

Situación de los Hospitales Públicos Adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá

Juan Carlos García U.

Medico Cirujano. Especialista en Gerencia Hospitalaria, Gerente Hospital Bosa II Nivel, Empresa Social del Estado. Maestría en Salud Pública. Teléfono 780 19 60

RESUMEN

Se hace una revisión del comportamiento asistencial y financiero de corto plazo de los hospitales de la red de Bogotá para ampliar la información y el análisis sobre el origen de la crisis hospitalaria que se presentó durante 1999, más notoria en las instituciones de origen público o apoyadas con recursos públicos para la atención de la población pobre y vulnerable. Se propone que el origen de la crisis no esta únicamente en los hospitales sino que el problema grave y de fondo es una crisis en los administradores. La importancia de esta discusión radica en que si bien es cierto los hospitales de Bogotá afrontan aún serias dificultades administrativas la respuesta a la misma compromete no sólo a los hospitales sino a la sociedad en la medida que debe tocar la asignación de recursos adecuados para el plan de beneficios, el control y racionalización de los administradores del sistema y la redefinición del papel de las Empresas Sociales del Estado.

Palabras Claves: Hospitales, Crisis, Bogotá, Red.

ABSTRACT

Situation of the public hospitals of the district health authority in Santafé de Bogotá

The short term assistencial and financial behaviors of the hospitals of the local network in Bogotá is reviewed in order to widen the information and the analysis about the origin of the hospital crisis presented during 1999, which was most notorious in institutions of either public origin or supported with public resources providing health care for the poorest and most vulnerable population. It is proposed that the origin of the crisis is not only found in the

hospitals themselves but that the most serious and profound problem is a crisis in their administration. The importance of this discussion is based on the fact that although public hospitals in Bogotá confront serious administrative difficulties, the response to this crisis involves not only the hospitals but also the entire society because it must include the allocation of adequate resources for the plan of benefits, the control and rationalization of the managers of the system and the redefinition of the role of the social enterprises of the state.

Key Words: Hospitals, crisis, Bogotá, network.

Durante 1999 se ha presentado en todo el país una crisis hospitalaria, más notoria en las instituciones de origen público o apoyadas con recursos públicos para la atención de la población pobre y vulnerable; esta crisis ha sido explicada de diversas maneras, la mayor parte relacionadas con la aplicación del esquema general de seguridad social implementado a partir de la Ley 100 de 1993.

Algunos argumentan que las dificultades se originan en los atrasos en los pagos y las barreras de acceso creadas por parte de los administradores del sistema ya sean Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradores del Régimen Subsidiado (ARS), Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Fondos Locales de Salud u otras aseguradoras; otros señalan como fuente del problema el sistema tarifario y su estructura; igualmente se ha señalado como culpable la mala administración de los hospitales y otros consideran que el problema está en el paternalismo estatal y la escasa transformación de los subsidios de oferta en subsidios a la demanda.

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación al comportamiento de las instituciones públicas pertenecientes a la red del Distrito de Bogotá, en los últimos años a fin de ampliar el alcance de la discusión de un proceso relativamente reciente.

ANTECEDENTES

Santafé de Bogotá, Distrito Capital, tuvo en el marco de los denominados Sistemas Nacionales de Salud estructurada la prestación de servicios de salud públicos mediante la conformación de 6 regionales, durante cerca de 20 años. Como parte de los procesos de descentrali-

zación y de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido por la Ley 100/93, el Distrito Capital cuenta desde 1993 con 32 hospitales públicos descentralizados que en 1998 se transformaron masivamente en Empresas Sociales del Estado, organizadas por niveles de la siguiente forma:

