

LA GLOBALIZACIÓN Y LAS REFORMAS DE LOS NOVENTA. SU IMPACTO SOBRE LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE COLOMBIA: EL CASO DE LA SALUD EN BOGOTÁ¹

Javier Sánchez Segura*
Consuelo Ahumada Beltrán**

Resumen

Esta investigación se plantea como objetivo central examinar las condiciones de salud de Bogotá en el marco de las reformas políticas y económicas adoptadas en Colombia a partir de la década del noventa, por imposición de los organismos internacionales y los países poderosos. Se busca establecer cuál ha sido la incidencia de dichas políticas, en especial el ajuste fiscal y la reforma de salud, en las condiciones sociales y de la salud pública de Bogotá, durante el período 2000-2001.

Abstract

This research-work is aimed at analyzing the health-sector conditions in Bogotá, in the context of the political and economic reforms adopted in Colombia from the nineties on, under imposition by international organizations and by the most powerful countries. The main objective is to establish the impact of such policies, especially fiscal adjustment and the health-sector reform, on the social conditions and on the public health sector in Bogotá, during the period 2000-2001.

* Profesor de la maestría en Estudios Latinoamericanos de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidad Javeriana. Miembro del Grupo de Investigación en Relaciones Internacionales, América Latina e Integración.

** Directora de la maestría en Estudios Latinoamericanos y del Grupo de Investigación en Relaciones Internacionales, América Latina e Integración.

1 El presente artículo es una síntesis de los resultados de una investigación financiado por Colciencias y desarrollada entre julio del 2000 y julio del 2001. Para la elaboración del presente artículo, se actualizaron algunos datos relevantes. Además de los autores del artículo, que fueron los coinvestigadores, en el proyecto participaron también como consultoras María Claudia Duque y Carolina Galindo, profesoras de la Pontificia Universidad Javeriana, y un grupo de estudiantes de Ciencia Política, integrado por: Catalina Aragón, Mónica Cabarcas, Sindy Calderón, Paola García, Ivonne Juliana Lagos, Eliana Serrada y Carolina Toro.

INTRODUCCIÓN

Durante la década del noventa los países latinoamericanos emprendieron un conjunto de reformas económicas y sociales muy similares, en el contexto de la llamada globalización y de la crisis de la deuda externa de la región. Estas reformas, concebidas por las instituciones financieras internacionales y los países poderosos, han tenido un impacto muy significativo en las condiciones sociales y de salud de las poblaciones.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar, de un lado, la manera como las reformas políticas y económicas adoptadas en Colombia han respondido al Nuevo Orden Mundial que se consolida durante la década pasada, y del otro, determinar la incidencia de dichas reformas en las condiciones sociales y sanitarias, así como en la prestación de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Se partió de la siguiente hipótesis:

Las reformas del Estado y las políticas públicas adoptadas en Colombia en la década del noventa en el contexto de la crisis de la deuda externa, encaminadas a reducir la inversión pública y el papel del Estado como proveedor de servicios sociales básicos, han tenido un impacto negativo tanto en las condiciones de salud de la población bogotana como en el acceso y calidad de los servicios de salud que se prestan en la ciudad. La situación se ha visto agravada por el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo de los más diversos sectores sociales, como consecuencia de la aplicación de las políticas de ajuste.

Los resultados de la investigación se presentan en cuatro capítulos, además de la introducción y la metodología. En el primero, correspondiente al marco teórico, se parte del llamado enfoque crítico de la salud internacional y se analizan las principales reformas que se han adelantado en el contexto latinoamericano, de la lógica a la cual responden, y de sus consecuencias de índole económica y social en Colombia.

El segundo capítulo está dedicado al contexto económico y social de la ciudad de Bogotá. En la primera parte se analiza la economía de la ciudad, el mercado laboral y la relación entre los planes de desarrollo y el empleo. En la segunda se examinan los principales indicadores sociales y su evolución desde finales de la década del ochenta hasta el presente.

El tercer capítulo se centra en el análisis de las condiciones de salud de Bogotá. Para ello, se hace un recuento de las políticas y reformas que han afectado el sector y se analiza la evolución del perfil epidemiológico de la ciudad. En este mismo capítulo se presenta la visión que tienen sobre la situación de la salud pública diversos actores del sector. Por último, en el cuarto capítulo se sintetizan las conclusiones de la investigación.

METODOLOGÍA

Este estudio parte del enfoque de salud internacional antes descrito. Se realizó un ejercicio de análisis de las políticas públicas adoptadas en Colombia que afectan al sector de la salud, su relación con el contexto internacional, la aplicación de estas políticas en Bogotá y su impacto sobre las condiciones de vida y de salud de la población de la ciudad. Se adelantó una investigación de tipo cualitativo, basada tanto en fuentes primarias como secundarias. En cuanto a las primeras, se realizaron numerosas entrevistas semiestructuradas a funcionarios del sector de la salud, directivos de hospitales, representantes de los usuarios, dirigentes de organizaciones sindicales y de ONG, entre otros, en el período comprendido entre el 2000 y el 2001. El criterio de selección de estas fuentes obedeció a que estos son los actores fundamentales del sector salud en la capital. En total se realizaron 61 entrevistas: 28 a directivos hospitalarios, 18 a representantes de la comunidad y 15 a representantes de los trabajadores². El trabajo se adelantó en los diferentes hospitales de la Red Pública Distrital, y se logró cubrir en la muestra instituciones hospitalarias de quince de las veinte localidades en que se encuentra dividida la ciudad. Razones de distinta índole impidieron realizar las entrevistas en cinco localidades. En Usaquén, Antonio Nariño y La Candelaria no fueron concedidas las citas. En Teusaquillo no se encuentra ubicado ningún hospital público y en Sumapaz las diferentes instituciones hospitalarias se encuentran por fuera del perímetro urbano de la ciudad en una región de alto nivel de violencia.

Las entrevistas trataron cuatro tópicos fundamentales: en primer lugar, la situación general de la salud pública en Bogotá, que comprende la descripción de la situación, las razones que explican la situación

2 El instrumento fue aplicado por los estudiantes de la asignatura Análisis de Políticas Públicas de Salud, correspondientes al sexto semestre de la Carrera de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, durante el segundo semestre de 2000 y el primero del 2001, bajo la orientación del profesor Javier Sánchez Segura.

descrita, el impacto de la Ley 100 de 1993 y del Acuerdo 17 de 1997, del Concejo de Bogotá y por el cual los hospitales públicos distritales se transformaron en Empresas Sociales del Estado, ESE. El segundo tópico estaba dirigido a indagar sobre la situación particular del hospital, tanto en su funcionamiento general como en su situación financiera y la prestación de los servicios. El tercer bloque de preguntas procuraba conocer la opinión sobre el impacto que pudieron haber tenido la Ley 100 y otras normas sobre los usuarios, indagando por el probable cierre de instituciones y/o servicios, las razones del cierre y buscando una evaluación de los mecanismos de participación comunitaria en el sector. El último grupo de preguntas apuntaba a precisar las propuestas de los diferentes actores frente a la situación general de la salud, la situación específica del hospital y respecto a la eventual reforma o derogación de normas existentes. Con base en estos cuatro tópicos se elaboró la matriz de análisis.

En lo que tiene que ver con las fuentes secundarias, se recurrió a estudios de expertos sobre los diversos temas relacionados con este trabajo, a datos estadísticos recopilados por entidades oficiales y privadas sobre el país y la ciudad, así como a la información proporcionada por diversos medios de comunicación.

OBJETIVOS

Los objetivos específicos que se plantearon en la investigación fueron los siguientes: 1) Analizar cómo las disposiciones de los organismos internacionales se manifiestan en reformas y políticas que afectan las condiciones sociales en Colombia; 2) Identificar las reformas económicas y políticas más importantes que inciden en el área de la salud; 3) Analizar el tipo de impacto que han tenido estas reformas en las condiciones de vida y de salud de la población de Bogotá; y, 4) Examinar la aplicación de estas reformas en la prestación de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Creemos que los objetivos planteados en la investigación se cumplieron y se obtuvieron los resultados. Sin embargo, por la complejidad que presentan tanto el enfoque que aquí se adopta como el objeto mismo de la investigación, pensamos que se trata apenas de un trabajo preliminar, cuya intención no va más allá de explorar tendencias y establecer conexiones entre las reformas económicas y sociales diseñadas en el ámbito internacional, su aplicación en la esfera nacional y la evolución de las condiciones y los servicios de salud en la ciudad capital.

MARCO TEÓRICO Y CONTEXTO LATINOAMERICANO

Un enfoque de la salud internacional

El enfoque de salud internacional, desarrollado a comienzos de los noventa por un grupo de funcionarios del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, permite el análisis de la interacción entre las relaciones internacionales, concebidas como relaciones de poder, y los problemas de salud pública en cada país. Se parte del reconocimiento de una evidente asimetría del poder político y económico en el ámbito internacional, que condiciona la situación sanitaria de la población, tanto en el ámbito local, regional y nacional como en el internacional³. Este enfoque toma como punto de partida “la estructura, los procesos y las relaciones de poder mundial que inciden a su vez, con distinto alcance y manifestaciones, en la configuración del proceso salud-enfermedad y en los sistemas de atención que se presentan al interior de cada unidad nacional” (Ferreira *et al.*, 1991: XVI).

De acuerdo con este enfoque, el análisis de las condiciones de salud resulta, así, de la interacción de dos dimensiones: la Salud como Asunto Internacional (SAI) y las Dimensiones Internacionales de la Salud (DIS). La primera es concebida dentro del ámbito de las relaciones internacionales como una superestructura política, económica y militar que regula las relaciones entre los países y se propone el análisis de los reglamentos, regulaciones, usos y costumbres de índole sanitaria en el ámbito internacional y los flujos financieros y de bienes y servicios que se intercambian en el mundo. La segunda dimensión se refiere a la manera como los procesos internacionales condicionan la salud de los países y la transformación de los sistemas nacionales de salud (Rovere, 1992: 153). El brasileño Carlyle Guerra de Macedo, ex director de la OPS, plantea lo siguiente al respecto:

El problema de la salud internacional no se deriva exclusivamente de lo relacionado directamente con la salud, es decir, los problemas y los riesgos, sino de la imbricación entre salud y desarrollo. La salud es parte del proceso de desarrollo, implica la preocupación que viene de la internacionalización de la economía y, por extensión, por el campo de actividades y de las relaciones internacionales, de la cual la salud es cada día una parte más importante (Guerra de Macedo, 1992: 4).

3 El libro: *Salud internacional, un debate norte-sur*, (OPS, Washington, 1992), editado por José Roberto Ferreira, Charles Godue y María Isabel Rodríguez, recoge los principales trabajos presentados en el seminario-taller “Salud internacional: un campo de estudio y práctica profesional”, realizado en marzo de 1991 en Québec, Canadá.

Por su parte, Charles Godue, uno de los promotores de este enfoque de salud internacional, plantea que existen cinco grandes vectores de cambio que afectan la salud de las poblaciones a partir de la década del noventa: la globalización, el libre comercio, las políticas neoliberales, los procesos de integración supranacionales y el concepto de seguridad nacional (Godue, 1998).

Así, al abordar el análisis de las políticas de salud en América Latina a partir de los condicionamientos internacionales y, en particular, de aquellos resultantes de la generalización del modelo neoliberal en la década del noventa, este enfoque supera las limitaciones de los enfoques “técnicos”, que no trascienden el ámbito de las políticas de salud y que, por lo tanto, soslayan las razones de fondo de la problemática del sector.

Desde una perspectiva similar a la del enfoque antes descrito, Kelley Lee señala que, si bien el término “globalización” se ha estudiado y debatido ampliamente desde la década del setenta, sólo empezó a ser explorado por los investigadores de la salud y los encargados de formular políticas a mediados de los años noventa. “Repentinamente, la globalización ha llegado a ser reconocida como una característica sumamente importante y definitoria de la política sanitaria a fines del siglo XX”, anota (2000: 17). Con respecto al término “globalización”, Lee sintetiza en dos enfoques opuestos las distintas acepciones utilizadas durante las tres últimas décadas: la teoría liberal y la teoría crítica. La primera, que incluye al neoliberalismo como su manifestación más influyente, ha sido la defensora más importante de dicho fenómeno, aclamándolo como el triunfo del capitalismo de mercado en el ámbito mundial. La teoría crítica, por su parte, advierte sobre las consecuencias desestabilizadoras y destructoras del proceso. Este enfoque pone el énfasis en la polarización social que se viene acentuando entre los países poderosos y los subdesarrollados, así como al interior de todos ellos, como resultado de la disminución de la función económica y social del Estado, la privatización de las empresas públicas estratégicas y de los servicios sociales básicos y la “flexibilización” de las condiciones laborales. Así, mientras que la teoría liberal pone el énfasis en los “ganadores” del proceso, la visión crítica se centra en examinar su impacto sobre sus “perdedores”.

El impacto de la globalización sobre las condiciones de la salud de las poblaciones abarca un espectro muy amplio de problemas. Para Kelley Lee, la creación de la Organización Mundial del Comercio, OMC, en 1995 ha suscitado inquietud por la protección cada vez más deficiente

de los intereses de la salud pública, en especial en los países pobres. Un factor que resulta fundamental es “la falta de regulaciones acordadas y exigidas para proteger la salud, que garanticen la calidad, las normas de higiene, rotulación, prácticas éticas de comercialización y seguridad ocupacional, entre otras cosas”. Otros aspectos importantes que afectan de manera directa o indirecta las condiciones sanitarias de las poblaciones son: la producción y comercialización de alimentos y bebidas a nivel mundial y las condiciones laborales en que se producen (Lee, 2000: 26).

Un factor adicional derivado del Nuevo Orden Mundial que adquiere cada vez mayor relevancia es el del acceso de la población a los productos farmacéuticos. En los conflictos cada vez más dispares que se presentan entre las multinacionales y los países del Tercer Mundo, cobra gran importancia a partir de la década del noventa el problema de la propiedad intelectual o defensa de las patentes, en particular en la industria farmacéutica. Los recursos de los que se valen las multinacionales de este sector para defender sus intereses y para presionar ante la OMC para que se adopten medidas más fuertes en la protección de la propiedad intelectual son múltiples. A partir del año 2000, los países del Tercer Mundo se vieron obligados a adaptar sus legislaciones nacionales al Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), el cual regula las patentes de los medicamentos de todos los países miembros de la Organización Mundial del Comercio.

