

La administración de salud pública en Bogotá : una prioridad y un reto por resolver

Blanca Lilia Caro

Para el usuario de los servicios de salud del Estado, hablar de atención en salud se asocia de inmediato con largas horas de espera (bien por congestión o por ausencia del médico en horas contratadas por el Servicio o por ambos); trato descortés o desapacible por parte del personal; financiación con su propio bolsillo de los elementos necesarios para su atención; condiciones locativas deficientes; horarios de atención que no se adecuan a sus necesidades; etc. En Bogotá, la baja cobertura y deficiente calidad de los servicios de los centros hospitalarios y ambulatorios oficiales son el resultado de la ineficiente y excesiva centralización de la gestión administrativa, que sumada al déficit financiero y al manejo político-clientelista del sector, conforma el cuadro de problemas que urge transformar y solucionar.

Al respecto, y debido a que estos problemas no son exclusivos del Servicio de Salud de Bogotá (SSB), la Ley 10 de 1990, mediante la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, constituye un excelente avance para el "revolcón" institucional que se requiere al plantear cambios sustanciales en el manejo

de los hospitales y del sector en general.

En el presente artículo se describe el actual contexto institucional y administrativo del SSB; en segundo lugar, se describen algunos aspectos relevantes de otras experiencias de administración de salud pública en el país; luego se resumen aquellos cambios administrativos que plantea la Ley 10 y que apuntan directamente a solucionar los problemas identificados en la primera sección; finalmente, se sugieren otras acciones complementarias importantes de emprender dentro de ese proceso de reorganización de la administración de la salud en Bogotá.

I. El Servicio de Salud de Bogotá (SSB)

A. Antecedentes legales y dualidad institucional

En 1971, el Concejo de Bogotá mediante el Acuerdo No. 14, autorizó la celebración de un contrato entre la Alcaldía Mayor y el Ministerio de Salud para la creación del Servicio de Salud de Bogotá. Según dicho con-

trato (No.0871) el SSB fue creado como un fondo financiero, con carácter de establecimiento público distrital, con Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente; dirigido y administrado por una Junta Directiva y con el Secretario de Salud Pública del Distrito como su representante legal.

Posteriormente, en diciembre de 1975, se firmó un nuevo contrato (No. 0212) entre la Alcaldía Mayor y el Ministerio de Salud, mediante el cual se reestructuró el SSB como organismo de la Dirección a nivel Seccional¹ de la organización base para el Sistema Nacional de Salud. Como Servicio Seccional entró a depender técnica y normativamente del Ministerio de Salud y como establecimiento público continuó sometido al régimen Distrital establecido para estas entidades. El jefe y representante legal del SSB es el Secretario de Salud Pública, de libre nombramiento y remoción por el Alcalde Mayor, pero cuyo nombramiento debe consultarse con el Ministerio de Salud, con el fin de que éste verifique si llena o no las calidades que exige la Ley para ser Jefe del Servicio. Finalmente, le otorga al SSB independencia financiera y presupuestal respecto del Tesoro Distrital en cuanto al recaudo y manejo de los sus recursos.

Al Servicio y la Secretaría se les asignan las mismas funciones : les corresponde adecuar y desarrollar las políticas emanadas del Ministerio de Salud para la reducción de los

riesgos de enfermedad y muerte, mediante actividades de prevención, promoción, mantenimiento y rehabilitación de la salud. Para ello deben integrar, coordinar y apoyar administrativamente la prestación de los servicios en las áreas de atención a las personas y de atención al medio en el área de su jurisdicción, el Distrito Especial de Bogotá.

Así las cosas, en razón de esta doble figura jurídico- institucional, el jefe del Servicio Seccional de Salud es al mismo tiempo el Secretario de Salud Pública del Distrito Especial. Aunque en la práctica funciona una sola estructura orgánico-administrativa, formalmente son dos entidades independientes con presupuesto y planta de personal propios : en el caso del Servicio, aprobados por el Ministerio de Salud y en el caso de la Secretaría, por la Secretaría de Hacienda y el Concejo de Bogotá. Esta coexistencia de regímenes salariales y prestacionales, administrativos y fiscales nacionales y distritales ha generado dificultades técnico-administrativas, que sumadas a otras que no se derivan directamente de esta dualidad institucional, han originado problemas administrativos que han entorpecido los intentos pasajeros de funcionarios de nivel técnico de organizar el Servicio.

B. Estructura orgánica del SSB

Dentro del SNS, la regionalización fue concebida como mecanismo de descentralización administrativa , representada por Unidades

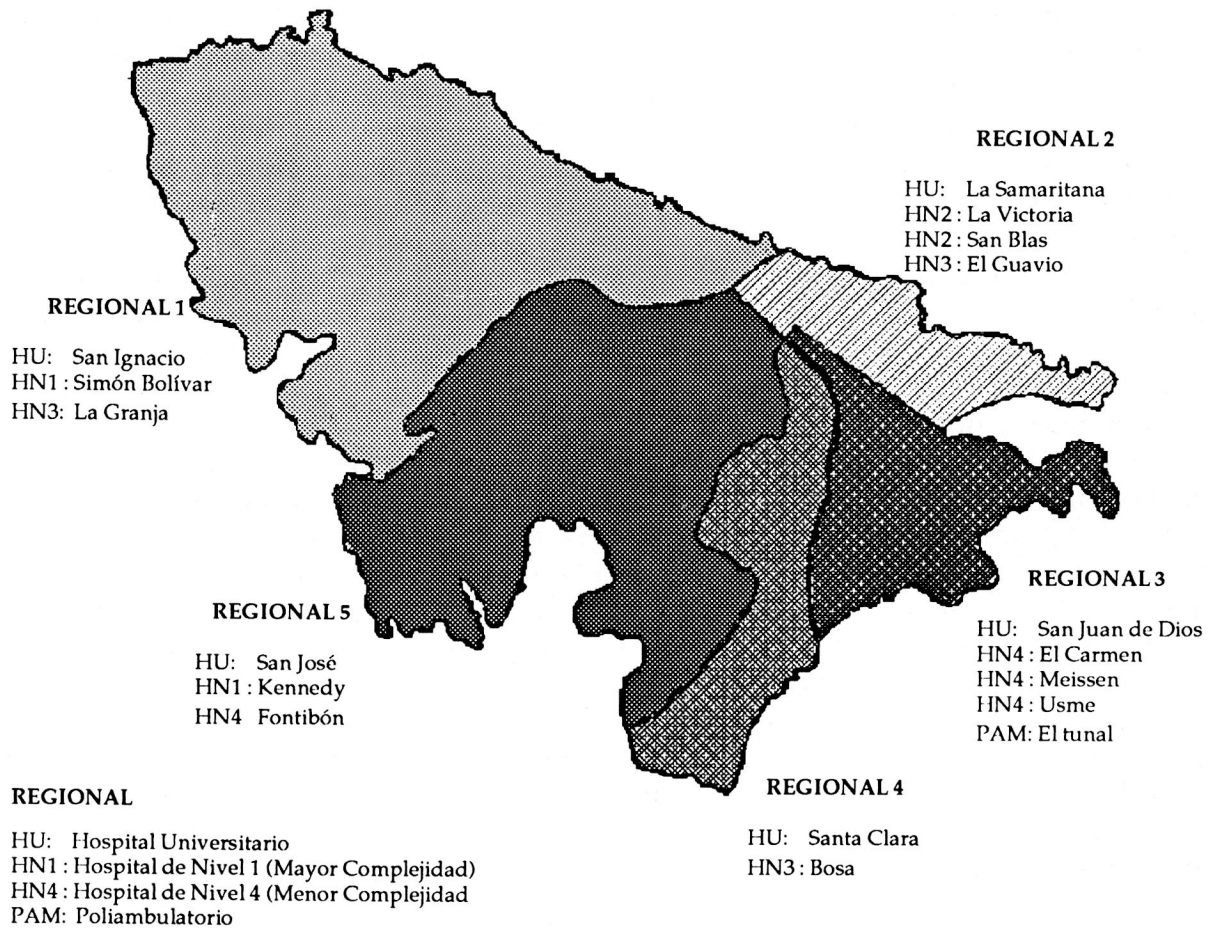
¹ Dentro de la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud (SNS) se distinguen cuatro niveles organizacionales o de autoridad: nacional, seccional, regional y local. El primer nivel está representado en el Ministerio de Salud. El segundo nivel corresponde a los servicios seccionales, cuya delimitación geográfica coincide con la división político administrativa de departamentos, intendencias y comisarías. Actualmente existen 33 Servicios Seccionales de salud. Estos están subdivididos en unidades regionales y estas a su vez, en unidades locales.