- El Primer Nivel corresponde a la agrupación zonal de cerca de 150 unidades distribuidas por la ciudad que fueron los antiguos Puestos y Centros de Salud organizados en el anterior Sistema Nacional de Salud, con los servicios de medicina general, odontología y programas de promoción y prevención, incluidos los servicios de atención al medio ambiente y algunos sitios llamados Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), en los que además se brindan unos pocos servicios hospitalarios como la atención de partos de baja complejidad y la observación por 24 o 48 horas. En total son 19 hospitales de primer nivel que se sitúan uno por cada una de las Localidades en que se divide políticamente la ciudad con excepción de la Localidad de Teusaquillo, donde no existe hospital público, por haber una gran oferta privada.
- En el Segundo Nivel hay 8 instituciones, correspondientes a centros hospitalarios que cuentan con una o más de las especialidades clínicas básicas (gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general) y en algunos casos con otras especialidades y aún subespecialidades; en cuanto al número de camas varían desde 15 hasta cerca de 200 y su distribución en la ciudad es irregular aunque en la zona nororiental de la ciudad no hay ningún hospital público de esta complejidad.
- En el Tercer Nivel hay 5 entidades que presentan grandes variaciones entre ellas en cuanto a desarrollo y tamaño, los cuales se ubican uno en el Norte de la ciudad, otro en el Centro y tres en el Sur, donde hay los mayores niveles de pobreza.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio para establecer el comportamiento financiero de corto plazo y de prestación de servicios en los 32 Hospitales según niveles, a partir de los datos de la Secretaria Distrital de Salud y de algunos organismos de control.

RESULTADOS

Situación de la Oferta de Servicios de Salud en Bogotá.

Según datos preliminares de la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaria Distrital de Salud y con base en la declaración de requisitos esenciales presentada por las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS, que operan en la capital y proporcionan servicios a una población cercana a los 7 millones de habitantes, hay una oferta total de 12 311 camas cuya distribución se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Oferta de camas en Santafé de Bogotá según origen y nivel

Niveles	Distritales		Otros	
	Oferentes	Camas	Oferentes	Camas
Primero	19	255	17	109
Segundo	8	619	63	2 229
Tercero	5	1 090	37	7 451
Sin dato			40	558
Total	32	1 964	157	10 347

Fuente: Datos tomados por el autor de la consolidación preliminar de la declaración de requisitos esenciales recibida por la Dirección de desarrollo de Servicios de la Secretaria Distrital de Salud, 1999.

Como se aprecia, de las 8 541 camas de tercer nivel disponibles en la ciudad el 12,8 % es de propiedad del Distrito. Sin embargo, existen otras instituciones también de origen público que complementan esta oferta pero que no se encuentran integradas a la red ya que sus servicios son de uso exclusivo de algunos grupos poblacionales; se destacan entre ellas el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) que posee 807 camas equivalentes al 9,4 %, la Policía y las Fuerzas Militares con 896 camas, o sea el 10,5 %, y otras entidades públicas con 414 camas que equivalen al 4,8 %; las restantes 5 334 camas, el 62.5 %, son de origen privado.

En el segundo nivel la situación es similar, 619 camas (21,7 %) pertenecen a la red pública Distrital, 215 al ISS (7,5 %) y las restantes 2 014 (70,8 %) al sector privado.

En el primer nivel la situación se invierte por completo, ya que el 70,1 % de las camas pertenecen a los hospitales distritales y el restante 29,9 % (109 camas) es de origen privado.

Adicionalmente, hay 558 camas de origen privado que no fueron clasificadas en ningún nivel por sus dueños al momento de presentar la declaración de requisitos esenciales; cerca de un 35 % de estas se reportan como “cama de hospitalización” y el resto como “cama de observación”.

En el tercer nivel se registraron 42 prestadores lo que significa un promedio de 203 camas por prestador; en el segundo nivel 71 prestadores con un promedio de 40 camas; en el primer nivel 36 prestadores con un promedio de 10 camas. Por último, 40 instituciones reportaron camas sin describir su nivel.

Evolución de la Prestación de Servicios

Según datos de la Contraloría de Santafé de Bogotá los servicios efectivamente prestados entre 1997 y 1998 crecieron en todas las actividades y en todos los niveles. Esta situación se presenta en la Tabla 2.

