desigual a los hospitales públicos, denominadas Empresas Sociales del Estado -ESE, frente a las IPS privadas, sin tener en cuenta que el músculo financiero de éstas y su forma de contratación es diferente, pues adoptan prácticas antieconómicas, de integración vertical y actúan en forma de carteles de la salud.

Encontramos un sistema creado para garantizar el derecho fundamental a la salud, económicamente empoderado (porque los cotizantes pagan oportunamente sus aportes), pero el cual depende del criterio de agentes privados (EPS), quienes manejan dichos dineros, obstaculizando el flujo de los mismos, y por esta vía, impidiendo que se alcancen los objetivos constitucionales necesarios para garantizar este derecho fundamental. El dinero de los aportantes es capturado por un tercero, impidiendo el cumplimiento de los fines del Estado, como es garantizar la salud de los usuarios, quienes son los mismo aportantes.

La Contraloría General de la República –CGR hizo una advertencia cuando emitió alertas sobre los problemas de liquidez de algunas EPS, las cuales no reportaban información o lo hacían de forma inconsistente, sin embargo, éstas entidades seguían recibiendo recursos públicos de la salud, que debían destinarse al Plan Obligatorio de Salud –POS para la población atendida. Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud no tomó medidas en el asunto para entrar a las EPS que desviaban los recursos de la salud para otras actividades diferentes a su objeto, como fue el caso de la EPS Saludcoop.

Si es la misma Superintendencia que está denunciando esos casos, por qué no se toman las medidas sancionatorias a que haya lugar. Estos podrían ser uno de los muchos cuestionamientos que puede tener un ciudadano del común.

Este es otro elemento que entra al debate para argumentar que la crisis de la salud es evidente, y que estamos frente a un déficit estructural del sistema. La intervención de una serie de EPS nos demuestra que se necesita una reforma en el sistema de salud, pero una reforma de fondo, no una que entre a maquillar el estado

crítico que estamos padeciendo todos los usuarios del sistema, además se necesita entrar a fortalecer los organismos que inspeccionan, controlan y vigilan el sistema de salud.

El legislador, a través de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones reglamentarias del SGSSS, le otorga a las EPS una ventaja competitiva y una posición dominante que éstas aprovechan para beneficio propio. En este sentido, las EPS, son terceros distribuyendo dineros públicos, no aportan ningún valor agregado al sistema, por el contrario su actividad impide el flujo de recursos hacia los operadores de salud, especialmente hacia los hospitales públicos del Distrito Capital; igualmente, se puede deducir que las EPS se han convertido en un obstáculo para financiar el sistema.

De otra parte, por mandato legal, las EPS están sometidas a la verificación de un Revisor Fiscal contratado por la misma entidad, lo que conlleva a la falta de transparencia en el manejo de los recursos de la salud. Dado que los dineros de la salud son públicos, el control fiscal esta llamado constitucionalmente a asumir la función fiscalizadora, de conformidad con los Artículos 91 y 114, del Estatuto Anticorrupción, Ley 1474 de 2011.

En consecuencia, este estudio recomienda que el ejercicio del control fiscal, en el Distrito Capital, se extienda, tal como lo ordena la Ley anticorrupción, a las EPS para evaluar la gestión que ejercen dichas entidades en su calidad de gestoras fiscales de los dineros públicos destinados a satisfacer los objetivos del SGSSS y de esta manera, proteger los derechos en materia de salud de la población bogotana más vulnerable.

Con relación al fortalecimiento estructural de la red hospitalaria y la creación de nuevos institutos especializados, se detecta muy poca realización física, pues varias de las metas que los ofrecían, transcurrieron por la incorporación a hospitales existentes y la creación o adecuación de locales para su funcionamiento en ellos, lo cual deja entrever que estas obras debieron tomarse como proyectos anexos o de modificación de los hospitales, ante la negativa del Ministerio de Salud para permitir la construcción de obras nuevas en el sector de la salud de la ciudad.

Se puede inferir que en la formulación del proyecto 880, no se habría contado con la consulta previa ante la entidad gubernamental del orden nacional configurándose una inadecuada planeación de objetivos y recursos, o que también podría haberse dado tales decisiones como una manera de frenar el desarrollo infraestructural de

la salud para la capital acaecida por una conducta política centralista sobre el gobierno capitalino de ese entonces.

De otra parte, se percibe que las obras para la creación de estos nuevos institutos especializados, podrían haberse diluido en dotaciones y obras conexas que se requerían para el funcionamiento incluso de unidades de atención hospitalarias diferentes de las que originalmente dieron lugar a la asignación de recursos.

