

**ESTUDIO DE VIABILIDAD TÉCNICA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLÍVAR**

**INGRIT BERMÚDEZ BATISTA
JÁDER ENRIQUE JÁCOME GUERRERO**
Alumnos

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
MAYO DE 2011**

**ESTUDIO DE VIABILIDAD TÉCNICA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE BOLÍVAR**

**INGRIT BERMÚDEZ BATISTA
JÁDER ENRIQUE JÁCOME GUERRERO**

Alumnos

**Tesis de graduación para acceder al título de Especialista en Gerencia en
Salud de la Universidad de Cartagena**

DR. SAMUEL ARTEAGA

Director de Proyecto

DRA. MONICA DE LAVALLE

Coordinador de la Especialización

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.**

MAYO DE 2011

JURADOS

NOMBRE DEL JURADO	CARGO O PROFESION

ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACION	

Cartagena de Indias; Mayo de 2011

DEDICATORIA.

A mis padres por su Ejemplo de vida y dedicación, y a mi familia por su acompañamiento y entusiasmo diario.

INGRID BERMUDEZ

A mi familia por su enseñanza diaria de vida, y amigos profesionales por su dedicación y apoyo intelectual.

JADER JACOME

CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACION	9
INTRODUCCION	11
MOTIVACION DEL ESTUDIO	13
Antecedentes	13
Procesos de liquidación de Empresas Sociales del Estado	17
MARCO CONCEPTUAL	20
Evolución histórica de los hospitales	20
Visión regional de Latinoamérica	22
Tendencias Europeas	23
Consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria	26
La crisis hospitalaria en Colombia	28
Crisis hospitalaria en Cartagena	37
Conceptos generales sobre empresas sociales del estado	44
Naturaleza	44
Régimen jurídico	44
Régimen de contratación	46
DESCRIPCION GENERAL DEL DEPARTAMENTO	69
Municipios del Departamento de bolívar	69
Población del Departamento de bolívar 2010	70
Población general por área	70
Población bolívar por grupo etarios 2010	71
Datos de la encuesta nacional de demografía y salud para bolívar 2005	72
PERFIL EPIDEMIOLOGICO POR MUNICIPIOS	75
Personas enfermas y causas de enfermedades 2010	75
Demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad 2010	75
Uso de métodos anticonceptivos 2010	76
Mujeres actualmente embarazadas	76

Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil 2010	77
Casos de sida 2010	77
Riesgos cardiovasculares 201	78
Insuficiencia renal 2010	78
Perfil nutricional 2010	78
CLEMENCIA	79
Morbilidad	79
Mortalidad	80
EL GUAMO	81
Morbilidad	81
Mortalidad	82
REGIDOR	83
Morbilidad	84
SAN CRISTOBAL	85
Morbilidad	85
Mortalidad	86
VILLANUEVA	87
Morbilidad	87
Mortalidad	88
CONSUMO DE SERVICIOS POR MUNICIPIO 2010	89
Programa de prevención del Ca de cérvix 2010	89
Programa ampliado de inmunizaciones	89
Programa de planificación familiar 2010	90
Programa de promoción de salud 2010	90
Estudio de imágenes diagnosticas de primer nivel 2010	91
Exámenes de laboratorio clínico 2010	91
Transporte básico de pacientes 2010	91
Atención ambulatoria de primer nivel 2010	92
Programa de atención del joven 2010	92
Programa de atención del adulto 2010	92

Programa de control prenatal bajo riesgos 2010	93
Programa de control prenatal alto riesgo 2010	93
Atención del parto vaginal 2010	94
Programa de crecimiento y desarrollo 2010	94
Programa de prevención en salud oral 2010	95
RED PRESTADORA DE SERVICIO	96
Desarrollo regional	96
ZODES DIQUE	96
ZODES MONTES DE MARIA	96
ZODES MOJANA	97
ZODES DEPRECIÓN MOMPOSINA	97
ZODES LOBA	98
ZODES MAGDALENA MEDIO	98
CENTROS URBANOS	99
Red de servicios del departamento de bolívar	99
Clasificación de las entidades asistenciales – Subred I	100
Articulación de instituciones – Subred I	100
Clasificación de las entidades Subred II (zodes montes de maría)	101
Articulación de instituciones – Subred II	102
Clasificación de las entidades asistenciales Subred III	102
Articulación de instituciones – Subred III	103
Clasificación de las entidades asistenciales – Subred IV	103
Articulaciones de instituciones – Subred IV	104
Clasificación de las entidades asistenciales – Subred V	104
Articulaciones de instituciones – Subred V	104
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	106
Red vial del departamento	106
Flujos de usuarios entre las instituciones entre los diferentes nodos de la red	108
METODOLOGIA	114
Objeto General	114

Objetos Específicos	114
Etapas del estudio	114
ANALISIS DE VIABILIDAD TECNICA	116
Evaluación jurídica	116
Creación de la ESE	116
Junta directiva	117
Los Estatutos	119
Contratación	120
Control interno	121
Evaluación del modelo de gestión	122
La gestión de la junta directiva	122
La gestión gerencial	124
Evaluación del modelo de planeación, evaluación y control	125
Evaluación del sistema de garantía de la calidad	126
Conclusiones sobre la viabilidad técnica	127
Recomendaciones sobre la viabilidad técnica	128
ANALISIS DE VIABILIDAD FINANCIERA	130
Portafolio de servicios y capacidad instalada	131
Capacidad productiva de la ESE	132
Capacidad productiva UOL clemencia	132
Capacidad productiva UOL San Cristóbal	133
Capacidad productiva de la UOL el Guamo	133
Capacidad productiva de la UOL Regidor	134
Capacidad productiva de la UOL Villanueva	134
Capacidad productiva total	135
Situación Actual	136
Evolución de los estado financieros	136
Evaluación de los indicadores financieros	137
Evolución de la ejecución presupuestal	137
Estado de cuentas por pagar	138

Análisis del presupuesto 2011	139
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	142
Recomendación final del estudio	145
BIBLIOGRAFIA	

RELACION DE ILUSTRACIONES

Ilustración No.1 Distribución del presupuesto de ingresos 2011 por UOL	139
Ilustración No.2 Ingresos y egresos 2011 por sede de la ESE	140

RELACION DE TABLAS

Tabla No. 1 Proporción de camas y hospitales por sector	23
Tabla No. 2 ingresos, gastos y déficit corriente en 4 hospitales de Cartagena 1998-2004	41
Tabla No. 3 Caracterización de la cobertura de aseguramiento en los Municipios de la ESE regional 2011	130
Tabla No.4 Mercado potencial del régimen subsidiado para la ESE	131
Tabla No.5 capacidad productiva de la UOL clemencia	132
Tabla No.6 Capacidad productiva de la UOL de San Cristóbal	133
Tabla No.7 Capacidad productiva de la UOL el Guamo	133
Tabla No.8 Capacidad productiva de la UOL Regidor	134
Tabla No.9 Capacidad productiva de la UOL Villanueva	134
Tabla No.10 Capacidad productiva total de la ESE 2010	135
Tabla No.11 Evolucion de los estados financieros 2007 -09/2010	136
Tabla No.12 Evolucion de los indicadores financieros 2007 -09/2010	137
Tabla No.13 Evolución de la ejecución presupuestal 2007 -09/2010	137
Tabla No.14 Edades de cartera a 30 de junio 2010	138
Tabla No.15 Ingresos detallados 2011 por UOL	139
Tabla No.16 Ingresos y egresos 2011 por sede de la ESE	140

RELACION DE ANEXOS

Anexo No.1 Balance General A septiembre 2010	149
Anexo No.2 Estado de Actividad Económico, Financiero social a Septiembre 2010	150

1. PRESENTACIÓN

El presente estudio demuestra la viabilidad financiera de la ESE Hospital Regional de Bolívar. Fue realizado con la intención de contar con un instrumento que demuestre claramente que no existe ninguna justificación técnica para pretender liquidar la empresa.

Fue realizado por estudiantes de la especialización en Gerencia en Salud de la Universidad de Cartagena, Ingrit Bermúdez y Jáder Jácome, con el acompañamiento del docente de post grado, investigador y consultor Dr. Julio Mario Orozco¹

Agradecemos la colaboración del personal administrativo de la ESE Hospital Regional de Bolívar, que suministraron la información necesaria para este estudio, en especial al Doctor Alfredo González Hurtado, Gerente de la entidad.

El estudio cuenta con tres partes: una primera que determina el marco conceptual y metodológico, una segunda que determina la viabilidad técnica y una tercera que

¹ Julio Mario Orozco Africano es Médico y Cirujano de la Universidad de Cartagena, Magíster en dirección y gestión de Servicios de Salud de la Universidad Alcalá de Henares, España. Es especialista en Seguridad Social de la facultad de derecho, donde es además docente de postgrado en el área de legislación en salud. Especialista en Gerencia en Salud e Investigador de la facultad de ciencias económicas de la Universidad de Cartagena en el Grupo de Investigación de Economía de la Salud. Autor de más de 15 obras sobre seguridad social y organización de sistemas de salud.

demuestra la viabilidad financiera. Finalmente se sacan las conclusiones y recomendaciones para los directivos de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

Esperamos que el presente estudio sirva de apoyo a la discusión y análisis a los estamentos políticos del departamento en lo relacionado con las decisiones que hubieran de tomarse con relación a la ESE Hospital Regional de Bolívar y la salud de los 5 municipios a los que atiende.

2. INTRODUCCIÓN

Para nadie es un secreto que la atención en los hospitales públicos de Colombia se encuentra en una grave crisis debido a múltiples factores. Esta situación ha sido aprovechada por muchos para vender la idea de que lo público no es eficiente mientras lo privado sí funciona.

La crisis hospitalaria en Colombia no es un fenómeno reciente y obedece a múltiples factores tanto internos como externos en lo relacionado con su gestión.

Entre los factores relacionados con la gestión misma de los hospitales encontramos en primer lugar los asociados a su recurso humano. Fenómenos como la desmotivación por la falta de oportunidad en los pagos o bajos salarios, la falta de pertenencia por la alta inestabilidad, tercerización y gran rotación del personal son el terreno principal para abonar la gran cantidad de otros problemas que de éstos se deriva.

Otras situaciones que se derivan de la falta de capacidad técnica de su recurso humano, son las relacionadas con la ausencia de instrumentos técnicos de gestión tales como: plan de desarrollo institucional, plan de gestión gerencial, manual de contratación, manual de cargos y funciones por competencias, manual de calidad, programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, etc.

Pero las condiciones políticas y económicas del entorno propician, muchas veces unas circunstancias hostiles que dificultan la gestión en los hospitales públicos. Nos

referimos a temas como la intromisión política, los intereses creados en el mercado del aseguramiento que tienden a favorecer lo privado y no lo público, la falta de celeridad en los flujos de recursos, la desconfianza de proveedores al no ver satisfechas sus expectativas en cuanto a pedidos y oportunidad en los pagos, para mencionar solo algunos.

Es por eso que un estudio de viabilidad técnica y financiera de una empresa social del estado, debe abordar el tema desde las ópticas externa e interna y eso es precisamente lo que intentamos hacer en este estudio.

En primer lugar determinamos la viabilidad técnica y después la financiera. Para el primer abordaje identificamos los instrumentos de gestión que ha de tener una empresa social del estado para contar con herramientas de gestión hospitalaria y luego realizamos un diagnóstico de la ESE Hospital Regional de Bolívar a la luz del deber ser.

Para determinar la viabilidad financiera es necesario responder a cuestiones como las siguientes: ¿Cuántos servicios es capaz de vender el hospital? ¿Cuál es su capacidad instalada total? ¿Cuál es su capacidad productiva real? ¿Cuál es su mercado potencial?

¿Cuánto de sus servicios están dispuestos a comprar las aseguradoras del mercado?

3. MOTIVACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio fue solicitado por la Gerencia de la ESE Hospital Regional de Bolívar como consecuencia de que la Asamblea Departamental de Bolívar decidió liquidar la Empresa social del Estado mediante una ordenanza que no fue motivada mediante un estudio técnico de viabilidad financiera previo a la expedición del acto administrativo.

Antecedentes

El Gerente considera que el acto está falsamente motivado y que además es ostensiblemente violatorio del derecho de audiencia y de defensa (art.29 C.N y art. 84 C.C.A) de acuerdo a los hechos que se mencionan a continuación²

“El acto administrativo u ordenanza mediante la cual se ordena liquidar la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR, nació a la vida jurídica viciado de nulidad, no obstante, que el mismo se encuentra falsamente motivado, vicio que igualmente genera nulidad, en el entendido que los supuestos fácticos o hechos que le sirvieron de soporte a la asamblea departamental, para motivar el mencionado acto administrativo, no existen.

² Los argumentos son transcritos de una carta dirigida por el Gerente de la ESE al actual Gobernador, Dr. Alberto Bernal Jiménez y fechada 7 de diciembre de 2010, en la que se le solicita la inaplicación por la vía de excepción de dicho acto.

Como no hubo la oportunidad de exponer en sesión plenaria ante los diputados de la Asamblea Departamental de Bolívar en los debates que sirvieron para aprobar la ordenanza que liquida la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR, debo hacerle saber que esta empresa goza de una buena situación financiera y administrativa a saber:

- No hay embargos judiciales pendiente, es decir, hay un manejo responsable y serio de los recursos que ingresan a esta entidad.
- Los informes y balances contables arrojan UTILIDADES para el año 2010 con corte a 30 de junio y 30 de octubre de esta misma anualidad, lo que acredita la sostenibilidad y viabilidad financiera de esta entidad.
- Los informes que presenta nuestro asesor financiero al ministerio de la protección social en virtud del decreto 2193, han sido satisfactorios, por lo menos no hay un llamado de atención al respecto.

Otra de las irregularidades a tener en cuenta, y que igual forma vician de nulidad el acto administrativo cuestionado, primero que este es un acto administrativo reglado y no discrecional y por lo tanto la asamblea departamental de Bolívar al aprobar la ordenanza que resuelve la liquidación de la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR, no realizó los estudios técnicos requeridos por ley , por parte de personal especializado en la materia, para determinar el desequilibrio económico y financiero de la entidad, el bajo nivel de competitividad de la E.S.E que represento, la insostenibilidad financiera de la misma y deficiencias en la calidad y capacidad de la prestación de los servicios de salud que se ofrecen a los usuarios, que son las causas, en que en un hipotético

caso, se puede llegar a la conclusión de liquidar una empresa social del estado, en este orden, nunca fui notificado de tales estudios, ya que no existen.

Por los fundamentos de hecho anteriormente plasmados se podría solicitar la suspensión provisional del acto administrativo que ordena liquidar la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, en los términos del artículo 152 y ss del C.C.A.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y con fundamento en los hechos y derecho invocado, respetuosamente, solicito a usted, se sirva objetar en todas sus partes, la ordenanza mediante la cual se decide la liquidación de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR proferida por la Asamblea Departamental de Bolívar e igualmente oficie a ese órgano colegiado para que haga una revocatoria directa de este acto administrativo de conformidad al artículo 69 del C.C.A.

Si bien es cierto la ordenanza mediante la cual se resuelve la liquidación de la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR proferida por la Asamblea departamental de Bolívar agotó para su expedición las ritualidades propias del acto, el mismo en su contenido nació a la vida jurídica viciado de nulidad por las razones de hecho ya expresadas y los motivos de derecho en que debió fundarse, como brevemente se explica:

La ordenanza cuestionada, trae consigo vulneración de la norma superior en que debió fundarse, como lo es el sagrado derecho de audiencia y de defensa que preceptúa el artículo 29 de la constitución Nacional, lo que conlleva a este acto a

estar viciado de nulidad, transgrediéndose igualmente el artículo 84 del código contencioso administrativo, además de estar falsamente motivado, en virtud de tal circunstancia de hecho y de derecho, podrá el señor Gobernador del departamento de Bolívar, objetar la ordenanza anotada, que se encuentra en su despacho para sanción y solicitarle a la asamblea departamental la revocatoria directa de este acto administrativo con fundamento en lo establecido en el artículo 69 del C.C.A. que en su tenor literal expresa:

Los actos administrativos deberán ser revocados por los mismos funcionarios que los hayan expedidos o por sus inmediatos superiores de oficio o a solicitud de parte, en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando sea manifiesta su oposición a la constitución política o a la ley.
2. Cuando no esté conforme con el interés público o social, o atente contra él.
3. Cuando con ellos se cause agravio injustificado a una persona.

Además téngase en cuenta que el artículo 12 de la ley 153 de 1887 al respecto manifiesta que las órdenes y demás actos ejecutivos del gobierno tienen fuerza obligatoria y serán aplicados, mientras no sean contrarios a la constitución o a las leyes, está diciendo a contrario sensu, que dichos actos y ordenes no serán aplicados cuando sean contrarios a las normas superiores mencionadas.

De acuerdo a la anterior norma citada, es procedente para este caso, acudir, incluso a la VIA DE EXCEPCION para inaplicar el acto administrativo u ordenanza

que se cuestiona de ilegal, es de entender que toda la figura de la excepción de ilegalidad se aplica a toda la escala de la pirámide jurídica.

Por todo lo expuesto, hay suficientes razones de hecho y de derecho para objetar, revocar directamente e inaplicar la ordenanza mediante la cual se resuelve la liquidación de la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE BOLIVAR proferida por la Asamblea departamental de Bolívar, acto administrativo éste, que se encuentra en su despacho para la correspondiente sanción.”

Procesos de liquidación de Empresas Sociales Del Estado

Es de notar que la Ley 617 de 2000, en su artículo 14, inciso segundo expresa lo siguiente:

“Cuando una Empresa Industrial y Comercial del Estado o sociedad de economía mixta, de *aquellas a que se refiere el presente artículo*³ genere pérdidas durante tres (3) años seguidos, se presume de pleno derecho que no es viable y deberá liquidarse o enajenarse la participación estatal en ella, en ese caso sólo procederán las transferencias, aportes o créditos necesarios para la liquidación.

³ Cursivas fuera de texto. Nota del autor: En el inciso primero de este artículo se mencionan las entidades que prestan servicios de salud, por lo tanto esta expresión aplica a la liquidación de las Empresas Sociales del Estado.

La liquidación de una empresa social del estado del orden territorial se debe realizar después de agotar el siguiente procedimiento:

1. Después de realizar acompañamiento técnico a una ESE territorial por parte de la dirección departamental de salud, si se observa que persisten las pérdidas por unos tres años consecutivos, se ordena la realización de un estudio técnico de viabilidad financiera.
2. Los resultados del estudio son presentados por la secretaría departamental ante la asamblea departamental para que se realicen los debates correspondientes de control político.
3. Durante estos debates, se cita a la Junta Directiva y al Gerente de la ESE para que realicen sus descargos, en cumplimiento al debido proceso.
4. Si en el seno de los debates queda plenamente establecido la inviabilidad financiera de la ESE, se procede a elaborar el acto administrativo MOTIVADO que autoriza la liquidación, previa definición de los recursos requeridos para dicha liquidación.
5. Se debe notificar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para que intervengan en el proceso y coordinen el nombramiento del gerente liquidador.

En vista de que evidentemente este proceso no se ha agotado, ni el estudio técnico se ha realizado, es menester contar con una evaluación de la viabilidad técnica y financiera para identificar si la liquidación de la ESE Hospital Regional de Bolívar es

posible desde el punto de vista técnico y jurídico, en caso de que concluir que la entidad es inviable desde el punto de vista financiero.

4. MARCO CONCEPTUAL

Tendencias internacionales en materia de hospitales públicos

Evolución histórica de los hospitales

Con la intención de brindar un panorama de lo que ha sido la evolución de los hospitales en el mundo, quiero hacer un breve recorrido por lo que ha sido la historia del desarrollo de este tipo de institución.

El Siglo XIX se caracterizó por una etapa de beneficencia, en la que los hospitales se encontraban en poder de órdenes religiosas y fundaciones. Durante esta etapa los hospitales se caracterizaban por el espíritu caritativo hasta el punto de poder considerarse literalmente como “almacenes de enfermos” y se denominaban sanatorios.

Esta condición de los hospitales existió hasta mediados Siglo XX, cuando el Estado asigna presupuestos públicos a dichas instituciones con la intención de garantizar las atenciones sanitarias a los pobres y a trabajadores menos remunerados. Esta asignación de presupuesto públicos le concedía al estado la posibilidad de intervenir en las decisiones en cuanto a recurso humano y calidad de la atención.

En la segunda mitad del siglo XIX se desarrolla la Seguridad Social y aparecen otros recursos de financiación de los hospitales a través de las cotizaciones obreras, aportes patronales y del Estado. Los trabajadores, ahora mejor remunerados, comenzaban a ver la salud como un derecho y a exigir calidad en la asistencia sanitaria. Esto llevó a un ejercicio más liberal de la medicina aunque todavía distaba mucho de ser corporativa.

En las décadas de los cincuenta a setenta del siglo XX aparece el hospital Privado. Grupos de mayor solvencia acuden al mercado privado de seguros y se desarrolla el concepto de clínicas.

En las décadas de los ochenta y noventa sobrevienen las reformas de los sistemas de salud. Aparece una nueva concepción de gerencia pública y la Salud Administrada (*Managed care*). Los hospitales se convierten en empresas altamente sofisticadas que compiten de manera autónoma en los mercados en salud.

A fines de los noventa y principios Siglo XXI se genera una nueva ola de reformas que critica severamente de las anteriores transformaciones neoliberales que dejaron la suerte de los hospitales a las fuerzas del mercado y se replantea la necesidad de que las transformaciones privilegien la equidad con eficiencia social.

Hoy, existe consenso en que los hospitales se integren en redes de asistencia social que optimicen la utilización de recursos y potencialicen la calidad en la atención. Se retoma el concepto de “Funciones Esenciales de Salud Pública” y se

reaviva el interés por el rol de rectoría del Estado para corregir las imperfecciones del mercado de la salud.

Visión regional de Latinoamérica

Los países de Latinoamérica y del Caribe han previsto la atención en salud en sus constituciones un servicio público o de una función del Estado. Cada país ha legislado de acuerdo con sus propias características y necesidades y han producido sistemas nacionales de salud o sistemas de seguridad social.

A fin de entregar los servicios de salud los países de la región han desarrollado una red completa de hospitales públicos y centros de salud, para la cual los gobiernos han realizado inversiones importantes en infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos requeridos para la prestación de servicios de salud.

Los hospitales de la región están organizados de manera piramidal y están clasificados de acuerdo con la complejidad de los servicios que prestan. Adicionalmente, existe un gran número de hospitales de bajo nivel de complejidad que, además de proveer servicios personales, en conjunto con las instituciones de atención primaria en salud, prestan servicios de salud pública; aparte de esto, hay un menor número de hospitales o de instituciones prestadoras de alta complejidad.

También en la región, en respuesta al proceso de descentralización, los hospitales han sido delimitados dentro de un área de influencia geográfica. Por esta razón,

no es raro encontrar instituciones de salud para municipios, departamentos, distritos o nación.

En cuanto al número de instituciones de salud en la región y su capacidad de atención, la tendencia en las últimas décadas ha sido el decrecimiento en el número de camas por cada mil habitantes. Por ejemplo, México ha disminuido el número de camas de 2,2 camas por cada mil habitantes en 1964 a 1,2 en 1996; Costa Rica, para el mismo periodo, de 4,5 a 1,9; Argentina, de 6,0 a 3,3; Uruguay, de 6,4 a 4,4; Chile, de 4,3 a 2,7, y Colombia, de 2,7 a 1,5. Es interesante que Cuba ha mantenido un promedio de 5,1 camas por cada mil habitantes.