América Latina frente a la globalización

La formulación de un marco teórico para el estudio e interpretación de los problemas de salud internacional en Colombia y América Latina debe partir precisamente de la consideración de aquellos factores que tienen un mayor impacto en las condiciones de vida y de salud de la población. En el plano regional el factor determinante para la adopción de las reformas económicas y sociales más recientes fue la difícil situación de los países latinoamericanos, acentuada de manera considerable por la crisis de la deuda externa, a comienzos de la década del ochenta.

La renegociación de la deuda externa latinoamericana con la banca internacional, que contó con la mediación del FMI, sirvió para apuntalar las medidas neoliberales en toda la región y selló la pérdida de todo resquicio de autonomía en cuanto a la formulación de políticas de desarrollo por parte de los países deudores. A partir de entonces, se impuso el llamado “Consenso de Washington”, que surgió de una

conferencia organizada por el Instituto Económico Internacional en noviembre de 1989⁴.

Las políticas neoliberales fueron introducidas en América Latina mediante un proceso en el cual los países deben cumplir con cada uno de sus acreedores o, de lo contrario, se les cancelan los acuerdos con los otros. Por lo general, los compromisos con la Organización Mundial del Comercio, los acuerdos bilaterales en contra del narcotráfico con Estados Unidos y los que se hacen en torno al medio ambiente están ligados a las exigencias del FMI. Se trata así de imponer un conjunto universal de condiciones a los países deudores.

La llamada globalización financiera ha incrementado la presión política sobre los países del Tercer Mundo para que abran sus economías a los flujos internacionales de capitales. El FMI, con el respaldo del Departamento del Tesoro de Estados Unidos, ha dirigido este esfuerzo, llevando a los gobiernos a que liberalicen por completo las regulaciones con respecto a la inversión extranjera directa y otros flujos de capital (Green, 1999: 31).

Colombia: ajuste fiscal y crisis económica y social

En consonancia con lo que sucede en los otros países latinoamericanos, en Colombia la relación entre el servicio de la deuda y el presupuesto nacional se incrementa año tras año.

En medio de una profunda recesión, el 20 de diciembre de 1999 el gobierno de Colombia suscribió el llamado Acuerdo de Facilidades Extendidas con el FMI. El acuerdo obligó al país a adelantar un programa de ajuste macroeconómico durante un período de tres años. El compromiso central que contrajo el país fue el mismo que obsesiona a la ortodoxia neoliberal a partir de la década del ochenta y que se impone por igual en todos los países de la región: la reducción del déficit fiscal y la búsqueda del equilibrio de las finanzas del Estado⁵.

4 La conferencia identificó diez aspectos que sirvieron de base para integrar un amplio consenso en torno a las reformas de política económica que los países deudores debían tener como objetivo. Dichos aspectos son disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria (incluidos el incremento de los impuestos indirectos y la ampliación de la base tributaria), liberalización financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y la protección a los derechos de propiedad. Todas estas políticas pueden resumirse en la creencia ciega de que el libre mercado es la clave del desarrollo económico (Ahumada, 2000).

5 En enero de 2003 el gobierno de Álvaro Uribe Vélez suscribió un nuevo acuerdo con el FMI, mediante el cual se comprometió a adelantar un plan de ajuste fiscal aún más severo.

El plan de ajuste trajo consigo una caída drástica del consumo y la inversión pública en momentos en que, como consecuencia de la crisis económica del país, la inversión del sector privado se vio seriamente diezmada. Es decir, la recesión no es sólo una consecuencia de las medidas neoliberales sino también un objetivo que se busca de manera deliberada, y éste ha sido el factor fundamental de la crisis económica del país.

En la legislatura del 2001 se aprobó uno de los proyectos centrales contemplados en el acuerdo con el FMI: la reforma a las transferencias a las entidades territoriales. Esta reforma, conocida como Acto Legislativo No. 001, estableció que en los siguientes cinco años los gastos de la nación, salvo los relativos a pensiones, no podrían incrementarse por encima del 1.5 por ciento (“De todo en la agenda económica legislativa”, *Portafolio*, marzo 8 de 2001), lo que, en términos reales, representó una reducción notoria de las transferencias.

En Colombia la situación social se deterioró sobre todo en la última década, como lo reconocen incluso los datos oficiales. En 1999 el porcentaje de población bajo la llamada Línea de Pobreza (LP) era del 56.3 por ciento y en el sector rural del 80 por ciento, y en el 2000 el primer dato se acercaba al 60 por ciento y el segundo al 83 por ciento, en tanto que en 1998 la primera cifra era del 50 por ciento. En términos absolutos, entre 1999 y 2000 se registró un incremento de dos millones de pobres. En cuanto a la indigencia, el panorama era igualmente crítico: el porcentaje de personas en estas condiciones pasó de 19.7 por ciento en el primer año a 23.4 por ciento en el segundo (“Pobreza y desigualdad en Colombia: evolución reciente”, *Coyuntura económica e indicadores recientes*, *Revista del DNP*, diciembre de 2001; de acuerdo con el informe “Impacto social de la crisis”, presentado por el DANE, “La situación en la zona rural es crítica: los pobres rurales, con un crecimiento de cuatro puntos en la incidencia (de la pobreza), ya no tienen cómo ser más pobres”, “Los colombianos son cada vez más pobres”, *La República*, abril 12 de 2002).

En 1997, 18 de cada cien colombianos no podían comprar la canasta básica de alimentos, y en 1999 el porcentaje subió a 21. En cuanto al Coeficiente Gini, que mide la distribución del ingreso, el 10 por ciento de la población más pobre de Colombia recibe menos del 0.4 por ciento del ingreso total, mientras que el 10 por ciento más rico recibe cerca del 45 por ciento del mismo (“Se deteriora la calidad de vida”, *Portafolio*, marzo 14 de 2000). En 1990, el 10 por ciento de los colombianos más ricos tenía ingresos 40 veces mayores que el 10 por ciento más pobre,

proporción que subió a 60 veces en el 2000 (“Crece la concentración de la economía”, Estudio DNP-DANE, *Portafolio*, febrero 11 de 2002). Incluso la tecnocracia del Departamento Nacional de Planeación tuvo que reconocer la crisis social. Esta entidad informó que de acuerdo con el Índice de Condiciones de Vida, ICV, los avances obtenidos por el 30 por ciento más pobre de la población entre 1996 y 1997 se perdieron en 1998 y esa misma tendencia se mantuvo en el año siguiente (“Pobreza consume a media Colombia”, *El Tiempo*, octubre 26 de 1998).

Con respecto a Bogotá, los datos proporcionados por la Misión Social de Planeación Nacional muestran que actualmente hay más hacinamiento, deserción escolar y universitaria, insuficiencia de servicios públicos y la calidad del aire está peor que la de ciudades como Nueva York o Londres, donde es mayor la concentración de industrias y la cantidad de vehículos en circulación. La proporción de jóvenes entre los doce y dieciocho años de edad que asisten a secundaria o a la universidad disminuyó en más de dos puntos porcentuales en los dos últimos años (“Empeora la calidad de vida”, *El Tiempo*, mayo 4 de 2000).

De otra parte, la situación de los servicios públicos domiciliarios en el país en los inicios del siglo XXI es bastante deficiente, por decir lo menos. De acuerdo con el Informe Nacional sobre la Gestión del Agua en Colombia, la población sin servicio de acueducto es de 10.1 millones (25 por ciento); 16.1 millones no cuenta con servicio de alcantarillado (40 por ciento); de las 750 plantas de tratamiento existentes, el 50 por ciento se encuentra en mal estado. Muchas personas están en riesgo de contraer un sinnúmero de enfermedades, algunas de ellas mortales, por el consumo de agua contaminada y de muy baja calidad. El riesgo va desde enfermedades respiratorias, diarreicas y dermatológicas hasta leishmaniasis, malaria, dengue hemorrágico y cólera. Señala este informe que sólo el 10 por ciento de las cabeceras municipales hace algún tipo de tratamiento de las aguas residuales (“Informe nacional sobre la gestión del agua en Colombia”, elaborado por los ingenieros Eduardo Ojeda y Raúl Arias, citado en “Turbia calidad del agua en el país”, *El Espectador*, mayo 24 de 2001).

La crisis económica y social con la que ingresa al nuevo siglo el país tiene un impacto negativo en las condiciones de salud de la población. El problema se refleja en un deterioro generalizado del empleo e incremento del subempleo y el desempleo como consecuencia de la apertura económica, la reducción significativa del gasto público, la inversión social y los subsidios, la privatización de las empresas públi-

cas y de los servicios sociales básicos, políticas que afectan de manera notoria las condiciones de salud de la población.

El contexto de la salud pública

En la década del noventa, el Banco Mundial propuso un enfoque de políticas públicas basado en tres criterios, con el fin de afrontar los problemas de salud de los llamados países en desarrollo. El primero sostiene que los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. El segundo, que el gasto público en salud deberá reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres, es decir, deben ponerse en práctica los criterios de focalización y de costo-eficiencia. Así, ante la evidencia de que los recursos financieros son cada vez más escasos, el gobierno debe invertir fundamentalmente en programas básicos de salud pública y en servicios clínicos esenciales, que pueden ser proporcionados por instalaciones y centros de salud comunitarios. Por último, de acuerdo con el tercer criterio, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia del sector privado en la prestación de los servicios de salud. Ello implica poner en práctica las políticas de privatización y descentralización (Banco Mundial, 1993: 7).

La reforma de salud en Colombia, instaurada mediante la Ley 100 de 1993, se ajusta a estos criterios. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado a partir de esta ley, consta de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El primero descansa en la cotización de los trabajadores y los grupos de la población con capacidad de pago, quienes deben afiliarse obligatoriamente al sistema y cotizar a él. Al segundo ingresan los sectores más pobres o que no tienen capacidad de pago. La ley estableció también una categoría temporal, la de los "vinculados", que no pertenecen a ninguno de los dos regímenes, la cual debería desaparecer en el 2001 cuando supuestamente se alcanzaría la cobertura universal y se igualarían los beneficios entre el Programa Obligatorio de Salud (POS) para la población con capacidad de pago y el Programa Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), dirigido a los sectores más pobres.

La Ley 100 estableció además que los hospitales se transformaran en Empresas Sociales del Estado (ESE), regidas por el derecho privado en materia contractual, y las convirtió en entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Igualmente, las ESE deben estar orientadas por el criterio de

eficiencia, definida como la mejor utilización de recursos técnicos, humanos, materiales y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida (Minsalud, 1994: 268). Dentro de sus objetivos está garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, su rentabilidad social y financiera.

No obstante, lo cierto es que la red pública hospitalaria del país se encuentra en una gravísima situación, en buena medida como resultado de la intermediación financiera desarrollada por las EPS (Empresas Promotoras de Salud) y ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado). De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina, la reforma de salud ha llevado a consumir nuevos y cuantiosos recursos en un costoso mecanismo de intermediación guiado por el afán de utilidades corporativas, lo cual ha contribuido significativamente a la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, en especial los hospitales públicos (Academia Nacional de Medicina de Colombia. Comisión de Salud, Ley 100 de 1993. Reforma y crisis de la salud. Bogotá, Colombia, febrero de 1999 (citado por Ramón Granados y María C. Gómez en "La reforma de los sistemas de salud en Chile y en Colombia: resultados y balance", en *Revista de Salud Pública*, 2000).

Todos los voceros de los hospitales públicos que se encuentran en serias dificultades económicas, coinciden en señalar que las ARS demoran por varios meses el dinero que antes fluía directamente del Estado y que casi siempre llegaba a tiempo. La segunda causa de la crisis es el incumplimiento en los giros por rentas cedidas (impuesto a licores, juegos de azar, cerveza) de los departamentos y de los dineros del situado fiscal. Por este último rubro, el déficit ascendía a 180 mil millones de pesos en el 2001 ("Salud en regiones podría colapsar", *El Tiempo*, abril 26 de 2001).

En el mismo sentido crítico de la Academia Colombiana de Medicina, se han venido pronunciando algunos sectores sociales, como los sindicatos. De acuerdo con Aldo Cadena, presidente del Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social, SINDES, la crisis financiera que afrontan los hospitales responde a las siguientes causas: primera, las EPS se quedan con más del 60 por ciento de los recaudos del régimen subsidiado; segunda, las transferencias nacionales por intermedio de los municipios no llegan a los hospitales, aparte de que se reduce el situado fiscal (aportes a salud y educación del presupuesto nacional); tercera, el gobierno no cancela las facturas por atención a los "vinculados"; y cuarta, el gobierno se exoneró de hacer aportes al régimen subsidiado por medio de la Ley 344 de 1996. Por ello, Cadena, en

entrevista concedida el 15 de octubre de 2001, señala que el problema de la salud está tanto en la Ley 100 como en su implementación: “en la Ley 100 de 1993, porque es la expresión más acabada de la política neoliberal en materia de salud, y en su implementación, porque no hace cosa distinta a desarrollar dicha política”.

Por último, en cuanto a la evolución de las coberturas de vacunación, puede afirmarse que el resultado ha sido negativo en los últimos años. Según un trabajo reciente, al comparar la vacunación antipoliomelítica durante los períodos 1995-1996 y 1997-1998 por departamentos, se nota un claro deterioro, en la medida en que en los departamentos en donde el porcentaje de NBI es mayor, la disminución de la cobertura es también mayor que en los departamentos en donde existen mejores condiciones de vida (Málaga y otros, 2000). Este estudio hace una síntesis de los programas específicos en los cuales ha habido deterioro a partir de la puesta en práctica de la Ley 100, entre lo cual destacamos los siguientes: el programa de protección de alimentos, que se sustentaba en la Ley 9, fue prácticamente desconocido por la reforma, al incorporársele dentro del PAB y reducirse sustancialmente su presupuesto. Se redujo la prevención y diagnóstico temprano de la tuberculosis (TBC), lepra y sífilis congénita. La incidencia de esta última enfermedad venía disminuyendo en los últimos quince años, con tasas que van de 0.97 por mil nacidos vivos en 1985 a 0.37 en 1997, pero en los dos últimos años se ha incrementado el número de casos (Málaga et al., 2000).