Se debe resaltar que en los hospitales públicos los servicios totales crecieron en un 31,5 %, siendo muy notorio el desarrollo de la hospitalización y la consulta, bastante menor en laboratorio y odontología e intermedio en urgencias. La evolución de los servicios por nivel muestra que en el tercero hubo un crecimiento de actividades del 32,9 %, mientras en el segundo fue de apenas el 18,5 % y en el primero alcanzó el 28,6 %.

En el tercer nivel se destaca el crecimiento de las hospitalizaciones en 73,9 %, frente al 15,1 % en el segundo nivel y al 17,1 % en el primero; también fue notorio el desarrollo de urgencias y consulta, del 61,9 % y del 56,4 % respectivamente. Contrario a lo esperado en laboratorio el crecimiento fue solo del 14,7 %, que frente a un mayor número de atenciones puede representar una mayor racionalidad en la indicación de pruebas o que en el primer y segundo nivel se están diagnosticando

mejor los pacientes ya que el crecimiento de laboratorio fue del 38,8 % y del 25,1 % respectivamente en estos niveles.

Las posibles mejores condiciones de diagnóstico en el primer y segundo nivel parecen estar corroboradas en el mismo informe de la Contraloría en el que la categoría de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, en la cual se incluyen aquellas patologías cuyo diagnóstico no es preciso, representaron solo el 5 % de los diagnósticos en primer nivel, el 2,9 % en el segundo y el 4,7 % en el tercero; sin embargo, corroborar esta hipótesis requerirá un análisis más profundo de la morbilidad por egreso hospitalario y por consulta.

En el primer nivel destaca el crecimiento de urgencias en el 48,3 %, que se puede relacionar con la absorción de todas las urgencias menores gracias a la atención 24 horas en los CAMI. Así mismo, es importante resaltar el desarrollo de los servicios de consulta y odontología con crecimientos del 23,3 % y del 19,3 % en este mismo nivel.

Situación Financiera

En los años 1997 y 1998 los ingresos de los Hospitales Distritales, mostraron dos condiciones muy interesantes: de una parte, un crecimiento del 37,7 % (Tabla 3), que descontando la inflación en este periodo significó un crecimiento aproximado del 20 % y, de otra parte, el incremento en la venta de servicios fue del 80,5 %, mientras las demás fuentes evidenciaron disminución al considerar los valores en pesos constantes. Llama la atención el comportamiento de las transferencias, que corresponden a dineros directos girados por la Nación o por el Distrito para financiar aquellos gastos que los ingresos directos no alcanzan a cubrir, cuyo recorte fue cercano al 25 %. También se debe destacar que en 1997 estas transferencias representaron el 38,1 % del total de los ingresos, mientras para 1998 alcanzaron sólo el 24,5 %.

De otra parte, resulta indicativo que los ingresos por venta de servicios en el tercer nivel representaron el 48,2 % del total de la venta de servicios de la red, mientras en el primero alcanzaron el 35,2 % y en el segundo el restante 16,5 %, lo que puede relacionarse con el estímulo que el manual de tarifas da a las actividades de tercer nivel.

Tabla 2. Evolución del número de atenciones en las Empresas Sociales del Estado del D. C., por nivel 1997 – 1998

Servicio	I Nivel		II Nivel		III Nivel		Total	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Hospitalización	25 961	30 406	26 081	30 027	30 471	52 986	86 958	113 419
Urgencias	141 849	210 424	218 793	289 055	119 790	190 659	549 007	690 138
Laboratorio	609 234	845 774	133 803	167 441	558 946	640 953	1 538 523	1 654 168
Consulta	1 085 981	1 338 759	308 546	326 878	254 762	398 354	1 649 289	2 063 991
Odontología	326 488	389 580	17 069	21 299	11 398	13 684	418 047	424 563
Total	2 189 513	2 814 943	704 292	834 700	975 317	1 296 636	3 869 122	5 086 896

Fuente: Adaptado por el autor de "Balance Social del Distrito Capital. Vigencia 1998, Contraloría de Santa fe de Bogotá".