Como se observa en la siguiente Tabla, la proporción de camas en el sector público, en conjunto, es mayor que en el privado; sin embargo, cuando se compara el número de hospitales es mayor el volumen en el sector privado.

Tabla 1. Proporción de camas y hospitales por sector.

<i>Sector de afiliación</i>	<i>Hospitales</i>		<i>Camas</i>	
	Nº	%	Nº	%
Público (no seguridad social)	6.498	39,2	494.710	45,1
Público (seguridad social)	876	5,2	83.356	7,6
Privado	7.783	47,0	383.353	34,8
Filantrópico	1.284	7,8	124.923	11,4
Militar	125	0,8	11.623	1,1
TOTAL	16.566	100,0	1'097.965	100,0

Fuente: Pan American Health Organization, Hospital Directories for Latin America and the Caribbean, Washington, 1997.

Tendencias Europeas

Las tendencias de futuro de los hospitales viene determinada por: los nuevos avances tecnológicos, un aumento de la actividad ambulatoria, un gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, la potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional, los nuevos retos en la gestión hospitalaria:

La divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones, el abordaje de nuevos problemas éticos, la información y papel activo de los pacientes, la eclosión en tecnologías de información y comunicación, la necesidad de la evaluación de la calidad y de las nuevas tecnologías, y una mayor atención a la opinión y expectativas de los usuarios.

Conviene tener en cuenta a la hora de realizar una reflexión estratégica sobre este tipo de organizaciones. Veamos en que consisten estas tendencias en Europa:

1. Nuevos avances tecnológicos, que afectan a los instrumentos diagnósticos, cuya tendencia general es hacia más información obtenida a partir de técnicas menos agresivas y de tratamiento.
2. Aumento de la actividad ambulatoria. Irá ganando en importancia toda la actividad que se realiza con los pacientes ambulatorios, por eso los hospitales se planifican como distintas áreas de diagnóstico y tratamiento, que pueden ser usadas indistintamente por pacientes ingresados o ambulatorios.

3. Gran desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. Se dice que hasta un 60-70% de las operaciones que se hacen actualmente podrían hacerse en forma de cirugía sin ingreso, ello está determinado por los cambios recientes en cuanto a procedimientos diagnósticos no invasivos, en la endoscopia fibro-óptica y en las técnicas anestésicas. Algunas especialidades son especialmente favorables al desarrollo de estas técnicas: Oftalmología, ORL, Cirugía General, Urología y Ginecología, determinadas intervenciones de Cirugía Ortopédica, etc.

4. La potenciación de alternativas a la hospitalización tradicional, tales como la hospitalización de día, la de domicilio, la de cinco días y la de fin de semana. Los nuevos retos en la gestión hospitalaria: la divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones. Esta divergencia crea conflictos causados por el hecho de que en los hospitales el poder técnico (el núcleo operacional profesionalmente autónomo) sistemáticamente limita las estrategias definidas por el poder legal (la Dirección).

Esto puede ser juzgado como una debilidad de la gestión hospitalaria, pero también una fuerza al mismo tiempo, ya que crea la posibilidad de descentralización para transferir al nivel operacional, tanto el poder técnico derivado de la capacidad de toma de decisiones, como una cierta gestión de los recursos y del presupuesto, que actualmente se llevan de una manera muy centralizada.

5. El abordaje de nuevos problemas éticos. Una atención sanitaria cada vez más compleja irá presentando crecientes problemas en su ejercicio. Los hospitales como institución y los profesionales individuales cada vez se enfrentarán más a problemas del tipo de los siguientes: consentimiento informado,

rechazo al tratamiento, respeto a la intimidad, resucitación de pacientes no viables, intervenciones con escasas probabilidades de éxito, etc.

6. Información y papel activo de los pacientes. El modelo de autonomía del paciente, del que deriva el “consentimiento informado” ha introducido una idea básica en la relación médico - paciente: “la idea de que la toma de decisiones debe llevarse a cabo cooperativamente entre el médico y el paciente, concediendo en caso de conflicto un mayor peso a la decisión del paciente”.

7. La eclosión en tecnologías de información y comunicación. La necesidad de la evaluación de la calidad y de las nuevas tecnologías. La evaluación de la calidad es cada vez más un método de medir la actividad de los hospitales. Se requiere la evaluación objetiva de la utilidad de los procedimientos diagnósticos y de las terapias.

8. La mayor atención a la opinión y expectativas de los usuarios. Se hace necesario ocuparse cada vez más de las necesidades de los usuarios y el grado de satisfacción de los mismos.

Consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria

Después de largos debates y foros internacionales auspiciados por la OMS y la OPS, se han generado algunos consensos internacionales en materia de gestión hospitalaria:

1. Enfocar la atención de enfermos agudos y críticos
2. Contener crecimiento de camas o reducir las mismas
3. Basar el desempeño hospitalario en las mejores evidencias científicas.
4. Realizar una gestión financiera sostenible.
5. Enfatizar los cuidados especializados ambulatorios y extra hospitalarios.
6. Propiciar la integración de redes hospitalarias.
7. Propiciar el trabajo hospitalario en equipo.
8. Adoptar guías pautadas (protocolos) de atención médica.
9. Incentivar la contención de costos hospitalarios, mediante protocolos de atención y centros de costos.
10. Procurar la integración horizontal y vertical de servicios.
11. Fortalecer los sistemas de información para la gestión hospitalaria.
12. procurar de manera prudente el uso de nuevas tecnologías para reducir la estancia hospitalaria: ingreso domiciliario, cirugía ambulatoria y de mínimo acceso, cuidados post egreso, rehabilitación en el hogar y comunitaria (hospital sin paredes).
13. Establecer unidades diagnósticas y terapéuticas extra hospitalarias: diálisis, oncología, cardiovasculares, endocrinológicas, unidades obstétricas, para manejo ambulatorio de pacientes.
14. Estimular la rendición de cuentas y la gestión social de los servicios.

15. Exigir para el ejercicio de la gerencia hospitalaria como mínimo estudios de especialidad, maestría u otros estudios de postgrados como requisito para liderar estas instituciones.

16. Procurar la integración de la docencia, la asistencia y la investigación.

La crisis hospitalaria en Colombia

La crisis hospitalaria pública en Colombia no es un fenómeno sencillo; se trata de un problema multicausal que viene exacerbándose con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entre las múltiples causas podemos identificar: el crecimiento desmesurado de las plantas de personal, las nóminas paralelas, los despilfarros, actos de ineficiencia administrativa y franca corrupción, falta de una política pública hospitalaria, convenciones colectivas que desangran el presupuesto, modalidad de contratación de servicios que incentivan la ineficiencia, transformación de subsidios de oferta en subsidio a la demanda, régimen de transición prolongado en la seguridad social, la proliferación de IPS privadas, la falta de universalidad en el aseguramiento y otros más.

Es importante aclarar que la crisis no se le puede imputar en su totalidad a la expedición de la ley 100 de 1993. Partiendo de la década de los setenta, podemos observar cómo se construyen hospitales de tercer nivel bien dotados con recursos del Fondo Nacional Hospitalario. Estas enormes construcciones requerían de una buena medida de recursos tan sólo para el mantenimiento de la infraestructura

física, por lo que el gobierno expide la medida obligatoria de destinar cada año por lo menos el 5% de los presupuestos hospitalarios para su mantenimiento. Tal medida no fue aplicada de manera juiciosa por lo que los hospitales se empezaron a deteriorar ante la indolente mirada de las clases dirigentes.

A este fenómeno debemos añadirle las negociaciones irresponsables de convenciones colectivas que otorgaron beneficios insostenibles a los trabajadores hasta llegar a la alarmante cifra de 27,9 salarios al año por cada trabajador.

Por otro lado, no debemos subestimar el problema de corrupción por parte de usuarios, trabajadores y directivos de hospitales que conllevó a la merma paulatina de los equipos médicos, los suministros y dotación hospitalaria y hasta la misma comida de los pacientes.

A este fenómeno debemos sumar la “politiquería” que conduce a burocratización innecesaria desde las mismas Direcciones Seccionales de Salud. Para la muestra baste un botón: el tristemente célebre Hospital Universitario de Cartagena, que fue el primero de los Hospitales Universitarios en cerrarse, llegó a tener 800 trabajadores de planta y 200 supernumerarios, cuando bien pudo haber funcionado con unos 500 empleados.

El incremento de 18.632 empleados en el Sector Salud oficial del país entre 1994 y 1997, contribuyó a originar, junto con la nivelación salarial iniciada en 1995, el déficit sostenido de los hospitales públicos del país.

La nómina oficial de los departamentos ascendió de 86.693 funcionarios en 1994 a 105.235 en 1997. En tiempos completos el incremento fué de 84.504 en 1994 a 102.325, es decir 17.821 tiempos completos equivalentes, según reveló el "Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial", publicado por el Ministerio de Salud y difundido en la XXVII edición de Salud Colombia.

La publicación, entre cuyos autores figura la exministra de salud, Maria Teresa Forero de Saade, revelaba igualmente que el salario básico promedio de los funcionarios del sector ascendió en el periodo 1994-1997 de 223.418 pesos a 546.166. En pesos constantes de 1997, el aumento va de 397.957 a 546.166 pesos, es decir significa el 37.24% en términos reales, (48,5% menciona el estudio) sin contar las prestaciones ni la prima de productividad implantada, como tampoco la nivelación de 1998.

Es necesario precisar, sin embargo, que la conversión en de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado y el énfasis y desarrollo de los sistemas administrativos y de facturación, generó necesariamente un incremento de la planta de personal de las instituciones a partir de 1995. Igualmente la bonanza de recursos de 1993 a 1995 había generado incrementos de personal.

Sin duda, la descentralización y autonomía para los nombramientos, sin mayores responsabilidades en un comienzo, y los intereses clientelistas, que han operado y siguen operando sobre las instituciones de salud, fueron igualmente las causas del crecimiento exagerado de las nóminas.

Otro de los factores agravantes de la crisis ha sido la proliferación no planificada de IPS del sector privado, algunas de las cuales creadas en viviendas no edificadas para ser hospitales, que con improvisadas remodelaciones y la complicidad de los organismos de inspección, vigilancia y control han sido habilitadas para funcionar y competir con al red pública. Este crecimiento en el número de IPS no ha obedecido a la iniciativa planificada del Estado sino al interés particular de hacer empresa. Sencillamente, las deficiencias de la red pública ha sido interpretada por el sector privado como oportunidades de creación de negocios que satisfagan la demanda de servicios.

Por otro lado, la integración vertical, es decir la posibilidad de que los aseguradores cuenten con IPS propias, ha generado un fenómeno de sobre oferta de servicios en algunas ciudades y carencia en otras, así como la pérdida de oportunidades de acceso al mercado por parte de los hospitales públicos.

Todos estos problemas ya existían antes de la expedición de la Ley 100 de 1993; sin embargo, con el cambio de modelo de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, esta crisis latente se hizo evidente. La velocidad de transformación de recursos de oferta a demanda superó la de los hospitales para realizar los ajustes institucionales necesarios para subsistir a expensas de la facturación de servicios, lo que llevó a una mengua progresiva de recursos durante el régimen de transición de la ley y a la consecuente parálisis de muchos servicios.

La disminución en pesos constantes de la Rentas Cedidas comenzó a partir de 1996, por el mal comportamiento de loterías y licoreras departamentales. La reducción del Situado Fiscal comenzó en 1997, pero ha sido especialmente

dramática la reducción de la disponibilidad de estos recursos para la prestación de servicios.

Tres conceptos específicos del gasto que deben extraerse previamente del Sistema General de Participaciones de oferta son responsables de esta reducción. El concepto principal lo constituye el Sistema General de Participaciones sin situación de fondos para prestaciones y aportes patronales, que para 1999 ya representaba el 37% del total del rubro que entonces se denominaba Situado Fiscal. Esta obligación, que ha sustraído tan importante porcentaje de recursos antes dedicados a los pacientes no fue debidamente estimado.

En segundo lugar se encuentra la transformación de recursos de oferta a la demanda, que absorbe para 1999 el 16% del Situado Fiscal. Este porcentaje, muy inferior al del mandato legal inicial, pero ajustado a la reglamentación expedida posteriormente, ha podido ser compensado por la venta de servicios a las EPS y ARS, aunque no por igual en los distintos niveles de complejidad.

En tercer lugar se cuentan los recursos para Promoción y Prevención, que por Ley deben representar el 10% del Situado Fiscal, los cuales sólo alcanzaban un 4% en 1996 y superan el 8% a partir de 1998.

La Ley 100 de 1993 destinó nuevos recursos al financiamiento del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. El primero de ellos el 1% que aportan todos los cotizantes del Régimen Contributivo, el único que se está cumpliendo a cabalidad. El segundo, los recursos que el Gobierno debía girar a la Cuenta de Solidaridad, en igual cuantía al aportado por los trabajadores, para el

financiamiento del Régimen Subsidiado, que se vienen esfumando progresivamente, sin importar las presiones en sentido contrario, de los sindicatos en el Plan Nacional de Desarrollo, o de la Corte Constitucional.

En la práctica se vienen acercando a cero, pues aún si por orden de la Corte se deben incorporar al presupuesto, siempre queda el recurso de aplazar el compromiso o, cumplirlo nominalmente, incluyendo tales dineros en el presupuesto, pero retirándolos posteriormente como recursos no ejecutados.

El tercer aporte contemplado en la Ley, derivado de la riqueza petrolera de Cusiana y Cupiagua ha sido burlado en su totalidad, a pesar de que se atraviesa por una bonanza en el precio internacional del crudo.

Si bien la transición de recursos de la oferta a la demanda, es decir la reducción de un porcentaje del Sistema General de Participaciones y las rentas cedidas que pasaron a financiar el Régimen Subsidiado han podido ser compensadas globalmente por las ventas de los hospitales a las Administradoras del Régimen Subsidiado y por mayores ventas a las EPS del Régimen Contributivo, existen grandes diferencias entre las instituciones y por regiones.

Resultó poco menos que absurda la decisión plasmada en la ley 344 de 1996 de aplicar a rajatabla porcentajes de reducción de los presupuestos de oferta que financian los hospitales en todos los departamentos, sin contemplar la muy diferencial e inequitativa cobertura del Régimen Subsidiado en el país, sin

considerar igualmente las inequidades previas en la disponibilidad de recursos de oferta frente a la población con necesidades básicas insatisfechas.

Aunque el proceso de transformación aplicado sin criterio alguno fue finalmente detenido por la Ley del Plan de Desarrollo, dejó sensibles heridas especialmente en los hospitales de la Costa Atlántica y los departamentos con altos niveles de pobreza y baja cobertura del Régimen Subsidiado. También generó excesos presupuestales y de gasto en algunas regiones, especialmente en instituciones del primer nivel, verdadero doble pago por la atención a la población pobre que después es difícilmente reducible.

Esta situación se ve agravada por la Ley 715 de 2001, que exige en su artículo 51 que se contraten como mínimo un 40 o 50% de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud. Este artículo ha sido interpretado por la mayoría como una obligación de contratar con la red de primer nivel de atención lo que ha generado grandes ingresos a los hospitales de baja complejidad y dejado exangües a los de mediana y alta complejidad.

Sin duda, pese a los esfuerzos desarrollados desde el Ministerio de la Protección Social, a través del Programa de Mejoramiento y el truncado Programa de Sistemas Municipales de Salud, el grado de desarrollo administrativo de muchas instituciones hospitalarias sigue dejando mucho que desear.

Constituyen aún verdaderas islas o excepciones las instituciones con buen manejo gerencial y alto desarrollo administrativo. Las razones tienen que ver con muchos aspectos, desde la inercia de viejas entidades públicas, que simplemente

gastaban los recursos enviados por la nación, pasando por el componente político de los nombramientos, a pesar de la mejoría en la estabilidad de los gerentes, hasta la constitución de Juntas Directivas sin capacidad real de supervisar y asesorar a la gerencia. También con el bajísimo nivel de exigencia y formación de los gerentes en muchos de los actuales postgrados de administración y gerencia hospitalaria.

El modelo único de dirección y administración de las Empresas Sociales del Estado, así como el modelo único de gestión, implantados desde el nivel nacional no sirven para estimular a las regiones. La competencia de modelos de gestión hospitalaria, como se da entre regiones de otros países, podría generar alternativas y desarrollos válidos, con colaboración de las universidades, de los gremios, de las empresa privada o de los mismos trabajadores organizados, esquemas capaces de superar las dificultades del modelo actual, impuesto por la normatividad central. Los departamentos y distritos deberían ser progresivamente liberados para reestructurar totalmente estas instituciones, según sus circunstancias y posibilidades.

No se requieren muchas explicaciones para comprender que el atraso en los pagos de cientos de miles de millones a los hospitales por parte de las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, agrava la situación de las instituciones, incorporando al déficit presupuestal un serio problema de liquidez. Las cuentas de cobrar que equivalen al 20% del presupuesto anual de la institución u ocho meses de venta de servicios en promedio, de acuerdo con la evaluación realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, sin duda afectan el funcionamiento de las instituciones.

Aunque aún puedan citarse otras causas menos importantes, es necesario señalar que llevados los hospitales a complicadas situaciones de déficit (400.000 millones según señalaban los Ministros de Salud y Hacienda, además de grave situación de iliquidez (aprox 300.000 millones en cuentas a más de 90 días), las posibilidades de operar de los hospitales se vuelven realmente difíciles.

Ante la disminución de recursos, se ven afectados los rubros de suministros y servicios generales, dada el inelástico comportamiento de los gastos de personal. Entre 1996 y 1997 se redujeron del 27 al 24% en promedio y la crisis siguió profundizándose. Algunos hospitales, en peor situación, han visto cerrarse definitivamente las puertas de los proveedores, por lo cual todos los principios de eficiencia en los servicios y todas las posibilidades de aumentar los ingresos por venta de servicios se van a pique.

Cuando los hospitales llegan a este punto de crisis, la situación se torna irreversible con las medidas normales, deviene el cierre progresivo de los servicios de la institución, hasta llegar al no pago de salarios y, entonces, deben entrar en juego medidas de emergencia.

Llevados progresivamente a situaciones más profundas de crisis, los hospitales públicos perderán progresivamente la capacidad de competir (de la que partieron) con las instituciones privadas, frente a los usuarios y a las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, lo que significará la imposibilidad de subsistir a mediano plazo.

Señalados estos puntos, cabe concluir que el problema de los hospitales públicos es, en última instancia, el problema del Sistema y debe ser abordado desde esta compleja perspectiva, de modo que el hecho de recortar el gasto de personal o el de conseguir partidas presupuestales, pueden servir para solucionar la crisis inmediata, pero no se constituyen en la verdadera solución, definitiva y de largo plazo, para las Empresas Sociales del Estado.

Crisis hospitalaria en Cartagena

El primer centro hospitalario cerrado en el país fue el Hospital Universitario de Cartagena (H.U.C.). La Superintendencia de Salud intervino cerca de un año este hospital, y en ese período mantuvo activas 120 camas, aunque su capacidad real siempre fue de 300. En julio de 2003 la Supersalud procedió a liquidar el HUC, argumentando su inviabilidad administrativa, financiera y fallas en la prestación de servicios. De hecho, al momento de ordenarse su liquidación, el HUC estaba en una aguda crisis económica: adeudaba 18 meses de salario a sus empleados y arrastraba un pasivo de \$42.000 millones, de los cuales \$22.000 correspondían a deudas laborales.

Un informe de la Defensoría del Pueblo pudo comprobar que en el 2001, la planta de personal del HUC estaba duplicada y subutilizada, y a pesar de lo anterior, la administración contrataba externamente los servicios de medicina general y especializada. Según el informe, “lo más aberrante del esquema de contratación previsto, lo constituye el hecho de que se le permita a un mismo facultativo devengar ingresos oficiales simultáneamente (en la misma jornada) como médico

de planta, como médico docente y como contratista”.⁴ El mismo Informe señala que de la facturación presentada, un porcentaje significativo no tenía justificación.

Por ejemplo, en el primer semestre de 2001, el Hospital facturó \$1.321 millones a las Sociedades Médicas contratadas, pero sólo \$300 millones tenían algún nivel de justificación (22.7% de la factura), lo que significa que “un poco más de mil millones de pesos constituía el monto de la defraudación”.⁵ De acuerdo con el Superintendente Nacional de Salud, el HUC fue “el primer hospital de tercer nivel público liquidado en el país, y se convierte en una advertencia a los mandatarios regionales, quienes deben financiar y mantener en óptimas condiciones la red hospitalaria”.⁶ Según el Superintendente, al momento de su cierre, el HUC tenía habilitadas cerca de cien camas, por lo cual debía tener un máximo de 260 trabajadores, pero en realidad contaba con unos 700.

En el 2004, el Gobierno Nacional incluyó una partida de \$19.000 millones destinada al HUC, pero la inversión total que se requería en ese momento para sanear la institución era de \$42.000 millones. De acuerdo con información del gobierno el saldo se debe pagar, una parte con el recaudo de la Estampilla Pro Hospital Universitario, y el resto con la gestión que adelantan con el Gobierno Nacional por un valor de \$10.000 millones. Además, es necesario efectuar todas las gestiones posibles para recaudar la cartera morosa que tiene el Hospital.

⁴ Defensoría del Pueblo, Informe Especial Hospital Universitario de Cartagena, Resolución DefensorialN°020, 8 de abril de 2002.

⁵ *Ibíd.*

⁶ El Universal, 27 de julio de 2005, “Dos años después sigue cerrado el Hospital Universitario de Cartagena”, por Cecilia Caballero.

El proyecto del Gobierno Nacional era que luego de la liquidación surgiera una nueva entidad, la ESE Hospital Universitario del Caribe, empresa que funcionaría en cuatro de los diez pisos del HUC, pero han pasado dos años desde su cierre, y todavía no se tiene una alternativa concreta. En este sentido, se barajan varias propuestas en la que están involucrados la Gobernación de Bolívar, la Universidad de Cartagena y algunos organismos internacionales. Específicamente dos instituciones europeas han mostrado interés en recuperar las instalaciones del H.U.C.: una es el Hospital San Rafael de Milán (Italia), y la otra es el Instituto Real del Trópico de Holanda. Los directivos del Hospital San Rafael están interesados en reabrir el Hospital y establece un centro de investigaciones, al igual como lo han hecho en otros países latinoamericanos como Brasil y Chile.⁷ Estas propuestas pasaron por las manos de las directivas de la Universidad de Cartagena, dueñas de la edificación del antiguo hospital, avaluado en \$25.000 millones. Por su parte, la Clínica Club de Leones estuvo bajo intervención del gobierno desde 1978, y también fue cerrada en 2003. Con su liquidación noventa trabajadores quedaron sin empleo, con el agravante que se les adeudaban varios meses de salarios. Con estos cierres, la crisis hospitalaria de Cartagena se agravó, debido a que la oferta hospitalaria pública redujo el número de camas en más de 300, quedando sólo en funcionamiento la Clínica Henrique de la Vega, el Hospital San Pablo, la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja (Casa del Niño).

La Clínica Henrique de la Vega es una institución prestadora de salud (IPS) perteneciente a la ESE José Prudencio Padilla del Seguro Social. La Clínica es del

⁷ Entrevista con el médico Javier Marrugo, Director del Departamento de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, Cartagena, 2 de septiembre de 2005.

tercer nivel de atención, está dotada con 200 camas, tiene 324 trabajadores de planta y cerca de 160 contratistas, y además cuenta con una adecuada infraestructura física y tecnológica.