Se concluye con respecto a la programación establecida en el Decreto N° 318 de 2006, que sólo se ha dado cumplimiento a 16 equipamientos del PMES que están beneficiando a la población del Distrito y representan el 12,6% del total de obras, con un valor ejecutado de \$233.508 millones, respecto al costo inicial programado para la totalidad de los equipamientos de \$470.481 millones, es decir, una inversión de 49,6% del valor inicial calculado para la construcción de todo el Plan de Equipamiento, con tan sólo 16 obras terminadas y 10 en ejecución, como se demostró en el estudio.

Así mismo, se observa que la realización del Plan Maestro durante el período de estudio se dio más que todo con la inversión de equipos médicos para la dotación hospitalaria y la formulación de planes de contingencia, y muy poco se observa en infraestructura física hospitalaria, como se demuestra con la adquisición de camillas hidráulicas para la casi totalidad de los hospitales de la red distrital, de equipos biométricos y monitores pero con la notación de espera para la adquisición de 25 predios y solo el registro de \$682 millones como costo de adecuación de área físicas para la una unidad de cuidado neonatal en la localidad territorial del sur y la construcción de la primera fase de la red contra incendios del Hospital El Tunal que incluye un anillo perimetral.

La realización de infraestructura se redujo a la adecuación de espacios y locales en algunos hospitales y los recursos parece que hubiesen sido utilizados principalmente en adquisición de elementos médicos y logísticos, diluyendo los objetivos propuestos en el PMES para la creación y construcción de varios institutos y unidades de especialización medica requeridos con forme a los diagnósticos de demanda del servicio de salud Distrital.

Se refuerzan estas conclusiones con aquella auditoría que sirvió de soporte para algunos apartes de este estudio, con relación en la creación de 83 centros de salud y desarrollo humano de la red hospitalaria, en el sentido que sólo se habrían establecido convenios para la realización de una veintena de ellos, que representa la cuarta parte del propósito, como se registró en el aparte referido a esta meta.



En cuanto al proyecto 878 para ordenar el área de salud y habilitar infraestructura del hospital San Juan de Dios, se observó que todo lo relacionado con las obras para la remodelación, restauración, readecuación y reordenamiento del hospital, quedó en proyectos, diseños de servicios, elaboración de portafolios y obras de papel que no se cristalizaron en locaciones, salas de servicios, corredores de movilidad o equipamientos de obra civil o de dotación alguna para la prestación de servicios de salud en la antigua sede del hospital, que otrora fuera uno de los más importantes y funcionales del país en la atención a clases sociales vulnerables.

Los hospitales sustentan sus ingresos, en buena parte, en la recuperación de cartera. Desde hace años, estos entes acarrearán con el problema de liquidez, y un crecimiento de la cartera que se vuelve irrecuperable ante las entidades responsables, como lo enuncia en la identificación del proyecto N° 704 del plan de desarrollo *“Bogotá Humana”*, denominado *“Fortalecimiento gestión y depuración de la cartera distrital”*. El proyecto busca depurar, identificar y calificar la cartera del Distrito.

Concluido el proyecto en mención, y con base en la información reportada por la Secretaría Distrital de Salud -SDS, se pudo establecer que la cartera consolidada inicia con una línea base a 31 de diciembre de 2012 de \$656.356 millones.

Las EPS con mayor nivel de deuda son: Capital Salud EPS; mayor deudora \$219.407 millones, Caprecom EPS –EICE; en liquidación, con \$135.077 millones, Unicajas Comfacundi EPS-S \$20.832 millones y Convida EPS –EICD, \$14.997 millones, en conjunto tienen el 60% de la cartera.

Otra de las situaciones observadas, es que una buena porción de la cartera es glosada por sus deudores, haciendo difícil su recuperación, conllevando a una falta de liquidez en el sistema, que entra a afectar directamente al usuario al verse restringida la atención en el servicio de salud.

Con la entrada en vigor del Acto Legislativo 01 de 2001, se disminuyeron los recursos para educación, salud y propósito general, éstos dependían de los ingresos corrientes de libre destinación, es decir, estaban atados a su crecimiento. Con la reforma quedaron sujetos a la variación del Índice de Precios al Consumidor –IPC más unos puntos por crecimiento de la economía, sin embargo, este cambio constitucional no compensó los recursos transferidos a las regiones y municipios.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

BIBLIOGRAFÍA

Hernández A, Mario, Obregón T, Diana, y otros La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902 – 2002. Bogotá, Octubre de 2002.

Encuesta Multipropósito, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación –SDP. Bogotá D.C., 2014.

Bonet, J, Pérez V, G. J, y Ayala, J., Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. Documentos de trabajo sobre economía regional. Centro de Estudios Económicos y Regionales –CEER (205), 2014. Cartagena, Colombia: Banco de la República.