Un factor adicional que incide en el desmejoramiento de las condiciones sanitarias de la población tiene que ver con la presión que ejercen las multinacionales farmacéuticas para cambiar las normas legales y acabar con los medicamentos genéricos. De acuerdo con un estudio elaborado por Fedesarrollo (1999), si se eliminaran los medicamentos genéricos, habría un alza inmediata de 61 por ciento en los costos de estos productos, y su impacto sobre el bienestar de la población equivaldría a 777 millones de dólares por año, es decir, más de un billón 800 mil millones de pesos a precios del 2000. No hay duda de que este es un factor que también muestra cómo las decisiones de las instituciones internacionales y los países poderosos en materia económica y comercial ejercen un impacto negativo sobre las condiciones de salud de la población.

CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL DE BOGOTÁ

La economía bogotana y la apertura económica

Desde la segunda mitad del siglo XX, gracias al proceso de urbanización y a la política de sustitución de importaciones que permitió un

relativo desarrollo de la industria de bienes de consumo y de bienes intermedios, Bogotá se convirtió en un polo de atracción tanto para las nuevas industrias como para el creciente flujo de inmigrantes de las distintas regiones del país que huían de la violencia política. Como resultado de ese proceso, se inició un período de concentración de la actividad administrativa y económica en la capital del país de tal magnitud que, con el paso de los años, vino a otorgarle a la economía capitalina un considerable peso dentro del conjunto de la economía nacional.

En la actualidad, la economía bogotana ha logrado sobrepasar el valor de varias economías centroamericanas y representa un 23 por ciento de la economía nacional (DANE, *Cuentas departamentales*). En los últimos años esta participación de la economía bogotana dentro del PIB nacional se ha visto favorecida como resultado del fuerte impacto de la *apertura económica* sobre las demás economías regionales. Lo anterior se explica por el peso mismo de la economía bogotana y el hecho de concentrar el mayor número de grandes empresas lo que coloca a la ciudad en una condición de menor debilidad que el resto del país para enfrentar la *apertura*. Pero en segundo término, Bogotá ha tenido históricamente una muy débil vocación exportadora. De hecho, un 55 por ciento de la producción de Bogotá se destina a consumo interno de la ciudad, un 37 por ciento se “exporta” a otras regiones del país y apenas un 8 por ciento se exporta al resto del mundo. Y no se trata de un fenómeno coyuntural, pues en los últimos años, la participación de las exportaciones bogotanas al resto del mundo ha venido perdiendo importancia. Mientras en 1991, Bogotá exportaba 3.48 por ciento del total de exportaciones colombianas en 1998 apenas representaba el 0.99 por ciento. (DAPD-SECI, 1999: 75).

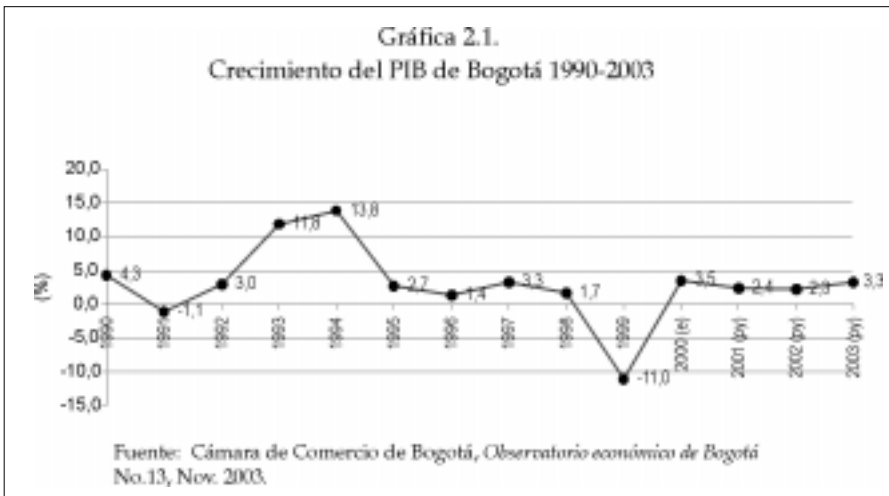
Lo anterior no significa, sin embargo, que la economía bogotana ni sus habitantes hayan podido salvarse de los nefastos efectos del nuevo modelo. Como se observa en el cuadro 2.1, en la década de los noventa la ciudad fue literalmente invadida por mercancías extranjeras.

El cuantioso déficit en la balanza comercial generado por la apertura económica ha terminado por reflejarse de manera clara en la vertical caída que tuvo el crecimiento económico de la ciudad durante la década pasada como se aprecia en la gráfica 2.1. Y aunque se observa una recuperación en los últimos años, ésta no alcanza aún el crecimiento de la ciudad en el período previo al modelo neoliberal.

Cuadro 2.1
Comercio exterior Bogotá 1991-1998 (millones de US\$)

TIPO DE BIEN	Importaciones		Exportaciones		Balanza Comercial
	Valor FOB	Participación	Valor FOB	Participación	
Bienes de consumo	5.790	26,6	661	38,9	-5.129
Bienes intermedios	4.203	19,3	422	24,8	-3.781
Bienes de capital	9.106	41,9	370	21,8	-8.736
Otros bienes	2.633	12,1	246	14,5	-2.387
Total	21.732	100,0	1.699	100,0	-20.033

Fuente: DIAN. Cálculos DAPD-SECI. Observatorio de Dinámica Urbana, p. 74-78.



La apertura económica también ha contribuido a profundizar unos cambios en la estructura económica de la ciudad. Bogotá viene en un acelerado proceso de tercerización⁶ a la vez que la actividad industrial experimenta un creciente deterioro. El sector terciario pasó de participar en 1986 con un 67.7 por ciento en el PIB de la ciudad a un 81 por ciento en 1996, en tanto que el sector secundario perdió seis puntos porcentuales en el mismo período considerado. (Cámara de Comercio, 1999, 17-19).

Según la misma fuente, al interior de cada uno de los grandes agregados económicos de la ciudad también se ha operado una recomposición. En el caso del sector secundario, la industria manufacturera

6 Especialización de la economía bogotana en actividades del sector terciario, en especial del subsector de servicios personales y del subsector financiero y de seguros.

redujo su participación en el PIB del sector de 82.6 por ciento en 1986 a 73.8 por ciento en 1996, es decir, cerca de nueve puntos porcentuales. A su vez, al interior del sector terciario de la economía capitalina han venido ganando importancia relativa los subsectores de electricidad, gas y agua; bancos y seguros; y servicios personales y domésticos que en 1986 aportaban 2.7, 14.1 y 20.1 por ciento del PIB del sector y cinco años después aportaban 5.3, 18 y 23.5 por ciento, respectivamente.

Asistimos, en síntesis, a un acelerado proceso de *desindustrialización* reforzado bajo las tres últimas administraciones de la ciudad que aplicaron al pie de la letra el modelo definido por los organismos internacionales de crédito para las grandes ciudades en el nuevo milenio: el abandono de su actividad industrial y el énfasis en la *tercerización* económica. Mediante una serie de medidas como la creación de la zona franca, el embellecimiento de la ciudad y el mejoramiento de su infraestructura urbana se ha querido convertir a Bogotá en el primer puerto seco del país y en un gran centro proveedor de servicios, funcional a las necesidades del capital foráneo.

La aplicación de la *apertura* sobre la economía bogotana también se ha visto reflejada en la dramática situación de las empresas. Según datos de la Supersociedades, entre 1990 y 1999 se presentaron 568 grandes sociedades a proceso concordatario. De ellas 280, es decir, el 49 por ciento correspondía a sociedades con sede en Bogotá⁷.

En igual sentido, el movimiento de sociedades que registra la Cámara de Comercio de Bogotá no deja duda del devastador impacto del modelo. Mientras la creación de nuevas empresas pierde dinamismo a medida que se profundiza la *apertura*, la liquidación de empresas va en aumento. Mientras que en 1993 se liquidaron 828 sociedades en la ciudad (Cámara de Comercio de Bogotá, varios años), en el año 2002 lo hicieron 2.923 (Cámara de Comercio de Bogotá, 2003, 35). En otras palabras, si en 1993 se sepultaban en promedio tres sociedades por día, en el año 2002 el promedio se había incrementado a casi once.

El movimiento de sociedades por tamaño de empresa⁸ resulta ilustrativo de la tendencia anotada. De 10.822 empresas constituidas en

7 Con la expedición de la Ley 550 de 1999 la figura del concordato desapareció, siendo remplazada por los Acuerdos de Reestructuración. En el año 2000, 210 grandes empresas suscribieron tales acuerdos. De ellas, 124 correspondieron a empresas bogotanas, es decir, el 59 por ciento.

8 Según la Ley Mipyme, Ley 590 de 2000, el tamaño de las sociedades se puede establecer de acuerdo al valor de sus activos, medidos en Salarios Mínimos Legales Mensuales (smlm) y

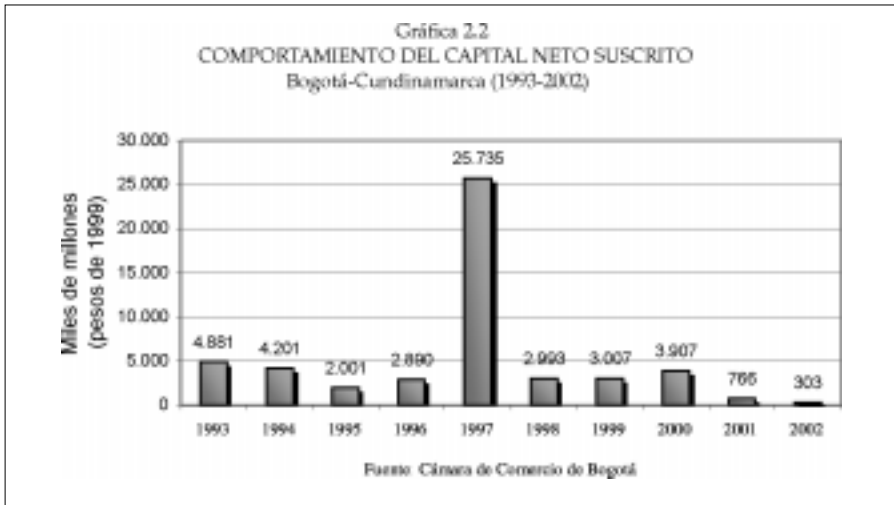
Bogotá en 1998, 11.182 en 1999 y 11.550 en el año 2000, cerca del 97 por ciento fueron microempresas, en tanto que las medianas y grandes no alcanzaron a sumar juntas el uno por ciento (0.9, 0.8 y 0.4 por ciento, respectivamente en 1998, 1999 y 2000), lo que da cuenta de la debilidad y poco dinamismo de la economía bogotana. Como contraparte, se destaca que de las 2.479 liquidaciones en 1998 y 3.706 en 1999, entre 11 y 13 por ciento correspondieron a empresas de mediano y gran tamaño. En 2000 este porcentaje fue del 7.1 por ciento. Según el Registro Mercantil de la Cámara de Comercio de Bogotá, en los mismos años, el 67.4, 72.3 y 70.1 por ciento de las sociedades liquidadas correspondieron respectivamente, a microempresas. El corolario es simple: mientras mueren empresas de un tamaño importante para el crecimiento económico de la ciudad, la generación de valor agregado y la creación de empleo estable y de mayor nivel de calificación, las que nacen son puras microempresas, cuyo aporte al PIB y a la generación de empleo de calidad es muchísimo menor.

Pero donde mejor se puede apreciar el verdadero impacto económico de la crisis que atraviesa la ciudad, es analizando el comportamiento del Capital Neto Suscrito (CNS)⁹.

Se puede notar que entre 1993 y 2002, el CNS real perdió dinamismo con la sola excepción de 1997, cuando alcanzó los \$25 billones de pesos, muy superior al registrado en otros años¹⁰. Luego del excepcional comportamiento en 1997, el CNS volvió a un comportamiento inferior al promedio de la primera mitad de la década y en los dos primeros años del nuevo siglo registró la más brusca caída del período reciente. Para el 2002 el CNS apenas representó el 6 por ciento del correspondiente a 1993.

al número de trabajadores así: microempresa, menos de 501 smlm en activos y menos de 10 trabajadores; pequeña empresa, entre 501 y menos de 5.000 smlm en activos y entre 11 y 50 trabajadores; mediana empresa, activos entre 5.001 y 15.000 smlm, y entre 51 y 200 trabajadores, y; gran empresa, con activos superiores a 15.000 smlm y planta de personal con más de 200 trabajadores.

- 9 Indicador construido por la Cámara de Comercio de Bogotá que permite medir el dinamismo en la creación de capital. $CNS = \text{Capital constituido} + \text{Aumentos de capital} - \text{Disminuciones de capital} - \text{Capital liquidado}$.
- 10 Tan fuerte incremento en 1997 se explica por la culminación de la venta de la Empresa de Energía de Bogotá y su transformación en un *holding* por acciones, la transformación de algunas corporaciones de ahorro y vivienda en bancos, la entrada al mercado de empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios como las EPM y Canal Capital en las telecomunicaciones. Véase Cámara de Comercio de Bogotá, *Movimiento de Sociedades 1998*, Bogotá, 1999, pág. 9.



Es necesario aclarar que el movimiento de capital en la ciudad ha contribuido a acrecentar la concentración de capital en sectores no productivos. De los 2.993 mil millones de pesos suscritos en 1998, el 82.4 por ciento correspondió al sector financiero. Algo similar ocurrió en 1999, cuando contribuyó con el 73 por ciento del CNS, representado en el aumento de capital de varios establecimientos financieros y de seguros. Lo anterior significa que a excepción de este sector, la formación neta de capital en Bogotá es prácticamente insignificante.