El Decreto Ley 1750 de 2003 autorizó al Gobierno Nacional para que entregara a cooperativas de trabajadores el funcionamiento y la administración de clínicas y hospitales públicos. Fundamentado en este Decreto, el gobierno decidió entregar la Clínica Henrike de la Vega a una cooperativa de trabajadores y contratistas, lo que ha generado problemas administrativos y de gobernabilidad. De acuerdo con el viceministro de Salud Eduardo José Alvarado, esta cooperativa es diferente a las anteriores, ya que se convocó a todos los trabajadores para que se afiliaran, en un intento de reforzar más el sindicalismo participativo, y no tanto el sindicalismo reivindicatorio.⁸ Algunos trabajadores no han querido entrar a la cooperativa, con el agravante que el sindicato se opone a la propuesta de cooperativa. Los funcionarios de la Clínica se negaron a ser contratados por cooperativas que les ofrecían un 50% menos de lo que ganaban.

Ante la liquidación del Hospital Universitario y la Clínica Club de Leones, las autoridades de la salud decidieron que el Hospital San Pablo, que inicialmente fue un pequeño centro psiquiátrico, fuera acondicionado para realizar pequeñas cirugías. En agosto de 2003, el “San Pablo” tenía cerca de 110 camas y 140 empleados, y desde años atrás presenta una aguda crisis financiera. En síntesis, en los últimos años Cartagena ha sufrido el cierre de dos centros hospitalarios, uno está funcionando en medio de la anormalidad administrativa (Clínica Henrike de la Vega) y otro arrastra un déficit creciente (Hospital San Pablo).

⁸ DANSOCIAL, Boletín de Prensa, N° 159, mayo 12 de 2005, información disponible en internet.

Cartagena es una de las ciudades colombianas donde se ha vivido con mayor dramatismo esta crisis hospitalaria. Luego del cierre del H.U.C. y de la Clínica del Club de Leones, la Clínica Henríque de la Vega, como IPS de tercer y cuarto nivel de complejidad, es el centro hospitalario que recibe la mayoría de afiliados del Seguro Social y las personas de escasos recursos. Además, ante la escasez de camas en las clínicas y hospitales privados con los que contrata el DADIS, la única alternativa es la Clínica Henríque de la Vega, a donde llegan pacientes que han sido intervenidos en otros centros hospitalarios. De acuerdo con el director de la Clínica, “mientras que otras entidades reciben el 50% del total de contratos en anticipo, la Clínica cobra por servicios prestados a pacientes del Dadis, recibe el pago 90 días después”

Una mirada a la situación financiera de los hospitales públicos de Cartagena deja ver la grave crisis fiscal por la que atraviesan estas instituciones de la salud. Los datos de ingresos y gastos muestran que el HUC fue hasta su cierre (2003) el centro hospitalario de mayor peso financiero, seguido por la Clínica de Maternidad, luego el Hospital San Pablo y el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Ahora bien, así como el HUC era la institución de salud con mayores ingresos y gastos, también presentaba altos déficit corrientes hasta el 2002, un año antes de su cierre. En ese año, su déficit representó el 127% de sus ingresos, situación que se hacía insostenible. A partir de esta información se pudo establecer que el 2002 fue el año más crítico para estos centros hospitalarios, que en conjunto tuvieron un déficit superior a \$21.200 millones.

Tabla 2. Ingresos, gastos y déficit corriente en cuatro Hospitales de Cartagena, 1998-2004

(millones de pesos constantes de 2004)

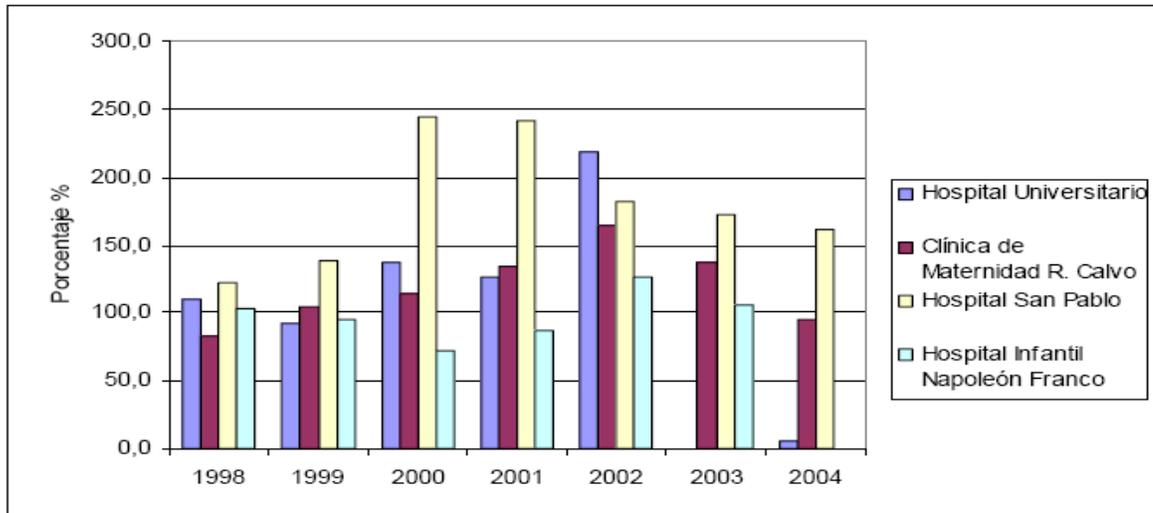
Centro hospitalario	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ingresos							
Hospital Universitario	21.822	15.887	22.650	13.416	8.065	0	20.586
Clínica de Maternidad R. Calvo	7.558	6.999	9.060	7.625	6.756	7.921	11.050
Hospital San Pablo	4.162	5.859	4.439	5.277	6.343	6.638	9.333
Hospital Infantil Napoleón Franco	2.995	3.259	3.984	4.466	4.079	6.693	7.179
Gastos							
Hospital Universitario	23.919	14.787	34.086	19.402	19.682	0	20.676
Clínica de Maternidad R. Calvo	6.285	7.358	10.824	10.856	11.360	11.543	13.665
Hospital San Pablo	5.255	8.187	11.029	13.272	12.113	12.127	15.461
Hospital Infantil Napoleón Franco	3.139	3.390	2.893	3.895	5.225	7.443	7.179
Déficit o ahorro corriente							
Hospital Universitario	-2.098	1.100	-8.603	-4.193	-10.242	0	-90
Clínica de Maternidad R. Calvo	1.294	-354	-1.336	-2.751	-4.478	-3.144	458
Hospital San Pablo	-1.092	-2.327	-6.462	-7.936	-5.380	-4.964	-6.009
Hospital Infantil Napoleón Franco	-125	-127	1.112	574	-1.110	-464	0,2

FUENTE: Banco de la República, Proyecto de finanzas públicas, Medellín.

Ahora, si se observa la participación de los Gastos de Funcionamiento dentro de los Ingresos Corrientes (G.F / I.C), la institución que presentó un mejor balance fue el Hospital Infantil (Casa del Niño), pues en cuatro de seis años los G.F. fueron inferiores a los I.C. La Clínica de Maternidad tuvo una relación creciente entre 1998 y 2002 (al pasar de 82.4% a 164%), pero luego se presentó un descenso y ya en el 2004 los G.F. fueron inferiores a los I.C. (95%). Por su parte, el Empresa Social del Estado Hospital Universitario del Caribe presentó una elevada participación de los G.F. en el período 2000-2002, llegando en este último año a 218%, justo el año anterior a su cierre. Es preocupante constatar que ante la crisis financiera de estas instituciones hospitalarias, menos del 2% de su presupuesto se dedica a inversión.

En el período 1998-2002, los ingresos del HUC tuvieron una tasa de crecimiento negativa de 22% promedio anual, mientras los gastos sólo decrecieron el 5% promedio anual, por lo que el déficit corriente creció durante el período cerca del 50% promedio anual. El Hospital San Pablo registró déficit corriente durante todo el período estudiado (1998-2004), y el Hospital Infantil o “Casa del Niño” presentó tres años con superávit (2000, 2001 y 2004).

Gráfico 1. Participación de los gastos de funcionamiento de los 4 hospitales públicos de Cartagena, 1998-2004.



FUENTE: Cálculos con base en datos del Programa de Finanzas públicas del Banco de la República, Medellín.

Nota: El Hospital Universitario de Cartagena fue cerrado en 2003.

En los tres hospitales (Maternidad, San Pablo y Casa del Niño) los gastos tuvieron una tasa de crecimiento superior a los ingresos, pero mientras en “La Maternidad” se presentó un pequeño superávit en el 2004 (\$458 millones), en el “San Pablo” el déficit fue muy elevado como proporción de sus ingresos (-\$6.000 millones o 64.4%). La situación es aún más grave al constatar que el déficit acumulado del Hospital San Pablo era de \$15.000 millones a mediados de 2005, y a sus trabajadores le debían más de 18 meses de sueldo. Por su parte el DADIS le adeudaba a la institución \$2.300 millones, pero no está dispuesto a pagárselo en el corto plazo. Sobre este tema la opinión de Cesar Pión, Director del DADIS, es clara: “Yo no pienso destinar mil millones de pesos a un hospital que no tiene capacidad resolutoria, cuando la red privada sí me garantiza el servicio”.⁹ El mismo

⁹ Caballero, Cecilia, “Agoniza la salud por falta de recursos para las IPS públicas”, El Universal, Cartagena, miércoles 19 de octubre de 2005, artículo disponible en internet.

funcionario plantea la posibilidad de cerrar el Hospital San Pablo, previa autorización de las autoridades nacionales como el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia de Salud. Si esto se cumple, la población de Cartagena habrá visto cerrar las puertas de tres hospitales públicos en un período de tres años.

Conceptos generales sobre Empresas Sociales del Estado

Naturaleza

El artículo 194 de la Ley 100 de 1993 reza: “Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”

Régimen jurídico

El artículo 195 de la Ley 100 de 1993 reza: “Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado"
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la ley 10 de 1990.
4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del capítulo IV de la ley 10 de 1990.
6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.
7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.
8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
9. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

La ley 489 de 1998, en su artículo 83 establece: Las empresas sociales del Estado, creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación

en forma directa de servicios de salud se sujetan al régimen previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la presente ley en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen, sustituyan o adicionen.

Régimen de contratación

Como hemos visto en el artículo 195 de la ley 100 de 1993, en su numeral 6º establece el régimen privado como aquel aplicable a las Empresas Sociales del Estado. El decreto 1876 de 1994, en su artículo 16, ratifica el régimen jurídico de los contratos afirmando que se aplicarán las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia y que podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

El decreto 536 de 2004¹⁰ establece que las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales, podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos.

Con relación al régimen de contratación de las Empresas Sociales del Estado, existe un concepto del Consejo de Estado¹¹ que de manera clara muestra el

¹⁰ Aunque fue declarada la nulidad del Decreto 536 de 2004 por el Honorable Consejo de Estado Sala Contencioso Administrativa de fecha 19 de agosto de 2010, en la reciente Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se declara de manera taxativa la viabilidad jurídica de la tercerización por parte de las empresas sociales del estado.

¹¹ Radicación 1263 de 2000 Consejo de Estado - Sala de Consulta y Servicio Civil, Fecha de Expedición: 06/04/2000; Fecha de Entrada en Vigencia: 06/04/2000.

alcance de la aplicación de las normas del derecho civil y las condiciones que se generan cuando se hace uso de las cláusulas excepcionales del estatuto de contratación pública.

Conforme al artículo 194 de la ley 100 de 1993¹² la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos¹³. En lo pertinente, estas entidades también son reguladas por la ley 344 de 1996.

Del régimen jurídico a que están sometidas, se destaca lo dispuesto en el artículo 195 de la ley 100 de 1993:

"2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

"6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública."¹⁴ (Se destaca)

¹² Los artículos 194 a 197 fueron declarados exequibles en sentencia C-408/94.

¹³ En forma anti técnica el artículo 83 de la ley 489 de 1998 expresa que estas empresas son creadas por la nación y por las entidades territoriales. Las crean la ley, las asambleas o los concejos.

¹⁴ El decreto 1298/94 - declarado inexecutable mediante sentencia C- 255 de 1995 - contenía el Estatuto orgánico del Sistema general de seguridad social. El decreto 1876 que reglamentó los

Teniendo en cuenta que el estatuto general de contratación de la administración pública, ley 80 de 1993 , se publicó el 28 de octubre del mismo año en el Diario oficial N° 41.094, no era posible que previera dentro de las entidades estatales sujetas a su reglamentación a las empresas sociales del Estado, creadas por la ley 100. Sin embargo, y a pesar de no existir duda acerca de su naturaleza pública, ellas no están sujetas en el cumplimiento del objeto a tal estatuto, pues el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, publicada el 23 de diciembre de 1993 - Diario Oficial N° 41.148 -, únicamente remitió al mismo para efectos de la aplicación discrecional de las cláusulas exorbitantes.

En principio, por ser las empresas sociales del estado entidades estatales y constituir la ley 80 un estatuto denominado "general de contratación de la administración pública", pudiera concluirse que su aplicación es universal para toda clase de entes públicos; sin embargo, tal apreciación no se compece con la potestad del legislador para establecer excepciones a tal régimen, como lo hizo en el caso de estas empresas.¹⁵ El carácter excepcional de la regulación, se refleja inequívocamente en la locución "discrecionalmente", ya que mientras los demás contratos estatales deben, de manera general, contener tales cláusulas¹⁶, en los sometidos al régimen de las empresas sociales sólo se pactarán cuando así estas lo dispongan. Además, si con dicha expresión al Estado se le otorga la facultad para pactar o imponer las referidas cláusulas, sin distinguir su razón, es

artículos 96, 97 y 98 del mismo, relacionados con las empresas sociales del Estado, como consecuencia de tal declaratoria decayó.

¹⁵ Por ejemplo: La ley 226 de 1995, excluye del estatuto contractual los procesos de enajenación de la propiedad accionaria (art. 2°); según la ley 142 de 1994, las entidades estatales que presten los servicios públicos a los que se refiere la ley y que tengan por objeto su prestación "se regirán por el parágrafo 1° del artículo 31 de la ley 80 de 1993 y por la presente ley, salvo en lo que la presente ley disponga otra cosa ".

¹⁶ Parágrafo del art. 14 de la ley 80/93 señala los contratos en los cuales se prescinde de la utilización de las cláusulas excepcionales.

porque a él se reserva el privilegio de incluirlas cuando lo estime conveniente, esto es, cuando las reglas de derecho privado no le otorguen la garantía para la prestación del servicio público correspondiente.

Por lo demás, dicha discrecionalidad encuentra su fundamento en la multiplicidad de objetos contractuales que pueden incidir o no en la prestación del servicio público, circunstancia que la administración deberá tener presente al momento de determinar si incluye o no las cláusulas excepcionales.

De esta manera, al disponer la ley 100 de 1993 en el numeral 6° del artículo 195, la utilización discrecional de las cláusulas excepcionales, excluyó la aplicación general y común de las normas de la ley 80. El régimen de derecho privado de la contratación propio de las demás entidades estatales, aparece consagrado en el artículo 13 de la ley 80, conforme al cual "los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2° del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes".

En consecuencia, por voluntad del legislador, ni los principios de la contratación estatal, ni normas distintas a las que regulan las cláusulas exorbitantes, deben aplicarse obligatoriamente por las empresas sociales del Estado. Es forzoso concluir entonces, que el régimen de contratación de estas empresas es de derecho privado, con aplicación excepcional de las cláusulas mencionadas.

La Sala reitera esta posición doctrinaria vertida en la Consulta N° 1.127, del 20 de agosto de 1998, según la cual: "Por regla general, en materia de contratación las Empresas Sociales del Estado se rigen por las normas ordinarias de derecho

comercial o civil. En el caso de que discrecionalmente, dichas empresas hayan incluido en el contrato cláusulas excepcionales, éstas se regirán por las disposiciones de la ley 80 de 1993. Salvo en este aspecto, los contratos seguirán regulados por el derecho privado". (Resalta la Sala)

Sin embargo, estima pertinente aclarar que cuando tales empresas, hipotéticamente tuvieran que celebrar los contratos a que se refiere el artículo 32 de la ley 80, no es pertinente dar aplicación a disposiciones distintas a las de derecho privado.¹⁷

Con todo, que el estatuto contractual no se aplique sino en punto a las cláusulas excepcionales, conforme al numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, no significa que los administradores y encargados de la contratación en las empresas en cuestión, puedan hacer caso omiso de los preceptos de los artículo 209 de la Constitución, 2° y 3° del C.C.A.

Disponen tales normas:

"Artículo. 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones".

¹⁷ Los artículos 13 y 31 de la ley 80/93 hacen obligatoria la aplicación de la ley 80/93, para las demás entidades estatales. con algunas excepciones.

"Artículo 2°. Los funcionarios públicos tendrán en cuenta que la actuación administrativa tiene por objeto el cumplimiento de los cometidos estatales como lo señalan las leyes, la adecuada prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados, reconocidos por la ley".

"Artículo 3°. Las actuaciones administrativas se desarrollarán con arreglo a los principios de economía, celeridad, eficacia, imparcialidad, publicidad y contradicción y, en general, conforme a las normas de esta parte primera."

Este último precepto regula el alcance y contenido de cada uno de los principios mencionados; a estos y a las demás disposiciones deberán los administradores de las empresas sociales del Estado ajustar su actividad contractual.

En igual forma y en desarrollo de los mismos preceptos, los principios universales - asociados al interés general -, contenidos en la ley 80 de 1993 y relacionados con los fines de la contratación estatal (art. 3°), con los derechos y deberes de las entidades estatales y de los contratistas (arts. 4° y 5°), la capacidad (6°), así no estuvieran vertidos en mandatos legales, deben presidir la contratación en las empresas mencionadas, pues son postulados que tocan con la moralidad, la continuidad y prestación eficiente de los servicios públicos, y con la garantía de los derechos de los administrados-usuarios.

Del mismo modo, la responsabilidad de los administradores de las empresas sociales del Estado, se regirá directamente por las previsiones del

artículo 90 de la Constitución, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 80, que recoge parcialmente los alcances del precepto constitucional.¹⁸

Sin que haya lugar a recurrir al ordinal 8° del artículo 24 de la ley 80, es evidente que, en los procesos de contratación de estas empresas, no se podrá actuar con desviación de poder y que las competencias se ejercerán "exclusivamente para los fines previstos en la ley", pues ello emana de los principios contenidos en los artículos 121 y 209 constitucionales y 2° y 3° del C.C.A.

En punto al régimen de inhabilidades e incompatibilidades y por estar interesada en ello la moralidad pública, como lo previene el artículo 42 del Código Unico Disciplinario - "se entienden incorporadas a este Código las incompatibilidades e inhabilidades previstas en la Constitución y la ley"¹⁹, a los servidores de estas empresas que celebren contratos, habrá lugar a aplicarles, en los casos concretos, las causales que resulten pertinentes, así como las otras incompatibilidades previstas en el artículo 44 ibídem, en lo que fuere menester.

¹⁸ Según el art. 50 las entidades responden de las actuaciones, abstenciones, hechos u omisiones antijurídicos que les sean imputables y que causen perjuicios a sus contratistas. En sentencia C-333/96 se declaró constitucionalidad de éste precepto, a condición de entender que "el artículo 50 de la Ley 80 de 1993 no constituye el fundamento único de la responsabilidad patrimonial del Estado en el campo contractual, por lo cual el artículo 90 de la Constitución es directamente aplicable en esta campo"

¹⁹ Declarado exequible, salvo la locución "y los reglamentos administrativos" en Sentencia C-448 /98.

Alcance de las cláusulas exorbitantes si bien los contratos están sometidos al derecho privado por disposición legal, la facultad discrecional de pactar las cláusulas exorbitantes dota, a los administradores de las empresas sociales del Estado, de herramientas especiales para garantizar determinados fines, obviamente dentro del la órbita del interés general que mueve a la administración al contratar.

En efecto, la interpretación, la modificación y la terminación unilaterales (arts. 15 a 17 de la ley 80/93), así como la caducidad del contrato (art. 18 ibídem), permiten al contratante estatal hacer derivar efectos precisos al contrato, en procura de la protección de los intereses públicos.²⁰ Pactadas algunas de las cláusulas exorbitantes, la administración - de no lograr acuerdo para dirimir las discrepancias surgidas en la ejecución del contrato y que pueden conducir a la paralización o afectación grave del servicio -, puede interpretar mediante acto motivado las estipulaciones o cláusulas objeto de la diferencia, o modificar el contrato, suprimiendo o adicionando obras, trabajos, suministros o servicios; o disponer la terminación anticipada del contrato, en los eventos señalados en el artículo 17 de la ley 80.

Es una rica gama de potestades especiales, que tienen por virtud sustraer del régimen común de la contratación entre particulares a los contratos celebrados por las empresas sociales del Estado y le permiten un manejo adecuado de las circunstancias en que se desenvuelve la ejecución de los mismos.

²⁰ También son exorbitantes las cláusulas de sometimiento a las leyes nacionales y de reversión. La Consulta radicada bajo el N° 1.127, se refiere en general ellas.

Ahora bien, que no sea aplicable la ley 80 sino en las condiciones anotadas, no implica que sus representantes o quienes tengan las funciones de adelantar los procedimientos de contratación, puedan abstenerse de realizar los estudios y evaluaciones necesarios y de tomar todas las medidas indispensables para asegurar los intereses del Estado, los que siempre están presentes en la actividad de los entes públicos, por el sólo hecho de tener ellos ésta naturaleza, indisolublemente asociada al interés general, máxime cuando de por medio está la prestación directa de los servicios públicos de salud por la Nación y las entidades territoriales.

Lo anterior significa que el régimen de contratación de derecho privado no restringe el alcance del principio de prevalencia del interés general - que hace parte de aquellos que dan fundamento filosófico y político a la República -, ni el de los fines del Estado, como tampoco del principio de responsabilidad por omisión o extralimitación en el ejercicio de funciones por parte de los agentes de la administración contratante.

Si no se estipulan cláusulas exorbitantes, procede la aplicación de las normas de derecho privado, contenidas en los códigos civil y comercial, o de las contenidas en disposiciones especiales.

El caso sometido a consideración

1. Conforme al texto de la consulta, las condiciones generales a las que se sujetan los contratos de asociación suscritos por las empresas sociales del Estado para la prestación del servicio público de salud, son las siguientes:

- Se expresa que "el convenio es eminentemente comercial y por ende estará regido por las normas consagradas en la legislación civil y comercial y demás disposiciones concordantes para este tipo de convenios".

- " El Objeto del convenio se concreta a la prestación de unos servicios de salud por las dos (2) partes que se asocian, obligándose el particular Contratista a aportar unos equipos, siendo responsable de su instalación, prueba y puesta en condiciones de funcionamiento y en locales adecuados que suministrará la Empresa Social del Estado, obligándose esta última a aportar los pacientes, su infraestructura física, los locales en los cuales se han de montar los equipos, su organización y la administración de los servicios de salud objeto del referido convenio, durante el plazo de ejecución del contrato que se fija entre 10 y 11 años".