La medicina en Colombia: de la influencia francesa a la norteamericana, Miranda Canal, Néstor. Revista Credencial Historia. Bogotá - Colombia. Edición 29 Mayo de 1992.

Orozco G., A.J, Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos Documentos de trabajo sobre economía regional. Centro de Estudios Económicos y Regionales –CEER (201) 2014. Cartagena, Colombia: Banco de la República.

Manual Operativo Presupuestal -Resolución SDH N° 226 del 8 de Octubre de 2014, Secretaría Distrital de Hacienda –SDH. Bogotá D.C., 2014.

La emergencia social en salud. Revista Economía Colombiana. Contraloría General de la República. Bogotá D.C., agosto 2010.

Sistema Nacional de Salud: inmensamente rico en su miseria. Revista Economía Colombiana. Contraloría General de la República. Bogotá D.C., agosto - septiembre 2012.

Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Ministerio de Salud y Protección Social. Junio 2016.

Plan Territorial de Salud 2012 – 2016. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. “Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables- Plan de Desarrollo Distrital” Bogotá Humana 2012-2016.

Informe de auditoría regular a FFDS - SDS, evaluación de metas del Proyecto 880 PAD 2015. Contraloría de Bogotá.

De Vargas y Ramírez Duarte, “La oferta y la demanda de los servicios de salud”. Universidad del Norte, Barranquilla, 1990.

“Fortalecimiento de la gestión y depuración de la cartera distrital”. Dirección Distrital de Contabilidad. Secretaría Distrital de Hacienda -SDH. Informe Narrativo Proyecto N° 704 a 31 de diciembre de 2015.

Sentencia de tutela N° 151 de 2006. Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional. Bogotá, D.C., febrero de 2006.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Anexo técnico N° 6. Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas unificación. Resolución N° 3047 de 2008, modificada por la Resolución N° 416 de 2009.

Giraldo V. Juan C., El pensamiento de la ACHC sobre el presente y futuro del sistema de salud colombiano. Documento elaborado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC.

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 – 2016, Secretaría Distrital de Salud –SDS. 2012.

Agudelo C. Carlos A. y otros. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, 2011.

Pinzón Daniel, Vargas María J. y Zarruk Armando. Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Rol de los Planes Voluntarios de Salud., febrero 2013.

Organización de las Naciones Unidas -ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015.

“Objetivos de Desarrollo del Milenio: Bogotá, a un año de la meta”. Alcaldía Mayor de Bogotá -SDS, diciembre 2015.

“Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables -PDD” Bogotá Humana 2012 – 2016. Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C.

Acuerdo N° 489 de 2012, Plan de Desarrollo Distrital -PDD Bogotá Humana 2012 - 2016.

DNP-Banco Nacional de Proyectos, Ficha EBID del proyecto 880 a 2016.

Sistema de Estadísticas Vitales. SDS-DANE, 2015.

Informe anual al Concejo de Bogotá sobre avance y gestión de los Planes maestros. Secretaria Distrital de Planeación -SDP 2012,2013, 2014 y 2015.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

WEBGRAFÍA

<http://anmdecolombia.net/index.php/52-de-la-literatura/297-sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia>
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/Antecedentes%20del%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.htm>
www.investinbogota.org/descubra-bogota/datos-generales/bogota-en-cifras
<http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2079-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud-la-historia-oculta.html#comment-2873>
<http://www.consultorsalud.com/la-venta-de-los-activos-estrategicos-de-saludcoop-entrevista-al-liquidador-segunda-parte>
<http://www.elespectador.com/noticias/salud/salud-publica-esta-crisis-articulo-630323>
<http://www.saludcapital.gov.co/Lists/Anuncios%20secundarios/DispForm.aspx?ID=332&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Esaludcapital%2Egov%2Eco%2FPaginas2%2Findex%2Easpx>
<http://delaurbe.udea.edu.co/2015/08/21/crisis-de-la-salud-en-colombia-que-esta-pasando/>
<http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/propuesta-para-un-nuevo-sistema-de-salud.html>
http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2015.pdf
<http://documents.worldbank.org/curated/en/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>
http://www.ama.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=25:sergio-isaza-propone-cambios-radicales-en-el-sistema-de-salud&catid=10&Itemid=111
<http://www.monografias.com/trabajos93/saneamiento-fiscal-y-financiero-hospitales-publicos-colombianos/saneamiento-fiscal-y-financiero-hospitales-publicos-colombianos.shtml>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-01.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-02.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-03.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-04.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-05.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-06.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-12.htm>
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/debate/debate-14.htm>



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Anexo N° 1
Presupuesto definitivo de las E.S.E 2002 – 2015