Regionales cuya estructura orgánica tiene como jefatura el director del Hospital Regional (o universitario), una Coordinación Técnica, una Sección de Atención Médica, una Sección de Saneamiento Ambiental y una Sección Administrativa. Su función es la de programar las actividades de atención a las personas y al medio con base en la programación de actividades de las unidades intermedias de atención (hospitales locales), encargadas a su vez de consolidar aquellas de

los centros y puestos de salud de su área de influencia.

En Bogotá, la regionalización no ha funcionado como estaba previsto en la concepción original. El SSB cuenta con cinco Unidades Regionales (Mapa 1), cuya estructura administrativa está representada por un Coordinador Regional de quien dependen directamente, un Asesor en Atención Médica, un Jefe de Saneamiento Ambiental y un

Mapa 1
REGIONALIZACION DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA



Fuente: SSB

Jefe Administrativo.

Cada Unidad Regional cuenta con un hospital universitario el cual opera independiente y autónomamente respecto del Servicio². Los hospitales regionales y locales, que formalmente hacen parte de esa estructura administrativa regional, en la práctica se independizan de la Coordinación Regional y se entienden directamente con el Servicio debido en parte, a la ausencia de una relación jerárquica clara entre el coordinador regional y los directores de estos hospitales.

En ese contexto, la Coordinación Regional se limita a los centros y puestos de salud y su función, al igual que la de los directores de centros de atención hospitalaria o ambulatoria, se restringe a servir de canales de comunicación entre el nivel central y el nivel operativo; su facultad de decisión técnica es restringida y de decisión administrativa es nula.

En el SNS, la red de servicios está diseñada en forma piramidal de tal manera que la atención en salud se preste según niveles de complejidad, con el fin de racionalizar la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros de que se dispone: el primer nivel es aquel cuyas acciones son de carácter preventivo y curativo de baja complejidad atendido por un médico general y personal paramédico (incluye los hospitales locales y los centros y puestos de salud); el segundo nivel lo conforman los centros hospitalarios (regionales) donde se atienden las cuatro especialidades básicas (cirugía,

pediatría, medicina interna y gineco-obstetricia); y los hospitales de alta tecnología (universitarios) y los especializados conforman el tercer nivel de atención. La red funciona mediante un sistema de remisiones, donde un nivel inferior puede remitir a otro superior según el grado de complejidad de la atención que requiera un paciente.

Tanto a nivel nacional como en Bogotá, la implantación del sistema de atención por niveles y el sistema de remisiones han dado poco resultado. En teoría, el primer nivel debería resolver la mayor parte de los casos. No obstante, el promedio nacional de ocupación de la infraestructura del primer nivel (hospitales locales) es del 33%, de los hospitales regionales es del 54% y de los universitarios el 71%. Para Bogotá, esos porcentajes ocupacionales son del 28, 83 y 72% respectivamente. Es decir, mientras el primer nivel está subutilizado, hay exceso de demanda en los niveles secundario y terciario de casos que deberían ser resueltos en el primer nivel de atención.

En ello ha influido la ausencia de un programa consolidado de atención primaria, ya que la programación de actividades de este primer nivel no ha ido acompañada ni de la dotación y suministros necesarios ni de personal capacitado en la administración de los recursos escasos con que cuenta. En estas circunstancias, el usuario o paciente que llega a los centros de este nivel o lo encuentra cerrado (los horarios de los centros no son los suyos), o no encuentra al médico, o no encuentra suministros, medicamentos o dota-

2 Para efectos de simplificación se hablará en adelante de Servicio de Salud para hacer referencia al Servicio-Secretaría

ción, remitiéndose por ello al hospital de segundo nivel de mayor prestigio, prefiriendo en ocasiones atravesar la ciudad para llegar a él.

Un segundo factor se relaciona con el hecho de que en Bogotá, la demanda de servicios hospitalarios está determinada por partos y urgencias : de los primeros, aún siendo normales, una gran parte son atendidos por los hospitales de mediana y alta tecnología (por las razones mencionadas); y las urgencias también son en su mayoría atendidas por los hospitales universitarios, ya que los del SSB, con excepción del Hospital Simón Bolívar, no cuentan con los recursos necesarios en sus servicios de urgencias, como se describe en el punto siguiente.

C. Recursos físicos y humanos

Los recursos físicos para la oferta de servicios de salud en Bogotá crecieron en forma significativa durante la década del 80: mientras en 1982, el Servicio de Salud contaba con el Hospital San Blas, el Hospital La Victoria, los policlínicos Meissen, El Carmen, La Granja y El Guavio y 72 centros y puestos de salud, actualmente dependen de él 124 instituciones de salud distribuidas en 11 hospitales locales y regionales y el resto en policlínicos, centros de atención de urgencias, centros y puestos de salud.

A nivel hospitalario, aunque sólo el Hospital Simón Bolívar fue formalmente creado como Hospital Regional, de acuerdo con su nivel de desarrollo tecnológico y los servi-

cios que prestan los 11 centros hospitalarios se pueden clasificar, de mayor a menor complejidad, en cuatro grupos así :

Nivel 1 : Hospitales Simón Bolívar y Kennedy

Nivel 2 : Hospitales La Victoria y San Blas

Nivel 3 : Hospitales La Granja, El Guavio y Bosa

Nivel 4 : Hospitales El Carmen, Meissen, Usme y Fontibón

A pesar de este aumento de la infraestructura del SSB, su situación resulta penosa frente a otros sectores : en 1986 Bogotá contaba con un total de 461 camas de observación (urgencias), de las cuales el SSB poseía el 30% (139) para atender el 62% de la población, o sea una tasa de 4.3 camas/100.000 habitantes; mientras tanto, esa relación era de 17.5 camas x 100.000 hab. en las instituciones privadas y el Seguro Social tomados en conjunto³. Frente a esto, cabría preguntarse si la construcción de nuevos centros especializados en urgencias (los llamados CAMI o Centros de Atención Médica Inmediata) resultan prioritarios frente a la necesidad de dotar los existentes en forma adecuada.

De acuerdo con la Cámara de Comercio de Bogotá⁴, la cobertura de los servicios de salud del SSB resulta insuficiente aún para cubrir los estratos más desprotegidos por otros sistemas : sobre una población total calculada en 4.2 millones para 1987, se estima que el SSB atiende el 62%, o sea 2.6 millones de personas. El 38% restante de la población está cubierta por los sistemas pri-

3 Servicio de Salud de Bogotá. Informe 1982-1986, pág.229.

4 Cámara de Comercio de Bogotá. Bogotá: Prioridad Social. Vol.II.1990.pág 8.

vados de salud y por la seguridad social. Si los estratos 1, 2 y 3 representan el 80% con 3.3 millones de personas, esto significa que los servicios del Estado no alcanzan a cubrir los sectores de población a los cuales dirige prioritariamente su acción.