- Además se pacta que el gobierno nacional fijará las tarifas por la prestación de esta clase de servicios, se fijan los porcentajes que de ellas corresponde a cada parte, y se acuerda un "ajuste de participación" en caso de no alcanzarse el número suficiente de pacientes, caso en el cual se disminuye la participación de la empresa social, para acrecer la del contratista.

- Se convino conformar un comité paritario de coordinación del convenio "para desarrollar y coordinar los aspectos operacionales, técnicos y de procedimientos necesarios para garantizar el óptimo cumplimiento de los compromisos de las partes y coordinar todo lo relacionado con la adecuada prestación del servicio", el que se debe ocupar - entre otras cosas - "de acordar las medidas y tomar las

decisiones que sean necesarias, en el evento en que debido a medias gubernamentales o a situaciones imprevistas se modifiquen las condiciones económicas o de prestación del servicio que se tuvieron en cuenta para la celebración del convenio"

- También se estipuló una cláusula compromisoria, para que un tribunal de arbitramento - sometido a las normas de los códigos de comercio y de procedimiento civil - dirima las diferencias presentadas "con ocasión de la interpretación, aplicación, ejecución o terminación del convenio y que no pudieren resolverse por el Comité de Coordinación". El tribunal falla en derecho y se sujeta a las reglas previstas al efecto por el Centro de arbitraje y conciliaciones de la Cámara de Comercio respectiva.

2. Con fundamento en estos elementos la Sala hace, primeramente, las siguientes precisiones:

Es sabido que el efecto típico de los contratos es crear obligaciones entre las partes. Dentro del amplio campo del principio de la autonomía de la voluntad pueden pactarse obligaciones distintas a las que dan contenido a los contratos nominados o típicos y, por tanto, el tipo corresponderá a las prestaciones, modalidades y condiciones que en cada caso se estipulen. Sin embargo, debe precisarse que la aplicación de las normas del derecho privado a la contratación de las empresas sociales, en ningún caso entraña renuncia de los fines del Estado, necesariamente ligados al interés general. Así, el concepto de autonomía de la voluntad, en tratándose de personas de derecho público²¹, no

²¹ Ley 80/93 , aplicable al caso en la forma dicha, se remite a la autonomía de la voluntad (art. 32).

tiene el mismo alcance que se le otorga a la noción de autonomía privada, esto es, a los negocios jurídicos celebrados entre particulares, precisamente por estar de por medio el interés general y el patrimonio público, cuando una de las parte del negocio es una entidad estatal.

Si bien el negocio jurídico, como declaración de voluntad, crea los efectos jurídicos queridos por las partes que concurren al mismo, los poderes de la administración están supeditados indefectiblemente al logro del interés general y al cumplimiento de los fines del Estado, dentro de los cuales se incluyen, claro esta, los de la entidad estatal contratante. Pudiera decirse que mientras el particular al contratar dispone de lo suyo, la administración al hacerlo persigue fines de interés general y compromete el patrimonio público, con todas las consecuencias que de ello se derivan en un Estado social de derecho.

De esta manera, la libertad negocial de los entes estatales no es absoluta ni igual a la de los particulares, pero bien pueden aquéllas acordar las condiciones específicas del contrato, determinadas por las necesidades del servicio²², sin perder de vista que la naturaleza del contrato celebrado por las entidades estatales no se aleja irremediamente de los principios del derecho público, por el hecho de estar sometido a las normas del derecho privado.

²² Pueden mencionarse algunas prerrogativas y poderes del Estado como la expropiación o extinción del dominio, la declaración de utilidad pública, la función social de la propiedad, etc., que implican imposiciones al particular y por tanto límites a su libertad negocial, como también lo son las nociones de orden público y de buenas costumbres

Dentro de este marco conceptual, el contenido del negocio jurídico está determinado por las declaraciones de voluntad de quienes concurren al mismo y, por tanto, tienen la disposición del bien o derecho, por la ley que regula el tipo - nominado o no - de contrato y la costumbre, siempre que no resulte contrario al orden público y a las buenas costumbres o caiga en el supuesto de una prohibición legal. Conviene recordar que en los negocios jurídicos, se distinguen, conforme a la ley, las cosas que son de su esencia, las que son de su naturaleza y las puramente accidentales (art. 1501 del C. Civil).

También debe recordarse que el denominado "convenio de asociación", al cual se refiere la consulta, en el cual se expresa "...que el vínculo existente derivado del convenio es eminentemente comercial y por ende estará regido por las normas consagradas en la legislación civil y comercial y demás disposiciones concordantes para este tipo de convenios", cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, el que implica varios actos -pluralidad de actos- en un tiempo determinado, constituye un contrato atípico, en el cual las partes han determinado las condiciones a las que se sujeta, con el fin de darle especialidad, y al cual se aplica el artículo 864 del Código de Comercio, según el cual " el contrato es un acuerdo de dos o más partes para constituir, regular o extinguir entre ellas una relación jurídica patrimonial...".

3. Da cuenta la consulta además, que desde el inicio del contrato, a la empresa social le fue imposible cumplir las obligaciones contraídas, dadas las condiciones económicas y técnicas adversas y "...aún en el evento de contar con el número mínimo de pacientes requeridos, los tiempos de atención impiden satisfacer el número mínimo de pacientes para que el convenio resulte viable". Fue así, como se procedió a reunir el Comité de coordinación, planteándose la posibilidad de terminar el contrato, quedando a cargo de la empresa social el

reconocimiento de los gastos en que incurrió el contratista para su perfeccionamiento, con miras a su ejecución, aduciendo "incumplimiento por parte de la entidad pública...".

Sin embargo, la empresa social se abstuvo de firmar el acta de terminación del contrato, por considerar improcedente el reconocimiento de sumas de dinero sin los respectivos soportes, "esto es de los documentos que acrediten el objeto y causa que genera la obligación a cargo de la entidad y se conviertan en los títulos idóneos para demostrar la exigibilidad del pago".

Ante esta decisión, entonces los contratistas particulares solicitan la conformación de los tribunales de arbitramento previstos en el contrato. Al contestar la demanda, las empresas sociales llaman en garantía a los representantes legales que suscribieron los convenios y "manifiestan que tratándose los aludidos convenios de una unión de esfuerzos encaminados a la prestación de un servicio público, cuando quiera que el número de pacientes requerido para satisfacer económicamente las condiciones de los convenios, así como la ausencia de estudios de factibilidad previos a su suscripción, evidencian la imposibilidad de continuar su ejecución, no se presenta incumplimiento de la entidad pública por negligencia o intención manifiesta de no cumplir, por cuanto que el convenio de asociación conlleva un riesgo conocido y asumido por las partes. Que ante la imposibilidad física y técnica de realizarlo y la desventaja económica para las Empresas Sociales del Estado en el evento de llevarlo a término, imponen su terminación sin que se encuentre acreditado el reconocimiento económico impetrado por los contratistas". (Resalta la Sala)

Finalmente, se aduce que previamente a la conformación de los tribunales de arbitramento, durante la etapa de la conciliación prearbitral, los representantes legales de las empresas sociales son instados a considerar posibles acuerdos conciliatorios, para resolver las diferencias suscitadas.

4. Pues bien, aunque, del texto de la consulta se desprende que las empresas sociales se encuentran surtiendo el trámite de procesos arbitrales, en los cuales la administración hubo de ejercer el derecho de defensa, mediante la presentación de las excepciones y alegatos pertinentes, la Sala considera conveniente hacer las siguientes breves y particulares reflexiones, señalando que conceptúa exclusivamente con fundamento en la información contenida en el texto de la consulta.

4.1 Como quiera que las condiciones esenciales específicas de un contrato atípico de asociación no están consagradas en la ley, es imperioso atenerse en primer lugar a las estipulaciones del convenio - a las que de manera resumida se refiere la consulta -, y además estarse a las normas generales que regulen objetos contractuales semejantes. Resulta así aplicable el artículo 822 del Código de Comercio, conforme al cual "los principios que gobiernan la formación de los actos y contratos y las obligaciones de derecho civil, sus efectos, interpretación, modo de extinguirse, anularse o rescindirse, serán aplicables a las obligaciones y negocios jurídicos mercantiles, a menos que la ley establezca otra cosa".

4.2 Conforme al artículo 1602 del Código Civil " todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales". Las normas generales de derecho

privado regulan las consecuencias que acarrea el hecho de no cumplirse satisfactoriamente el objeto de los contratos.

4.3 La responsabilidad contractual deriva de una relación jurídica concretada entre dos o más personas, en calidad de deudores y acreedores, que implica prestaciones.

Ella supone un contrato celebrado válidamente y un quebrantamiento de sus estipulaciones por una de las partes, por violación de las obligaciones previamente contraídas. El deudor que incumple o cumple defectuosamente, ocasiona perjuicios a la otra parte que usualmente deben ser indemnizados. La indemnización persigue reparar el daño efectivamente ocasionado, de lo cual depende su cuantía.

4.4 De manera general, la parte que se considera lesionada - siempre que el acuerdo no se perfeccione -, en desarrollo de los efectos derivados del principio de la buena fe, con la cual debe procederse en la fase precontractual -, tiene la oportunidad de pedir indemnización por la responsabilidad derivada del denominado "interés negativo", por los daños ocasionados, de orden material o moral - incluidos los gastos efectuados en el período preparatorio del contrato -, y que se concretan ante la frustración de éste (art. 863 del C. de Cio.). En este evento, como quiera que lo que se persigue no es el perfeccionamiento del contrato, sino la indemnización, precisamente por aquél haberse malogrado - lo que constituye el interés negativo a título de daño emergente, bien puede demandarse el reembolso de los gastos ocasionados con miras al perfeccionamiento del contrato.

Ahora, en el evento en que el negocio jurídico no se hubiese perfeccionado, nada obsta para que mediante conciliación y de estar cabalmente comprobados los gastos efectuados por la parte particular, ellos puedan ser reconocidos, sin perjuicio que, de conformidad con la ley, se efectúe una especie de compensación de los gastos en los que necesariamente debió incurrir la administración para cumplir sus propias obligaciones. La fuente que da origen a esos gastos está en los principios de buena fe e igualdad aplicados a la formación de los contratos, pero el título de reconocimiento de tales gastos, lo constituiría el acta de conciliación respectiva.

4.5 Así mismo, es preciso recordar que en la formación y ejecución del contrato las partes, por mutuo acuerdo, pueden ponerle fin por cualquier causa y, con mayor razón, con ocasión de las circunstancias acaecidas con posterioridad a su perfeccionamiento, que hicieron imposible su ejecución en la forma prevista en las cláusulas contractuales. Mas aun, la disolución del contrato mediante el otorgamiento expreso del consentimiento, no requiere de decisión judicial.

Lo anterior no elimina la posibilidad de su terminación por resolución judicial e incluso arbitral en caso de controversia, evento en el cual, las partes podrían alegar que la inejecución del contrato es proveniente de causas que tuvieron que ser conocidas por ambas partes, derivadas de estudios de factibilidad conjuntos, que a la postre fallaron. Claro está, que la parte interesada deberá contar con los elementos probatorios suficientes para demostrar que la responsabilidad es conjunta .

5. De igual manera se debe tener el derecho a la terminación o resolución del contrato. Por ello, si bien el artículo 1546 del Código Civil prescribe que "en los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio, o la resolución o el cumplimiento del contrato con indemnización de perjuicios", estima la Sala que dada la naturaleza empresarial de estos entes estatales, resultan adecuarse mejor a las reglas del derecho comercial. Por lo tanto, debe aplicarse de preferencia el artículo 870 del Código de Comercio, según el cual "en los contratos bilaterales, en caso de mora de una de las partes, podrá la otra pedir su resolución o terminación, con indemnización de perjuicios compensatorios, o hacer efectiva la obligación, con indemnización de los perjuicios moratorios".

Por ello, para que proceda la resolución debe estar plenamente probada la responsabilidad de la administración y a términos del artículo 1616 del Código Civil, los perjuicios que debe sufragar el deudor incumplido esta regulado de la siguiente manera:

"Si no se puede imputar dolo al deudor, sólo es responsable de los perjuicios que se previeron o pudieron preverse al tiempo del contrato; pero si hay dolo, es responsable de todos los perjuicios que fueron consecuencia inmediata o directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento.

"La mora producida por fuerza mayor o caso fortuito, no da lugar a indemnización de perjuicios". (Resalta la Sala)

Sin embargo, a pesar de que los contratos materia de consulta no están sujetos al régimen propio de los contratos estatales, sino al de derecho privado, estima esta Sala que como privilegio emanado de los fines del Estado, el eventual incumplimiento del órgano estatal se podría reducir, en algunos casos, a la resolución contractual con indemnización de perjuicios, por lo que no resultaría extraña, en estos casos, la jurisprudencia de la Sección Tercera de ésta Corporación, conforme a la cual no es procedente ordenar a la administración cumplir los contratos, obligarla a ejecutarlos, posición doctrinaria sustentada en el sustrato de todo contrato celebrado por las entidades estatales : el interés público, ante el cual el interés o el derecho individual deben ceder, por cuanto es la administración la que determina la conveniencia de proseguir o no el contrato, sin que sea dable al juez librarle "injonctions". Lo anterior implica, que en tratándose de esta contratación, cierto tipo de controversias (Vgr. las de incumplimiento por garantizar la continuidad del servicio público), sólo podría resolverse alrededor de la indemnización.²³

6. La teoría de la imprevisión resulta viable aplicarla en la ejecución de dichos contratos, voluntaria o judicialmente. Consagra el artículo 868 del Código de Comercio, así:

"Cuando circunstancias extraordinarias, imprevistas o imprevisibles, posteriores a la celebración de un contrato de ejecución sucesiva, periódica o diferida, alteren o agraven la prestación de futuro cumplimiento a cargo de una de las partes, en grado tal que le resulte excesivamente onerosa, podrá ésta pedir su revisión. El juez procederá a examinar las circunstancias que hayan alterado las bases del

²³ Ver BETANCUR JARAMILLO, Carlos. DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO. Cuarta Edición. Medellín : Señal Editora,1998,. Pág. 560.

contrato y ordenará, si ello es posible, los reajustes que la equidad indique; en caso contrario el juez decretará la terminación del contrato".

Pues, de este precepto, se deduce que los hechos que ameritan la revisión del contrato tienen carácter excepcional, su ocurrencia es posterior a su perfeccionamiento, no deben haber podido ser previstos por las partes, los cuales si no hacen imposible el cumplimiento lo tornan tan oneroso, que le hacen perder la finalidad al acuerdo. De allí que para su establecimiento sea imperativo analizar las circunstancias de ejecución, partiendo del alcance del compromiso obligacional, consistente en aportar determinado número de pacientes, como también la infraestructura física, los locales para montar los equipos, la organización y la administración de los servicios de salud acordados; pues para la doctrina, , la prestación debe ser posible; es imposible, en forma relativa, la prestación que no puede cumplir un deudor determinado.

Sostiene Enneccerus-Lehmann que " La imposibilidad no ha de confundirse con la mera dificultad. ' Pero si los obstáculos que se oponen a la prestación son tan grandes que solo pueden superarse con sacrificios, totalmente desproporcionados, entonces la consideración racional, ética y económica, que es la única que el derecho tiene en cuenta, tiene que considerar la prestación como imposible. El límite a estos efectos ha de determinarse conforme a la presunta intención de las partes y según la buena fe, teniendo en cuenta los usos del tráfico".

"Los jueces tienen un gran campo de investigación al estudiar la alegación que en forma de excepción ofrezca un deudor por ser su prestación imposible, desproporcionada o irracional".²⁴

7. De acuerdo con lo dicho, pueden las partes en estos contratos conciliar sus diferencias antes o durante el proceso, inclusive el arbitral (arts. 77, 80 y 121 de la ley 444 de 1998) y, en su defecto, corresponde a las empresas sociales en las actuaciones surtidas en defensa de sus intereses, ante las autoridades que corresponda, la obligación de plantear por vía adecuada, la situación concreta de inviabilidad del contrato, ante las condiciones técnicas y económicas que lo hacen imposible, o la que resulte procedente según el caso, lo cual compete exclusivamente a la parte interesada.

La Sala del consejo de estado en el citado concepto responde lo siguiente:

a) Sólo cuando las empresas sociales del Estado han pactado las cláusulas excepcionales o exorbitantes, a las que alude el numeral 6° del artículo 185 de la ley 100 de 1993, pueden ellas modificar unilateralmente las condiciones del contrato. Si contrariando esta limitación lo hacen, se someten a las reglas generales que regulan la ejecución y cumplimiento de los contratos.

b) Por fuera de las contingencias o riesgos inherentes a todo contrato, la igualdad o equivalencia de éste podría verse alterada por causas no imputables a quien resulte afectado. Esas causas pueden provenir de su modificación unilateral; o de

²⁴ Enneccerus-Lehmann. En : DERECHO CIVIL : De las obligaciones. Novena Edición. VALENCIA ZEA, Arturo Y ORTIZ MONSALVE, Álvaro. Santafé de Bogotá : Temis, 1999. Pág. 13.

aquellas que hacen aplicable la teoría de la imprevisión, reconocida por el Código de Comercio (art. 868), o de actuaciones de órganos del Estado en ejercicio de sus funciones. Será el juez competente - ordinario o árbitros - el encargado de resolver el asunto conforme a lo que se pruebe.

c) Si se prueba que la imposibilidad de cumplir el objeto del contrato se produce por razones exógenas, no previsibles con anterioridad a su celebración, y por tanto extraordinarias, de no existir acuerdo entre las partes para dirimir la controversia, corresponderá al juez establecer si existió concurrencia de culpas y el grado de responsabilidad que cabe a cada una de ellas. Siempre existirá la posibilidad, mediante el procedimiento de la conciliación, de compensar los gastos o de reconocer aquellos que resulten a favor de una de las partes, de conformidad con la ley.

d) Si existe acuerdo entre las partes podrán conciliarse las diferencias, asumiendo cada una de ellas los costos provenientes de una imprevisión que eventualmente puede ser compartida. De lo contrario será el juez competente quien decida el grado de culpa y la indemnización que corresponda.

e) La conciliación es procedente en la etapa pre arbitral, como también lo es en la arbitral, con la consecuencia del pago de los honorarios en este caso. La conciliación fijará las circunstancias que dieron origen a las diferencias y el alcance de la materia conciliada.

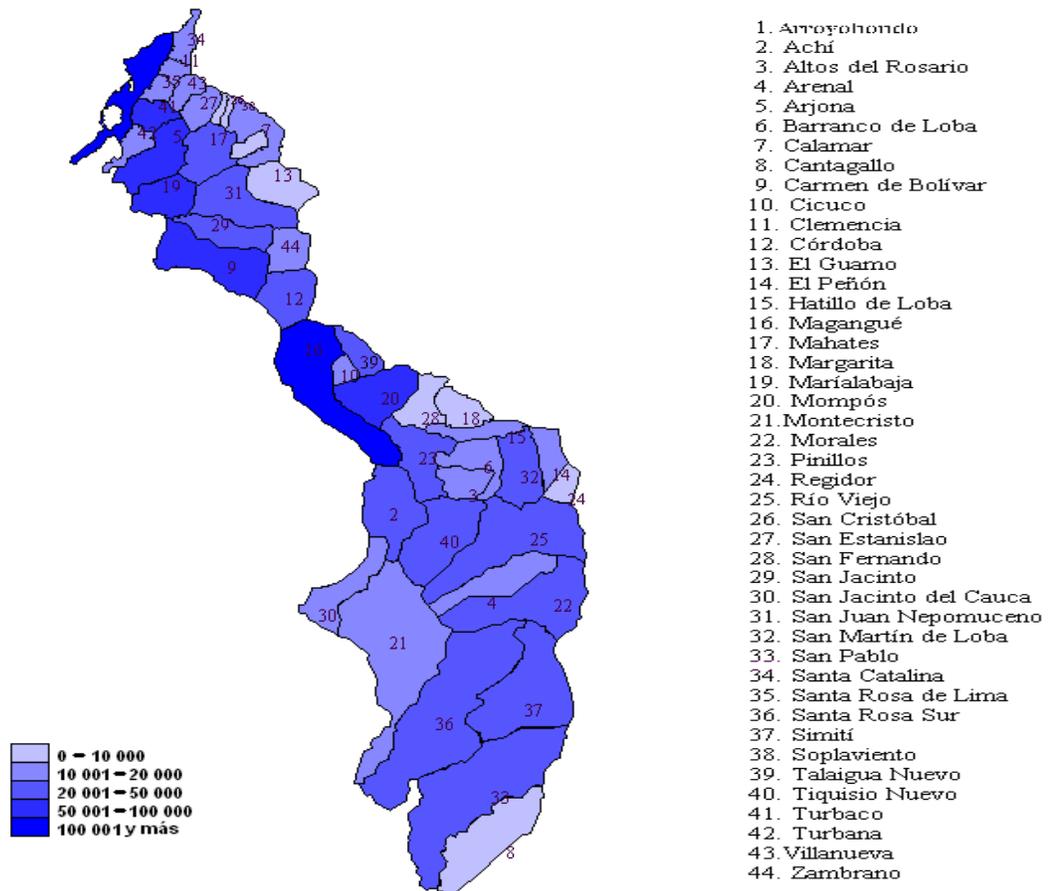
La materia de la conciliación puede referirse a los gastos causados y pagados por ambas partes, así como a las compensaciones que ordena la ley o que voluntariamente se acuerden, conforme a lo probado.

f) La responsabilidad patrimonial personal y las causales de exoneración de los agentes del Estado que intervinieron en el proceso de contratación se encuentran consagradas en la ley y la decisión al respecto corresponderá al tribunal de arbitramento, el que tendrá en cuenta la eventual conciliación realizada.

g) Como quiera que la cláusula compromisoria deroga la jurisdicción ordinaria competente y permite al tribunal de arbitramento asumir la jurisdicción arbitral, corresponde a ésta no solo interpretar sino fijar la competencia que le otorga dicha cláusula. En desarrollo de esa competencia y en virtud de la eventual conciliación, corresponde al tribunal precisar y dar alcance a su competencia cuando se escinde la pretensión principal que dio origen al tribunal con la pretensión que surge del llamamiento en garantía.

5. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO

Municipios Del Departamento De Bolívar



Población del departamento de Bolívar 2010

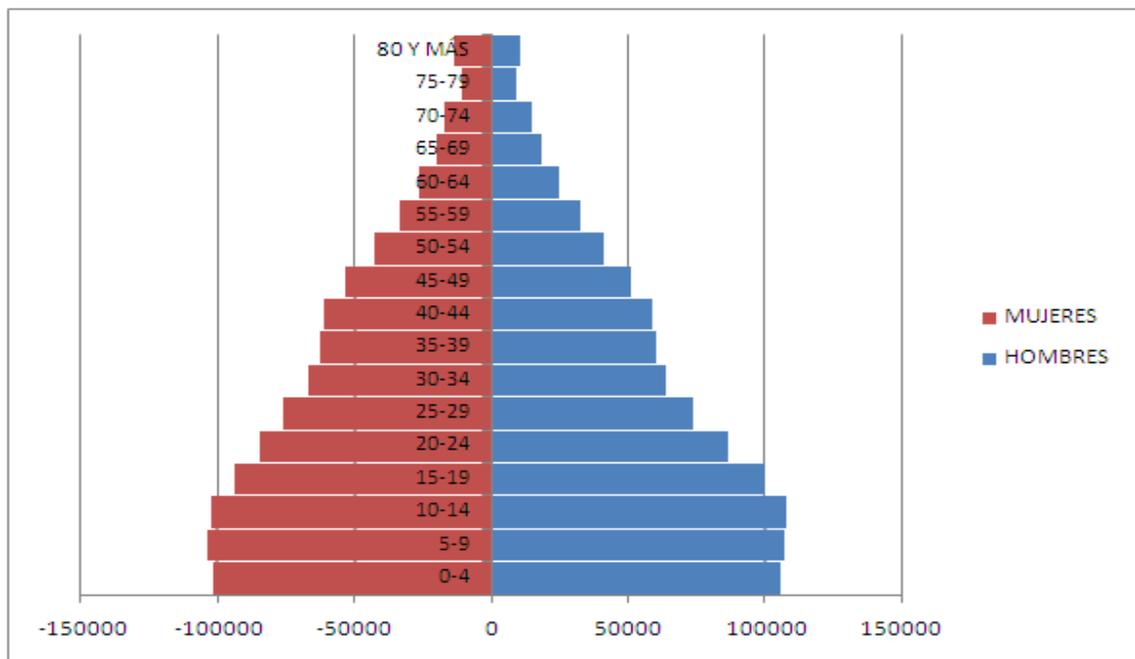
Población general por área

Código municipio	Municipio	TOTAL	AREA URBANA	ÁREA RURAL
13001	Cartagena	923.219	876.334	46.885
13006	Achí	20.585	3.547	17.038
13030	Altos del Rosario	11.982	6.247	5.735
13042	Arenal	16.338	4.297	12.041
13052	Arjona	63.736	50.080	13.656
13062	Arroyohondo	9.091	5.639	3.452
13074	Barranco de Loba	15.835	5.259	10.576
13140	Calamar	21.394	11.758	9.636
13160	Cantagallo	8.206	3.542	4.664
13188	Cicuco	11.075	7.045	4.030
13212	Córdoba	12.823	3.378	9.445
13222	Clemencia	11.900	9.332	2.568
13244	El Carmen de Bolívar	69.714	52.638	17.076
13248	El Guamo	7.770	4.203	3.567
13268	El Peñón	8.231	3.063	5.168
13300	Hatillo de Loba	11.544	2.984	8.560
13430	Magangué	121.727	81.721	40.006
13433	Mahates	23.667	8.955	14.712
13440	Margarita	9.449	1.659	7.790
13442	María La Baja	45.949	18.656	27.293
13458	Montecristo	18.101	8.283	9.818
13468	Mompós	42.133	23.548	18.585
13473	Morales	19.230	5.173	14.057
13549	Pinillos	23.322	2.479	20.843
13580	Regidor	9.265	3.447	5.818
13600	Río Viejo	21.631	6.754	14.877
13620	San Cristóbal	6.566	5.095	1.471
13647	San Estanislao	15.530	11.183	4.347
13650	San Fernando	13.154	2.790	10.364
13654	San Jacinto	21.474	19.939	1.535
13655	San Jacinto del Cauca	11.601	2.949	8.652
13657	San Juan Nepomuceno	32.660	24.660	8.000
13667	San Martín de Loba	14.960	6.259	8.701
13670	San Pablo	28.668	23.518	5.150
13673	Santa Catalina	12.332	4.423	7.909
13683	Santa Rosa	19.393	12.921	6.472
13688	Santa Rosa del Sur	36.209	16.396	19.813
13744	Simití	19.034	7.618	11.416
13760	Soplaviento	8.314	8.039	275
13780	Talaigua Nuevo	11.148	5.050	6.098
13810	Tiquisio	19.597	4.867	14.730
13836	Turbaco	65.576	60.288	5.288
13838	Turbaná	13.862	12.534	1.328
13873	Villanueva	18.153	16.413	1.740
13894	Zambrano	11.168	9.999	1.169

Población Bolívar por grupos etarios 2010

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	1,979,781	989,732	990,049
0-4	206,586	105,538	101,048
5-9	206,380	105,051	101,329
10-14	210,323	107,088	103,235
15-19	198,570	102,767	95,803
20-24	175,631	89,914	85,717
25-29	154,697	76,551	78,146
30-34	134,463	65,923	68,540
35-39	121,184	59,497	61,687
40-44	120,434	59,021	61,413
45-49	110,248	54,232	56,016
50-54	91,063	44,476	46,587
55-59	70,912	35,168	35,744
60-64	56,198	27,384	28,814
65-69	40,444	19,568	20,876
70-74	33,596	15,807	17,789
75-79	23,787	10,745	13,042
80 Y MÁS	25,265	11,002	14,263

Pirámide poblacional de Bolívar 2010



**Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para Bolívar
2005**

INDICADORES	REGION ATLANTICA	
	Bolívar	Región
INDICADORES DE POBLACIÓN DANE 1		
Población total (miles)	2.231,16	9.937,70
Población urbana (porcentaje) 2	69,39	71,12
Crecimiento natural (porcentaje)	20,66	n.d.
Nacimientos (por 1.000 habitantes)	25,54	n.d.
Defunciones (por 1.000 habitantes)	4,88	n.d.
Esperanza de vida al nacer (años): Total	73,83	n.d.
Hombres	71,07	n.d.
Mujeres	76,59	n.d.
Población menor de 15 años (%)	33,62	33,21
Población de 65 años y más (%)	4,51	4,52
ENDS-2005: POBLACION MUESTRA SIN PONDERAR		
Hogares	1.173	9.130,00
Población total (de-facto)	5.492	41.689,00
Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 13 a 49 años	1.451	11.261,00
Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 15 a 49 años***	1.337	10.414,00
Mujeres de 18 a 69 años (para citología vaginal)	1.379	10.753,00
Niños nacidos en los últimos 5 años	497	4.273,00
Niños vivos de 12 a 23 meses	111	851,00
POBREZA Y JEFATURA DE HOGARES		
NBI: Hogares pobres con una o más NBI (%) 3	67,10	70,40
Índice de riqueza: quintiles más bajo, bajo y medio 4	72,70	74,90
Hogares en niveles 1 y 2 del SISBEN (%) 5	80,10	76,80
Estratos para cobro de energía "SE", 1 y 2: 6	83,30	80,00
Hogares con jefe mujer (%)	29,92	28,00
EDUCACION Y TRABAJO DE LAS MUJERES		
Niñas asisten a la escuela primaria (Tasa bruta)	101,60	95,90
Niñas asisten a la escuela secundaria (Tasa bruta)	85,30	88,50
Índice de paridad de género en primaria 7	0,98	0,97
Índice de paridad de género en secundaria 7	1,04	1,06
MEF analfabetas (%)	4,60	5,50
MEF con secundaria y más	75,70	72,50
MEF que trabajan actualmente (%)	42,90	45,00
NUPCIALIDAD Y OTROS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas	51	53,00
Porcentaje de mujeres unidas alguna vez	68	69,00
Solteras que nunca han tenido relaciones sexuales	20,30	18,80
Para mujeres 25-49 años:		
Edad mediana a la primera relación sexual	18,90	18,70
Edad mediana a la primera unión	21,40	20,90
Edad mediana al primer nacimiento	20	22,00
FECUNDIDAD		
Tasa de fecundidad total (global) 8	2,60	2,70
Tasa general de fecundid. (nacimientos x mil MEF)	91	95,00
Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres 40-49	3,30	3,30
Tasa de fecundidad de 15-19 años (Nac. X mil adol.)	90	88,00
Mujeres 15-19 años han estado embarazadas (%)	20	19,00
Tasa de fecundidad de 40-44 años	14,00	17,00

INDICADORES	REGION ATLANTICA	
	Bolivar	Región
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS		
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:		
Que no desea tener más hijos (incluye esterilizadas)	67,20	67,70
Número medio ideal de hijos para las MEF	2,50	2,50
Tasa de fecundidad deseada 9	1,90	1,90
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
Mujeres en unión que están usando métodos:	74,30	70,40
Esterilización femenina	37,10	34,00
Dispositivo Intrauterino (DIU)	3,30	4,40
Píldora	12,10	10,00
Condón	4,70	4,90
Inyecciones	6,30	5,00
Métodos vaginales	0,10	0,30
Retiro	3,90	4,70
Ritmo o abstinencia periódica	3,50	4,00
Otros métodos	3,30	3,10
No en unión con vida sexual activa usan <u>métod.</u> (%)	72	72,00
MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 10		
Tasa de mortalidad infantil (por mil) 11	16	23,00
Tasa de mortalidad de < 5 años (por mil) 12	24	29,00
ATENCIÓN MATERNA		
Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron 13:		
Atención médica o de enfermera en el embarazo	93,80	89,90
Atención médica o en <u>inst.</u> salud durante el parto	92,80	88,30
VACUNACIÓN 10, 14		
Niños 12 a 23 meses de edad con carné de <u>vac.</u> (%)	75	73,60
Niños 12 a 23 meses de edad que han recibido (%)		
BCG	96,00	94,00
DPT (las tres dosis)	79,00	75,00
Polio (las tres dosis)	70,00	64,00
Sarampión	80,00	76,00
Todas las vacunas 15	57,00	51,00
PREVALENCIA ENFERMEDADES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (dos semanas antes de la encuesta)		
Porcentaje de niños con diarrea 16	20,00	16,00
Porcentaje de niños enfermos con IRA 17	9	12,00
LACTANCIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL		
Duración media de la lactancia (en meses) 18	14	14,00
Desnutrición crónica en N<5 años (%) 19	13,50	13,60
Desnutrición global N<5 años (%) 20	9,90	9,60
Desnutrición aguda N<5 años (%) 21	1,10	1,20
NUTRICIÓN DE LAS MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS		
Porcentaje de madres con talla menor de 145 <u>cms.</u>	1,40	1,70
ÍMC menor de 18.5 (kg/m ²) (delgadas) 22	10,70	9,60
ÍMC mayor o igual a 25 (kg/m ²) (obesas) 22	33	36,20
NUTRICIÓN DE NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS DE AMBOS SEXOS		
Niños 5-9 años con baja talla para la edad (%)	12,70	15,20
Niños 5-9 años con bajo peso para la edad (%)	9,10	8,90
Niños con exceso de peso para la talla (%)	2,40	3,50
Jóvenes 10-17 años con baja talla para la edad (%)	14,30	16,70
Jóvenes 10-17 años con bajo peso para la edad (%)	9,70	9,80

INDICADORES	REGIÓN ATLÁNTICA	
	Bolívar	Región
Adultos de 18-64 años con delgadez (%)	7,70	6,60
Adultos de 18-64 años normales (%)	54,60	52,60
Adultos de 18-64 años con sobrepeso (%)	25,90	28,50
Adultos de 18-64 años con obesidad (%)	11,80	12,30
VIH-SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)		
Sabe que el condón evita contagio del SIDA (%)	78,90	75,50
Mujeres en unión se creen en riesgo de infecc. (%)	18,10	18,00
Mujeres que se han hecho la prueba del SIDA (%)	13,30	17,40
Mujeres no han oído acerca de ITS (%)	13,50	17,20
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		
Mujeres unidas alguna vez que han sufrido violencia por parte del cónyuge:		
Violencia verbal	24,00	22,00
Violencia psicológica	28,00	31,40
Violencia física (Incluye violación)	32,00	32,00
Violencia fís. resultó en lesión física o psicológica	77	83,00
Violación de otra persona diferente al cónyuge	4	4,00
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		
Mujeres y hombres afiliada(o)s al SGSSS, por institución (%):		
ISS	4,00	4,50
EPS diferentes al ISS	19,00	20,00
ARS	34,00	32,00
Otros sistemas y NS	4,00	3,50
No afiliadas	39,00	40,00
CITOLOGÍA VAGINAL Y MAMOGRAFÍA		
Mujeres de 18-69 años se han hecho C.V. (%)	79	79,00
Última C.V. resultó anormal (%)	11,00	11,00
Mujeres 18-69 años se han hecho mamografía (%)	13	12,00
Última mamografía resultó anormal (%)	8	13,00

6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO POR MUNICIPIO

Personas enfermas y causas de enfermedad 2010

MUNICIPIO	% PERSONAS ENFERMAS EN EL ÚLTIMO MES (p=0,05)	PERSONAS ENFERMAS EL ÚLTIMO MES	PERSONAS ENFERMAS EN EL AÑO	Nº PERSONAS ENFERMAS X ENF. GENERAL	Nº PERSONAS ENFERMAS POR ACCIDENTE	Nº PERSONAS CON PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS
CLEMENCIA	12,348	858	10.236	8.968	546	824
EL GUAMO	12,540	891	10.692	9.313	567	855
REGIDOR	12,568	704	8.448	7.358	448	676
SAN CRISTOBAL	12,705	428	5.136	4.473	272	411
VILLANUEVA	12,183	1.078	12.936	11.267	686	1.035
		3.959	47.508	41.379	2.518	3.801

Cálculos del autor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Demanda potencial de servicios de mediana y alta complejidad 2010

MUNICIPIO	Nº INGRESOS HOSPITALARIOS AL AÑO	TOTAL ESTANCIAS HOSPITALARIAS AL AÑO	TOTAL ESTANCIAS POR COMPLICACIONES DEL EMBRAZO	TOTAL INGRESOS POR CIRUGÍA	TOTAL ESTANCIAS POR CIRUGÍA	TOTAL ESTANCIAS POR ENFERMEDAD	TOTAL INGRESOS POR TRAUMA O ACCIDENTE	TOTAL ESTANCIAS POR ACCIDENTE O TRAUMA
CLEMENCIA	395	1.862	488	87	410	783	43	201
EL GUAMO	405	1.904	499	89	419	781	44	206
REGIDOR	289	1.264	282	47	220	647	24	115
SAN CRISTÓBAL	192	902	236	42	198	370	21	97
VILLANUEVA	804	2.371	621	111	522	972	84	256
	1.766	8.302	2.126	376	1.768	3.533	186	875

Cálculos del autor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Uso de métodos anticonceptivos 2010

MUNICIPIO	Nº ADOLESCENTES ACTUALMENTE EMBARAZADAS	MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	MUJERES CON DIU (14%)	MUJERES QUE USAN PÍLDORA	MUJERES QUE SE ESTERILIZAN	OTROS MÉTODOS	Nº MEF CON ESTERILIZACIÓN FEMERINA	Nº MEF QUE USAN PÍLDORA	Nº MEF CON DIU
CLEMENCIA	14	1.183	166	142	497	367	784	266	70
EL GUAMO	14	1.210	169	145	508	375	802	261	71
REGIDOR	11	954	134	114	401	296	632	206	56
SAN CRISTOBAL	7	573	80	69	241	178	330	124	34
VILLANUEVA	18	1.506	211	181	632	467	998	325	89
	63	5.426	760	651	2.279	1.682	3.595	1.172	320

Cálculos del autor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Las mujeres que usan métodos anticonceptivos son el 56% de las MEF. De estas, el 14% utilizan DIU, 12,1% utilizan píldora, 37,2% se esterilizan y el 31% utilizan otros métodos.

Mujeres actualmente embarazadas

MUNICIPIO	MEF ACTUALMENTE EMBARAZADAS	Nº ADOLESCENTES ACTUALMENTE EMBARAZADAS
CLEMENCIA	108	14
EL GUAMO	110	14
REGIDOR	87	11
SAN CRISTOBAL	52	7
VILLANUEVA	137	18
	494	63

Cálculos del autor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Las mujeres actualmente embarazadas representan el 5,1% de las MEF y el 4,3% de las adolescentes.

Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil 2010

MUNICIPIO	MUERTES NEONATALES	MUERTES INFANTILES	MUERTES POSTNEONATALES	MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS
CLEMENCIA	2	3	1	5
EL GUAMO	2	3	1	5
REGIDOR	2	2	1	4
SAN CRISTOBAL	1	1	0	2
VILLANUEVA	3	4	1	6
	10	14	4	21

ENDS 2005

MORTALIDAD NEONATAL (X 1000 NV)	11
MORTALIDAD INFANTIL (X 1000 NV)	16
MORTALIDAD POSTNEONATAL (X 1000 NV)	5
MORTALIDAD DE LA NINEZ (X 1000 menores de 5 años)	24

Casos de sida 2010

MUNICIPIO	TOTAL CASOS SIDA
CLEMENCIA	3
EL GUAMO	3
REGIDOR	2
SAN CRISTOBAL	1
VILLANUEVA	3
	12

Tasa de prevalencia 21,5 por 100.000 hab.

Riesgos Cardiovasculares 2010

MUNICIPIO	HIPERTENSOS 20% TASA DE PREVALENCIA	HIPERTENSOS NO TRATADOS (47%)	HIPERTENSOS TRATADOS	DIABÉTICOS	DIABÉTICOS DISLIPIDÉMICOS	DIABÉTICOS HIPERTENSOS CON FRAMINGHAM DE ALTO RIESGO (20% 5 AÑOS)	ACV O IAM EN DIABÉTICOS HIPERTENSOS DISLIPIDÉMICOS	IRC 15% DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS
CLEMENCIA	1.390	653	737	497	318	273	6	4
EL GUAMO	1.421	668	763	508	326	279	6	4
REGIDOR	1.121	527	594	401	267	220	4	3
SAN CRISTOBAL	673	316	357	241	154	132	3	2
VILLANUEVA	1.770	832	938	633	406	348	7	5
	6.375	2.996	3.379	2.279	1.461	1.253	25	19

Insuficiencia renal 2010

MUNICIPIO	Prevalencia IRC x 10.000 hab	Pacientes con IRC
CLEMENCIA	3,44	4
EL GUAMO	5,40	4
REGIDOR	3,57	3
SAN CRISTOBAL	3,02	2
VILLANUEVA	2,88	5
		19

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Perfil nutricional 2010

MUNICIPIO	< 5 AÑOS CON DESNUTRICION	NIÑOS DE 5-9 AÑOS CON DESNUTRICIÓN	Nº MEF CON SOBREPESO IMC 25-29,9	Nº MEF OBESAS II IMC 30-39,9	Nº MEF OBESAS GRADO III IMC >= 40	Nº TOTAL MEF SOBREPESO U OBESAS	POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO I	POBLACION 18-64 AÑOS	POBLACION 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO III
CLEMENCIA	72	91	488	230	11	729	1.437	578	31
EL GUAMO	73	93	499	236	11	746	1.470	592	32
REGIDOR	58	73	407	172	10	589	1.159	466	25
SAN CRISTOBAL	35	44	237	112	5	353	696	280	15
VILLANUEVA	91	116	621	293	13	928	1.830	737	40
	328	418	2.252	1.043	50	3.345	6.592	2.653	143

Encuesta Nacional de Demografía y Salud

% DESNUTRICIÓN GLOBAL < 5 AÑOS	9,9
% DESNUTRICIÓN GLOBAL NIÑOS 5-9 AÑOS	12,7
% MEF CON SOBREPESO IMC 25-29,9	10,9
% MEF OBESAS GRADO III IMC >= 40	0,5
% TOTAL MEF SOBREPESO U OBESAS	34,5
POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO I	32,3
POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO II	13%
POBLACIÓN 18-64 AÑOS OBESIDAD GRADO III	0,7

CLEMENCIA

Morbilidad

	DIAGNÓSTICO	CASOS	PREVALENCIA
1	INFECCION RESPIRATORIA	2.960	248,73
2	INFECCION URINARIA	1.536	129,05
3	PARASITOSIS INTESTINAL	1.400	117,68
4	ARTRITIS	732	61,51
5	DIARREA	454	38,11
6	ABSCESO Y CELULITIS	422	35,44
7	ANEMIA	374	31,43
8	DERMATOMICOSIS	342	28,75
9	ENFERMEDAD AC	342	28,75
10	ASMA	286	24,07
11	AMIGDALITIS AGUDA	271	22,73
12	CONJUNTIVITIS	215	18,05
13	SINUSITIS	167	14,04
14	OTITIS MEDIA	95	8,02
15	ESCABIOSIS	88	7,35
16	OTITIS EXTERNA	80	6,69
17	VAGINITIS Y	80	6,69
18	DERMATITIS	64	5,35
19	FARINGITIS	64	5,35
20	HIPERTENSION ARTERIAL	56	4,68
21	AMENAZA DE PARTO	40	3,34

22	CALCULO RENAL	40	3,34
23	AMENAZA DE ABORTO	24	2,01

	DIAGNÓSTICO	CASOS	PREVALENCIA
24	BRONQUITIS	24	2,01
25	HIPERPLASIA DE LA	24	2,01
26	CANDIDIASIS ORAL	16	1,34
27	CATARATA	16	1,34
28	EPOC	16	1,34
29	MIOPIA	16	1,34
30	COLELITIASIS	8	0,67
31	DISLIPIDEMIA	8	0,67
32	EPILEPSIA	8	0,67
33	INSUFICIENCIA CARDIACA	8	0,67
34	NEUMONIA	8	0,67
35	TRASTORNO VISUAL	8	0,67
36	VAGINOSIS	8	0,67
		10.296	

Registro individual de prestación de servicios 2010

Mortalidad

Áreas y grupos de edad (años)	Sexo															
	Total				Hombre				Mujer				No Informa			
	Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción			
	Tota	SI	NO	No Informa	Tota	SI	NO	No Informa	Tota	SI	NO	No Informa	Tota	SI	NO	No Informa
Total	23	17	6	-	16	12	4	-	7	5	2	-	-	-	-	-
0 a 4	4	2	2	-	2	1	1	-	2	1	1	-	-	-	-	-
5 a 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 a 24	4	3	1	-	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 29	3	3	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 a 44	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

45 a 49	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
55 a 59	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
60 a 64	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 a 69	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 a 74	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
75 a 79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80 a 84	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
85 a 89	2	2	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
90 a 94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95 a 99	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100 a 104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105 a 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 a 115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE

EL GUAMO

Morbilidad

	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA X	NºCASO
1	INFECCION RESPIRATORIA	347,36	2699
2	INFECCION URINARIA	207,46	1612
3	HIPERTENSION ARTERIAL	133,20	1035
4	ENFERMEDAD AC	80,57	626
5	PARASITOSIS INTESTINAL	77,99	606
6	DIARREA	62,16	483
7	DERMATITIS	54,44	423
8	ASMA	43,76	340
9	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	35,26	274
10	OTITIS MEDIA	32,69	254
11	ANEMIA	31,66	246
12	DISLIPIDEMIA	31,66	246
13	FARINGITIS	25,74	200
14	ARTRITIS	24,71	192
15	DERMATOMICOSIS	24,71	192
16	ABSCESO Y CELULITIS	18,02	140
17	ESCABIOSIS	18,02	140
18	AMIGDALITIS AGUDA	15,83	123
19	NEUMONIA	13,64	106
20	EPILEPSIA	11,07	86

21	CONJUNTIVITIS	9,91	77
22	SINUSITIS	9,14	71
23	ENFERMEDAD PELVICA	8,88	69
24	CANDIDIASIS ORAL	6,95	54
25	COLITIS	6,56	51
26	DIABETES	6,56	51
27	EPOC	5,53	43
28	CALCULO RENAL	4,76	37
29	CATARATA	4,76	37
30	CISTITIS AGUDA	3,99	31
31	PTERIGION	3,73	29
32	MIOPIA	2,96	23
33	DESNUTRICION	2,57	20
34	AMENAZA DE ABORTO	2,19	17
35	COLELITIASIS	1,80	14

	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA X	NºCASO
36	BRONQUITIS	1,42	11
37	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1,42	11
38	SINDROME NEFROTICO	1,42	11
39	AMENAZA DE PARTO	0,77	6
40	OTITIS EXTERNA	0,39	3
	Total general		10692