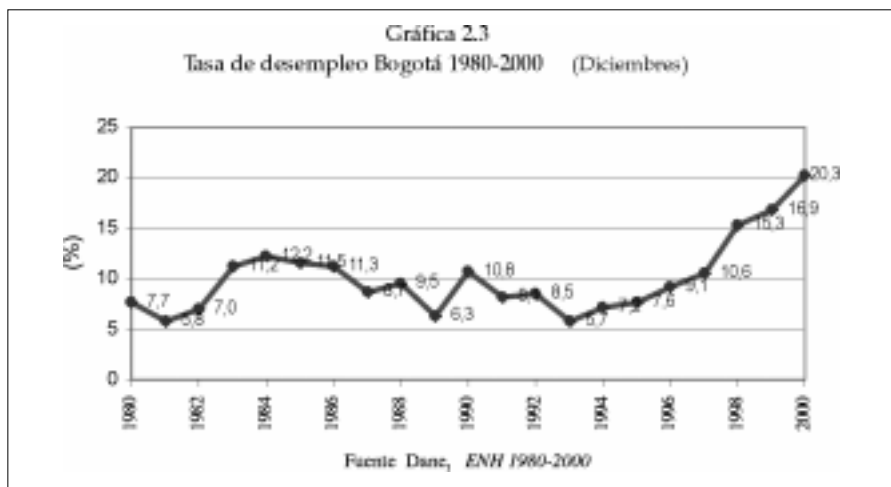
Impacto de las políticas económicas sobre la situación social

- *La situación laboral*

El deterioro económico ocasionado por el modelo económico vigente ha repercutido de manera incuestionable en la situación social de los bogotanos. Una primera expresión de ello se encuentra en la disminución del ingreso per cápita. Después de haber alcanzado un valor récord de 4.182 dólares en 1997 cayó a 2.690 dólares en el 2001. (Fainboim, 2002, 244).

Una segunda faceta de ese deterioro se percibe en el tema laboral. El vertiginoso aumento de la población que busca trabajo, la desaceleración y caída de las principales actividades productivas de la ciudad, la recesión provocada por las erráticas políticas económicas y la política de despidos tanto en el sector privado como en el público han contribuido a disparar la desocupación en Bogotá, que la ha llevado al punto más alto de su historia, 20.3 por ciento en diciembre de 2000 cuando un año

antes de iniciarse la apertura económica se encontraba apenas en el 6.3 por ciento.



Durante todo este período han existido tres grupos de población vulnerable al desempleo en Bogotá: las mujeres, cuya tasa de desempleo rondaba para el año 2000 el 23.7 por ciento, casi 8 puntos más alta que la de los hombres; los jóvenes entre 18 y 24 y, entre 12 y 17 años de edad, con tasas del 35.8 y 46.8 respectivamente; y la mano de obra con educación superior hasta cuatro años, que registraba un desempleo de 24.4 por ciento, superando incluso la tasa de desocupación de la mano de obra con bajo nivel educativo. (DANE, 2000a).

Pero la *apertura* no es la única culpable del alto desempleo. La propia administración distrital ha contribuido de manera directa a acrecentar el problema por la vía de la liquidación y privatización de entidades distritales así como con el despido masivo de funcionarios públicos¹¹.

11 Desde finales de los años ochenta comenzó en Bogotá el traslado de funciones públicas al sector privado, proceso que aún no termina. Uno de los primeros sectores fue el de la recolección de basuras cuya privatización adoptó la forma de apertura a la competencia y luego entrega total de la actividad a consorcios privados. El caso de la Empresa Distrital de Transporte Urbano, EDTU, fue un proceso de progresivo desmantelamiento y posterior liquidación. La privatización también ha tomado la forma de entrega parcial de ciertas actividades a la empresa privada como la lectura de los medidores del agua que realizaban funcionarios, el mantenimiento de los teléfonos públicos, el cuidado de los parques que se le quitó al Instituto Distrital de Recreación y Deportes y se le entregó a las cajas de compensación familiar, el desmonte del plan de mantenimiento y recuperación de vías a cargo de la Secretaría de Obras Públicas y su entrega a firmas privadas extranjeras como ICA de México, la desaparición de las oficinas recaudadoras distritales y la entrega total del recaudo de impuestos a los bancos, y la práctica liquidación de la Secretaría de Tránsito que quedó relegada a cumplir funciones meramente administrativas, entre otras. Hay tres casos

Solamente entre 1995 y 1997, durante la primera administración del alcalde Mockus se despidieron 6.645 empleados de las diferentes dependencias distritales (Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital). Y en los cuatro primeros meses de su segunda administración los despidos ya ascendían a otros 3.943 empleados (“Ya van 4.000 despidos”, *El Tiempo*, 25 de abril de 2001, p. 1-5, según datos de la Alcaldía Mayor de Bogotá), como resultado de la aplicación de la Ley 617 de 2000, conocida como Ley de Ajuste Fiscal.

Por otra parte, el proceso de *tercerización* de la economía bogotana al que hemos hecho referencia se manifiesta de manera clara en la estructura del empleo en la ciudad:

Cuadro 2.2
Estructura porcentual del empleo bogotano
Por sectores económicos (Marzos)

Sectores	1986	1991	1996	2000 (*)
Primario	2,0	1,9	1,4	1,1
Secundario	27,9	28,8	26,4	22,4
Terciario	70,1	69,3	72,2	76,4

Fuente: Cámara de Comercio de Bogotá, El mercado de trabajo bogotano 1990-98, p. 23.

Mientras que la participación del empleo del sector secundario en la economía bogotana ha venido disminuyendo de manera sostenida a lo largo de los últimos quince años, el sector terciario, representado por los servicios, el comercio y los establecimientos financieros, entre otros, cada vez absorbe una mayor proporción del empleo bogotano: más de tres cuartas partes. La gravedad de esta composición radica en que si bien es posible encontrar empleos precarios y de baja calidad en la industria y más especialmente en la construcción y empleos estables y de calidad en el sector terciario, lo usual es lo contrario: empleo temporal, de bajos salarios y sin prestaciones sociales ni seguridad social en el sector terciario y empleo de mejor calidad, mejores sueldos y mayor estabilidad en las actividades industriales. De hecho, el comercio y los servicios concentran respectivamente el 24 y 30 por ciento de

que merecen un comentario aparte: la liquidación de la Caja de Previsión Distrital, por su importancia social sobre la salud, la privatización de la Empresa de Energía de Bogotá, por su valor estratégico y por el irregular procedimiento utilizado, y la autorización de la venta de la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá.

la población ocupada temporal en Bogotá, frente al 19 por ciento en la industria. La situación se hace más crítica si se tiene en cuenta que el índice de temporalidad ha venido en permanente aumento. En junio de 1990, el 17.9 por ciento de los bogotanos ocupados tenía un trabajo temporal. Para diciembre de 1999, ese porcentaje había subido a 26.2 por ciento, equivalente a 703.846 trabajadores (DANE, 1999). Por sus mismas características, este es un tipo de empleo precario, inestable y de baja productividad.

Otro problema igualmente grave está constituido por el elevado número de subempleados¹², que ha venido en permanente crecimiento en lo que va corrido de aplicación de la *apertura*. La tasa de subempleo pasó del 15.1 por ciento en diciembre de 1991 a 22.3 por ciento en diciembre de 1999, equivalente a 721.740 personas. Es de destacar que el 25.5 por ciento de la población subempleada de la ciudad se encuentra en el comercio, el 30.1 por ciento en el renglón de los servicios en comparación con el 16.8 por ciento en la industria, lo que confirma que el empleo generado por el sector terciario es de menor calidad que el generado por el sector secundario de la economía capitalina.

Junto con el auge de la temporalidad y el subempleo, el modelo neoliberal y la *apertura* han ocasionado la generalización de la informalidad en la economía y el empleo¹³. En el caso de Bogotá, la recesión económica reforzada por el perfil terciario que de manera deliberada se le viene dando a la ciudad, agravada por el proceso de concordatos, liquidaciones, privatizaciones y despido masivo de trabajadores públicos y particulares, y rematada por la ola migratoria de millares de colombianos desplazados por la violencia política, disparó la tasa de informalidad del 50.6 por ciento en junio de 1992 al 57.3 por ciento en junio de 2000, lo que equivale a 1.484.055 personas. De ellas, el 60 por ciento se concentra en sólo dos sectores, el comercio y los servicios personales. (DANE, 2000b).

El panorama descrito representa un enorme deterioro social al que no se le ha puesto atención y que tiene un efecto directo sobre las

12 Población que tiene una jornada de trabajo inferior a 48 horas semanales (subempleo visible), o que considera que su ingreso no es suficiente o la posición que ocupa no corresponde a la formación o capacitación recibida (subempleo invisible).

13 Total de trabajadores informales/total de ocupados. El DANE mide la informalidad en las EH de junio de los años pares y clasifica como trabajador informal a los patronos, obreros y empleados de empresas de menos de 10 trabajadores, a los trabajadores por cuenta propia, a los independientes no profesionales y técnicos, a los ayudantes familiares y a los empleados del servicio doméstico.

condiciones de vida de la población si se tienen en cuenta las pésimas condiciones laborales que ofrece el sector informal: para junio de 1998, tan sólo 29.7 por ciento de los informales bogotanos contaba con afiliación al sistema de seguridad social en salud, mientras que sólo 17.3 por ciento de éstos, estaba afiliado al Sistema General de Pensiones. (DANE, 1998).

- *La pobreza, el ingreso y el desarrollo humano*

La política de apertura, el bajo crecimiento económico y el aumento del desempleo se han traducido en el incremento desbordado de la pobreza y en el deterioro de la distribución del ingreso. La población bogotana con Necesidades Básicas Insatisfechas se ha venido incrementando desde mediados de la década de los noventa. Los bogotanos pobres según el NBI han pasado de 12.2% del total de la población en 1996 a 13.4% en el 2001, mientras que la población en miseria se ha incrementado de 1.6 a 2.4% en el mismo período. (Fainboim, 2002: 246).

Cuadro 2.3
Bogotá: población pobre y en miseria (%) según NBI 1993-2001

Año	1993	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pobre	17,2	12,2	12,6	15,1	14,5	14,0	13,4
En miseria	3,5	1,6	2,1	3,0	2,8	2,6	2,4

Fuente: DABS, Óscar Fresneda, Proyecciones de la población con NBI y en miseria para Bogotá 198-2001.

Cálculos DIOGS, DNP con base en ENH.

Otra forma de medir la pobreza es a través de los ingresos y gastos de los hogares¹⁴. A partir de esta metodología se habla de Línea de Pobreza y Línea de Indigencia. Como puede advertirse en el cuadro 2.4, la pobreza en Bogotá, experimentó un aumento de 17.2 puntos porcentuales en los últimos cuatro años de la década de los noventa mientras que la indigencia tuvo un alza de 8.8 puntos porcentuales en el mismo

14 Con esta metodología se define una canasta básica que contenga todos los bienes y servicios que se considera que un hogar debería adquirir para satisfacer sus necesidades básicas. Una vez construida la canasta cada uno de los rubros se valora a precios del mercado y se obtiene el costo de la canasta que se convierte en línea de pobreza; si el ingreso del hogar es menor que la LP, se clasifica a ese hogar como pobre. La Línea de Indigencia, por su parte, mide los gastos más esenciales para la sobrevivencia.

período. Comenzando el siglo XXI, la mitad de la población bogotana vive por debajo de la línea de pobreza.

Cuadro 2.4
Bogotá 1997-2001
Línea de pobreza, línea de indigencia y coeficiente Gini

	1997	1998	1999	2000	2001
Línea de pobreza	32,4	40,7	46,3	49,6	-
Línea de indigencia	6,1	9,3	13,2	14,9	-
Coeficiente Gini	0,519	0,559	0,564	0,564	0,561

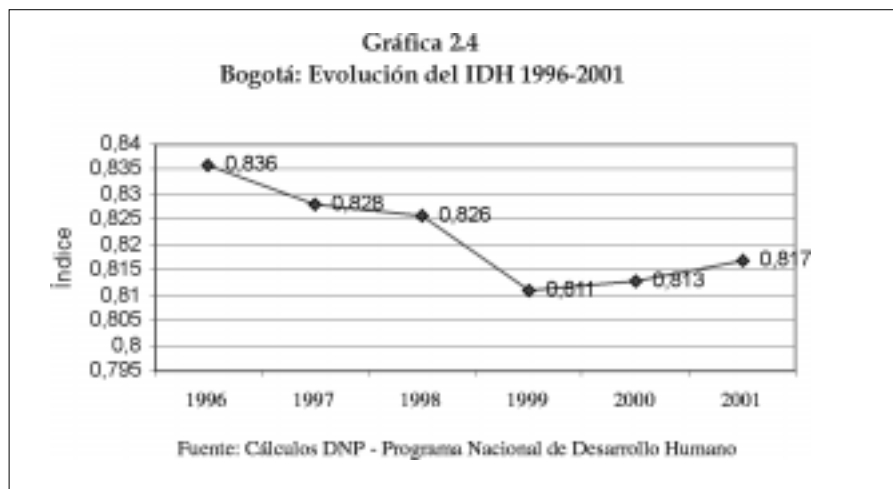
Fuente: Cálculos DNP-UDS-DIOGS con base en DANE, EH nacionales.

La distribución del ingreso en Bogotá, calculada mediante el Coeficiente Gini¹⁵, también registra un deterioro en los últimos años al pasar de 0,519 en 1997 a 0,561 en el 2001. Tanto el aumento de la pobreza como la concentración del ingreso se relacionan directamente con los niveles de ingresos y gastos de los hogares, los cuales se han visto afectados de manera severa debido al impacto de la situación económica dada en el país y de las medidas de ajuste fiscal diseñadas para enfrentarla. De acuerdo con datos de Fedesarrollo (2001), la crisis económica y las medidas de ajuste han obligado a la mayor parte del país a un cambio en sus hábitos de consumo. Por ejemplo, cerca del 47% de los jefes del hogar entrevistados manifestaron haber disminuido su consumo en los primeros seis meses del año 2000 con respecto al último semestre de 1999. La crisis afecta principalmente a Bogotá, donde el 53% de los hogares entrevistados reportó una disminución en su consumo, constituyéndose en el nivel de disminución más alto presentado a nivel nacional.