Los niveles de ocupación de los hospitales del SSB son bajos y varían entre el 38% en el Hospital de Bosa y el 89% en el Hospital de Kennedy⁵ (el del hospital Simón Bolívar es del 68%), cuando se considera aceptable un nivel de ocupación del 80%. Ello se debe a los costos de instalación de una cama hospitalaria⁶ la cual demanda dotación de elementos complementarios, y que constituye uno de los problemas más apremiantes de los hospitales distritales.

En cuanto a la planta de personal, la secretaría y el servicio, para 1986 tenía un total de 3316 cargos, de los cuales 2475 (74.6%) correspondían al Plan de cargos (excluyendo aquello de los hospitales Simón Bolívar, Kennedy, La Victoria, San Blas, El Guavio, Bosa y La Granja), de los cuales 2.475 (74.6%) correspondían al Plan de cargos de la Secretaría con 923 cargos (37%) en administración, 1293 (52%) en atención a las personas y 259 (11%) en atención al medio⁷. Los 841 cargos restantes correspondían al Servicio con 493 (59%) en administración, 313 (37%) en atención a las personas y 35 (4%) en atención al ambiente. El presupuesto de esa nómina del Servicio fue de 324.4 millones de pesos y en el caso de la Secretaría ese

presupuesto fué de \$ 1.050.9 millones⁸. Para la vigencia fiscal de 1990, la planta de cargos total es de 3.922 cargos y las proporciones mencionadas se mantuvieron idénticas en el caso del servicio. Dentro de la planta de la secretaría, la proporción de cargos en administración disminuyó (34%) en favor de la atención al medio (13%). El valor de esa nómina es de 811 millones de pesos⁹ y un gran total de \$ 3.701 millones cuando se le adiciona el presupuesto de servicios personales de los siete hospitales del Distrito de alta y mediana complejidad mencionados atrás y que elaboran su propio presupuesto.

Para 1986, el 52% de las horas médicas contratadas se ubicaron en el área hospitalaria y el 48% en el área ambulatoria. Por cada 100 mil habitantes había cerca de 5 médicos (4.8), menos de 1 enfermera (0.8) y 5.5 auxiliares de enfermería (Cuadro 1). Existe además en Bogotá, una distribución inequitativa del personal de salud entre las diferentes Unidades Regionales, particularmente del personal médico y el auxiliar. Mientras la Regional 5 (área de influencia del Kennedy) contaba con la tasa más baja de médicos (2.7 x 100.000), la Regional 2 (San Blas) contaba con 9.0 médicos x 100.000 habitantes y mientras la Regional 3 (área de influencia del Hospital San Juan de Dios) tenía el mayor número de auxiliares de enfermería y de enfermeras por cada 100.000 habitantes (9.3 y 1.21 respectivamente), la Regional 4 (Bosa) tenía el menor en ambos casos (2.9 auxiliares y 0.48 enfermeras).

5 Idem.

6 El nivel o porcentaje ocupacional se estima con base en el número de camas disponibles, es decir, aquellas en funcionamiento ocupadas o no.

7 Servicio de Salud de Bogotá. Ibid.

8 Vivas, J. El Sistema Nacional de Salud. Fedesarrollo/OPS. 1988.

9 Minsalud. División financiera. Incluye el nivel central y los hospitales locales, policlínicos, centros y puestos de salud.

Cuadro 1
RELACION DE MEDICOS Y ENFERMERAS DEL SSB POR 100.000 HBTS POR UNIDADES REGIONALES
Bogotá - 1986

Personal	Reg.1	Reg.2	Reg.3	Reg.4	Reg.5	Total
No. médicos (8 horas)	44 28.4%	33 21.3%	32 20.6%	16 10.3%	30 19.4%	155 100%
No. médicos x 100.000 hab.	5.1	9.0	6.5	3.8	2.7	4.8
No. enfermeras	9 34.8%	3 11.5%	6 23.1%	2 7.7	6 23.1%	26 100%
No. enfermeras x 100.000 hab.	1.0	0.82	1.21	0.48	0.55	0.8
No. aux. enferm.	58 32.8%	28 15.8%	46 26.0%	12 6.8%	33 18.8%	177 100%
No. aux. enferm. x 100.000 hab.	6.7	7.7	9.3	2.9	3.0	5.5

Fuente: SSB. Informe 1982-1986.

D. Situación financiera del SSB

Es bien conocido el permanente déficit presupuestal de los Servicios de Salud del Estado. En el caso de Bogotá, la División Financiera del Ministerio de Salud estima, para 1990, un déficit de 3.158.8 millones de pesos.

El presupuesto de ingresos del Servicio lo componen los aportes de la Nación, las rentas cedidas de recaudo distrital y destinación específica y las rentas propias. Los aportes nacionales han venido disminuyendo su participación: del 48% en 1985 al 37% en 1988 (Cuadro 2) y, dentro de ellos, el Situado Fiscal disminuyó su participación del 41% al 33%.

El Situado Fiscal fue creado por la Ley 46 de 1971 y consiste en una proporción de los Ingresos Corrientes Netos de la Nación (Ingresos Corrientes menos rentas de desti-

nación específica), la cual debe ser distribuida entre las Entidades Territoriales de tal modo que el 30% se reparte en formas iguales y el 70% restante de acuerdo con el tamaño de la población. Las Entidades Territoriales deben invertir la totalidad del Situado Fiscal en gastos de funcionamiento y distribuirlo anualmente en un 74% para la enseñanza básica primaria y en un 24% para salud.

La Ley estipuló el porcentaje a aplicar en cada vigencia para la liquidación del Situado Fiscal así: un mínimo del 13% para 1973, el 14% para 1974 y el 15% para 1975 y para los años posteriores dos puntos adicionales, si el incremento porcentual promedio de los Ingresos Corrientes Netos de los tres años anteriores supera al 15%. El porcentaje a aplicar para la liquidación no podría superar el 25%.

Cuadro 2
EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS
Y DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DE SSB
(Composición Porcentual)

	1982	1985	1988
PRESUPUESTO DE INGRESOS:			
Aportes Nacionales	25.7	48.3	37.5
* Situado Fiscal	15.3	40.7	33.2
* Otros	10.4	7.6	4.3
Aportes de origen seccional	29.7	31.7	44.2
* Imp Licores	2.4	3.0	7.6
* Imp Cervesa	10.3	20.6	22.1
* Hípicos. y similares	0.2	0.2	4.5
* Beneficencia y lotería	2.7	7.7	9.9
* Aportes Distritales	5.1	1.2	-
Venta de Servicios	1.1	1.3	2.4
Recursos Financieros	43.5	18.7	15.9
Total Ingresos	100.0	100.0	100.0
PRESUPUESTO DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO :			
Servicios Personales	11.0	9.3	13.5
Suministros	2.1	2.9	2.0
Gastos Generales	3.3	2.7	9.0
Transferencias	65.4	72.4	74.2
Servicio de la Deuda	18.2	12.7	1.3
Total Gastos	100.0	100.0	100.0

Fuente: 1982-1985 Vivas, J. El Sistema Nacional de Salud. Fedesarrollo/OPS: 1988 Ministerio de Salud. División Financiera.

Al respecto, un estudio realizado por la Sección Financiera del SSB muestra que, desde el comienzo, el porcentaje aplicado para la asignación del Situado Fiscal ha estado por debajo del que se ha debido aplicar según la Ley 46 de 1971. Por lo tanto, de

acuerdo con el estudio en referencia, el Situado Fiscal (Global) Asignado por Ley de Presupuesto ha sido siempre menor que aquel que correspondería si se liquida según lo dispuesto por dicha Ley (Cuadro 3), produciendo en consecuencia una menor asignación para salud y educación. En el caso de salud, el estudio calcula que para el total nacional, en el año 1989 la Nación dejó de asignarle al sector 30.655.6 millones de pesos (Cuadro 4) y a nivel de Bogotá, 4.013.4 millones de pesos (Cuadro 5)¹⁰.