Registro individual de prestación de servicios 2010

Mortalidad

Áreas y grupos de edad (años)	Sexo															
	Total				Hombre				Mujer				No Informa			
	Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción			
	Tota	SI	NO	No Infor ma	Tota	SI	NO	No Infor ma	Tota	SI	NO	No Infor ma	Total	SI	NO	No Infor ma
Total	23	20	3	-	16	14	2	-	7	6	1	-	-	-	-	-
0 a 4	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	2	2	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
20 a 24	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
25 a 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

40 a 44	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 a 49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 a 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60 a 64	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 a 69	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 a 74	4	3	1	-	3	2	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
75 a 79	3	2	1	-	2	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
80 a 84	3	2	1	-	1	-	1	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-
85 a 89	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90 a 94	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE

REGIDOR

Morbilidad

	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA	CASOS
1	INFECCION RESPIRATORIA	169,39	1569
2	INFECCION URINARIA	117,93	1093
3	ENFERMEDAD AC	74,51	690
4	DIARREA	52,53	487
5	HIPERTENSION ARTERIAL	52,53	487
6	ANEMIA	49,32	457
7	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	49,32	457
8	PARASITOSIS INTESTINAL	35,38	328
9	ASMA	33,24	308

	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA	CASOS
10	ABSCESO Y CELULITIS	24,66	228
11	ESCABIOSIS	23,05	214
12	AMIGDALITIS AGUDA	22,51	209
13	ARTRITIS	22,51	209
14	VAGINOSIS	17,15	159
15	BRONQUITIS	16,08	149
16	DERMATITIS	16,08	149
17	CONJUNTIVITIS	14,47	134
18	DERMATOMICOSIS	14,47	134
19	CALCULO RENAL	12,33	114

20	CISTITIS AGUDA	9,65	89
21	OTITIS EXTERNA	9,65	89
22	OTITIS MEDIA	9,65	89
23	FARINGITIS	8,58	79
24	NEUMONIA	8,58	79
25	SINUSITIS	7,50	70
26	INSUFICIENCIA CARDIACA	6,97	65
27	DIABETES	6,43	60
28	EPILEPSIA	4,29	40
29	EPOC	4,29	40
30	DESNUTRICION	3,75	35
31	AMENAZA DE PARTO	2,68	25
32	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	2,68	25
33	CATARATA	2,14	20
34	AMENAZA DE ABORTO	1,61	15
35	CANDIDIASIS ORAL	1,07	10
36	INFARTO AGUDO DEL	1,07	10
37	MIOPIA	1,07	10
38	COLELITIASIS	0,54	5
39	COLITIS	0,54	5
40	ENFERMEDAD PELVICA	0,54	5
41	SINDROME NEFROTICO	0,54	5
42	VIH/SIDA	0,54	5
			8448

Registro individual de prestación de servicios 2010

Mortalidad

Áreas y grupos de edad (años)	Sexo															
	Total				Hombre				Mujer				No Informa			
	Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción			
	Total	SI	NO	No Infor ma	Total	SI	NO	No Infor ma	Total	SI	NO	No Infor ma	Total	SI	NO	No Infor ma
Regidor				Infor ma												
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0 a 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

40 a 44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 a 49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 a 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60 a 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 a 69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 a 74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75 a 79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80 a 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 a 89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90 a 94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95 a 99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100 a 104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105 a 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 a 115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE

SAN CRISTOBAL

Morbilidad

	DIAGNÓSTICO	CASOS	PREVALENCIA X
1	INFECCION RESPIRATORIA	1477	224,95
2	INFECCION URINARIA	766	116,66
3	PARASITOSIS INTESTINAL	699	106,46
4	ARTRITIS	365	55,59
5	DIARREA	226	34,42
6	ABSCESO Y CELULITIS	210	31,98
7	ANEMIA	187	28,48
8	DERMATOMICOSIS	171	26,04
9	ENFERMEDAD AC	171	26,04
10	ASMA	143	21,78
11	AMIGDALITIS AGUDA	135	20,56
12	CONJUNTIVITIS	107	16,30
13	SINUSITIS	83	12,64
14	OTITIS MEDIA	48	7,31
15	ESCABIOSIS	44	6,70
16	OTITIS EXTERNA	40	6,09
17	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	40	6,09
18	DERMATITIS	32	4,87
19	FARINGITIS	32	4,87
20	HIPERTENSION ARTERIAL	28	4,26
21	AMENAZA DE PARTO	20	3,05
22	CALCULO RENAL	20	3,05
23	AMENAZA DE ABORTO	12	1,83
24	BRONQUITIS	12	1,83
25	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	12	1,83
26	CANDIDIASIS ORAL	8	1,22
27	CATARATA	8	1,22

28	EPOC	8	1,22
29	MIOPIA	8	1,22
30	COLELITIASIS	4	0,61
31	DISLIPIDEMIA	4	0,61
32	EPILEPSIA	4	0,61
33	INSUFICIENCIA CARDIACA	4	0,61
34	NEUMONIA	4	0,61
35	TRASTORNO VISUAL	4	0,61
36	VAGINOSIS	4	0,61
		5136	782,21

Registro individual de prestación de servicios 2010

Mortalidad

Áreas y grupos de edad (años)	Sexo															
	Total				Hombre				Mujer				No Informa			
	Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción			
	Tot al	SI	NO	No Info rma	Tot al	SI	NO	No Info rma	Tot al	SI	NO	No Info rma	Tot al	SI	NO	No Info rma
Regidor																
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0 a 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 a 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 a 44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 a 49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 a 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60 a 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 a 69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 a 74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75 a 79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80 a 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 a 89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90 a 94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95 a 99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100 a 104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105 a 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 a 115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE

VILLANUEVA

Morbilidad

	DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA X 1.000	NºCASOS
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	16,42	2.981
2	INFECCION URINARIA	10,12	1.838
3	HIPERTENSION ARTERIAL	6,63	1.204
4	ENFERMEDAD AC	4,16	755
5	PARASITOSIS INTESTINAL	4,04	734
6	DIARREA	3,30	600
7	DERMATITIS	2,95	535
8	ASMA	2,45	444
9	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	2,05	373
10	OTITIS MEDIA	1,94	352
11	ANEMIA	1,89	344
12	DISLIPIDEMIA	1,89	343
13	FARINGITIS	1,60	291
14	ARTRITIS	1,55	282
15	DERMATOMICOSIS	1,55	281
16	ABSCESO Y CELULITIS	1,22	222
17	ESCABIOSIS	0,94	170
18	AMIGDALITIS AGUDA	0,83	150
19	NEUMONIA	0,72	131
20	EPILEPSIA	0,59	108
21	CONJUNTIVITIS	0,53	97
22	SINUSITIS	0,49	89
23	ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	0,47	86
24	CANDIDIASIS ORAL	0,38	68
25	COLITIS	0,35	64
26	DIABETES	0,35	63
27	EPOC	0,29	53
28	CALCULO RENAL	0,25	46
29	CATARATA	0,22	41
30	CISTITIS AGUDA	0,19	34
31	PTERIGION	0,18	32
32	MIOPIA	0,14	25
33	DESNUTRICION	0,12	22
34	AMENAZA DE ABORTO	0,10	19
35	COLELITIASIS	0,08	15
36	BRONQUITIS	0,07	12

37	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	0,07	12
38	SINDROME NEFROTICO	0,07	12
39	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	0,04	7
40	OTITIS EXTERNA	0,02	3
	Total general		12.936

Registro individual de prestación de servicios 2010

Mortalidad

Áreas y grupos de edad (años)	Sexo															
	Total				Hombre				Mujer				No Informa			
	Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción				Certificado de defunción			
	Tota	SI	NO	No Informa	Tota	SI	NO	No Informa	Tota	SI	NO	No Informa	Tota	SI	NO	No Informa
Total	33	23	10	-	18	10	8	-	15	13	2	-	-	-	-	-
0 a 4	11	8	3	-	5	3	2	-	6	5	1	-	-	-	-	-
5 a 9	2	1	1	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 a 24	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 29	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 39	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
40 a 44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 a 49	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 a 54	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
55 a 59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60 a 64	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 a 69	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 a 74	3	2	1	-	1	1	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-
75 a 79	3	3	-	-	1	1	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-
80 a 84	5	3	2	-	4	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-
85 a 89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90 a 94	2	1	1	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
95 a 99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100 a 104	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105 a 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 a 115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE

7. CONSUMO DE SERVICIOS POR MUNICIPIO 2010

Programa de prevención del Ca de cérvix 2010

MUNICIPIO	Citología Cervicouterina
CLEMENCIA	332
EL GUAMO	340
REGIDOR	268
SAN CRISTOBAL	162
VILLANUEVA	423
	1.526

Registro individual de prestación de servicios 2010

Programa ampliado de inmunizaciones

MUNICIPIO	Aplicación de BCG	Aplicación de antihepatitis B.	Aplicación de DPT	Aplicación de antipolio	Aplicación conjugada contra H influenza	Aplicación de Td o TT	Aplicación Triple Viral
CLEMENCIA	179	484	484	484	484	3.106	179
EL GUAMO	183	495	495	495	495	3.177	183
REGIDOR	144	390	390	390	390	2.503	144
SAN CRISTOBAL	87	234	234	234	234	1.505	87
VILLANUEVA	228	616	616	616	616	3.953	228
	822	2.219	2.219	2.219	2.219	14.244	822

Registro individual de prestación de servicios 2010

Programa de Planificación Familiar 2010

MUNICIPIO	Consulta de planificación familiar	Consulta de control de planificación familiar	Suministro de anovulatorios	Aplicación de dispositivo intrauterino	Consulta de planificación familiar hombres	Consulta de control de planificación familiar hombres
CLEMENCIA	1.124	1.124	1.704	166	8	8
EL GUAMO	1.150	1.150	1.743	169	9	9
REGIDOR	906	906	1.373	134	7	7
SAN CRISTOBAL	545	545	826	80	4	4
VILLANUEVA	1.431	1.431	2.168	211	11	11
	5.155	5.155	7.814	760	39	39

Registro individual de prestación de servicio 2010

Programa de Promoción de Salud 2010

MUNICIPIO	Educación en salud integral en los niños,	Educación salud sexual	Educación salud en la	convivencia pacífica con intrafamiliar.	Desestimular la alcohol y a las	Promover las del ambiente	Deberes y derechos en	Charla comunitaria cardiovasculares	Charla comunitaria
CLEMENCIA	89	89	26	89	125	89	89	104	53
EL GUAMO	91	91	26	91	128	91	91	106	54
REGIDOR	72	72	21	72	101	72	72	84	43
SAN CRISTOBAL	43	43	13	43	61	43	43	50	26
VILLANUEVA	114	114	33	114	159	114	114	132	67
	410	410	118	410	573	410	410	475	242

Registro individual de prestación de servicio 2010

Estudio de imágenes diagnósticas de primer nivel 2010

MUNICIPIO	Estudio radiológico de primer nivel de complejidad
CLEMENCIA	706
VILLANUEVA	888
	1594

Registro individual de prestación de servicios 2010

Exámenes de laboratorio clínico 2010

MUNICIPIO	Exámenes de laboratorio clínico de baja complejidad
CLEMENCIA	9.550
EL GUAMO	9.917
REGIDOR	7.836
SAN CRISTOBAL	4.764
VILLANUEVA	11.998
	44.064

Registro individual de prestación de servicios 2010

Transporte básico de pacientes 2010

MUNICIPIO	Transporte de Pacientes
CLEMENCIA	125
EL GUAMO	130
REGIDOR	102
SAN CRISTOBAL	62
VILLANUEVA	157
	576

Registro individual de pacientes 2010

Atención ambulatoria de primer nivel 2010

MUNICIPIO	Consulta de Urgencias Nivel 1	Procedimientos Menores Nivel 1	Consulta de Medicina General	Atención Odontológica de Primer Nivel
CLEMENCIA	491	136	10.296	1.030
EL GUAMO	510	142	10.692	1.069
REGIDOR	403	112	8.448	845
SAN CRISTÓBAL	245	68	5.136	514
VILLANUEVA	617	171	12.936	1.294
	2.266	629	47.508	4.751

Programa de atención del joven 2010

MUNICIPIO	Consulta de primera vez por Médico. Programa Alteraciones del Joven	Examen de hemoglobina. Programa Alteraciones del Joven
CLEMENCIA	397	397
EL GUAMO	406	406
REGIDOR	320	320
SAN CRISTOBAL	193	193
VILLANUEVA	505	505
	1.820	1.820

Registro individual de prestación de servicios 2010

Programa de atención del adulto 2010

MUNICIPIO	Consulta médica. Programa Atención del Adulto	Parcial de orina. Programa Atención del Adulto	Creatinina. Programa Atención del Adulto	Glicemia basal. Programa Atención del Adulto	Perfil lipídico. Programa Atención del Adulto
CLEMENCIA	144	144	144	144	144
EL GUAMO	147	147	147	147	147
REGIDOR	116	116	116	116	116
SAN CRISTOBAL	70	70	70	70	70
VILLANUEVA	183	183	183	183	183
	658	658	658	658	658

Registro individual de prestación de servicios 2010
Programa de control prenatal bajo riesgos 2010

MUNICIPIO	Consulta prenatal de primera vez por médico gestante de bajo riesgo	Serología VDRL - RPR gestante de bajo riesgo	Consulta de control prenatal por médico gestante de bajo riesgo	Consulta de control prenatal por enfermera gestante de bajo riesgo	Hemograma completo gestante de bajo riesgo	Hemoclasificación gestante de bajo riesgo	Uroanálisis gestante de bajo riesgo	Glicemia gestante de bajo riesgo	Ecografía obstétrica gestante de bajo riesgo	Suministro de multivitámicos gestante	Consulta odontológica general de la gestante	Aplicación de Td o TT
CLEMENCIA	95	98	590	295	98	98	98	98	98	2.501	333	333
EL GUAMO	97	101	604	302	101	101	101	101	101	2.557	341	341
REGIDOR	77	79	476	238	79	79	79	79	79	2.015	269	269
SAN CRISTOBAL	46	48	286	143	48	48	48	48	48	1.212	162	162
VILLANUEVA	121	125	751	376	125	125	125	125	125	3.182	424	424
	437	451	2.706	1.353	451	451	451	451	451	11.468	1.529	1.529

Registro individual de prestación de servicios 2010

Programa de control prenatal alto riesgo 2010

MUNICIPIO	Consulta prenatal de primera vez por médico gestante de alto riesgo	Consulta prenatal de control por médico gestante de alto riesgo	Consulta de control por enfermería Gestante de alto riesgo
CLEMENCIA	79	788	473
EL GUAMO	81	806	484
REGIDOR	64	635	381
SAN CRISTOBAL	38	382	229
VILLANUEVA	100	1.003	602
	362	3.615	2.169

Registro individual de prestación de servicios 2010

Atención del parto vaginal 2010

MUNICIPIO	Atención del parto vaginal institucional
CLEMENCIA	107
EL GUAMO	109
REGIDOR	100
SAN CRISTOBAL	52
VILLANUEVA	136
	504

Registro individual de prestación de servicios 2010

Programa de crecimiento y desarrollo

MUNICIPIO	Consulta médica Crecimiento y Desarrollo	Consulta de control por enfermería Crecimiento y Desarrollo
CLEMENCIA	1.050	2.834
EL GUAMO	1.073	2.897
REGIDOR	847	2.287
SAN CRISTOBAL	509	1.374
VILLANUEVA	1.336	3.608
	4.815	13.000

Registro individual de prestación de servicios 2010

Programa de prevención en salud oral 2010

MUNICIPIO	Control de Placa Bacteriana	Aplicación de flúor tópico	Aplicación de sellantes	Detartraje supragingival
CLEMENCIA	7.720	4.160	2.318	1.185
EL GUAMO	7.899	4.260	2.373	1.212
REGIDOR	6.225	3.356	1.870	955
SAN CRISTOBAL	3.745	2.020	1.125	575
VILLANUEVA	9.835	5.304	2.956	1.509
	35.424	19.100	10.641	5.436

Registro individual de prestación de servicios 2010

8. RED PRESTADORA DE SERVICIO

Desarrollo Regional

El Departamento de Bolívar se encuentra dividido, en un Distrito Turístico y Cultural, correspondiente a Cartagena de Indias y 44 municipios, 271 corregimientos y 91 caseríos localizados en seis subregiones. Con el fin de organizar zonas con similitud en el grado de desarrollo económico y social se organizó el departamento por zonas de desarrollo económico y social (Zodes) mediante Ordenanza 012 del 17 de mayo del 2001, así:

ZODES DIQUE: Lo conforman el distrito de Cartagena y los municipios de Arjona, Calamar, **Clemencia**, Mahates, San Cristóbal, San Estanislao de K, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Soplaviento, Turbaco, Turbana, Villanueva, Arroyo Hondo. El principal accidente geográfico lo constituye el Canal del Dique. Los pisos térmicos son cálidos y la fertilidad de los suelos es moderada, con susceptibilidad a la erosión. Estos suelos, sin embargo, están sub-utilizados en la actividad pecuaria, en detrimento de las explotaciones agrícolas. Entre los factores que limitan el crecimiento y desarrollo de las actividades agrícolas se destaca la cercanía a Cartagena, por lo que prevalece el empleo industrial y manufacturero.

ZODES MONTES DE MARÍA: Lo conforman los municipios de El Carmen de Bolívar, María la Baja, San Juan Nepomuceno, San Jacinto, Córdoba, Zambrano, El Guamo. El clima es tropical y la humedad relativa es alta. Las principales actividades económicas son la ganadería y agricultura. Su principal polo de desarrollo es El Carmen de Bolívar. En esta Subregión el mercadeo de sus productos está organizado. Hay organizaciones que ofrecen asistencia técnica

y créditos. Entre los factores que limitan el crecimiento y desarrollo de las actividades agrícolas está la extensión reducida de áreas de explotación, carencia de tecnología, falta de implementación de un sistema que garantice el recurso de agua en los intensos veranos. La actividad ganadera está limitada por la ausencia de investigaciones genéticas y la adopción de tecnologías que optimice los niveles productivos. La pesca es artesanal y el acceso al crédito es nulo.

ZODES MOJANA: Lo conforman los municipios de: Achí, Magangué, Montecristo, Pinillos, San Jacinto del Cauca, Tiquisio. La red hidrográfica está conformada por los ríos Magdalena, Cauca y sus afluentes, entre los cuales se destaca el río San Jorge. Como accidente geográfico se destaca la Serranía de San Lucas. Se encuentran, así mismo, vestigios de bosques primarios. Su principal polo de desarrollo es Magangué, la cual, además, es la segunda ciudad del departamento.

La actividad económica más importante es la ganadería. Le siguen la pesca, la cual es indiscriminada y sin control estatal, y la agrícola, que ha sido desplazada por la explotación pecuaria. La actividad comercial gira en torno al municipio de Magangué. Hay entidades públicas y otras del sector privado que ofrecen asesoría técnica. Existen, además, en estas regiones, centros de acopio dirigidos por particulares e intermediarios locales.

ZODES DEPRESIÓN MOMPOSINA: Lo conforman los municipios de: Cicuco, Margarita, Mompox, San Fernando, Talaigua Nuevo, Hatillo de Loba. Presenta una basta red hidrográfica que confluye al río Magdalena. Hay planicies inundables con un clima subhúmedo. Su principal polo de desarrollo es Mompós.

A pesar de que en esta Subregión no se encuentran las mejores tierras para la explotación ganadera, ésta actividad es más rentable que la agrícola, debido a factores como la inexistencia de asistencia técnica, los riesgos que ofrece por las frecuentes inundaciones, la carencia de vías de comunicación que facilite la salida de los productos, ausencia de organizaciones de productores ó cooperativas que permitan conocer el movimiento del mercado y la falta de infraestructura de apoyo que permita optimizar las áreas de producción. No obstante la importancia de la ganadería, ésta no ha sido explotada adecuadamente por la ausencia de investigación en el manejo de pastos, en genética y en la adopción de técnicas para optimizar la producción. Otra actividad en esta subregión es la pesca. Sin embargo, se desarrolla artesanalmente por lo que no cuenta con estímulos de crédito.

ZODES LOBA: Conformada por los municipios de Rioviejo, Regidor, El Peñón, Barranco de Loba, San Martín de Loba y Altos del Rosario.

ZODES MAGDALENA MEDIO: Lo conforman los municipios de: Arenal, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa Sur, Simití. Lo bañan afluentes y sub-afluentes del río Magdalena, formándose las ciénagas de Cantagallo y Simití. Como principal accidente geográfico está la Serranía de San Lucas con una altura de 2.500 m sobre el nivel del mar. La vegetación es tropical, hidrofílica hacia las zonas inundables. Se encuentran vestigios de bosques primarios, el ambiente climático es húmedo. Un gran porcentaje del suelo es bosque. Su explotación indiscriminada ha causado una importante erosión y afecta el ecosistema. Le siguen en importancia, la explotación ganadera y, en una mínima proporción, la actividad agrícola.

Esta diversidad de zonas geográficas se refleja en los potenciales de desarrollo económico que caracterizan a cada una de las mencionadas subregiones. El potencial turístico en la Subregión Litoral Caribe, la diversidad en la capacidad de producción agrícola, pecuaria y pesquera. Los nuevos desarrollos auríferos y el rico potencial maderero de los bosques del sur, constituyen la base de la riqueza deficientemente explotada del Departamento de Bolívar.

La distancia entre las cabeceras municipales y la capital oscila entre 21 y 620 kilómetros y entre 20 y 700 minutos aproximadamente, existiendo zonas de difícil acceso, por graves problemas de orden público.

CENTROS URBANOS: La mayor parte de la actividad económica y social del departamento, se encuentra concentrada en la ciudad de Cartagena.