Tabla 3. Ingresos de las Empresas Sociales del Estado del D. C., por nivel 1997 – 1998. Millones de pesos corrientes

Ingresos	I Nivel		II Nivel		III Nivel		Total	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Venta de Servicios	37 118	62 944	18 209	29 519	43 612	86 164	98 939	178 627
Transferencias	33 016	28 131	11 969	10 402	27 378	25 486	72 363	64 019
Otros	4 922	10 061	1 525	872	11 954	7 737	18 401	18 670
Total	75 056	101 136	31 703	40 793	82 944	119 387	189 703	261 316

Fuente: Compilado por el autor de informes de los diferentes Hospitales de la Red Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud.

Esta situación parece confirmarse al comprobar que los Hospitales de tercer nivel fueron los que presentaron un crecimiento de ingresos más notorio, 43,9 %, mientras que los de primer nivel alcanzaron un 34,7 % y los de segundo un 28,7 %. Esto evidencia un crecimiento real de los ingresos que es preocupante en cuanto estos recursos provienen en gran parte de atenciones complejas.

También debe llamarse la atención acerca de que el 7,1 % de los ingresos de 1998 estuvo representado por el rubro “Otros”, que básicamente incluyen excedentes de la vigencia anterior, ingresos no operacionales, recursos de capital y rendimientos financieros, los cuales difícilmente son sostenibles en el tiempo y por ende no son una fuente segura de financiamiento.

La discriminación por rubro de ingreso es presentada en la Tabla 4.

Tabla 4. Proporción de ingresos según rubro en las Empresas Sociales del Estado del D. C. 1997 – 1998

Rubro	1997	1998
Venta de Servicios		
ARS	7.6	14.5
EPS	2.3	0.7
Vinculados	62.7	64.5
PAB	9.8	6.5
Pagos de usuarios	13.9	7.0
Otros	3.7	6.8
Transferencias		
Nación	15.1	18.9
Distrito	60.5	40.3
Aportes patronales*	24.4	40.8
Recursos de Capital		
Rendimientos financieros	20.5	28.5
Excedentes	72.3	62.5
Otros	7.2	9.0

* Corresponden a aportes establecidos en ley 60/93 sin situación de fondos y con destinación específica.

Fuente: Datos tomados por el autor de la Dirección Financiera de la Secretaría Distrital de Salud

Del total de ingresos de 1998 por venta de servicios, algo más del 14 % provino de Administradoras de Régimen Subsidiado -ARS, menos del 1 % de Empresas Promotoras de Salud -EPS, relacionados básicamente con atenciones de urgencias, cerca del 7 % por atención de

accidentes de tránsito, otras aseguradoras y otras entidades; la misma cifra correspondió a las cuotas de recuperación y cuotas moderadoras que deben pagar los usuarios al utilizar los servicios; algo más del 64 % provino de la facturación al Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) por atenciones a la población participante vinculada y por servicios no incluidos en el plan obligatorio en salud subsidiado (POS-S) y el restante 7 % correspondió a atenciones incluidas en el PAB.

En este aspecto hay que señalar que del total facturado a las ARS se reparte el 48,7 % entre los hospitales de primer nivel de atención, el 40,2 % entre los de tercer nivel y el 11,1 % entre los de segundo, lo que probablemente tiene relación con los contenidos del POS-S.

Sin embargo, de estos valores se habían cancelado a Diciembre de 1998 únicamente el 71,2 % a los Hospitales del primer nivel, el 49,7 % a los de tercer nivel y el 33,8 % a los de segundo, que en total corresponden a menos del 23 % del valor que el Distrito Capital le ha pagado a las ARS por la afiliación al Régimen Subsidiado, generando dificultades de liquidez importantes, que es uno de los factores más señalados como causa de la crisis.