De otra parte, los recursos de origen seccional los componen los impuestos de Registro y Anotación, venta de licores nacionales, consumo de cervezas, venta de lotería y apuestas permanentes (Chance). Aunque entre 1985 y 1988, la participación del total de estas rentas aumentó del 32% al 44% en el total de ingresos del SSB, cabe señalar la urgencia de redefinir la distribución del producto de los impuestos a la venta de licores nacionales y de Registro y Anotación.

Actualmente, la distribución del impuesto del 35% sobre las ventas de licores y vinos nacionales se rige por el Decreto 1897 de 1987 en el cual se reglamentó una participación del 70% para el Servicio de Salud de Cundinamarca y un 30% para el de Bogotá.

Lo anterior demanda la necesidad de revisar y determinar la racionalidad de los criterios que se tuvieron en cuenta para establecer dicha participación porcentual, con el fin de encontrar fórmulas de distribución justa del recaudo por este concepto.

10 SSB. Sección Financiera. Grupo de Presupuesto. Estudio sobre situación fiscal.1990.

Cuadro 3
SITUADO FISCAL ASIGNADO POR LEY DE PRESUPUESTO vs SITUADO FISCAL LIQUIDADO
SEGUN LEY 46/71

Años	Ingresos corrientes netos	Promedio últimos 3 años	% de aumento sobre el promedio	Situado fiscal asig. ley pres. (apropiado)	Porcentaje aplicado (apropiado)	Porcentaje a aplicar según ley	Situado fiscal liquidado ley 46/71
1973	17.473.0			1.941.0	11.1	13.0	2.271.5
1974	22.062.0			2.738.0	12.4	14.0	3.088.7
1975	29.509.0			3.928.0	12.3	15.0	4.426.4
1976	44.267.0	23.014.7	92.3	5.775.0	13.0	17.0	7.525.4
1977	51.375.0	31.946.0	60.8	6.392.0	12.4	19.0	9.761.3
1978	67.463.0	41.717.0	61.7	8.780.0	13.0	21.0	14.167.2
1979	85.868.0	54.368.3	57.9	11.301.0	13.2	23.0	19.749.6
1980	124.110.0	68.235.3	81.9	19.438.0	15.7	25.0	31.027.5
1981	161.878.0	92.480.3	75.0	28.912.5	17.9	25.0	40.469.5
1982	212.654.0	123.952.0	71.6	38.886.0	18.3	25.0	53.163.5
1983	265.326.0	166.214.0	59.6	47.219.0	17.8	25.0	66.331.5
1984	296.687.0	213.286.0	39.1	58.628.0	19.8	25.0	74.171.8
1985	330.472.0	258.222.3	28.0	69.810.5	21.1	25.0	82.618.0
1986	533.013.0	297.495.0	79.2	86.492.0	16.2	25.0	133.253.3
1987	793.567.0	386.724.0	105.2	118.871.0	15.0	25.0	198.391.8
1988	945.763.0	552.350.7	71.2	152.454.0	16.1	25.0	236.440.8
1989	1.317.693.0	757.447.7	74.0	160.667.8	12.2	25.0	329.423.3

Fuente: SSB. Sección financiera. Estudio sobre el Situado Fiscal. 1990.

Cuadro 4
SITUADO FISCAL PARA EDUCACION Y SALUD
- TOTAL NACIONAL -

Años	Situación fiscal asignado por ley de presupuesto			Situado fiscal liquidado según Ley 46 de 1971			Desfase en salud
	Educación	Salud	Total	Educación	Salud	Total	
1973	1.437.0	504.0	1.941.0	1.680.9	590.6	2.271.5	6.6
1974	2.026.1	711.9	2.738.0	2.285.6	803.1	3.088.7	91.2
1975	2.907.0	1.021.3	3.928.3	3.275.5	1.150.9	4.426.4	129.6
1976	4.157.0	1.618.0	5.775.0	5.568.8	1.956.6	7.525.4	338.6
1977	4.600.0	1.792.0	6.392.0	7.223.5	2.537.9	9.761.3	745.9
1978	6.460.0	2.270.0	8.730.0	10.483.7	3.683.5	14.167.2	1.413.5
1979	8.363.0	2.938.0	11.301.0	14.614.7	5.134.9	19.749.6	2.196.9
1980	15.467.3	3.970.7	19.438.0	22.960.4	8.067.2	31.027.5	4.096.5
1981	22.123.1	6.789.4	28.912.5	29.947.4	10.522.1	40.469.5	3.732.7
1982	29.859.0	9.027.0	38.886.0	39.341.0	13.882.5	53.163.5	4.795.5
1983	36.098.0	11.121.0	47.219.0	49.085.3	17.246.2	66.331.5	6.125.2
1984	44.650.0	13.978.0	58.628.0	54.887.1	19.284.7	74.171.8	5.306.7
1985	50.577.5	19.233.0	69.810.5	61.137.3	21.480.7	82.618.0	2.247.7
1986	64.334.1	22.148.0	86.482.1	98.607.4	34.645.9	133.253.3	12.497.9
1987	81.782.0	37.089.0	118.871.0	146.809.9	51.581.9	198.391.8	14.492.9
1988	102.957.0	49.497.0	152.454.0	174.966.2	61.474.6	236.440.8	11.977.6
1989	105.673.3	54.994.5	160.667.8	243.773.2	85.650.1	329.423.3	30.655.6

Fuente: SSB. Sección financiera. Estudio sobre el Situado Fiscal. 1990.

Cuadro 5
SITUADO FISCAL ASIGNADO A SALUD vs SITUADO FISCAL LIQUIDADO - BOGOTÁ -
SEGUN LEY 46/71

Años	Sit. fiscal de salud - nacional - según Ley 46/71	Sit. fiscal asignado ley presup. salud -Bogotá-	Situado fiscal de salud para Bogotá según ley 46/71			Desfase
			Territorial	Poblacional	Total	
1977	2.537.9	138.6	23.1	187.8	210.9	72.3
1978	3.638.5	175.6	33.5	283.0	316.5	140.9
1979	5.134.9	226.4	46.7	409.4	456.1	229.7
1980	867.2	305.7	73.3	668.5	741.8	436.1
1981	10.522.1	448.0	95.7	905.6	1.001.3	553.3
1982	13.822.5	665.4	125.7	1.235.4	1.361.1	695.7
1983	17.246.2	875.7	156.8	1.600.0	1.756.8	881.1
1984	19.284.7	1.181.1	175.3	1.858.9	2.034.2	853.1
1985	21.480.7	1.769.0	195.3	2.150.3	2.345.6	576.6
1986	34.645.9	2.055.0	315.0	3.590.9	3.905.9	1.850.9
1987	51.581.9	2.512.8	468.9	5.535.2	6.004.1	3.491.3
1988	61.474.6	5.455.0	558.9	6.830.0	7.389.9	1.933.9
1989	85.650.1	6.598.9	778.6	9.833.9	10.612.5	4.013.6
TOTAL						15.728.4

Fuente: SSB. Sección financiera. Estudio sobre el Situado Fiscal, 1990.