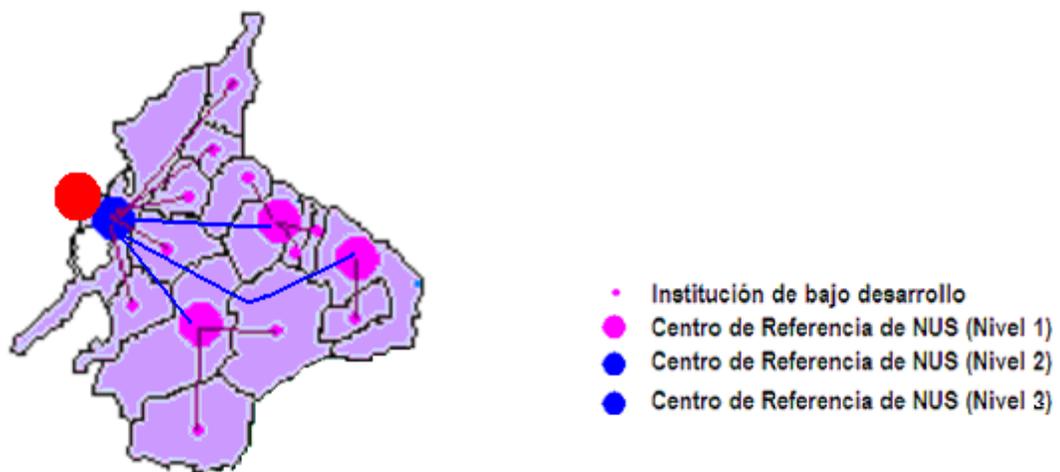
Red de servicios del departamento de Bolívar

La Secretaria de Salud de Bolívar, realizó una concertación de los portafolios de servicios y tipificación de las instituciones dentro de la Red, con los Alcaldes municipales y Gerentes de las ESE, tanto de baja complejidad como la mediana y alta. El papel concertado para cada institución dentro de la RED se presenta a continuación:

Clasificación de la entidades asistenciales – Subred I

Municipio	Tipo	Clasificación
Arjona	ESE Municipal	1c
Arroyohondo	ESE Municipal	1 ^a
Calamar	ESE Municipal	1c
Clemencia	ESE Regional	1^a
Mahates	ESE Municipal	1c
Maria La Baja	ESE Municipal	1c
San Cristóbal	ESE Regional	1^a
San Estanislao	ESE Municipal	1b
Santa Catalina	IPS Municipal	1b
Santa Rosa De Lima	ESE Municipal	1b
Soplaviento	ESE Municipal	1b
Turbaco	ESE Municipal	1c
Turbana	ESE Municipal	1b
Villanueva	ESE Regional	1b
Cartagena	ESE Hospital San Pablo – ESE Cartagena de Indias	1c
	ESE Departamental- Maternidad Rafael Calvo	2
	ESE Departamental - Hospital Universitario del Caribe	3

Articulación de instituciones – subred I



Dentro del funcionamiento en red que se propone, en el Distrito de Cartagena, se ubican además de la ESE de primer nivel de atención Cartagena de Indias; las siguientes Empresas Sociales del Estado de mayor complejidad:

1. Hospital Universitario del Caribe que tiene maneja actividades, procedimientos e intervenciones de 2º, 3º, 4º nivel.
2. Hospital Maternidad Rafael Calvo, cuyo portafolio se orienta a los servicios de Ginecología, Obstetricia y Neonatología.
3. La ESE Hospital San Pablo de Cartagena, entidad del orden departamental, será liquidada y convertida en una unidad Hospitalaria anexa a la ESE Hospital Universitario del Caribe, prestando servicios hospitalarios a pacientes crónicos y continuando con la prestación de la atención de salud mental.

Clasificación de las entidad Subred II (ZODES montes de María)

Municipio	Tipo Entidad	Clasificación
Córdoba	ESE Municipal	1b
El Carmen de Bolívar	ESE Departamental	2
	ESE Municipal ²⁵	1b
El Guamo	ESE Regional	1b
San Jacinto	ESE Municipal	1c
San Juan Nepomuceno	ESE Municipal	1c
Zambrano	ESE Municipal	1c

²⁵ Se propone la fusión de esta ESE con el Hospital Montecarmelo del Carmen de Bolívar

Articulación de Instituciones - Subred II



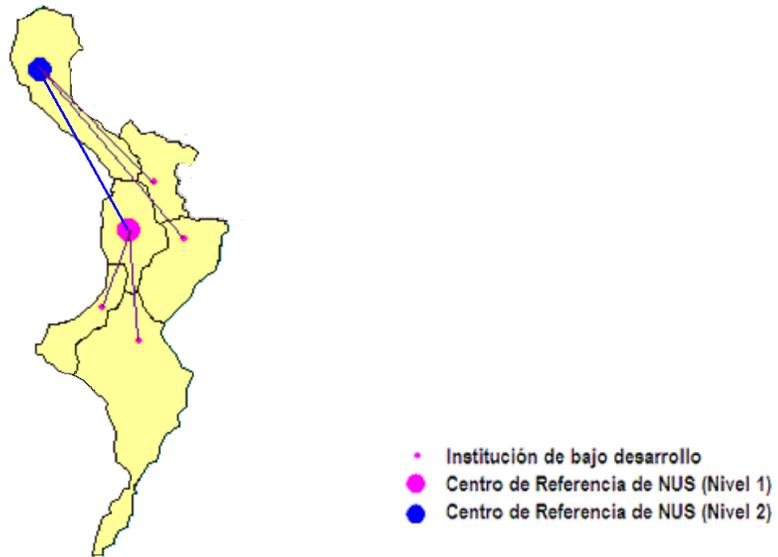
En el Municipio del Carmen de Bolívar, se propone la fusión de las ESE Giovanni Cristini (Municipal) con la Empresa Social del Estado Hospital Montecarmelo (Departamental). En este hospital una vez fusionado, asumiría la prestación del primer y segundo nivel para el municipio. Actualmente la ESE Hospital Montecarmelo se está manejando por medio de un operador externo.

Clasificación de las Entidades asistenciales – Subred III

Municipio	Tipo Entidad	Clasificación
Achi	ESE Municipal	1b
Magangue	ESE Municipal ²⁶	1b
	ESE Departamental	2
Montecristo	ESE Municipal	1b
Pinillos	ESE Municipal	1b
San Jacinto Del Cauca	ESE Municipal	1b
Tiquisio	ESE Municipal	1c
Altos Del Rosario	ESE Municipal	1b
Barranco De Loba	ESE Municipal	1b
El Peñón	ESE Municipal	1b
Río Viejo	ESE Municipal	1c
Regidor	ESE Regional	1b
San Martín de Loba	ESE Municipal	1b

²⁶ Se propone la fusión de esta ESE con el Hospital San Juan de Dios de Magangué

Articulación de instituciones – Subred III

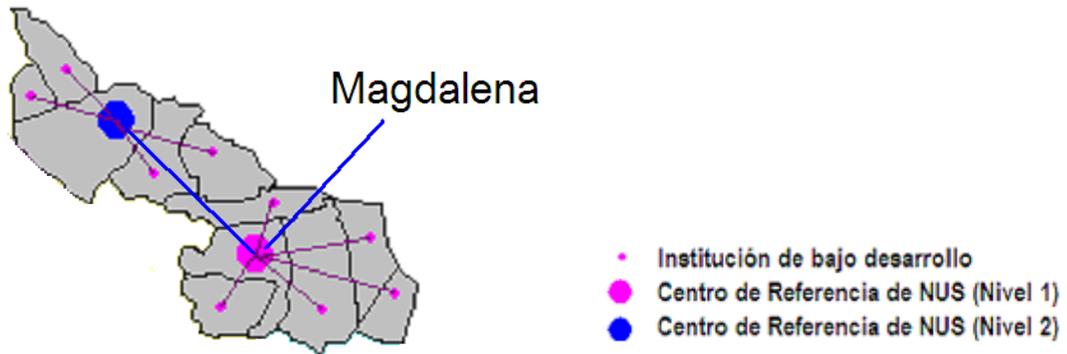


Clasificación de las Entidades asistenciales – Subred IV

Municipio	Tipo	Clasificación
Cicuco	ESE Municipal	1b
Hatillo de Loba	IPS Municipal	1b
Margarita	IPS Departamental	1b
Mompox	ESE Municipal ²⁷	1c
	ESE Departamental San Juan de Dios	2B
Talaigua Nuevo	ESE Municipal	1c
San Fernando	ESE Municipal	1b

²⁷ Se propone la fusión de esta institución con la ESE Hospital San Juan de Dios de Mompós

Articulaciones de Instituciones –Subred IV



En el Municipio de Mompox Bolívar, se propone la fusión de la ESE de primer nivel con la Empresa Social del Estado San Juan de Dios de Mompox.

Clasificación de las entidades asistenciales – Subred V.

Municipio	Tipo	Clasificación
Arenal	ESE Municipal	1c
Cantagallo	IPS Departamental	1b
Morales	ESE Municipal	1c
Regidor	ESE Regional	1a
Río Viejo	ESE Municipal	1c
San Pablo	ESE Municipal	1c
Santa Rosa Del Sur	ESE Municipal	1c
Simití	ESE Departamental	1a

Articulaciones de Instituciones –Subred V



En el Municipio de Simití Bolívar, se encuentra ubicada la Empresa Social del Estado San Judas Tadeo, que asume la demanda de servicios de segundo nivel en dos municipios: Simití Santa Rosa Sur. Igualmente esta ESE suplente la demanda de servicios de primer nivel del municipio de Simití. Esta empresa será liquidada y reemplazada por una nueva ESE que brinde servicios de nivel I y II ambulatorios y cirugías electivas.

También por ubicación y dispersión geográfica, se prevé la complementariedad con redes de otros departamentos cuyas instituciones han sido históricamente centros de referencias de un segmento de la población del departamento de Bolívar como son los casos de:

- ESE Hospital Universitario de Santander, para la población de los municipios de Santa Rosa del Sur y Simití, San Pablo, Cantagallo y Morales.
- ESE Hospital José Padilla Villafañe de Aguachica (César), para la complementación de la atención de la población de los municipios de Morales, Regidor y Arenal.
- ESE Hospital San Rafael de Barrancabermeja (Santander), para complementación de la atención de la población de los municipios de Cantagallo. Rioviejo, San Jacinto del Cauca.
- ESE Hospital La Candelaria del Banco (Magdalena), para la atención de la población de los municipios de Barranco de Loba, El Peñón, San Martín de Loba, Montecristo y Tiquisio Nuevo.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Red vial del Departamento

DISTANCIAS ENTRE CARTAGENA Y LAS DEMÁS CABECERAS MUNICIPALES

Nombre Municipio	Distancia a Capital Depto. en km	Distancia a Capital Depto. en tiempo
Cartagena (DT y C)	0	0
Turbaco	21	20 Minuto
Santa Rosa	24	25 Minuto
Turbana	29	40 Minuto
Arjona	32	45 Minuto
Villanueva	35	35 Minuto
Clemencia	36	35 Minuto
Santa Catalina	45	45 Minuto
Soplaviento	53	1 Hora 15 Minuto
Mahates	71	1 Hora
Maria La Baja	72	1 Hora
El Guamo	94	1 Hora 50 Minuto
San Juan Nepomuceno	94	1 Hora 30 Minuto
San Cristóbal	95	1 Hora 30 Minuto
San Jacinto del Cauca	98	6 Horas 30 Minuto
Arroyohondo	100	1 Hora 30 Minuto
Calamar	115	1 Hora 15 Minuto
San Jacinto	109	1 Hora 45 Minuto
El Carmen de Bolívar	126	2 Horas
Zambrano	168	2 Horas 30 Minuto
Córdoba	195	2 Horas 50 Minutos
Magangue	239	3 Horas 30 Minutos
Mompox	248	4 Horas
Talaigua Nuevo	257	3 Horas 45 Minutos
San Estanislao de Kotska	264	1 Hora
San Fernando	264	4 Horas 30 Minutos
Margarita	273	4 Horas 45 Minutos
Pinillos	319	4 Horas 45 Minutos
Achí	328	7 Horas
Cicuco	340	3 Horas 30 Minutos
Hatillo de Loba	360	5 Horas
El Peñón	365	6 Horas
Tiquisio (Puerto Rico)	370	6 Horas 30 Minutos
Barranco de Loba	390	5 Horas
San Martín de Loba	390	5 Horas 10 Minutos
Altos del Rosario	420	5 Horas 20 Minutos

Montecristo	450	8 Horas 30 Minutos
Arenal	450	8 Horas 40 Minutos
Morales	464	8 Horas 30 Minutos
Río Viejo	494	8 Horas 15 Minutos
Regidor	504	8 Horas 20 Minutos
Simití	518	9 Horas 30 Minutos
Santa Rosa del Sur	548	10 Horas 15 minutos
San Pablo	593	12 Horas 15 Minutos
Cantagallo	620	12 Horas

Fuente: Ministerio de Salud Dirección General de Desarrollo de Servicios Mapa de Salud.

El sistema vial del departamento de Bolívar tiene una red de 2.840 kilómetros de carreteras, de los cuales 534 (18.8%) corresponden a carreteras nacionales y conforman la red primaria, 1.061 kilómetros (37.4%) corresponden a carreteras departamentales, constituyéndose en las vías secundarias. Por ultimo, 1.243 kilómetros (43.8%) corresponden al trazado de caminos vecinales.

Esta infraestructura presenta dos características: un bajo índice de cobertura porcentual, que equivale a sólo 144.4 metros de vía por kilómetro cuadrado de territorio y una deficiente cobertura geográfica que impide que extensas zonas del territorio departamental puedan acceder con facilidad a los centros de consumo y distribución para sus productos. En resumen, puede afirmarse que el departamento de Bolívar muestra, en términos de infraestructura vial, una malla incompleta tanto en su enlace dentro del departamento como en su integración con el resto de la Costa Atlántica y del país.

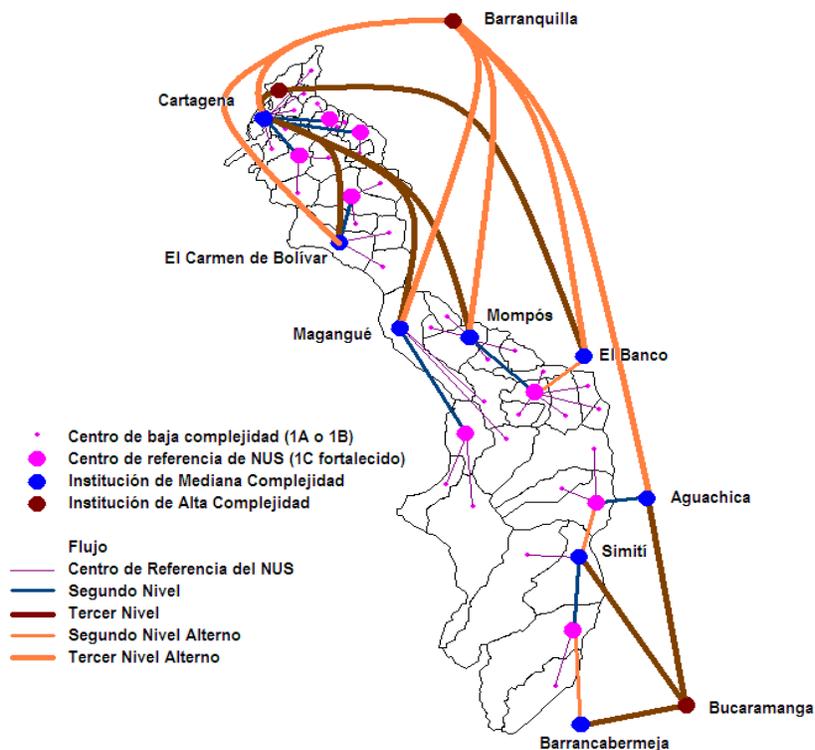
Como consecuencia de las deficiencias de la infraestructura vial anteriormente mencionadas, y dadas las condiciones hidrográficas del departamento, el transporte fluvial se convierte en la más importante forma de transporte. Las

principales arterias fluviales, son los ríos Magdalena y Cauca y el Canal del Dique, los cuales comunican a Cartagena con las demás subregiones. Entre los puertos se destacan: Calamar, Magangué, Bodega Central, Cantagallo y San Pablo.

Flujos de usuarios entre los diferentes nodos de la red

El flujo, intercambio o interacción entre las unidades familiares con los prestadores, entre los prestadores entre sí y las demás organizaciones que interactúan dentro de la red de servicios de salud es lo que da lugar a la conformación de una red.

Flujos de usuarios entre las instituciones de la red de servicio



La interacción está condicionada por los siguientes factores:

Conciencia: Se refiere al reconocimiento de otras organizaciones y al reconocimiento, por parte de los representantes organizacionales, de que sus organizaciones son interdependientes con otras en su campo. Se han planteado diferentes niveles de conciencia sobre la interdependencia, aspecto que no es ajeno a la red de servicios de salud, pues el conocimiento de los objetivos, servicios y recursos de los otros prestadores permite la identificación de fuentes alternativas de servicios y recursos haciendo una operación más eficiente y eficaz, promoviendo un mayor número de interacciones organizacionales. Un paso mayor de esta conciencia incluye "lazos interpersonales" entre el personal de las diferentes organizaciones lo que mejora la calidad de la interacción.

Este aspecto se hace crítico para el proceso de remisión de pacientes conjuntamente con la nota de remisión, ya que en la medida que se reconoce desde el remitente las necesidades y limitaciones de la entidad receptora se procede de manera consecuente ofreciéndose un servicio de mejor calidad para el usuario, transfiriendo un paciente informado con una nota suficiente y pertinente según el caso.

Dependencia localizada: Es de importancia en aquellos casos de pacientes procedentes de otros departamentos que demandan servicios de salud en las entidades públicas del Departamento y no se hace un reconocimiento financiero a dichas atenciones. En forma similar se da entre municipios de Bolívar cuando se demanda atención en salud por una persona procedente de un ente territorial diferente al que lo atiende. Las dificultades en el adecuado intercambio o flujo de información y pacientes surgen por los recursos financieros que deben ser obtenidos.

Acceso Geográfico: La existencia de buenos sistemas de comunicación permite una fácil y oportuna transferencia de información, pero no así de usuarios, pues se carece de un sistema integrado de atención prehospitalaria que enlace de modo permanente el ámbito comunitario con el prestador y la Red.

Bases de interacción: Se hace referencia a la presencia o no de acuerdos formales que establecen una interacción entre en los diferentes prestadores (contratos, convenios) y a la obligatoriedad de las relaciones establecidas por medio de actos administrativos. La formalización de las interacciones entre las IPS está determinada por la frecuencia e importancia de las interacciones, por ello es que no existen acuerdos para el intercambio de recurso humano o tecnológico entre IPS, pero sí para la transferencia de pacientes entre niveles de complejidad. La expedición de la norma de referencia y contrarreferencia ha permitido una mejora parcial en el flujo de pacientes ya que la existencia de desacuerdos sobre la pertinencia y modo de transferencia de las remisiones desmejoran la calidad de información que se transfiere.

Una última manera de formalizar las interacciones entre las IPS es la presencia del Centro Regulador de Urgencias, el cual, para el paciente urgente, pretende coordinar o controlar las interacciones organizacionales, aspecto particularmente crítico en condiciones de emergencia o desastre. No existe un intermediario de la relación de carácter ambulatoria del paciente no urgente, lo que se refleja en un alto grado de desconocimiento de las interacciones surgidas a partir de este tipo de remisión.

Este flujo de pacientes requiere de la adecuación y mejoramiento de los siguientes aspectos técnicos:

Disponibilidad de servicio de traslado y la atención oportuna de pacientes urgentes con alcance comunitario en todo el territorio, mejorando el tiempo de respuesta y aprovechar al máximo el “período dorado” de la patología de urgencias y reducir la morbilidad, mortalidad, incapacidad y discapacidad. Para ello se propone:

- La incorporación gradual de los organismos de socorro existentes en el Departamento a los planes, programas y proyectos del sector con el fin de mejorar su tecnología para atención de las personas y constituir un sistema de atención prehospitalario.
- Promover la información y capacitación de la comunidad en la identificación precoz de las principales patologías de urgencias, y el soporte básico de vida.
- Fomentar la preparación del recurso humano en salud para la atención desde el ámbito comunal de la patología de urgencias.

Como requerimiento logístico se debe desarrollar el Centro Regional de Referencia para Urgencias, Emergencias y Desastres en su componente de capacitación para la comunidad, el recurso humano del sector salud y entidades de socorro.

Fortalecer el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres para que sirva de central de despacho de unidades de traslado de pacientes a solicitud

de la comunidad del Departamento, la coordinación interhospitalaria de todo el sector salud (incluyendo IPS privadas y públicas) para urgencias y en general coordinar la operación de la Red de Urgencias. Hacia el futuro debe ser parte de la línea única de Emergencias para el departamento.

Constituir un centro regulador de atenciones ambulatorias no urgentes para el paciente vinculado, que dirija las necesidades de atención especializada a la IPS que cuenta con el recurso y estén debidamente contratadas por la Secretaría de Salud, así mismo sirva de sitio para que los habitantes del territorio puedan encontrar información sobre el sistema de salud e informar sus quejas y reclamos.

Mejorar las condiciones operacionales de la Red de Comunicaciones del Sector Salud, garantizando cobertura del todo el territorio y sus vías de forma que se dé un efectivo acompañamiento a los pacientes que son trasladados.

Implementar un sistema de transferencia de información vía radiotelefónica de manera que se simplifique el reporte de remisiones y se agilice su análisis mejorando los tiempos de respuesta por parte de la Secretaría de Salud. La propuesta de utilizar el radio obedece a la menor vulnerabilidad comparado con el sistema telefónico que falla con frecuencia en los municipios de centro y sur del departamento.

Promover la suscripción de un nuevo acuerdo entre las IPS públicas, que incluya las condiciones mínimas necesarias para el traslado de personal y tecnología en caso de urgencia, emergencias y desastres.

Incorporar, dentro del proceso de inspección, vigilancia y control, herramientas que permitan hacer seguimiento a la gestión institucional de la referencia y contrarreferencia de pacientes a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

9. METODOLOGIA

Objetivo General

Determinar la viabilidad técnica y financiera de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

Objetivos Específicos

1. Determinar el mercado potencial de la ESE Hospital tanto por el análisis demográfico y de demanda potencial de servicios como por la capacidad de compra de los aseguradores existentes.
2. Determinar la viabilidad financiera a partir de la capacidad instalada, la capacidad de venta de servicios, la determinación de los costos de operación y gastos de funcionamiento y la proyección de los estados financieros en escenarios futuros.

Etapas del estudio

Para el presente estudio evaluaremos dos aspectos de la ESE Hospital Regional de Bolívar, en primer lugar su viabilidad técnica y en segundo lugar su viabilidad financiera.

Para evaluar su viabilidad técnica se analizan algunos aspectos de su plataforma jurídica, la estructura organizacional, el estilo de dirección y de gestión gerencial, las herramientas técnicas del sistema de planeación y el sistema de garantía de calidad. Este análisis se realiza en las siguientes etapas:

1. Evaluación jurídica
2. Evaluación del modelo de gestión
3. Evaluación del modelo de planeación
4. Evaluación del sistema de garantía de calidad

Para evaluar la viabilidad financiera se procede a identificar el mercado potencial, luego se analiza la capacidad instalada y la capacidad de venta de servicios, por último se analiza el comportamiento económico histórico y se proyectan los estados financieros de la ESE Hospital Regional de Bolívar. Este análisis se realiza en las siguientes etapas:

1. Evaluación del mercado
2. Portafolio de servicios y capacidad instalada
3. Capacidad productiva de la ESE
4. Situación financiera actual
5. Estados financieros proyectados

10. ANÁLISIS DE VIABILIDAD TÉCNICA

Evaluación jurídica

Creación de la ESE

La ESE Hospital Regional de Bolívar fue creada por la necesidad de simplificar la atención en salud de la población de algunos municipios que no pudieron acceder a la descentralización de la salud, con la buena intención de evitar la creación atomizada de muchas empresas sociales del estado de primer nivel pero que dependían del departamento.

La Ley 715 de 2001 en sus artículos 43 y 54 otorgan competencias a los departamentos para administrar el primer nivel de atención de los municipios no certificados en salud y estructurar redes integradas de prestadores de servicios de salud.

La Asamblea Departamental de Bolívar, mediante Ordenanza número 09 del 23 de abril de 2004, otorgó facultades al gobernador para la creación de una Empresa Social del Estado de carácter regional que integrara la atención en salud de primer nivel para los municipios no descentralizados del departamento.

En uso de esas facultades, el entonces gobernador del departamento, doctor Libardo Simancas Torres, expide el decreto extraordinario número 894 el 29 de diciembre de 2004, siendo secretario departamental de salud el doctor Nicolás

Chedraui. El decreto crea la ESE Hospital Regional de Bolívar, la cual integra 5 unidades funcionales: Clemencia, Villanueva, San Cristóbal, El Guamo y Regidor. El domicilio de la ESE, según el decreto de creación está en la ciudad de Cartagena y cuenta con autonomía técnica, administrativa y financiera.