A esta situación ha contribuido de manera creciente el alza desmedida en las tarifas de los servicios públicos domiciliarios de gas, energía, acueducto y alcantarillado, servicio de aseo y telefonía como resultado del proceso de transformación y/o privatización de las empresas de servicios públicos de la capital.

15 Un coeficiente con valor cero (0) implica que los ingresos están perfectamente distribuidos y que el individuo más pobre tiene el mismo ingreso que el más rico. En cambio, una distribución de uno (1) significa que todos los ingresos de la economía se concentran en el individuo o el hogar más rico y el resto de los individuos u hogares no perciben ingresos. En la práctica, en el mundo, el coeficiente varía entre 0.25 y 0.65.

Finalmente, el Índice de Desarrollo Humano, IDH¹⁶, para Bogotá registra un decrecimiento del 3 por ciento entre 1996 y 1999, al pasar de 0,836 a 0,811. La disminución del índice se debió básicamente a la caída del PIB per cápita, al haber disminuido en 11.8 por ciento los ingresos de los bogotanos (Veeduría Distrital, 2002).



LAS POLÍTICAS DE SALUD EN BOGOTÁ BAJO EL NUEVO MODELO

Las leyes neoliberales y los cambios institucionales

- *La descentralización de la salud y la transformación de los hospitales*

La estructura del sector de la salud en Bogotá permaneció prácticamente inalterable hasta comienzos de la década de los noventa cuando se expidió la Ley 10 de 1990 que tenía como propósito reorganizar el Sistema Nacional de Salud creado en 1974 y que había significado la mejor expresión de un sistema único de salud, centralizado y bajo la responsabilidad de la nación. En el caso concreto de Bogotá la Ley 10 le asignó la responsabilidad de la dirección y prestación tanto de los servicios de salud de primer nivel como la de los servicios de segundo y tercer nivel de atención. Para garantizar el manejo y administración de los recursos para la salud, la ley previó la obligación de constituir

16 El IDH se basa en tres indicadores: la esperanza de vida, el logro educativo medido como una combinación de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa de escolarización combinada, y el nivel de vida medido por el PIB per cápita real.

Fondos Locales de Salud. A estos fondos deberían girarse todas las rentas nacionales con destinación específica cedidas a los entes territoriales y también los recursos propios del ente territorial. Sin embargo, éstas no serían las únicas fuentes de ingresos para el sector de la salud. La ley reforzó el criterio de la venta de servicios como mecanismo de financiación y dejó en manos del Ministerio de Salud la adopción de un reglamento tarifario para la venta de servicios a los usuarios.

Entre 1990 y 1991 el Concejo de Bogotá expidió un paquete de acuerdos que apuntaba a adecuar las normas capitalinas a las disposiciones de la Ley 10 y que marcaron el inicio de la transformación del sector en la ciudad. El Acuerdo 20 de 1990 estableció el Sistema Distrital de Salud, fijó las funciones de la Secretaría Distrital de Salud, creó los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en cabeza de los hospitales de primer nivel de atención y definió la organización operativa la cual quedó conformada por tres niveles de atención. Asimismo, creó el Fondo Financiero Distrital de Salud, como un establecimiento público del orden distrital, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, encargado de recaudar y administrar los recursos del situado fiscal, las rentas cedidas al Distrito, el impuesto al valor agregado y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Al año siguiente se expidieron los Acuerdos 16, 17, 18 y 19 de 1991 que terminaron de darle forma al Sistema Distrital de Salud.

Los más recientes cambios institucionales del sector salud en Bogotá han tenido que ver con la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado a partir de diciembre de 1997, la supresión desde finales de 1999 de las 19 Direcciones Locales de Salud que habían remplazado a los SILOS creados en cumplimiento de la Ley 10 de 1990 y que eran las encargadas de planificar y coordinar las políticas de salud en el ámbito distrital, la adopción del modelo de atención en cuatro redes a partir del 1º de enero del año 2000 y la fusión de 17 de los 32 hospitales distritales a mediados del mismo año.

Con la sanción de las Leyes 60 y 100 de 1993 tuvo lugar la transformación definitiva del sector salud. La primera confirmó la entrega de la prestación de los servicios de salud en cabeza de los departamentos y municipios, y la segunda ordenó la transformación obligatoria de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), figura jurídica que constituyó el capítulo final del proceso de entrega de responsabilidades de la nación a los entes territoriales que había comenzado con la Ley 10 de 1990 y que constituye la expresión más acabada de la mercantilización de la salud.

Tras la supuesta autonomía administrativa, presupuestal y financiera otorgada a los hospitales por la nueva ley, se escondía un nuevo criterio: a partir de la fecha los “subsidios a la oferta”, es decir, a los hospitales públicos, se irían eliminando progresivamente y ahora los subsidios se otorgarían a “la demanda”, o sea, a los usuarios, pero no directamente sino por intermedio de las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS¹⁷. Paralelamente con la reducción de los subsidios estatales a los hospitales se les notificó que cada vez más debían basar su presupuesto en la venta de servicios y que aquel hospital que no fuera rentable sería cerrado.

Es este cambio de filosofía el que explica la crisis del sector, pues ni la prestación de la salud a los más pobres está en capacidad de ser rentable ni los hospitales están en condiciones de sobrevivir con la venta de servicios a una población pauperizada por los estragos causados por el mismo modelo económico, mientras el grueso de los recursos se le entregan para su administración a las ARS.

Desde el momento mismo de la transformación, la crisis de la salud pública se generalizó en todo el país. Los hospitales empezaron a registrar enormes déficit presupuestales, las deudas con los proveedores se volvió recurrente, los hospitales empezaron a padecer escasez de insumos médicos y quirúrgicos, y se dispararon las deudas por salarios y prestaciones con los trabajadores del sector. En Bogotá, sin embargo, la crisis se empieza a manifestar tardíamente por cuanto la transformación en ESE se retardó cerca de cuatro años por la firme oposición del Concejo de la ciudad, las organizaciones de usuarios y los trabajadores. Finalmente, la recomposición de las fuerzas políticas en el concejo capitalino hizo posible la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado con la expedición del Acuerdo 17 de 1997.

A partir de este momento, los hospitales públicos de la ciudad empezaron a presentar los mismos síntomas de crisis que los del resto del país. Los primeros en registrar déficit fueron los hospitales de Bosa, Fontibón, Olaya, y Trinidad Galán (Fundación Corona et al., 1999). Naturalmente, el problema presupuestal no afecta por igual a todos los hospitales. En algunos casos la ubicación del hospital y el tipo de usuarios que de esa ubicación se deriva, determinan la

17 Debe recordarse que la Ley 344 de 1996 había ordenado la transformación gradual de los subsidios. Para 1997, el 15 por ciento del situado fiscal debía dedicarse a financiar subsidios a la demanda, en 1998 el 25, el 35 en 1999 y el 60 por ciento en el 2000. De igual forma, un porcentaje de las rentas cedidas y las destinaciones específicas para la salud debía dedicarse a subsidios a la demanda, así: el 15 por ciento en 1998, el 25 en 1999 y a partir del año 2000 el 60 por ciento.

incidencia de la crisis. Así por ejemplo, los hospitales ubicados en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Suba, con una mayor presencia de pobres y desplazados pueden afectar negativamente las finanzas de los hospitales cercanos por la inexistente capacidad de pago de sus usuarios.

La crisis financiera se ha venido generalizando con el tiempo. En 1999, un estudio de la Contraloría Distrital llegó a una conclusión dramática. Para ese año, el déficit del sector salud en la ciudad ascendería a 8 mil millones de pesos. En su informe, el ente de control señaló que los presupuestos de hospitales distritales venían siendo reducidos con relación a las anteriores vigencias y confirmó que los hospitales de las zonas más deprimidas de la ciudad eran los más afectados con esa reducción: Hospital Nazareth (-37 por ciento), Pablo VI- Bosa (-11.4 por ciento), Perseverancia (-22.5 por ciento), Suba (-20.3 por ciento) y Tunjuelito (-23.2 por ciento). La reducción del presupuesto que ordena el nuevo modelo en salud ocasiona también el atraso en el pago de los salarios y prestaciones de los trabajadores. El estudio en mención encontró que a 31 de marzo de 1999, los hospitales de primer nivel de atención del Distrito adeudaban ya \$10.476 millones en aportes patronales.

Finalmente, la transformación en Empresas Sociales del Estado ha traído otra consecuencia que afecta la salud financiera de los hospitales. En una equivocada interpretación de la autonomía otorgada por el Acuerdo 17 de 1997, varios gerentes de hospitales se han dedicado a contratar personas para cumplir las mismas labores que realizan los empleados de planta. Tal explosión de contratos no ha tenido siquiera efectos positivos en la prestación del servicio, pues en un alto porcentaje se trata de contratos para desempeñarse en el área administrativa y no en el área médica y asistencial.

- *La fusión de las Empresas Sociales del Estado*

Hasta el primer semestre del año 2000 Bogotá contó con 32 instituciones públicas prestadoras de servicios de salud: 19 de primer nivel de atención, 8 de segundo y 5 de tercero. Pero a partir de esa fecha la estructura de la red pública hospitalaria fue modificada radicalmente. La Secretaría de Salud adoptó el Plan de Gestión de la Secretaría Distrital de Salud para la vigencia presupuestal del año 2000 (véase Resolución 1224 del 30 de diciembre de 1999, artículo 15, p. 11), y en ella se plantearon una serie de “estrategias para el fortalecimiento institucional” entre las cuales se encontraba la fusión de los hospitales de la red adscrita y la adopción del modelo de atención por redes. La primera se

concretó con la expedición del Acuerdo 11 de 2000 y la segunda con el establecimiento de cuatro redes: la Red Norte, la Red de Occidente, la Red Centro Oriente y la Red del Sur. El Acuerdo en mención ordenó la fusión de diecisiete hospitales, doce de primer nivel de atención y cinco de segundo. Como resultado de la fusión, la nueva red adscrita quedó integrada por 22 hospitales: diez de primer nivel, siete de segundo y cinco de tercero.

Más allá del aspecto puramente formal de la fusión quisimos conocer la opinión de los diferentes actores de la salud sobre este proceso que a la fecha de la investigación ya completaba un año. Las respuestas de los entrevistados frente a las preguntas previstas reflejan que las posiciones de los actores frente al proceso de fusión son disímiles con coincidencias en algunos temas específicos. Se pudo advertir, por ejemplo, una fuerte inclinación de los gerentes de los hospitales a valorar el Acuerdo 11 de 2000 en lo referente a la rentabilidad económica y la mejora de la productividad que la fusión podría generar para los hospitales. Por su parte, los representantes de los usuarios y los sindicatos resaltaron los aspectos negativos derivados del proceso de fusión, entre ellos el deterioro de la calidad de los servicios de salud y el recorte de personal. Sostienen que el objetivo de las políticas de salud debe ser la buena prestación de servicios y la rentabilidad social y no exclusivamente la rentabilidad financiera.

Varios de los gerentes entrevistados consideran que el proceso de fusión ha sido positivo y destacan que el mismo permite darle viabilidad técnica y económica a los hospitales. Uno de ellos anotó que “los hospitales como están en Colombia no son viables. El Distrito tomó la decisión de buscarle un tipo de viabilidad al hospital y por eso se hizo la fusión”.

A pesar de que varios directivos hospitalarios valoran positivamente el proceso, pudimos observar que aún dentro del grupo de gerentes y directores de Upas y Camis entrevistados, la opinión mayoritaria es menos alentadora y en algunos casos, bastante crítica del proceso de fusión. El director de un Cami apuntó que

“la fusión fue buena, hubo algunas deficiencias que van a afectar más adelante, especialmente en el apoyo técnico. Cuando nos recortaron la parte asistencial [el personal médico y asistencial] no tuvieron en cuenta el aumento de la demanda y eso repercutirá más adelante”.

A su vez, la gerente de uno de los hospitales fusionados precisó que

“si bien la fusión se planteó como una salida para la crisis de los hospitales y como una medida que ayudó a aliviar un poco la situación no resolvió todos los problemas. La crisis del sector salud no se debe únicamente a la alta carga administrativa o a la estructura misma de los hospitales, sino que está en general en todo el sistema: la intermediación de los recursos del régimen subsidiado, entre otros muchos factores que inciden”.

Por su parte, la directora de un Cami resaltó que el proceso de fusión ha sido

“precipitado y difícil, tanto para los usuarios como para el personal del sistema de salud”.

Otro director de un Cami fue más allá y criticó severamente los nuevos criterios de rentabilidad y productividad: “Se ha confundido la cuestión de la salud, que es para hacer plata, y eso no es así, es para atender a las personas, así sean veinte pero bien atendidas”. Y agregó:

“... a los médicos nuevos se les metió que en aras de la eficiencia hay que hacer productividad y eso es mentira porque la eficiencia es hacer las cosas bien hechas y otra es hacer productiva una cuestión de éstas. Por ejemplo, ¿cuánto hicimos este mes? Este mes se nos bajó como catorce millones. Entonces me preocupó, cuando no debería ser así. En vez de sentarse y decir: se bajó catorce millones pero miremos lo que hicimos en promoción, cómo está la gente de la comunidad. Pero no, yo me pongo feliz porque en febrero como llovió tanto hubo mucha gente enferma y eso me produjo plata para el centro, y no debería ser así sino lo contrario”.