Algo similar debe hacerse con el impuesto de Registro y Anotación. Este impuesto es recaudado y distribuido en su totalidad a favor de los Departamentos, Intendencias y Comisarías, en donde estén ubicados los bienes inmuebles objeto de la transacción. El impuesto que se recaude en el Departamento de Cundinamarca, incluyendo el Distrito Especial, se distribuye según la proporción establecida : el 70% para la Beneficencia de Cundinamarca y el 30% para el Distrito Especial de Bogotá. La Ley 14 de 1982, estableció que las correspondientes entidades deberán destinar el recaudo de este impuesto exclusivamente a programas de asistencia social desarrollados por los Servicios Seccionales de Salud.

El problema de financiamiento del SSB se

ve agravado por : el retraso con que se reciben los recursos para el desarrollo de los programas; los trámites que exige la Contraloría Distrital cuando se trata de contratar o de adquirir equipos y suministros; la heterogeneidad de tarifas de prestación de servicios de atención médica entre los hospitales del subsector oficial que funcionan en Bogotá; y la prohibición emanada del Concejo de Bogotá de no permitir que los centros de salud cobren suma alguna por los servicios que prestan ¹¹.

Así, el fortalecimiento financiero del SSB requiere, además de lo previsto por la Ley 10/90, una asignación real de lo que corresponde por Situado Fiscal según la base de la nueva reglamentación, una redefinición de la participación en el impuesto sobre la venta

¹¹ Vivas, J. El Sistema nacional de Salud. Fedesarrollo/OPS.1988

de licores nacionales, y en el impuesto de Registro y Anotación; la derogación de lo dispuesto por el Concejo de Bogotá en cuanto a la prohibición de cobrar en los centros y puestos de salud. Una prueba de que la comunidad está dispuesta a pagar con tal de tener un mejor servicio de salud, es que en algunos centros y puestos de salud de Bogotá, ante la lamentable situación de dotación y suministros, los Comités de Participación Comunitaria (CPC) han asumido el cobro de los servicios generando un fondo para surtir de elementos básicos a los centros e inclusive, contratar horas de odontólogos, bacteriólogas, de personal auxiliar o de aseo (mediante la personería jurídica de las Juntas de Acción Comunal), lo cual de paso, puede originar complicaciones futuras al tener que asumir igualmente la carga prestacional que tales contratos generen. No obstante, lo que esto ilustra es que podría fijarse un régimen de tarifas subsidiadas para los sectores de población más desprotegidos.

E. Organización administrativa del SSB

El nivel central del SSB maneja todos los organismos de salud que dependen del él : todas las decisiones relativas al personal, la programación y ejecución presupuestal y la adquisición y compra de suministros se realizan en forma centralizada, constituyéndose la ineficiencia administrativa en uno de los problemas más agudos para el normal desarrollo de las actividades regulares de prestación de servicios de salud.

1. Administración de personal

En el Distrito Especial, como en muchos otros Servicios de Salud, todo lo relativo al manejo

de personal se lleva a cabo en el nivel central. Es el Secretario de Salud quien tiene la facultad de nombrar, destituir, trasladar, dar licencias y permisos (el director del centro puede hacerlo hasta por tres días) a todos los funcionarios de nivel directivo, técnico, administrativo y operativo del SSB.

Una de las razones para que se haya mantenido esa centralización es el poder que se deriva de esa facultad nominadora. Sin embargo, cuando los intereses políticos son los que rigen y orientan una administración, hablar de criterios de eficiencia en la gestión resulta ingenuo y más aún, hablar de descentralización del poder, una osadía. Podría pensarse que el problema no reside en quién decide en última instancia, sino en la forma como se lleva a cabo el proceso. Si existiese la voluntad y decisión política para diseñar mecanismos de eficiencia interna respecto de los procedimientos de selección, vinculación y distribución del personal, quien firme finalmente el contrato de trabajo o servicios deja de tener importancia. Sin embargo, la realidad es que el nombramiento, remoción o traslado se lleva a cabo en forma totalmente inconsulta con el inmediato superior (en lo relativo a licencias y permisos, se solicita por lo regular su visto bueno). La injerencia del director del hospital o centro de salud en estos aspectos depende de las buenas relaciones que mantenga con la administración de turno.

Así las cosas, cómo exigir a un director de hospital una administración eficiente cuando no tiene ninguna injerencia en la toma de decisiones en relación con el nombramiento, remoción o traslado de personal bajo su "mando" ? Cómo pueden tener continuidad

los programas que intenta realizar a nivel operativo, cuando durante el proceso de su programación, ejecución o consolidación llega la orden de traslado de funcionarios comprometidos en ellos ? Y cómo puede funcionar una entidad cuando los criterios que rigen la vinculación y distribución de funcionarios se alejan de consideraciones técnicas respecto de si cumple o no con las condiciones y calidades que exige el cargo ?

Lo anterior refleja la ausencia de una política de personal, que además de los aspectos considerados, incluya un programa de estímulos para el desempeño eficiente y el compromiso con el trabajo (capacitación, remuneración, promoción, evaluación de habilidades, conocimientos y desempeño, mecanismos para mejorar el ambiente organizacional y las relaciones interpersonales, etc). Un hecho importante que incide en la falta de motivación hacia el trabajo es la ausencia de competitividad de las remuneraciones y las diferencias salariales en favor de quienes laboran por cuenta de la Secretaría. En cuanto al manejo de personal, la Ley 10 hace un avance importante como se señala más adelante.

2. La administración presupuestal

La programación presupuestal, metodológicamente hablando, es el resultado de un proceso de planeación de servicios y programas y de identificación de necesidades de recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros con base en diagnósticos de las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población que se va a servir. La programación presupuestal involucra también la evaluación de los programas en ejecu-

ción para precisar su impacto, costo y alternativas de inversión, etc.

En el SSB no existe ni planeación ni proceso de programación presupuestal. El proyecto de presupuesto es elaborado directamente por el nivel central examinando la ejecución presupuestal durante la vigencia anterior y con base en ello, se programan las "necesidades" presupuestales para la siguiente vigencia fiscal. Es decir, la programación presupuestaria no se basa en una identificación de necesidades reales de los programas y servicios. Ni las unidades locales ni las regionales tienen participación alguna en el proceso de programación y consolidación, como lo deberían tener.

El presupuesto del Servicio Seccional debe acogerse a las normas de la Ley Orgánica de Presupuesto y debe ser enviado al Ministerio de Salud. Este comprende dos partes : la primera contiene los presupuestos elaborados por siete hospitales distritales (Simón Bolívar, Kennedy, La Victoria, San Blas, Bosa, El Guavio y la Granja); la segunda corresponde al presupuesto elaborado por el nivel central, que globaliza el presupuesto de dicho nivel y demás organismos de salud (resto de hospitales locales, los policlínicos y los centros y puestos de salud) que dependen del SSB. Una vez aprobado, los recortes presupuestales se llevan a cabo también a nivel central.

Por parte de la Secretaría, luego de presentar un plan cuantificado de necesidades financieras por programas, su presupuesto es asignado por la administración distrital, a través de la Secretaría de Hacienda, luego de ser aprobado el proyecto de

presupuesto del Distrito por el Concejo de Bogotá. Por el presupuesto de la Secretaría se financian, además de su plan de cargos, la inversión, suministros y dotación de centros dentro de programas específicos (vr.gr. Programa Ciudad Bolívar).

En cuanto a la ejecución presupuestal, de acuerdo con el Código Fiscal del Distrito (expedido mediante el Acuerdo 6 de 1985), en cada dependencia de la Administración Distrital, el ordenador del gasto y del pago es el Jefe de la dependencia respectiva, quien no puede delegar esta última facultad, exceptuando el caso de las entidades descentralizadas, donde el ordenador del pago es su representante legal o sus delegados. Las Juntas Directivas fijan las cuantías máximas que puede delegar. Estas últimas están autorizadas para expedir los Acuerdos de Ordenación de Gastos y para reglamentar su propio régimen de adquisiciones sin sujeción a las cuantías establecidas en el Código Fiscal.