En cuanto a los gastos, el consolidado de los mismos se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5. Gastos de las Empresas Sociales del Estado del D. C. por rubro. 1997 – 1998. Millones de pesos corrientes

Gastos	I Nivel		II Nivel		III Nivel		Total	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Nómina y aportes	51 608	52 617	22 506	28 529	50 615	61 629	124 729	142 775
Gastos Generales	8 180	13 314	3 892	5 783	17 313	20 966	29 385	40 063
Otros	14 886	28 092	300	3 581	15 473	23 838	30 659	55 511
Total	74 674	94 023	26 698	37 893	83 401	106 433	184 773	238 349

Fuente: Compilación del autor de informes de los diferentes Hospitales de la Red de la Secretaría Distrital de Salud.

Es necesario destacar que durante 1998, cinco Hospitales arrojaron déficit, pero en conjunto se presentaron excedentes por valor de \$ 22 967 millones que corresponden al 8,8 % del total de los ingresos; sin

embargo, esta cifra no es del todo cierta ya que se registraron ingresos de cuentas presentadas cuyo recaudo no es seguro, por el trámite de revisión y cruce de glosas.

El incremento en los gastos de nómina y aportes, que es muy notorio en el segundo y tercer niveles, parece estar relacionado con procesos de nivelación salarial y con el crecimiento en los servicios ofrecidos. A este respecto hay que señalar que al consolidar los datos de todos los hospitales se cuenta con una planta de personal de 6 725 funcionarios que en promedio recibieron un poco más de \$ 21 millones por año (incluidas cesantías y aportes patronales de salud y pensión) cerca de US \$ 10 000. Se presentan diferencias por niveles ya que en el segundo nivel, donde hay 965 funcionarios, se reciben \$ 29,5 millones, mientras que en el tercero, con 2 531 funcionarios, se paga en promedio \$ 24,4 millones y en el primero, con 3 229 funcionarios, solamente \$ 16,3 millones.

Dado que los salarios no se fijan directamente por los hospitales, sino que corresponden a una escala única para todos, estas cifras se relacionan con el nivel de profesionalización y de especialización y el peso de los recargos por trabajo nocturno y festivo, que tienen un alto impacto en los costos.

Finalmente, debemos destacar que por algunos desequilibrios que se presentan en las plantas de personal, que han estado congeladas desde comienzos de la presente década, existen algo más de 4 500 contratistas que prestan servicios fundamentalmente de orden profesional y de atención en salud, cuyo trabajo ha contribuido en forma notoria en la ampliación de los portafolios de servicios de los hospitales, así como en la productividad de los mismos.

DISCUSIÓN

Los datos de la oferta nos indican que, a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del país, en Bogotá el sistema de prestación de servicios de salud no depende de la red pública. Esto permite orientar las políticas sectoriales hacia el papel de las Empresas Sociales del Estado

como reguladores de la prestación de servicios de salud bajo condiciones de calidad y equidad y con parámetros económicos favorables.

La evolución de la prestación de servicios parece indicar que se han dado pasos para una verdadera especialización de los niveles y que globalmente las coberturas han mejorado.

Los ingresos por venta de servicios y por ende las posibilidades de autofinanciación de los hospitales públicos muestran una tendencia favorable; sin embargo, el gasto también ha crecido en forma importante.

Estas cifras nos llevan a pensar que para el caso de Bogotá lo que se ha presentado es una crisis en los pagadores y no en los hospitales, y que esta situación los ha afectado de forma secundaria. La crisis de pagadores, para el caso de los hospitales públicos de Santafé de Bogotá, afectaría principalmente al FFDS, el principal comprador de servicios de salud y estaría relacionada con el incremento de la demanda de recursos de atención al vinculado por crecimiento del desempleo, de la pobreza, del desplazamiento forzado, etc. Debido a que el aumento de la demanda no pudo afrontarse con recursos provenientes de impuestos distritales, unido a la disminución de las transferencias de la Nación, se creó una situación que obligó a la disminución del plan de beneficios a los vinculados. Durante 1999 se recortaron los servicios de suministro de medicamentos, de atención odontológica y otros más, y se generaron barreras de acceso al unificar la cuota de recuperación que antes era diferencial y fijarla en el 30 % del valor de los servicios.