La perspectiva de los representantes de los sindicatos y los usuarios es mucho más crítica, pues perciben la fusión como ineficiente, regida por parámetros netamente económicos, los cuales en la mayoría de los casos niegan el derecho a la salud. En este sentido, gran parte de los dirigentes sindicales expresaron que la fusión de los hospitales simplemente significó despidos masivos de trabajadores, lo cual se ha traducido en una sobrecarga laboral para los empleados que quedaron. De la misma forma, según estos actores, la fusión condujo al cierre de muchos de los servicios que anteriormente se prestaban en los hospitales, pues para ellos lo que se buscaba con la medida no era mejorar la prestación de los servicios, sino que los hospitales se convirtieran en empresas productivas, eficientes económicamente pero alejadas de su sentido social.

Una posición similar fue expresada por uno de los voceros de los usuarios, quien opinó que el Acuerdo 11 de 2000

“ha sido un lastre para la vida de los hospitales y en especial para la prestación de los servicios de salud para la clase más vulnerable. Se nos han quitado los derechos fundamentales a la salud pues lo que busca es privatizar”.

La percepción particular sobre el hospital frente al proceso de fusión pone en evidencia diferentes puntos de vista por parte de gerentes, directores, usuarios y trabajadores. Pudimos observar que mientras los primeros opinaban que el proceso de fusión ha mejorado la situación del hospital, en especial en lo relacionado con la prestación de servicios y el manejo financiero y administrativo, los segundos recalcaron que la situación ha desmejorado puesto que ha habido inestabilidad laboral, traslados irregulares problemas de persecución laboral, y una marcada barrera de acceso a los servicios determinada exclusivamente por la capacidad de pago.

Varios de los gerentes de los hospitales resaltaron el mejoramiento sustancial de la situación de sus respectivos hospitales, especialmente en lo referente a los servicios ofrecidos y la estabilidad financiera. Sin embargo, como en el tópico anterior, también varios de los directivos hospitalarios expresaron su preocupación frente a la suerte del hospital a partir de la fusión. Uno de ellos señaló:

“La fusión mezcló hospitales que estaban en pésimas condiciones con otros que más o menos estaban saliendo a flote, y al mezclarlos el resultado no puede ser nada más que uno malo (...) La situación no ha mejorado. Antes la salud se manejaba centralizada, ahora se ha atomizado. Lo que se buscó fue abolir ciertas estructuras administrativas para ahorrar recursos. Pero, ¿dónde están los recursos que se liberaron? La situación ha empeorado pues los hospitales del Distrito entraron en competencia con los privados y esto nos deja en desventaja. Al abrir la competencia, un hospital como éste lleva las de perder. Nada de lo propuesto ha sido realidad. Si la intención era mejorar, no lo hemos logrado”.

Por otro lado, el director de un Cami afirmó que la situación del hospital de que dependía empeoró definitivamente pues por la fusión dejaron de prestarse algunos servicios. Advirtió que a pesar de tratarse de un hospital de primer nivel de atención, éste

“ya había dado grandes pasos para convertirse en uno de segundo nivel, pues contaba con servicios de cirugía, otorrino y oftalmología, entre otros servicios, que se le facturaban al Fondo Financiero Distrital de Salud. Actualmente, en esta área no hay hospitales de nivel dos o tres y debemos remitir a los pacientes hasta Fontibón o Bosa”.

Por su parte, para los representantes de usuarios y trabajadores la puesta en marcha del Acuerdo 11 de 2000 ha golpeado a los hospitales desde sus entrañas, pues la unión de algunas Empresas Sociales del Estado que se encontraban estables con otras que presentaban déficits ha conducido a que los hospitales nacientes sean débiles financiera y económicamente, poniéndolos en desventaja frente al sector privado.

El proceso de fusión, según ellos, no ajustó el presupuesto a las necesidades de los diferentes hospitales, especialmente en las localidades más pobres, donde sus habitantes mayoritariamente pertenecen a los estratos uno y dos. De igual forma, el supuesto “mejoramiento del área administrativa y financiera” como lo expresó un representante sindical, sólo se ha nutrido del despido masivo de trabajadores.

Las diferencias existentes entre los diferentes actores entrevistados frente a los tópicos anteriores se diluyen al momento de opinar sobre el papel de las Administradores del Régimen Subsidiado, ARS. La mayoría de los entrevistados (directivos, sindicatos y representantes de los usuarios) coinciden en percibir un deterioro de las relaciones de los hospitales con las ARS principalmente a raíz del proceso de fusión hospitalaria, porque se han generado trabas en el proceso de contratación afectando el acceso de los usuarios al servicio. Es así como en los procesos de contratación, las ARS ubican a los usuarios en hospitales que no corresponden a su localidad, generando dificultades para acceder a los servicios en la medida en que implica gastos de transporte adicionales.

La posición de los gerentes y directivos frente a esta situación es contundente. Afirman que las ARS no han asumido su responsabilidad frente a los hospitales públicos, lo que se refleja en el incumplimiento de los pagos hacia los hospitales teniendo en cuenta que la Secretaría Distrital de Salud cumple con ellos a tiempo. Asimismo, a la hora de renovar los contratos, las ARS mantienen una actitud que puede ser considerada de doble moral. Así, aunque su situación financiera es estable, éstas se declaran en quiebra ante los hospitales para evadir una nueva contratación con éstos. Al respecto un directivo hospitalario se mostró bastante preocupado porque a las ARS ya no les interesa contratar con los hospitales públicos pues muchas de ellas han obtenido millonarias ganancias y han procedido a crear sus propias IPS. Otro directivo hospitalario opinó que

“la relación con las ARS es mala, sólo se cubre un 10 por ciento de la población de la localidad. Estamos facturando \$70 millones al mes y ésta es una disminución drástica. De hecho el sector público ha sido sometido a un maltrato económico en las negociaciones con las ARS”.

Por su parte, los representantes de los sindicatos afirman que las ARS, entes guiados estrictamente por los lineamientos básicos de la lógica del mercado, son las que obtienen la mayor rentabilidad por la comercialización de la salud y por la ausencia de un adecuado proceso

de asignación de recursos. El dirigente sindical en uno de los hospitales objeto de la fusión se refirió así a las relaciones con las ARS:

Las relaciones van de mal en peor. Ellas cogen la tajada del león. Por ejemplo, se les obliga a invertir el diez por ciento en promoción y prevención y no lo están haciendo. Le hacen auditoría a las cuentas que pasan los hospitales públicos y todo les parece irregular. Esa es la vía más fácil para no pagar. La mayoría de los hospitales están fregados por la intermediación de las ARS. De ñapa, ya no están contratando con nosotros porque dicen que no les podemos ofrecer lo que ellas necesitan. Como en la práctica nosotros dependemos económicamente de las ARS, por esa vía nos vamos a quebrar”.

Un aspecto importante del proceso de fusión tuvo que ver con la reducción de personal. El total de cargos suprimidos fue de 1.176 lo que representaba el 15 por ciento del total de funcionarios de la red adscrita. Los hospitales donde hubo un mayor recorte fueron San Jorge (9.7% del total), Garcés Navas (8.8%) y Olaya (8.4%). Del total, casi una cuarta parte fueron trabajadores oficiales amparados por convenciones colectivas. El 76 por ciento restante fueron empleados públicos. Por niveles ocupacionales los mayores porcentajes de despedidos se concentraron en el nivel auxiliar (29%) y en el nivel profesional (25%).

Quizás el aspecto más grave de este recorte de personal haya sido su impacto en la prestación de los servicios de salud. De los 1.176 cargos suprimidos, 508 correspondieron al área asistencial. Eso significa que el 43.2 por ciento de los funcionarios despedidos desempeñaban funciones directamente relacionadas con la prestación médico-asistencial como subdirectores científicos (9), directores de centros de salud (34), médicos especialistas (46), médicos generales (57), odontólogos (58), médicos veterinarios (9), terapistas (13), trabajadores sociales (3), bacteriólogos (32) psicólogos (6), enfermeros (18), otros profesionales en el área de la salud (12), técnicos en salud (12), técnicos en saneamiento (21), técnicos en salud ocupacional (9), auxiliares de información en salud (29), auxiliares de droguería (3), auxiliares de consultorio odontológico y de higiene oral (39), auxiliares de laboratorio clínico (13), auxiliares de enfermería (45), promotores de salud (23) y camilleros (6). Esta reducción de personal en muchos casos no solamente significó la salida de unos empleados sino el consecuente cierre de servicios como lo confirmaron varios de los entrevistados.

Este significativo recorte en el área asistencial contradice los argumentos planteados por el secretario de salud de la época, para justificar la fusión cuando se insistía en la “desproporción entre la planta de personal que desarrolla labores administrativas y la que ejecuta la

prestación directa de los servicios al usuario” (Concejo de Bogotá, 2000: 3) y se trataba de tranquilizar al concejo capitalino para garantizar la aprobación del proyecto.

La reducción de personal producida como resultado del Acuerdo 11 de 2000 viene a hacer más evidente el enorme desequilibrio entre el aumento en la demanda de los servicios y el recurso humano existente. En efecto, el aumento de la población de la ciudad, tanto por el crecimiento vegetativo como por la llegada de millares de desplazados por la actual ola de violencia política, y el consecuente incremento de potenciales usuarios de la red pública hospitalaria no ha estado acompañada de un crecimiento equivalente de la planta de personal médico asistencial para atender esa mayor demanda de servicios. Por el contrario, la planta de personal de los hospitales públicos distritales estuvo congelada durante toda la década de los noventa.

Esta parálisis de las plantas de personal y el recorte producido por la fusión ha ocasionado no sólo un aumento en las cargas de trabajo para el personal médico-asistencial sino el deterioro en la calidad del servicio, pues el número de pacientes por médico u odontólogo se ha incrementado excesivamente al punto de generar una atención de baja calidad. Los voceros sindicales entrevistados en el curso de la investigación expresaron que el despido de personal en el área asistencial obviamente significó la desaparición de áreas importantes como terapia de lenguaje, odontología, bacteriología, ginecología y laboratorio, entre otras.

Otra razón esgrimida para proceder al despido de funcionarios fue la necesidad de reducir el déficit de los hospitales distritales. Sin embargo, este radical ajuste en los gastos administrativos contrasta con la tendencia de crear nóminas paralelas con personal vinculado mediante la figura de contratos de prestación de servicios para cumplir labores en muchos casos labores administrativas lo cual ha contribuido a hacer más difícil la situación financiera de los hospitales. Al momento de realizarse el proceso de fusión se calculaba que por cada dos empleados de planta había uno por contrato.

En nuestra opinión, lo que se observa es un creciente proceso de deslaboralización de las relaciones laborales en el sector de la salud entendido como la tendencia a recurrir a formas de vinculación no estrictamente mediante un contrato de trabajo sino bajo nuevas modalidades que permitan evitar el reconocimiento y pago de prestaciones sociales.

En lo referente al impacto de la fusión hospitalaria sobre la prestación de los servicios, los representantes de los usuarios tienen una percepción negativa. Ellos centran su posición en la mala atención que reciben y en la disminución de los servicios respecto de los que tenían acceso antes del Acuerdo 11 de 2000. A su vez, indican que los servicios con los que se cuenta no son ofrecidos adecuadamente debido a la carencia de los implementos e insumos necesarios.

- *El recorte de las transferencias*

La crisis del sector de la salud se manifiesta igualmente en la iliquidez que afrontan los hospitales y en la escasez de medicamentos y provisiones alimenticias para los enfermos. En muchos casos, los propios empleados han debido sacar de su bolsillo para comprar los alimentos que requieren los pacientes hospitalizados (“Enfermos y sin remedio”, *El Tiempo*, 31 de julio de 1999). La situación tiene distintas causas, entre ellas dos muy importantes directamente asociadas con el cambio del modelo en salud: la existencia de un perverso sistema de intermediación representado en las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) creadas por la Ley 100 de 1993, que se quedan con la mayor parte de los recursos para la salud y la reducción de las transferencias de la nación como consecuencia de la transformación de los hospitales públicos en ESES y la obligación de basar sus ingresos en la venta de servicios. Con relación a la primera causa, en abril 30 de 1999, la cartera de 16 de los 32 hospitales distritales ya superaba los 17.530 millones, de los cuales 7.500 millones (43 por ciento) eran adeudados por las ARS. Respecto de la segunda, entre 1996 y 1998, las transferencias se redujeron en 65 por ciento: pasaron de 250.122 millones a 88.611 millones de pesos. (Ibid.). Con el paso del tiempo se ha vuelto cada vez más frecuente la necesidad de recurrir a adiciones presupuestales aprobadas por el Concejo de Bogotá como única forma de garantizar la sobrevivencia financiera de los hospitales. (“Salud pedirá más plata al Concejo”, *El Espectador*, 20 de agosto de 1999, p. 2C. “Concejo analiza adición presupuestal para la salud”, *La República*, 3 de septiembre de 1999, p. 9A. “Adición por \$46.700 millones para salud”, *El Espectador*, 28 de septiembre de 1999, p. 1C).

Hacia el futuro inmediato la situación de la salud en Bogotá podría empeorar como resultado de dos iniciativas gubernamentales. La primera, convertida en la Ley 617 de 2000 o Ley de Saneamiento Fiscal y que hacía parte de los compromisos adquiridos con el Fondo Monetario Internacional para reducir el cuantioso déficit fiscal, obliga a los departamentos y municipios a reducir drásticamente el presupuesto destinado a gastos de funcionamiento. Aunque la reducción podía hacerse de

manera gradual y no necesariamente mediante el recorte de la nómina oficial, la segunda administración del alcalde Mockus procedió de manera rápida al despido de 3.943 empleados de diez entidades de la Administración Central Distrital de los cuales entre 600 y 800 correspondieron a mujeres embarazadas o trabajadores con fuero sindical.

Según la propia información suministrada por la Alcaldía, tan sólo el 10 por ciento de los despedidos eran cargos de libre nombramiento y remoción, es decir, funcionarios de alto nivel en la administración. En cambio, el 75 por ciento de los trabajadores despedidos (2.942) eran trabajadores de bajos ingresos salariales y baja formación educativa ("Ya van 4.000 despedidos", El Tiempo, 25 de abril de 2001), que, por esta misma razón, es previsible que hayan terminado engrosando las filas de la informalidad en la ciudad. Es importante anotar que cada nuevo despido del sector formal representa menos afiliados al régimen contributivo en salud, con una doble implicación: por un lado, menos aportes a dicho régimen y de paso menos recursos por concepto de solidaridad al régimen subsidiado, y por otro lado, un mayor porcentaje de la población que queda sin los servicios de salud.