En el SSB, el Secretario de Salud es el único ordenador del gasto, los hospitales no tienen personería jurídica y su presupuesto (aún el de aquellos que lo elaboran) así como el de todos los centros y puestos de salud del SSB, es administrado por el nivel central. Exceptuando los siete hospitales que elaboran presupuesto, los demás hospitales y centros de atención nunca llegan a conocer su disponibilidad presupuestal (el nivel central tampoco ya que son elaborados globalmente). Además, la administración presupuestal centralizada hace que las cuotas de recuperación (recaudos) de los hospitales públicos por venta de servicios deban ser enviados al nivel central. Así el esquema tiende a crear todos los incentivos posibles

para que los administradores no traten de minimizar costos ni generar ingresos propios.

Debido a que, dentro de los gastos de funcionamiento, los correspondientes a servicios personales tienen prelación sobre cualquier otro gasto, la ejecución de dichos gastos, tanto del Servicio como de la Secretaría, tiene un flujo regular. Por lo tanto, los recortes presupuestales se hacen sobre los gastos de servicios generales y suministros, lo cual afecta en forma directa el funcionamiento normal de la prestación de servicios. Así, los problemas de disponibilidad y flujo de los recursos tienen que ver fundamentalmente con la dotación, los suministros, el mantenimiento y con los destinados a proyectos de inversión. Desde hace cuatro años, los hospitales no presupuestan gastos de inversión, la cual se hace por adiciones presupuestales o por cuenta del presupuesto del Servicio.

Sin duda, uno de los problemas más agudos de los centros de atención hospitalaria y ambulatoria del SSB, es el relacionado con la dotación y los suministros. De una parte, el reducido monto de las partidas hace que no se alcance a suplir las necesidades mínimas de tales centros; de otra, el sistema centralizado de adquisición y distribución origina demoras hasta de seis meses entre el momento de la solicitud y el recibo final de los mismos.

Varios factores adicionales acentúan el problema : 1) el presupuesto para suministros se asigna de acuerdo con los gastos - mejor, de acuerdo con los despachos ya que no existe un control de gastos o de inventarios- del año anterior, por lo cual, si los des-

pachos han estado por debajo de las necesidades reales, el problema se perpetúa indefinidamente; 2) la falta de un control del gasto que permita obtener promedios de consumo, hace que los pedidos mismos se alejen de los valores o cantidades realmente requeridas; 3) la falta de entrenamiento de quienes hacen los pedidos, hace que estos se hagan sin las debidas especificaciones, dificultando el proceso de adquisición; 4) los trámites de contratación establecidos son dispendiosos y largos por lo cual los proveedores o no responden fácilmente a la invitación para contratar con el Servicio o aumentan los precios de los equipos y suministros para compensar la demora; 5) no hay una programación de compras (se hace cuando hay disponibilidad presupuestal) ni de despachos.

La situación de los hospitales ha llegado a ser tan crítica, que las cajas menores¹² se utilizan para “programar las crisis” (dar prioridad a las crisis de los distintos servicios); los usuarios financian entre el 80% y 90% de la compra de droga e implementos necesarios para su atención; la dotación de oficina se obtiene mediante donaciones y las emergencias se atienden mediante “préstamos interhospitalarios”.

II. Los servicios de salud en Cali y Medellín

Sin duda, uno de los Servicios de Salud de mayor éxito por las características de su administración e impacto ha sido el de Cali. Si bien es cierto que quizás muchos de los

factores que han contribuido a ese proceso son particulares al comportamiento de la comunidad caleña y de sus dirigentes, siendo algunos difíciles de extrapolar a otras estructuras o condiciones político-administrativas y sociales, hay otros que sí lo son.

En Cali, también existe la dualidad institucional de que se habla en Bogotá: el Secretario de Salud es el mismo Jefe de la Unidad Regional de Salud de Cali. En él reposa también la capacidad nominadora y es el único ordenador del gasto. No obstante, internamente fueron diseñados mecanismos que consultan instancias inferiores y que agilizar los procedimientos administrativos.

Pero aunque esto ha sido importante para la funcionalidad del Sistema, quizás lo que podría caracterizar en forma global la salud pública en Cali, es la formación y consolidación de una Escuela de Pensamiento en Administración en Salud. Ello ha permitido la continuidad tanto en las acciones como en el esfuerzo por buscar nuevas alternativas y ha facilitado la integración institucional e intersectorial, proceso éste que ha sido liderado por la Universidad. En efecto, desde su creación, en la década del 50, la Universidad del Valle ha venido desarrollando un programa docente-asistencial mediante el cual se ha integrado con los servicios de salud pública de Cali en la prestación de servicios y en la realización de proyectos que luego son adoptados como programas. La integración Universidad- Secretaría de Salud se expresa también en la relación estrecha entre la docencia y la administración de servicios

12 Los hospitales y las Coordinaciones Regionales manejan cajas menores, mediante las cuales pueden hacer adquisiciones directas por valores que no superen 50 UPAC

de salud: profesionales en administración en salud actúan simultáneamente en los dos ámbitos.

La integración Universidad-Servicios de Salud en la investigación y en la prestación de servicios hizo que se avanzara en la atención por niveles, la regionalización y la descentralización administrativa. Desde 1979 se dividió la ciudad en 4 Áreas Integradas de Salud, las cuales tienen como referente espacial un centro-hospital; cada Área se subdivide en Núcleos de Atención Primaria (NAP) con un centro de salud como sede; a su vez, el NAP está conformado por Unidades de Atención Primaria (UPA), con un puesto de salud como referente espacial; y finalmente, la UPA comprende entre 7 y 10 Unidades Básicas de Atención que operan a nivel de vecindario, cuyo referente espacial puede estar ubicado en la escuela, un domicilio, lugar de trabajo, etc. Actualmente existen 7 Sistemas Locales de Salud (SILOS), nombre que se asignó a las Áreas Integradas para acomodarse a la nueva terminología de la OMS/OPS, pero cuya estructura sigue siendo la misma.

Esta regionalización fue acompañada de una dotación de presupuesto propio a los centros de atención. Desde 1962 se había creado la Corporación para Programas Espaciales de Salud (CORPES), con Personería Jurídica y autonomía administrativa y financiera. Creada como un Fondo para el apoyo de los programas de salud, la CORPES está compuesta por el producto de las ventas de servicios de los centros y puestos de salud y por los aportes del municipio (que por acuerdo municipal no van a Tesorería sino directamente a este fondo) de los recaudos por

multas y licencias de sanitarias. Con este Fondo, se dotó a los centros-hospital, centros y puestos de salud de presupuesto propio reasignando, a cada uno de ellos, el 90% de lo recaudado por venta de servicios.

Así, durante la década del 80, todos los esfuerzos se dirigieron a desarrollar y fortalecer el primer nivel de atención. En sentido estricto, no se ha inventado nada diferente de lo planteado desde la Conferencia Mundial de Alma-Ata (URSS) en 1975, respecto a adoptar la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000"; tampoco respecto a la regionalización planteada en la conceptualización del Sistema Nacional de Salud para la desconcentración de la prestación de servicios de salud. Sin embargo, el producto de la articulación lograda con la Universidad, desde donde se alimenta la capacidad innovadora y la búsqueda permanente de nuevas opciones, junto con la vinculación y apoyo del sector fundacional, fue el diseño permanente de alternativas metodológicas y de mecanismos administrativos que agilizaran esos procesos y facilitaran el funcionamiento del Sistema.