(En millones de pesos de 2015)

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Disponibilidad Inicial	8.859	17.520	37.593	41.100	85.521	103.402	78.329	56.316	59.867	117.625	124.485	108.374	136.419	199.486
Ingresos Corrientes	630.190	665.600	756.946	924.359	1.088.493	1.149.190	1.206.671	1.302.927	1.556.454	1.507.284	1.510.555	1.628.622	1.574.399	1.523.659
No tributarios	630.190	665.600	756.946	924.359	1.088.493	1.149.190	1.206.671	1.302.927	1.556.454	1.507.284	1.510.555	1.628.622	1.574.399	1.523.659
Rentas Contractuales	627.743	661.752	751.950	918.104	1.088.493	1.143.440	1.204.783	1.300.673	1.555.089	1.505.000	1.501.754	1.624.316	1.571.852	1.520.468
Otros Ingresos no Tributarios	2.447	3.848	4.996	6.255	0	5.750	1.889	2.254	1.366	2.285	8.801	4.306	2.547	3.191
Transferencias	89.566	90.454	3.985	304	0									
Nación	79.132	3.029	689	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situado Fiscal	67.990	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras Transferencias-Nación	11.142	3.029	689	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entidades Distritales	10.434	87.426	3.295	304	0									
Recursos de Capital	2.386	2.638	1.975	2.968	2.663	2.567	25.600	4.483	4.258	1.707	1.633	2.345	2.104	2.206
Recursos del Balance	502	705	5	34	3	0	19	6	13	27	0	0	3	0
Donaciones	0	0	0	292	0	260	0	0	0	191	0	0	0	0
Rendimientos por Operaciones Financieras	1.703	1.644	1.764	2.469	2.529	2.287	2.934	4.477	3.617	1.489	1.623	2.329	2.027	1.849
Otros Recursos de Capital	180	282	199	173	131	20	22.647	0	629	0	11	16	74	357
Ingresos	731.000	776.211	800.499	968.732	1.176.677	1.255.160	1.310.601	1.363.725	1.620.580	1.626.615	1.636.674	1.739.341	1.712.922	1.725.350

Fuente: Subdirección de Estadística y Análisis presupuestal y financiero, Contraloría de Bogotá D.C.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

“Una Contraloría aliada con Bogotá”

Anexo N° 2
Ejecución del recaudo de las E.S.E. 2002 – 2015
(En millones de pesos de 2015)

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Disponibilidad Inicial	10.820	17.789	37.594	41.100	85.521	104.494	78.329	56.316	59.867	117.625	124.485	102.774	136.419	199.486
Ingresos Corrientes	560.526	627.919	718.893	858.360	967.519	1.037.235	1.040.357	1.113.203	1.259.436	1.158.038	1.119.806	1.389.087	1.496.325	1.344.332
No tributarios	560.526	627.919	718.893	858.360	967.519	1.037.235	1.040.357	1.113.203	1.259.436	1.158.038	1.119.806	1.389.087	1.496.325	1.344.332
Rentas Contractuales	556.588	623.989	714.452	853.997	967.519	1.033.412	1.038.287	1.110.505	1.256.717	1.153.962	1.111.483	1.384.999	1.490.406	1.339.088
Otros Ingresos no Tributarios	3.938	3.930	4.441	4.363	0	3.822	2.070	2.698	2.720	4.076	8.323	4.088	5.919	5.244
Transferencias	87.256	88.896	4.019	298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.500
Nación	78.762	2.613	689	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.500
Situado Fiscal	67.572	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras Transferencias-Nación	11.190	2.613	689	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.500
Entidades Distritales	8.494	86.282	3.330	290	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Recursos de Capital	2.189	3.524	3.283	3.757	3.293	4.998	29.239	5.657	3.264	2.974	4.314	3.108	3.476	7.467
Recursos del Balance	290	792	44	48	10	81	77	9	44	65	31	55	84	181
Recursos del Crédito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Donaciones	0	0	0	304	10	261	2	0	1	224	0	5	0	57
Rendimientos por Operaciones Financieras	1.484	2.311	2.960	3.163	2.986	4.570	5.578	5.556	2.491	2.495	2.894	2.707	3.096	3.970
Otros Recursos de Capital	415	421	185	243	287	86	23.581	92	728	190	1.389	341	296	3.259
Ingresos	660.790	738.127	763.788	903.516	1.056.333	1.146.727	1.147.925	1.175.175	1.322.568	1.278.637	1.248.605	1.494.969	1.636.220	1.552.785

Fuente: Subdirección de Estadística y Análisis presupuestal y financiero, Contraloría de Bogotá D.C.