La otra iniciativa gubernamental, el Acto Legislativo 01, mediante el cual se modificaron los artículos 347, 356 y 357 de la Constitución Nacional que establecían la forma en que los departamentos y municipios participaban de los recursos del situado fiscal y de los ingresos corrientes de la nación y que se destinan a financiar los sectores de la salud y la educación, también hace parte de los compromisos contenidos en el acuerdo suscrito con el FMI ("Ampliados compromisos con el FMI", El Tiempo, 30 de marzo de 2001). Según cálculos de la Federación Nacional de Concejos, la reforma al régimen de transferencias significa que "cerca de dos millones y medio de colombianos pertenecientes a los estratos más bajos no podrían ser afiliados al régimen subsidiado y cerca de un millón quinientos mil jóvenes no tendrían acceso a las aulas por la imposibilidad de crear nuevos cupos escolares" ("Peligran educación y Sisben", El Tiempo, 16 de marzo de 2001).

Aunque no hay unanimidad frente al tamaño del impacto, todos coinciden en señalar que Bogotá también vería reducidos sus recursos por este concepto. Según cálculos de la Contraloría General de la República, el Distrito Capital contribuiría con el 8.2 por ciento del ahorro, equivalente a \$622.891 millones, lo que representaría una reducción promedio anual de \$66.777 millones (Carlos Ossa Escobar, "Recorte a transferencias y eficiencia", El Espectador, 15 de abril de 2001). Para la Secretaría de Hacienda Distrital la situación es mucho más grave. Bogotá dejaría de recibir 1.2 billones de pesos en los seis años siguientes a la reforma incrementando el déficit del sector educativo de la ciudad el cual ascendería a 583 mil millones entre 2002-2008 y el del sector de la salud

que ascendería a 613 mil millones de pesos en el mismo período (“Se dejarían de recibir \$1.2 billones”, *El Tiempo*, 17 de mayo de 2001) con un evidente efecto negativo sobre la situación financiera de los hospitales de la red pública distrital, sobre la salud en general de los bogotanos y sobre el ya menguado y débil Estado Social en Colombia (véase Iván Jaramillo Pérez, “Recorte al Estado Social”, *UN Periódico*, No. 22, 20 de mayo de 2001, p. 7 y Eduardo Sarmiento Palacio, “El retroceso social”, *El Espectador*, 17 de diciembre de 2000, p. 5B).

- ***La Caja de Previsión Social Distrital***

En medio de este proceso de transformación tuvo lugar la liquidación de la Caja de Previsión Social Distrital, entidad pionera en materia de previsión social en todo el país, creada por el Concejo de Bogotá mediante el Acuerdo 35 de 1933, que prestaba los servicios de atención médica y hospitalaria a cerca de 45.000 empleados de la administración distrital y sus familias y que contaba con unos excelentes recursos humanos y físicos: médicos generales y especialistas, odontólogos, bacteriólogas, fisioterapeutas, laboratorios clínicos, dispensarios en los diferentes puntos de la ciudad y con la clínica Fray Bartolomé de las Casas, que prestaba servicios de segundo y tercer nivel de atención y que contaba con cerca de 220 camas hospitalarias.

La liquidación de la Caja de Previsión y el cierre de la clínica, avaluada en \$14.000 millones, significaron el despido de 1.287 empleados y se produjeron durante la primera administración del alcalde Mockus al amparo del artículo 236 de la Ley 100 de 1993 que le daba a las cajas de previsión del sector público un plazo de dos años para transformarse en empresas promotoras de salud (EPS), adaptarse al nuevo sistema o liquidarse. A pesar de que la ley no obligaba a la liquidación de la entidad y, por el contrario, las alternativas de adaptación o conversión en EPS eran viables, finalmente el alcalde optó por su liquidación. Los directos beneficiarios de esta decisión fueron las EPS privadas que pudieron aprovechar la desbandada ocasionada y salieron presurosas a afiliar a los trabajadores distritales. Luego de la liquidación, las instalaciones de la clínica y los equipos médicos quirúrgicos de que disponía fueron entregados inicialmente a la Caja de Previsión de las Telecomunicaciones (Caprecom) que los devolvió el 31 de octubre de 1997. Desde esa fecha hasta agosto de 1999 estuvo prácticamente cerrada cuando se entregó en arrendamiento a la Unión Temporal Usta-Occidente (Universidad Santo Tomás y Clínica de Occidente) que la mantuvo por un corto tiempo. Posteriormente, por un litigio jurídico sus instalaciones fueron nuevamente abandonadas por varios años lo que representó una notoria pérdida social para la

ciudad además del detrimento económico y patrimonial que representó para el Distrito la parálisis de la clínica y que según cálculos de la Personería Distrital, sólo entre enero de 1998 y octubre de 1999 ascendió a 1.450 millones de pesos. (“La Fray en sala de espera”, *El Espectador*, 16 de diciembre de 1999, “La Fray se desperdicia”, *El Tiempo*, 30 de enero de 2000).

- *La comercialización de los servicios de salud*

Otro aspecto central de la nueva política social que ha acompañado la aplicación del modelo neoliberal es la idea de descargar el financiamiento de los servicios sobre los hombros de los propios usuarios. Por esa razón, con la Ley 100 aparecen figuras como los copagos, las cuotas moderadoras y deducibles. No obstante que la propia ley señala en su artículo 187 que “En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres”, la práctica de imponer estos pagos y elevar las tarifas se ha generalizado y como en otras materias ya analizadas en el presente trabajo, Bogotá no ha sido la excepción donde se ha procedido la permanente elevación de las tarifas para los usuarios “vinculados”¹⁸ por concepto de la prestación de los diferentes servicios, con el aparente propósito de fortalecer los ingresos de los hospitales públicos distritales.

La medida ha producido el efecto contrario, pues ha alejado a los usuarios de las instituciones de salud públicas por el exagerado incremento de los costos. En charlas sostenidas con funcionarios de distintos hospitales se pudo confirmar que ante la medida los usuarios prefieren hacer uso de centros médicos y laboratorios clínicos privados ya que sus tarifas quedaron para la mayoría de los servicios por debajo de las de los hospitales públicos. Sin embargo, el problema de tarifas no solamente se limita a la elevación de las cuotas de recuperación que se les cobran a los usuarios. También tiene que ver con las tarifas que el Fondo Financiero Distrital de Salud reconoce a los hospitales por la venta de servicios. El sistema, conocido como *pago fijo global prospectivo*, fue adoptado desde diciembre de 1999 y con base en él, el Fondo Financiero paga ahora a los hospitales de la Red Pública Adscrita un precio fijo por el paquete entero de servicios y no por los servicios individuales que le prestan a un paciente determinado. Por ejemplo, si antes el Fondo Financiero le reconocía al hospital \$2 millones por la hospitalización, los exámenes de laboratorio, el suministro de medicamentos y la alimen-

18 Personas que no pertenecen ni al Régimen Contributivo ni al Subsidiado.

tación de un paciente determinado, hoy le reconoce un valor fijo y menor por todo el paquete de servicios y no por las actividades de manera separada. Este cambio trajo casi de inmediato una caída en los ingresos por facturación de todos los hospitales incluyendo aquellos que no habían presentado déficit en 1999, lo cual motivó una airada protesta por parte de los propios gerentes de los hospitales quienes denunciaron que mientras a los hospitales de la Red Pública les aplican el nuevo sistema, “el Distrito les sigue pagando a los hospitales privados con base en el modelo tarifario ordenado por la Ley 100 de 1993, que se sigue en el país y que nos rigió hasta noviembre” (“Hospitales presagian crisis financiera”, El Espectador, 28 de enero de 2000).

A su vez, el sistema de *pago fijo global prospectivo* está amarrado al establecimiento de los techos presupuestales, consistentes en un presupuesto previamente asignado a cada hospital y que se cobra mediante la facturación de los servicios prestados por el hospital a pacientes vinculados. Los techos encierran un mecanismo perverso contra los usuarios pues cuando se alcanza el techo presupuestal el hospital deja de atender pacientes, pues si sobrepasa el tope asignado, el Fondo Financiero Distrital de Salud no le paga por dichos servicios.

El impacto sobre los indicadores de la salud

El análisis de los indicadores de salud en Bogotá muestra algunos avances y otros retrocesos. Con relación a los primeros se pueden mencionar la mortalidad materna, la mortalidad por neumonía en menores de cinco años y la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA). La razón de mortalidad materna pasó de 127 casos por cada cien mil nacidos vivos en 1990 a 74 en el año 2001. Asimismo, la mortalidad por neumonía se redujo de 72.6 casos por cada cien mil niños menores de cinco años en 1990 a 32.4 en el 2001. Finalmente, las muertes por EDA se redujeron de 33.7 casos por cada cien mil menores de cinco años en 1990 a 7.4 en el año 2001 (Cardona, 2003, 43-50). Entre las causas de reducción de la mortalidad materna se encuentran las acciones realizadas por la Secretaría de Salud Distrital dirigidas al fortalecimiento de la red maternoperinatal. Por su parte, la disminución de las muertes por EDA se relaciona especialmente con el aumento de las coberturas de agua potable y alcantarillado, temas en los que la ciudad ha hecho un esfuerzo notable en el último período.

- ***Coberturas de vacunación***

A pesar de las mejoras, hay otros indicadores no tan halagüeños como las coberturas de vacunación y los índices de desnutrición. En el

caso de las coberturas de vacunación se observa un peligroso descenso para todo el esquema básico de inmunización (cuadro 3.1), claramente relacionado con los problemas de acceso a los servicios de vacunación generados por la nueva forma de funcionamiento de los servicios de salud pública impuesta por la reforma y que permite mostrar efectos negativos sobre la salud de la población.

Cuadro 3.1
Bogotá: Coberturas de vacunación 1996-2002

Años	Menores de 1 año					1 año
	Antipolio	D.P.T.	BCG	Haemophilus	Hepatitis B	Triple viral
1996	95,0	95,3	100,0		100,0	70,8
1997	86,7	85,1	100,0		91,2	83,9
1998	79,0	76,7	100,0	69,8	84,4	100,0
1999	76,9	75,3	86,6	58,0	58,0	87,9
2000	66,6	64,7	82,2	65,9	64,3	65,7
2001	74,3	73,0	83,8	51,0	75,3	83,3
2002	72,5	68,4	79,2	66,7	69,2	81,5

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública.

Para que un grupo poblacional se encuentre protegido contra enfermedades inmunoprevenibles, se requiere que la cantidad de personas vacunadas sea mayor del 95 por ciento¹⁹. La estrategia de vacunar en el primer año de vida no sólo busca proteger a las niñas y niños por su mayor susceptibilidad, sino que también pretende controlar la diseminación de los agentes infecciosos con el fin de evitar epidemias, desde el comienzo de la vida extrauterina. Con la vacunación de los menores de un año se está protegiendo no sólo a cada niño vacunado, sino a la población general, en tanto al disminuir los susceptibles, se disminuyen las posibilidades de contagio.

En Bogotá desde 1997 se presenta un descenso de las coberturas de vacunación, que se acentuó durante 1999 y 2000. En algunas localidades las coberturas descendieron hasta niveles inferiores a 50 por ciento y esta situación corresponde a localidades en las que la mayoría de la

19 En el caso de algunas vacunas se acepta el 85%, pero la recomendación es lograr coberturas mínimo del 95% de menores de 1 año vacunados sobre el total de menores de 1 año —susceptibles—. Actualmente a las EPS y las ARS se les exige una cobertura del 100% para los menores de 1 año.

población es de estrato 1 y 2, como Ciudad Bolívar (BCG: 44.44; Polio: 36.67; DPT: 36) y Bosa (BCG: 52.65; Polio: 40.91; DPT: 39.69).

Como se observa, a partir de 1997 se dio un notorio descenso en las coberturas de vacunación para DPT y antipolio y a partir de 1999 se presentó también descenso en las coberturas de antisarampión, BCG y triple viral. Asimismo las coberturas del 100 por ciento logradas en 1996 para la vacuna antihepatitis B, cayeron hasta el 64.3 en el 2000.

En el caso de la DPT y antipolio se encuentra que volvieron a las coberturas de hace 15 años mostrando un impacto evidentemente negativo. Con respecto a la vacuna antisarampión aunque en 1998 se lograron coberturas del 100 por ciento, en 1999 y 2000 se presentó un claro descenso hasta cifras cercanas a las coberturas que se tenían en 1988.

Desde el punto de vista de la salud pública, esta situación es de alto riesgo para toda la población y aunque aún no se puede hablar de un aumento sensible en el número de casos de estas enfermedades inmunoprevenibles, se sabe que se están presentando casos de niños enfermos (Peñuela, 2001. OPS, 2000) y que el riesgo de epidemias, particularmente en la población más pobre, es alto.

Hablando sobre los factores que han condicionado el descenso de las coberturas en vacunación, Desirée Pastor, consultora de la OPS expone los cambios negativos que tuvo la reforma y la división de los planes de atención en el acceso a los servicios de promoción y prevención para los más pobres.

En el Sistema Nacional de Salud había responsables directos de los programas de atención que entregaban un paquete básico de servicios de atención primaria a la población urbana y rural; no había fraccionamiento de los planes de atención, no se hablaba ni de POS ni de PAB. Era un solo plan con cobertura universal, para toda la población que no tenía económicamente acceso a un servicio de salud. Con la Ley 100 las acciones individuales de prevención como vacunas, prevención de cáncer o control prenatal, por dar unos ejemplos, quedó en el POS y para tener acceso a estos servicios es necesario estar afiliado a un régimen. Antes el Estado subsidiaba directamente a sus hospitales y puestos de salud y las personas no tenían que demostrar una afiliación para acceder a estos servicios.