La acumulación de toda esta experiencia se cristalizó en el diseño de un Modelo de Dirección Gerencial Participante, donde el Sistema Municipal de Salud es concebido como "una empresa social" y cuya herramienta de trabajo es la planificación estratégica. Con ello se logró adaptar el Sistema de Salud a las nuevas exigencias de la administración moderna. Durante 1986-87, mediante la capacitación permanente de todo el personal de la Secretaría en esta nueva con-

cepción y metodología de trabajo, se elaboró el "Plan de Salud de Cali 1987-1991", con planes de salud para cada uno de los SILOS. A partir de ello, comienza una nueva "cultura administrativa". Se hacen muchos talleres de planificación estratégica en cada uno de los NAP, se hace un diagnóstico participativo y estratégico mediante el análisis de la demanda, la oferta, las fortalezas y las amenazas. Con base en ello se hace la planeación del sector.

El modelo define como su estrategia global la atención primaria (no ya en tanto que programa o nivel de atención) y como sus componentes básicos: la coordinación intersectorial (creación de comités de coordinación intersectorial a nivel de cada Ncleo de Atención Primaria); la participación comunitaria; el desarrollo tecnológico y el desarrollo administrativo.

Dentro de este modelo de desarrollo gerencial, se le ha dado especial énfasis a la agilización de la gestión (mediante el diseño de un modelo para un sistema de suministros, entre otros), y al desarrollo de los recursos humanos mediante estímulos y capacitación. Se crearon además los Grupos Primarios de Eficiencia y Calidad, cuyo objetivo es abrir espacios de comunicación e integración del recurso humano. El grupo primario (de conformación obligatoria) está constituido por el superior y sus inmediatos colaboradores, comenzando por el mismo Secretario de Salud. En cuanto a la capacitación, aunque ha sido una tradición dentro de la Secretaría de Salud de Cali atraer profesionales con formación en administración en salud, actualmente se busca además fomentar dicha formación: a partir de un convenio con la

Universidad del Valle, 90 profesionales de la Secretaría están cursando una especialización en esta área. En síntesis, lo más positivo de todo este cambio y nuevo enfoque quizás lo ilustra lo expresado por uno de sus funcionarios: "nos falta mucho por hacer, hay muchos problemas por resolver aún, pero sabemos para donde vamos".

Todo este proceso sin embargo, hubiera sido dispendioso y difícil sin el apoyo y la decisión política. La administración municipal entregó al sector salud el liderazgo y coordinación del desarrollo social en Cali. Adicionalmente la nueva estructura del Sistema de Salud quedó legalizada mediante el Acuerdo 025 de 1989. Al referirse a la dimensión política de la salud, el director de la OPS sostiene: "...la organización de los sistemas de salud y de los servicios que prestan depende de decisiones de carácter político...es preciso viabilizar las metas de salud mediante el respaldo de otros sectores de acción social que gozan de suficiente poder. Ese apoyo debe manifestarse a lo largo de todo el proceso que se inicia con la adopción de decisiones y termina en la acción".

En el caso de Medellín, la Secretaría de Salud nunca entró a formar parte de la estructura orgánica del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, la salud pública era de responsabilidad exclusiva del municipio, el cual programaba y ejecutaba la administración presupuestal y financiera.

En 1984, se creó el Instituto Metropolitano de Salud (Metrosalud), como "establecimiento público de orden municipal, con personería jurídica y autonomía administrativa y patrimonio independiente". A pesar de que

todos los procedimientos administrativos a cargo del municipio deberían pasar al nuevo Instituto, sólo hasta agosto del presente año se concretó su autonomía financiera iniciando así la plena autonomía de Metrosalud.

Aunque muchos procedimientos se realizan aún a nivel central del Instituto (vr.gr. programación presupuestal), Metrosalud significó un paso importante en el desarrollo técnico-administrativo de los servicios de salud. Se estructuró la Coordinación Técnica y las dependencias adscritas a ella; se creó la División Administrativa y sus departamentos y se reestructuraron las Divisiones de Atención a las Personas y de Atención del Medio Ambiente. Se vinculó a los trabajadores de Metrosalud a la Carrera Administrativa, dejando de libre nombramiento y remoción los cargos de director general (el cual es competencia del Alcalde Municipal), de Coordinador Técnico y los jefes de División. Se racionalizaron los procedimientos y organizó el sistema de compras y suministros. Se conformaron y comenzaron a operar sistemáticamente los comités Intersectorial, Interinstitucional, de Articulación Docente-Asistencial, y el Comité Técnico de Directores de Unidades Comunes de Servicios de Salud.

Actualmente la ciudad está dividida en nueve Unidades Comunes de Servicios de Salud, cada una de las cuales cuenta con una Unidad Hospitalaria intermedia u hospital comunal (cumple servicios del primer nivel y desarrolla algunas actividades del segundo nivel), centros y puestos de salud y Unidades Móviles de salud. De acuerdo con los estatutos del Instituto, la Unidad Comunal comprende servicios de atención primaria y

secundaria; es la estructura administrativa encargada de la prestación de servicios en su sector o comuna; tiene una dirección única y autónoma a cargo de un director (el director del hospital comunal) quien es el ordenador del gasto y tiene facultades para seleccionar el personal de su respectiva Unidad, ejecutar el presupuesto y dirigir, coordinar y controlar la prestación de servicios en su sector o comuna. Sin embargo, en la práctica el proceso de descentralización efectiva mediante la transferencia de estas funciones a la Unidad Comunal ha sido limitado. En la actualidad, Metrosalud está en un proceso de reestructuración administrativa para adecuarse a las disposiciones de la Ley 10/90.

Sin embargo, un hecho importante de resaltar y en el cual coincide con Cali, es la vinculación de la universidad a la administración de salud pública, a pesar de que en Medellín ésta ha tenido un desarrollo y una modalidad diferentes. La Universidad de Antioquia, a través de su facultad de salud pública (creada desde mediados de la década del 60), ha orientado su acción hacia la capacitación in situ de los funcionarios y la asesoría a hospitales, centros y puestos de salud en participación social, aspecto sobre el cual se ha venido trabajando desde hace años. No obstante, en tiempos más recientes, se vinculó al rediseño de la red de prestación de servicios de Metrosalud y desde 1985, la Universidad viene implementando en la zona noroccidental de Medellín un Programa Multidisciplinario de Integración Docente Asistencial y de Investigación.

A través de este Programa se busca integrar la Universidad, Metrosalud, el Hospital

Universitario San Vicente de Paúl y la comunidad. La planeación y definición conceptual y metodológica del Programa se llevó a cabo durante dos años, vinculando a este proyecto estudiantes y profesores de la salud, de sociología, trabajo social, psicología, ingeniería sanitaria, educación física y deporte, química y farmacia. Ms recientemente, se vincularon de ciencias políticas, económicas y de la informática. Esto ha permitido prestar servicios integrales, dentro de un enfoque de salud comunitaria y de salud como bienestar. Ha permitido así mismo, innovar tanto a nivel de la universidad como de los servicios de salud produciendo cambios en el currículo y en los modelos de atención.

III. Reorganización administrativa según la Ley 10/90

La Ley 10/90 busca resolver los problemas de financiamiento, de ineficiencia administrativa, de politización del sector y a través de ello, de calidad y cobertura de los servicios. A continuación se resumen los principales puntos de interés en el tema que nos ocupa :

1. En primer lugar, elimina el concepto de Sistema de Salud como red piramidal de servicios integrada administrativa y técnicamente (puestos y centros de salud, hospitales de primer, segundo y tercer nivel). Lo redefine en términos de los procesos que comprende (fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación) y de los factores que afectan la salud (sociales, biológicos, ambientales y de atención).

2. Declara los servicios de salud como

servicio público, con lo cual autoriza al Estado a intervenir en su regulación.