La hipótesis anterior, que debe ser evaluada con mayor profundidad, se enriquece al considerar que durante 1998 el FFDS utilizó \$ 83 371 millones para atender a algo más de 800 mil personas en los servicios del POS-S, con un valor cercano a los \$100 mil por persona, frente a los \$ 180 171 millones que utilizó para atender a la misma población en todos los eventos no POS-S y a los más de 3 millones de personas que corresponden al SISBEN 3, a no afiliados y a personas sin encuestar, con un valor promedio apenas superior a \$ 60 mil *per capita*. Cabe destacar que para 1999 estas cifras que se incrementaron

en el régimen subsidiado pero escasamente en lo relacionado con la atención al vinculado.

Finalmente es importante señalar que esta argumentación se ve reforzada si consideramos que para 1999 la Unidad de Pago por Capitalización –UPC, por medio de la cual las Aseguradoras o administradoras garantizan los costos de las atenciones en salud del régimen contributivo, fue superior a \$ 250 mil (cerca de US \$ 140) lo que multiplicado por 3,2 millones de habitantes a atender nos da una cifra cercana a los \$ 800 000 millones, que frente a los \$ 450 000 millones de presupuesto del FFDS para el mismo año, deja ver un déficit superior al 40 %.

La importancia de esta discusión radica en que, si bien es cierto los hospitales de Bogotá afrontan aún serias dificultades administrativas, la solución a la crisis hospitalaria y más aún a la del acceso a la recuperación y rehabilitación de la salud en la ciudad, no se encontraría exclusivamente en los hospitales sino que comprometería a toda la sociedad en la asignación de recursos adecuados para el plan de beneficios requerido.

Adicionalmente, si no hay recursos completos para garantizar el sistema, creemos que ha llegado el momento de replantear todas las vueltas y giros que deben dar los recursos, así como el papel de todos los administradores que, dicho sea de paso, son demasiados. Las EPS, ARS, ARP, Aseguradoras del SOAT, Seguros Escolares, Pólizas de medicina prepagada, FOSYGA por medio de sus cuatro subcuentas, Fondos territoriales de salud, etc., sólo generarían una gran burocracia, perdiéndose valiosísimos recursos que deben destinarse al servicio.

Igualmente es necesario volver al objetivo inicial de garantizar el acceso a los servicios de toda la población y por ende redefinir el papel de las Empresas Sociales del Estado para el logro del mismo ◀

REFERENCIAS

1. Pérez F, La Autofinanciación de los Hospitales Públicos. Revista Vía Salud No. 2; Septiembre 1997. p 4.
2. Consejo Directivo del Centro de Gestión Hospitalaria. ¿Cómo va la Ley 100? Revista Vía Salud No. 3; Primer trimestre de 1998. p 3.
3. Jaramillo I. ¿Hay Recursos para los más Pobres? Revista Vía Salud No. 6; Cuarto Trimestre de 1998. p 7.
4. Camacho M., Secretaría Distrital de Salud. El Proceso de Construir una Bogotá Saludable. Revista Vía Salud No. 9; Tercer trimestre de 1999, p 24.
5. Sáenz J. Prospectiva Económica y Financiera del Sector Salud en Santafé de Bogotá D. C. Universidad el Bosque. Resumen presentado en Investigaciones en Seguridad Social y Salud No. 1; Primer Semestre de 1999. p 169.
6. Céspedes JE. El Futuro de la Capital. Estudio Prospectivo de Salud. Corporación Siglo XXI; 1996.
7. Contraloría de Santafé de Bogotá, Balance Social; 1998.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>