La Ley 100 de 1993 generó nuevas realidades en el sistema de salud que causaron efectos negativos sobre la salud de la población. Al dejar

de ser la salud pública integrada a una responsabilidad del Estado y terminar ésta fraccionada entre los diversos actores del nuevo modelo (alcaldías, EPS, ARS) se produjo un vacío de responsabilidad que hasta ahora se está buscando subsanar. Estos efectos se pueden caracterizar en el surgimiento de nuevos actores, entre los que se encuentran las aseguradoras y las IPS, que desconocieron la filosofía que tenía la salud pública y a través del modelo impuesto por la Ley 100, agencian otro concepto centrado en las leyes del mercado y la privatización.

Además, los nuevos actores privados, particularmente las administradoras y las IPS no tenían condiciones necesarias en términos de conocimientos, infraestructura, personal, experiencia e interés para realizar acciones de prevención de acuerdo a las necesidades de la población. Las aseguradoras delegaron esa responsabilidad en las instituciones prestadoras y éstas al funcionar bajo el criterio de la rentabilidad llegaron a negarse a vacunar si las personas que solicitaban el servicio no lograban demostrar que pertenecían a una aseguradora con la cual tenían un contrato previo.

Esta situación permite ilustrar de manera clara los efectos de una reforma de salud realizada bajo los lineamientos de una economía de mercado en la que los procedimientos administrativos y financieros que apoyaran el retiro del subsidio a la oferta y la privatización del sector, prevalecieron sobre principios básicos de la salud pública. En la implementación de la reforma de salud en Colombia y en Bogotá es evidente que muchos de los valores socialmente reconocidos como importantes, fueron apabullados por otras prioridades de orden mercantil y parece que se hubiese creído que el aseguramiento por sí mismo garantizaba el acceso a los servicios de salud.

- ***La desnutrición: un problema enmascarado***

Las alteraciones nutricionales son un grupo de problemas que tienen la capacidad de reflejar las condiciones de vida de la población. La desnutrición puede originarse en una lactancia corta, en la ausencia de la misma o en una inadecuada alimentación. También puede incidir el padecimiento de enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias, así como otros factores económicos, sociales y demográficos. Se trata entonces de una enfermedad claramente asociada con la pobreza de la población.

En efecto, según datos de la Secretaría Distrital de Salud, el 21.5 por ciento de la población menor a cinco años de edad atendida en 1997 en

los centros de salud y hospitales de la red adscrita presentaba deficiencia de peso para su talla, es decir, desnutrición aguda; en tanto que el 39.2 por ciento tenía menos estatura de la que debería de acuerdo a la edad, es decir, padecía desnutrición crónica. Para 1998, el porcentaje de niños con desnutrición aguda se había elevado a 23.1 por ciento y la población infantil con desnutrición crónica alcanzaba el 41.8 por ciento. (“Tendencia al bajo peso y talla en niños”, *El Espectador*, 19 de octubre de 1999). Es fácil advertir que en ambos casos, se agravaron los problemas nutricionales lo que nos permite dar cuenta del deterioro de las condiciones de vida en los estratos bajos. Otros estudios de la Secretaría Distrital de Salud indican que el 37 por ciento de los niños de estratos bajos nace con deficiencia de peso y casi el 90 por ciento de mujeres embarazadas tiene deficiencia en hierro (“El 22% de niños de Bogotá sufre de desnutrición”, *El Espectador*, 8 de junio de 2000).

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se pudo establecer cómo el sector de la salud pública de la capital se ha visto afectado, más que ningún otro, por las reformas económicas impuestas al país en el contexto de la llamada globalización. Su incidencia sobre las condiciones de salud de la población se expresa por dos vías, una indirecta y otra directa. La primera se presenta en la medida en que la crisis económica del país, y en particular la de los sectores productivos, ha traído como consecuencia el incremento del desempleo, la generalización del subempleo y el deterioro de las condiciones laborales. Todo esto redundando en la desmejora de la calidad de vida y del acceso a aquellos servicios sociales básicos necesarios para obtenerla o preservarla, tales como vivienda, nutrición y servicios públicos. Pero además, la pérdida del empleo obliga a las personas a salir del régimen contributivo y por tanto del régimen de seguridad social. Como no reúnen las condiciones para entrar al régimen subsidiado, se convierten en “vinculados”, es decir, deben recurrir a una red pública hospitalaria cada vez más debilitada.

La segunda vía por la cual las políticas económicas afectan las condiciones de salud de la población es más directa. El Sistema General de Seguridad Social en Salud introdujo un cambio fundamental en la concepción de la salud pública que prevalecía hasta entonces. Así, el objetivo central de la salud pública pasa a ser la eficiencia, medida en términos de rentabilidad financiera. Por ello, la reforma ha proporcionado a los intermediarios del sector financiero —las EPS y las ARS— la oportunidad de convertir los servicios de salud en un negocio y obtener grandes ganancias, tal como lo ratificó la mayoría de los actores del

sector que fueron entrevistados. Esta situación contrasta con la penuria por la que atraviesan los hospitales públicos, obligados a entrar en esa lógica financiera y a tratar de sobrevivir mediante la venta de servicios.

En cuanto a las condiciones de salud de Bogotá, señalemos que, como ciudad capital y centro administrativo y financiero del país, presenta una doble contingencia: por un lado, puede afirmarse que ocupa una posición relativamente más favorable que el resto del país por su oferta de servicios y por su modernización relativa. Pero, por el otro, el contar con el mayor índice de población y de inmigración la hace objeto de demandas cada vez mayores frente a las cuales las autoridades se han quedado rezagadas. Sin embargo, los efectos de las reformas neoliberales adelantadas en las últimas tres administraciones (Antanas Mockus, Enrique Peñalosa y de nuevo Antanas Mockus) las que pusieron en alerta roja la situación social del Distrito Capital.

El impacto de las reformas se ha reflejado en los altos índices de desempleo que presenta la ciudad como consecuencia del cierre continuo de empresas y de los procesos de reestructuración de entidades de carácter público y privado, lo que incide directamente a la reducción de los ingresos y de la capacidad de consumo de los ciudadanos, tal como se ilustró en el capítulo correspondiente. A esta situación debe sumarse las dificultades crecientes que tienen los ciudadanos para acceder a los servicios de salud y educación, cada vez más regidos por los criterios del sector privado.

En lo que respecta a la evolución del perfil epidemiológico de Bogotá, el análisis de la evolución de algunos indicadores en el período objeto de estudio y los planteamientos de algunas personas que tienen responsabilidades en el sector de la salud en la ciudad, que fueron entrevistadas, muestran de manera clara los efectos negativos de las reformas. En este respecto, quizá lo que más llama la atención es el evidente deterioro en las coberturas de vacunación. En algunas de las localidades de Bogotá, como en el caso del populoso sector de Ciudad Bolívar, las coberturas descendieron hasta niveles inferiores al 50 por ciento.

De otro lado, un análisis diferencial de otros indicadores, como el estado nutricional y la Tasa de Mortalidad Infantil muestra que en las poblaciones más pobres y marginadas se registran unos mayores índices de desnutrición y de mortalidad de menores de un año. Estos resultados guardan estrecha relación con el incremento de la pobreza, el deterioro del empleo y aumento del desempleo y la crisis de la red hospitalaria de la ciudad.

Las entrevistas que se hicieron a los principales actores del sector salud en la mayoría de las localidades de Bogotá: gerentes, representantes de los usuarios y dirigentes de las organizaciones sindicales, no son representativas desde el punto de vista estadístico, de estos actores. Sin embargo, en términos generales, muestran una tendencia que confirma el planteamiento que se hace en el presente trabajo. La aplicación de la Ley 100, pero más específicamente la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado (ESE), ha sido la causa principal de la crisis de los hospitales públicos y del consiguiente deterioro de la atención en salud en las distintas localidades de la ciudad. Si bien es cierto que algunos directivos atribuyen la crisis a otros factores, la apreciación de la mayoría de ellos coincide con la de los usuarios y los trabajadores del sector salud en la anterior afirmación.

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

1. Aportes al conocimiento:

En lo estrictamente académico, la investigación ha cumplido con el objetivo de avanzar en el campo de estudio de la salud internacional, aplicarlo al análisis de una situación específica, la de la situación de la salud pública en Bogotá en el período 2000-2001. Este trabajo preliminar servirá de base para estudios comparativos sobre otras ciudades de Colombia y sobre otros países de la región, en los cuales también se adelantan reformas económicas similares.

2. A la solución del problema:

Los resultados del presente trabajo ponen de presente la necesidad de modificar los criterios básicos que guiaron la reforma, en especial el de la intermediación. Es inadmisibles que las entidades del sector financiero estén usufructuando la mayor parte de los recursos que el Estado invierte en el sector de la salud. Se requiere igualmente, desarrollar medidas tendientes a recuperar la red pública hospitalaria de la postración en que se encuentra. Para ello, es fundamental que el Estado —y la administración distrital en este caso— le proporcionen a las instituciones los recursos que requieren para funcionar. Evidentemente, para hacerlo se necesita modificar las prioridades del plan de desarrollo de la ciudad, con el fin de que este servicio público fundamental reciba la atención que requiere por parte de las autoridades. En ese sentido, también debe revertirse la política de ajuste fiscal que reduce de manera notoria los recursos con que cuentan las IPS.

No obstante, es claro que estas recomendaciones que se plantean van en contravía del modelo de desarrollo que prevalece en Colombia desde hace más de una década. Por ello, habría que propender un nuevo modelo de desarrollo que procure unas condiciones dignas de vida y de salud para la mayoría de los habitantes de Bogotá y de Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

- AHUMADA, CONSUELO (2000). El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana, *El Áncora Editores, Bogotá, 4ª edición.*
- Banco Mundial (1993). Informe sobre desarrollo mundial Invertir en Salud, *Washington, D.C.*
- Cámara de Comercio de Bogotá. *Varios años.* Movimiento de Sociedades, *Bogotá.*
- Cámara de Comercio de Bogotá. (1999). El mercado de trabajo bogotano: 1990-1998, *Bogotá.*
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2003). Dinámica de la inversión empresarial en Bogotá 2000-2002. *Movimiento de Sociedades, Bogotá.*
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2003). Observatorio económico de Bogotá, *No. 13, noviembre 2003.*
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2004). Observatorio social *No. 14. Pobreza y calidad de vida en Bogotá. Abril 2004.*
- CARDONA, JOSÉ FERNANDO (2003). "Sector salud. Resultados, logros y limitaciones", *En: Casa editorial El Tiempo, Fundación Corona y Cámara de Comercio de Bogotá. 2002. Cambios en la calidad de vida de la ciudad 2000-2002, Bogotá.*
- Concejo de Bogotá (2000). Exposición de motivos y proyecto de acuerdo 028 de 2000, *Mimeo.*
- DANE. *Cuentas Departamentales.*
- DANE. (1998). *Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 100, Bogotá.*
- DANE. (1999). *Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 106, Bogotá.*
- DANE. (2000a). *Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 107, Bogotá.*
- DANE. (2000b). *Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 108, Bogotá.*
- DAPD-SECI. 1999. *Observatorio de Dinámica Urbana, Bogotá.*
- Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital. s.f. *mimeo.*

- FAINBOIM, ISRAEL (2002). "Competitividad y desarrollo económico en Bogotá", En: Casa editorial *El Tiempo*, Fundación Corona y Cámara de Comercio de Bogotá. 2002. *Cambios en la calidad de vida de la ciudad 2000-2002*, Bogotá.
- FEDESARROLLO (1999). "Incidencia del régimen de patentes de la industria farmacéutica sobre la economía colombiana", Informe elaborado por Luis Alberto Zuleta y Mónica Lylián Parra, julio de 1999.
- FEDESARROLLO. (2001). *Coyuntura Social*, Bogotá.
- FERREIRA, JOSÉ ROBERTO, GODUE, CHARLES, NERVI, LAURA y RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL (1992). "Recapitulación y análisis de la Reunión de Québec", En: Salud internacional: un debate norte-sur, Organización Panamericana de la Salud, Washington, pp. XV-XXX.
- FRESNEDA, ÓSCAR. s.f. Proyecciones de la población con NBI y en miseria para Bogotá 1998-2001.
- Fundación Corona, FEDESARROLLO, DNP (1999). Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano. Anexo No. 3, Estudios de caso, *disquete*.
- GODUE, CHARLES (1998). "La salud en los procesos de globalización y de internacionalización", En: Ahumada, Hernández, Velasco (ed.), Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 25-45.
- GREEN, DUNCAN (1999). "The failings of the International Financial Architecture", En: Nacla Report on the Americas, vol. XXXIII, No. 1, julio-agosto.
- GUERRA DE MERCADO, CARLYLE. (1992). "Los grandes desafíos de los años 90 y su impacto en salud internacional", Salud internacional: un debate norte-sur. Washington, OPS, 1-5.
- LEE, KELLEY (2000). "Globalización y política sanitaria: marco conceptual y programa de investigación y políticas", en Salud y desarrollo humano en la nueva economía global: contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas", Organización Panamericana de la Salud-Universidad de Texas, Washington.
- MÁLAGA, HERNÁN et al. (2000). "Equidad y reforma en salud en Colombia", Revista de Salud Pública, vol. 2, No. 3, Bogotá, noviembre 2000, 193-219.
- Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud, tomo I: Antecedentes y resultados, República de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- MORALES, LUIS GONZALO (2000). Respuesta al cuestionario presentado por los concejales Elsa Valbuena y Bruno Díaz.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones "PAI" Colombia. Boletín especial de cambio de milenio, Bogotá, Fotolito Parra.

PASTOR, DESIRÉE (2001). Consultora para la División de Vacunas e Inmunizaciones. Organización Panamericana de la Salud. Representación Colombia. Entrevista Febrero 2001.

PEÑUELA POVEDA, ANA MARÍA (2001). Directora Dirección de Salud Pública. Secretaría de Salud. Entrevista marzo de 2001.

Rovere, Mario (1992). *"Dimensiones internacionales de la salud"*, en Salud internacional: un debate norte-sur, 153-168.

Veeduría Distrital (2002) Vivir en Bogotá, Edición 9, Bogotá.