3. Los departamentos, intendencias y comisarías, los municipios y el Distrito Especial de Bogotá podrán establecer autónomamente la organización administrativa de Salud como dependencias de la administración seccional o local o como Institutos Descentralizados. Al Distrito Especial de Bogotá le corresponde la dirección local del sistema de salud, cuyas funciones serán entre otras la de coordinar y supervisar la prestación de servicios de salud en su territorio; programar la distribución de los recursos recaudados para salud; formular y adoptar planes, programas y proyectos de salud acordes con las políticas del Ministerio de Salud; desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal de salud; y estimular la participación comunitaria y promover la integración funcional de los servicios de salud.

4. Transfiere a los municipios la administración de los servicios de salud del primer nivel (hospitales locales, centros y puestos de salud) y a los departamentos, intendencias y comisarías, la administración de los servicios de salud del segundo y tercer nivel (hospitales regionales y universitarios). En el caso del Distrito Especial de Bogotá, le transfiere la administración de los tres niveles de atención.

5. Independiza administrativamente los distintos niveles de atención, fortaleciendo cada uno de ellos, y dándole identidad administrativa al nivel primario u operativo. Los niveles secundario y terciario se limitan a su papel de centros de referencia.

6. Establece y organiza las formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud (a través de los Comités de Participación Comunitaria que habían sido creados mediante el Decreto 1216 de 1989) en todos los organismos o entidades de prestación de servicios de salud (Decreto 1416/90)

7. Reorganiza y moderniza la gestión hospitalaria, bajo una concepción gerencial, dotando a los hospitales de personería jurídica y autonomía administrativa y financiera. La dirección del Hospital estaría encabezada por una Junta (actualmente existen Juntas Asesoras pero no decisoras), conformada por representantes de la comunidad, el sector científico y el sector político-administrativo. La Ley le otorga a la Juntas Directivas de los hospitales la facultad de decidir sobre sus estatutos, planta de cargos, presupuesto, compras, inversiones y nombramientos dentro lo establecido por la Carrera Administrativa. Así mismo, dispone que el Comité Científico del hospital (integrado por profesionales de la salud) determine las especificaciones científicas y técnicas de los medicamentos, los suministros y dotaciones, así como las calidades o características del personal que requiere para el cumplimiento de sus objetivos y funciones. Finalmente, en adelante las cuotas de recuperación por prestación de servicios (es decir, recaudos por venta de servicios) se quedarán en el hospital, centro o puesto de salud respectivo (para lo cual en Bogotá se requiere derogar el Acuerdo que prohíbe cobrar la consulta médica en los centros y puestos de salud).

8. Establece un sistema tarifario con base en costos estandarizados para regular la

contratación interinstitucional de servicios. Tales tarifas son de diferente naturaleza a las cuotas de recuperación de los hospitales públicos por prestación de servicios. Las tarifas para venta de servicios deberán diseñarse teniendo en cuenta las condiciones locales, la estratificación socioeconómica y en ello deberán participar los Comités de Participación Comunitaria.

9. Crea los Fondos de Salud seccionales o locales, que como cuenta especial del presupuesto, recibirán directamente las transferencias o rentas cedidas de origen nacional. A los centros y puestos de salud, que por su tamaño no se considere necesario dotar de personería jurídica, los dota de un fondo especial para suministros y medicamentos. Los Comités de Participación Comunitaria (CPC) formarán parte de su Junta Directiva.

10. Busca despolitizar y tecnificar el manejo de personal incorporándolo a la Carrera Administrativa. Serán de libre nombramiento y remoción el Secretario o Director Seccional o local y los del primer nivel jerárquico inmediatamente siguiente; en caso de entidad descentralizada, su director o representante legal y los del primer y segundo niveles jerárquicos inmediatamente siguientes y los directores de hospitales.

11. Los directores de hospitales serán nombrados por el Director o Secretario de Salud de terna que presente la junta directiva.

12. Reglamenta las calidades necesarias para ejercer un cargo mediante el manual de funciones y requisitos (Decreto 1335/90). Los directores de hospitales deben cumplir pre-

requisitos en el área de la salud y la administración. El Director o Jefe Seccional debería tener postgrado en área relacionada con sus funciones y cuatro años de experiencia relacionada. El subsecretario o subgerente, postgrado en administración o gerencia y un año de experiencia relacionada.

EL SSB está trabajando en la reestructuración orgánica y redistribución de las actuales unidades regionales mediante una nueva delimitación de áreas teniendo como base el sector censal. Como resultado se espera :

- Delimitar las áreas de influencia de los centros y puestos de salud;
- Agrupar varias áreas en Unidades Zonales de Salud, que coincidan con las unidades político-administrativas distritales (alcaldías menores o zonales), y que tengan un referente espacial en el hospital local, centro especializado o policlínico de mayor desarrollo en la zona, el cual administre el Fondo de Salud Zonal y coordine acciones con la administración zonal (alcaldía); su función será entonces técnico-administrativa.
- Agrupar varias Unidades Zonales bajo 7 Unidades de Coordinación Zonal (seis urbanas y una rural), con un referente espacial en un hospital regional o de mayor tecnología (Kennedy, Simón Bolívar, San Blas, La Victoria, el Tunal y la Granja) cuya función será coordinar las políticas, programas y proyectos de salud en su área de influencia. Es decir, su función será técnico-científica.

Con los hospitales universitarios y espe-

cializados se adelantarán contratos para mantenerlos como nivel máximo de referencia para el total de Bogotá. A cada una de las seis facultades de medicina que funcionan en Bogotá se les asignará una de las Unidades de Coordinación Zonal y su función será vigilar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios.

A través de esta organización y cumpliendo con lo dispuesto por la Ley, se trata de dar autonomía administrativa y financiera al nivel operativo con dependencia normativa y científica del nivel central. En el momento, se están elaborando los proyectos de Acuerdo para que el Concejo estudie y apruebe antes de finalizar el presente año la reestructuración institucional (como Secretaría Metropolitana de Salud), de la red operativa y los niveles de atención y la reestructuración financiera y legal.

IV. Comentarios finales

Sin duda, la Ley 10/90 representa un excelente avance en la reorganización administrativa de los servicios de salud. Prevé una serie de mecanismos orientados a agilizar procesos brindando espacio para una administración más gerencial de la salud.

No obstante, Bogotá demanda ir más allá. Es necesario trabajar en la planeación, en el desarrollo organizacional, en el desarrollo de los recursos humanos con programas y estrategias de estímulos (la Carrera Administrativa tiene un alcance limitado en este sentido), en una mayor articulación entre la Universidad y los servicios de salud pública. Hasta el momento, la presencia universitaria ha sido marginal. La mayoría de los egresa-

dos de uno de los programas de magister en administración en salud en la capital, están siendo absorbidos por los servicios y seguros de salud privados sin que exista una política de atracción de estos profesionales hacia el sector público. Pero sobre todo, es preciso comenzar a trabajar en la formación de un grupo de "pensadores" en salud que participe en los procesos de planeación, seguimiento y control de planes y programas y busquen continuamente alternativas metodológicas y administrativas para mejorar la calidad y cobertura de los servicios.

Más aún, cabría preguntarse si en Bogotá debe iniciarse una reestructuración del Ser-

vicio de Salud sin antes definir cuál debe ser el sistema de salud para el Distrito Especial. Ello, dado la complejidad y particularidad respecto al resto del país, puede llevar a encajonarlo dentro de esquemas no pensados para el mismo. En este sentido, resultaría conveniente conformar un comité o grupo multidisciplinario y multi- institucional, en el que además del Ministerio de Salud y del SSB, participen la Universidad, las fundaciones privadas y otras entidades que prestan servicios de salud en Bogotá. La tarea de este grupo será trabajar en la elaboración de un plan a mediano plazo y en el diseño del sistema de salud para Bogotá para el siglo XXI.