Junta Directiva

La Dirección y Administración está a cargo de la Junta Directiva y el Gerente. Cada unidad operativa contará con un director con funciones administrativas y de prestación de servicios.

Llama la atención que el decreto de creación establece una Junta Directiva muy numerosa e impar de 17 miembros, muy probablemente con la intención de dar participación a todos los 5 municipios, de modo que en lugar de simplificar la operación, la hace políticamente compleja.

El artículo 7 del decreto de creación de la ESE definió la conformación de la Junta Directiva de la siguiente manera:

- El Gobernador o su delegado, quien la presidirá.
- Los Alcaldes de los municipios de Villanueva, San Cristóbal, Clemencia, El Guamo y Regidor.

- Cinco (5) representantes de los profesionales de la salud de cada uno de los 5 municipios.
- Cinco (5) representantes de los usuarios de la salud de cada uno de los 5 municipios.
- Un representante de los gremios de la producción.

El Gerente hará labores de secretario, con voz pero sin voto, por lo tanto no puede contarse como miembro de la Junta Directiva.

Es de anotar que esta conformación no se atiene a la estructura tripartita que ordena el Decreto 1876 de 1994. Para que se respete esta prescripción deberían contarse 18 miembros así: 6 miembros del estamento político administrativo, 6 de la comunidad, 6 del sector científico.

Observamos por ejemplo que el estamento político administrativo cuenta con 6 miembros (el gobernador y los 5 alcaldes), el estamento de la comunidad cuenta con 5 miembros, no con 6 y el de los profesionales cuenta con 5. Además existe un miembro de los productores o industriales que no puede contarse como parte de los usuarios de la ESE.

Ahora, si examinamos esta junta directiva a la luz del artículo 70 de la Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta debería ajustarse a tan sólo 5 miembros, quedando así:

- El jefe de la administración departamental, o su delegado, quien la presidirá.
- El director de salud de la entidad territorial departamental o su delegado.
- Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental de salud.
- Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la junta directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

Como vemos, es recomendable un ajuste de la estructura de la Junta Directiva, en vista de la reforma al sector salud promulgada recientemente.

Los Estatutos

Mediante Acuerdo 001 del 24 de enero de 2005, se expidieron los estatutos de la ESE Hospital Regional de Bolívar.

Llama la atención que los estatutos añaden un miembro a la Junta Directiva, al parecer corrigiendo el error del decreto de creación. Es así como en el artículo 19 se introduce el número 18 de los miembros: “Un (1) miembro designado por el

Gobernador de Bolívar entre los candidatos de las ternas propuestas por las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.”

El período del Gerente, como aparece en el artículo 29 es de tres (3) años. Debe ajustarse a 4 años, según lo establecido en la Ley 1122 de 2007.

Contratación

Según los estatutos, en el artículo 4 inciso 2, para el desarrollo de su objeto social, la ESE Hospital Regional de Bolívar deberá tercerizar toda la operación mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas.

En atención a tal prescripción, la ESE contrata la operación con la Cooperativa Comfeco, la cual suministra todo el personal asistencial. Por otra parte, los procesos de facturación, sistema de información para la facturación y auditoría de cuentas médicas se encuentra tercerizado con la firma X MED & COM LTDA.

Los estatutos, acogiéndose a la normatividad vigente en el Decreto 1876 de 1994, establecen en el artículo 73 que la contratación de la ESE se realizará mediante el derecho privado y se sujetará a la jurisdicción ordinaria. Sin embargo podrá acogerse a las cláusulas exorbitantes de la ley de contratación estatal.

No obstante, el régimen jurídico de los actos administrativos de la ESE se atiene a las disposiciones del derecho público, establecidas en el código contencioso administrativo.

Control interno

La Ley 87 de 1993 en su artículo 10º establece que el Jefe de la unidad u oficina de coordinación del Control Interno debe un funcionario público que será adscrito al nivel jerárquico superior. El cargo de asesor, coordinador, auditor interno o quien haga sus veces será un funcionario del libre nombramiento y remoción, designado por el representante legal o máximo directivo del organismo respectivo, según sea su competencia y de acuerdo con lo establecido en las disposiciones propias de cada entidad.

Esta ley, en su reglamento (Decreto 1826 de 1994) establece que para desempeñar el cargo de asesor, coordinador o de auditor interno se deberá acreditar formación profesional o tecnológica en áreas relacionadas con las actividades objeto del control interno.

En la ESE Hospital Regional de Bolívar el cargo no existe en la planta de personal y se ha encargado de estas funciones a un contratista.

Evaluación del modelo de gestión

Para evaluar el modelo de gestión, analizaremos primero el estilo de dirección y luego la gestión gerencial.

La gestión de la Junta Directiva

Como hemos observado previamente, la Junta Directiva es muy numerosa, por lo que se dificulta cumplir con todas las reuniones ordinarias bimestrales, según lo establecido en los estatutos y el decreto 1876 de 1994, debido a la dificultad para convocar al gobernador del departamento y los cinco alcaldes de municipio, que la integran.

Por esta misma razón, los procesos son muy lentos y en ocasiones no se toman las decisiones en los términos establecidos por la ley. Como muestra de esta afirmación, durante el año 2010 el gerente tuvo que repetir por resolución el presupuesto del año 2009, en vista de que la junta directiva nunca se puso de acuerdo para aprobar el proyecto presentado.

A parte de esto, se observa con frecuencia que el control político ejercido por la Asamblea se ejerce sin criterios técnicos y siempre sobre el Gerente, nunca sobre la junta directiva, aunque las normas establecen como responsabilidades y

funciones de la junta directiva las de representar ante los organismos de control a la entidad.²⁸

Las actas de la junta directiva se llevan en hojas sueltas y no en un libro de actas radicado ante la Dirección Departamental de Salud y debidamente foliado, como indican los estatutos y la ley.

No existe un acuerdo de la junta directiva en el que se adopte su propio reglamento, por lo que no se tiene claridad sobre la frecuencia de las reuniones ordinarias, la forma de convocatoria, los sitios de reunión, la forma de convocar de manera extraordinaria, etc.

Entre los acuerdos que debe aprobar la junta directiva de una ESE, encontramos:

1. Estatutos de la ESE
2. Reglamento Interno de la Junta Directiva
3. Reglamento de contratación de la ESE
4. Estructura organizacional y plan de cargos
5. Plan de Desarrollo Institucional
6. Banco de Proyectos de Inversión

²⁸ Véase, decreto 1876 de 1994, artículo 11, numeral 11: “Servir de voceros de la Empresa Social ante las instancias político-administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.”

7. Planes Operativos Anuales
8. Presupuesto anual
9. Manual de Funciones y perfiles de cargos por competencia
10. Manual de procesos y procedimientos

De todos los anteriores, la junta directiva ha aprobado: estatutos, estructura organizacional, presupuesto anual (aunque en 2010 no lo aprobó) y el manual de funciones.

La junta directiva aprobó el plan de gestión gerencial del actual gerente, pero no está realizando una evaluación semestral, como establecen las normas vigentes.

La gestión gerencial

El gerente actual fue elegido mediante concurso público y nombrado en propiedad mediante decreto del gobernador.

El gerente presentó un plan de gestión gerencial a la Junta directiva en el primer año de su nombramiento. Este plan fue aprobado por la Junta pero no se están realizando las evaluaciones semestrales que recomienda la ley.

Aunque el gerente presenta informes de gestión en las reuniones ordinarias de la junta directiva, éstos no se atienen a la metodología que permita la evaluación del

plan de gestión gerencial, por cuanto no se realizan en lo formatos en los que se puede asignar una calificación de los logros y medición de indicadores.

Evaluación del modelo de planeación, evaluación y control.

Toda ESE debe contar con un Plan de Desarrollo Institucional para el cuatrienio del período gerencial, el cual debe ser aprobado por la junta directiva. Luego, a partir de los objetivos del PDI, se debe elaborar el banco de programas, proyectos, subproyectos y presupuesto con el respectivo plan de inversión plurianual.

Luego, cada año, tanto el nivel central de la ESE como las unidades operativas descentralizadas, deben elaborar un Plan Operativo Anual. Todos estos planes: estratégico, táctico y operativos, deben contar con indicadores de gestión que se evalúen por parte de la Oficina de Control Interno, en el marco del Modelo Estándar de Control Interno.

Al evaluar estos aspectos de la gestión, encontramos lo siguiente:

1. No existe un Plan de Desarrollo Institucional cuatrienal aprobado por acuerdo de la junta directiva

2. Sí se elaboran proyectos con cofinanciación nacional y departamental, pero estos no elaboran de manera aislada y no obedecen a un lineamiento estratégico general previamente aprobado.
3. Las UOL no elaboran planes operativos ni se aprueban por parte de la junta directiva.

En consecuencia, la planeación se realiza de manera contingencial, pues no se cuenta una carta de navegación que permita realizar una evaluación y control de manera técnica, sino que en la medida en que se presentan problemas, se van resolviendo en la marcha.

Evaluación del sistema de garantía de calidad

Para que una ESE implemente su sistema de garantía de calidad, debe expedir los siguientes actos administrativos:

1. Manual de calidad
2. Política de calidad
3. Mapa de procesos
4. Manual de procesos y procedimientos
5. Manual de indicadores de evaluación por proceso.
6. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Además debe constituir los siguientes comités y reglamentarlos:

1. Comité de Calidad
2. Comité de historias clínicas
3. Comité de ética hospitalaria
4. Comité de vigilancia epidemiológica

El sistema de calidad de la ESE es muy rudimentario. El Manual de Calidad no existe, tampoco existe una manual de procesos y procedimientos, tampoco un manual de indicadores de gestión. El PAMEC se encuentra desactualizado y no se realizan reuniones de seguimiento a las acciones de mejoramiento incluidas en dicho programa.

Conclusiones sobre la viabilidad técnica

Observamos una empresa con muy pobre desarrollo institucional que adolece de falencias en cuanto al diseño de instrumentos de gestión hospitalaria. La organización se ha dedicado a sobrevivir en vista del pobre flujo de recursos financieros, lo que hace que toda la energía y capacidad de sus trabajadores se desgaste innecesariamente en la gestión de la cartera para satisfacer a medias las necesidades de los empleados y los proveedores de personal e insumos médico-quirúrgicos.

Muy a pesar del pobre desarrollo institucional, la ESE Hospital Regional de Bolívar cuenta con personal entrenado y capacitado para desarrollar en un corto tiempo los instrumentos que le hacen falta para avanzar hacia su pleno desarrollo.

Recomendaciones sobre la viabilidad técnica

Para desarrollarse como institución, la ESE requiere de un plan de mejoramiento que pudiera desarrollarse en los próximos seis meses, de la siguiente manera:

Elaborar los siguientes diseños técnicos para la gestión hospitalaria, los cuales deben presentarse a la junta directiva para su aprobación:

1. Proyecto de reforma a los estatutos para actualizarlos con la normatividad vigente (Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011).
2. Plan de Desarrollo Institucional
3. Estructura organizacional y ajustes al plan de cargos para la creación del cargo de coordinador de control interno
4. Presentar los informes de gestión gerencial en los formatos del Decreto 357 de 2008 y la Resolución 473 de 2008, los cuales conservan su vigencia a pesar de la Sentencia C 1088 de 2008.

Aprobar mediante resoluciones gerenciales los siguientes instrumentos de gestión de la calidad:

1. Manual de calidad (que incluya mapa de procesos y política de calidad)
2. Manual de procesos y procedimientos
3. Actualización del PAMEC 2011
4. Manual de Indicadores de seguimiento al PAMEC

Estas actividades bien pudieran desarrollarse en un semestre si se cuenta con la voluntad política de la junta directiva y se aprueba el presupuesto 2011 y le otorgan las facultades al gerente.

11. ANÁLISIS DE VIABILIDAD FINANCIERA

Evaluación del mercado

La ESE Hospital Regional de Bolívar tiene su mercado ubicado en los municipios de Villanueva, San Cristóbal, Clemencia, El Guamo y Regidor. Los ingresos proceden en un 90% de venta de servicios al régimen subsidiado y en un 10% de venta de servicios a los entes territoriales.

La siguiente tabla muestra la situación actual del mercado del aseguramiento de los cinco municipios de la ESE Hospital Regional de Bolívar:

Tabla 3. Caracterización de las coberturas de aseguramiento en los municipios de la ESE Regional, 2011.

MUNICIPIO	POBLACIÓN 2011	AFILIADOS 2010	AFILIADOS AL RC	POBRES NO	AMPLIACIÓN DE	AFILIADOS 2011 RSS
CLEMENCIA	12.148	10.759	85	1.304	1304	12063
EL GUAMO	7.764	7.526	39	199	159	7685
REGIDOR	9.762	5.446	65	4.251	3401	8847
SAN	6.607	5.710	181	716	573	6283
VILLANUEVA	18.780	15.147	653	2.980	2384	17531
	55.061	44.588	1.023	9.450	7.821	52.409

Fuente: www.fosyga.gov.co

Tabla 4. Mercado potencial del régimen subsidiado para la ESE Hospital Regional de Bolívar

MUNICIPIO	AFILIADOS 2011 RSS	VALOR CONTRATO ASEGURAMIENTO	VALOR 92% POSS	RECUPERACIÓN	PROMOCIÓN Y	VALOR
CLEMENCIA	12.063	\$3.643.508.520	\$3.352.027.838	\$1.005.608.351,52	\$502.804.175,76	\$1.508.412.527
EL GUAMO	7.685	\$2.321.177.400	\$2.135.483.208	\$640.644.962,40	\$320.322.481,20	\$960.967.444
REGIDOR	8.847	\$2.672.147.880	\$2.458.376.050	\$737.512.814,88	\$368.756.407,44	\$1.106.269.222
SAN	6.283	\$1.897.717.320	\$1.745.899.934	\$523.769.980,32	\$261.884.990,16	\$785.654.970
VILLANUEVA	17.531	\$5.295.063.240	\$4.871.458.181	\$1.461.437.454,24	\$730.718.727,12	\$2.192.156.181
	52.409	\$15.829.614.360	\$14.563.245.211	\$4.368.973.563,36	\$2.184.486.781,68	\$6.553.460.345

Cálculos de los autores

Si las EPS-S contrataran el 45 % de la UPC –S en los municipios de la ESE Hospital Regional de Bolívar, sólo el régimen subsidiado de salud reportaría ingresos por más de 6.500 millones.

La UPC para el régimen subsidiado utilizada en estos cálculos es la definida en el acuerdo 019 de la CRES, por valor de \$302.040.

Portafolio de servicios y capacidad instalada

A continuación veremos la capacidad instalada de cada UOL de la ESE Hospital Regional de Bolívar

UOL	TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	HORAS DÍA	RENDIMIENTO X HORA	CAPACIDAD INSTALADA	DÍAS AL MES	CAPACIDAD INSTALADA	CAPACIDAD INSTALADA
CLEMENCIA	URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	24	3,00	72	30	2.160	25.920
CLEMENCIA	URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	168	1,00	168	30	5.040	60.480
CLEMENCIA	URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	24	3,00	72	30	2.160	25.920
CLEMENCIA	LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	24	3,00	72	30	2.160	25.920
CLEMENCIA	ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	4	3,00	12	22	264	3.168
CLEMENCIA	ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	2	2,00	4	22	88	1.056
CLEMENCIA	ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	2	4,00	8	22	176	2.112
CLEMENCIA	TRANSPORTE DE	TRASLADO DE PACIENTES	24	0,33	8	30	240	2.880
CLEMENCIA	CONSULTA MEDICINA	CONSULTA MEDICINA	40	4,00	160	22	3.520	42.240
CLEMENCIA	CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	16	6,00	96	22	2.112	25.344

SAN	URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	24	4,00	96	30	2.880	34.560
SAN	URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	144	1,00	144	30	4.320	51.840
SAN	URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	24	3,00	72	30	2.160	25.920
SAN	LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	24	3,00	72	30	2.160	25.920
SAN	ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	6	3,00	18	22	396	4.752
SAN	ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	3	2,00	6	22	132	1.584
SAN	ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	3	4,00	12	22	264	3.168
SAN	TRANSPORTE DE	TRASLADO DE PACIENTES	24	0,33	8	30	240	2.880
SAN	CONSULTA MEDICINA	CONSULTA MEDICINA	16	3,00	48	22	1.056	12.672
SAN	CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	16	3,00	48	22	1.056	12.672
EL GUAMO	URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	24	5,00	120	30	3.600	43.200
EL GUAMO	URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	96	1,00	96	30	2.880	34.560
EL GUAMO	URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	24	3,00	72	30	2.160	25.920
EL GUAMO	LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	24	4,00	96	30	2.880	34.560
EL GUAMO	ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	12	4,00	48	22	1.056	12.672
EL GUAMO	ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	8	7,00	56	22	1.232	14.784
EL GUAMO	ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	4	4,00	16	22	352	4.224
EL GUAMO	TRANSPORTE DE	TRASLADO DE PACIENTES	24	3,00	72	30	2.160	25.920
EL GUAMO	CONSULTA MEDICINA	CONSULTA MEDICINA	10	3,00	30	22	660	7.920
EL GUAMO	CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	30	5,00	150	22	3.300	39.600
REGIDOR	URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	24	3,00	72	30	2.160	25.920
REGIDOR	URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	96	1,00	96	30	2.880	34.560
REGIDOR	URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	24	3,00	72	30	2.160	25.920
REGIDOR	LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	24	3,00	72	30	2.160	25.920
REGIDOR	ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	2	3,00	6	22	132	1.584
REGIDOR	ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	4	2,00	8	22	176	2.112
REGIDOR	ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	2	4,00	8	22	176	2.112
REGIDOR	TRANSPORTE DE	TRASLADO DE PACIENTES	24	1,00	24	30	720	8.640
REGIDOR	CONSULTA MEDICINA	CONSULTA MEDICINA	24	3,00	72	22	1.584	19.008
REGIDOR	CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	24	3,00	72	22	1.584	19.008
VILLANUEVA	URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	24	4,00	96	30	2.880	34.560
VILLANUEVA	URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	120	1,00	120	30	3.600	43.200
VILLANUEVA	URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	24	6,00	144	30	4.320	51.840
VILLANUEVA	LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	24	6,00	144	30	4.320	51.840
VILLANUEVA	ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	4	4,00	16	22	352	4.224
VILLANUEVA	ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO	8	4,00	32	22	704	8.448
VILLANUEVA	ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	4	4,00	16	22	352	4.224
VILLANUEVA	TRANSPORTE DE	TRASLADO DE PACIENTES	24	2,00	48	30	1.440	17.280
VILLANUEVA	CONSULTA MEDICINA	CONSULTA MEDICINA	16	4,00	64	22	1.408	16.896
VILLANUEVA	CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	38	3,00	114	22	2.508	30.096

Capacidad productiva de la ESE

Capacidad productiva UOL Clemencia

Tabla 5. Capacidad productiva de la UOL de Clemencia

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	COSTO UNITARIO	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	TOTAL CAPACIDAD PROD AÑO	80% INDICE OCUPACIONAL	70% INDICE OCUPACIONAL	50% DE INDICE OCUPACIONAL
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	\$33.800	\$73.008.000	\$876.096.000	\$700.876.800	\$ 613.267.200	\$ 438.048.000
URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	\$38.800	\$195.552.000	\$2.346.624.000	\$1.877.299.200	\$ 1.642.636.800	\$ 1.173.312.000
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	\$39.000	\$84.240.000	\$1.010.880.000	\$808.704.000	\$ 707.616.000	\$ 505.440.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	\$14.000	\$30.240.000	\$362.880.000	\$290.304.000	\$ 254.016.000	\$ 181.440.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	\$14.100	\$3.722.400	\$44.668.800	\$35.735.040	\$ 31.268.160	\$ 22.334.400

ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	\$30.000	\$2.640.000	\$31.680.000	\$25.344.000	\$ 22.176.000	\$ 15.840.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	\$8.000	\$1.408.000	\$16.896.000	\$13.516.800	\$ 11.827.200	\$ 8.448.000
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	\$252.800	\$60.672.000	\$728.064.000	\$582.451.200	\$ 509.644.800	\$ 364.032.000
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$20.600	\$72.512.000	\$870.144.000	\$696.115.200	\$ 609.100.800	\$ 435.072.000
CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	\$14.900	\$31.468.800	\$377.625.600	\$302.100.480	\$ 264.337.920	\$ 188.812.800
Total CLEMENCIA			\$555.463.200	\$6.665.558.400	\$5.332.446.720	\$ 4.665.890.880	\$ 3.332.779.200

Fuente: cálculos del autor

Capacidad productiva UOL San Cristóbal

Tabla 6. Capacidad productiva de la UOL de San Cristóbal

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	COSTO UNITARIO	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	TOTAL CAPACIDAD PROD AÑO	80% INDICE CUPACIONAL	70% INDICE OCUPACIONAL	50% DE ÍNDICE OCUPACIONAL
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	\$33.800	\$97.344.000	\$1.168.128.000	\$934.502.400	\$ 817.689.600	\$ 584.064.000
URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	\$38.800	\$167.616.000	\$2.011.392.000	\$1.609.113.600	\$ 1.407.974.400	\$ 1.005.696.000
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	\$39.000	\$84.240.000	\$1.010.880.000	\$808.704.000	\$ 707.616.000	\$ 505.440.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	\$14.000	\$30.240.000	\$362.880.000	\$290.304.000	\$ 254.016.000	\$ 181.440.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	\$14.100	\$5.583.600	\$67.003.200	\$53.602.560	\$ 46.902.240	\$ 33.501.600
ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	\$30.000	\$3.960.000	\$47.520.000	\$38.016.000	\$ 33.264.000	\$ 23.760.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	\$8.000	\$2.112.000	\$25.344.000	\$20.275.200	\$ 17.740.800	\$ 12.672.000
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	\$252.800	\$60.672.000	\$728.064.000	\$582.451.200	\$ 509.644.800	\$ 364.032.000
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$20.600	\$21.753.600	\$261.043.200	\$208.834.560	\$ 182.730.240	\$ 130.521.600
CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	\$14.900	\$15.734.400	\$188.812.800	\$151.050.240	\$ 132.168.960	\$ 94.406.400
Total SAN CRISTOBAL			\$489.255.600	\$5.871.067.200	\$4.696.853.760	\$ 4.109.747.040	\$ 2.935.533.600

Fuente: cálculos del autor

Capacidad productiva de la UOL El Guamo

Tabla 7. Capacidad productiva de la UOL El Guamo

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	COSTO UNITARIO	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	TOTAL CAPACIDAD PROD AÑO	80% INDICE O	70% INDICE OCUPACIONAL	50% DE ÍNDICE OCUPACIONAL
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	\$33.800	\$121.680.000	\$1.460.160.000	\$1.168.128.000	\$ 1.022.112.000	\$ 730.080.000
URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	\$38.800	\$111.744.000	\$1.340.928.000	\$1.072.742.400	\$ 938.649.600	\$ 670.464.000
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	\$39.000	\$84.240.000	\$1.010.880.000	\$808.704.000	\$ 707.616.000	\$ 505.440.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	\$14.000	\$40.320.000	\$483.840.000	\$387.072.000	\$ 338.688.000	\$ 241.920.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	\$14.100	\$14.889.600	\$178.675.200	\$142.940.160	\$ 125.072.640	\$ 89.337.600
ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	\$30.000	\$36.960.000	\$443.520.000	\$354.816.000	\$ 310.464.000	\$ 221.760.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	\$8.000	\$2.816.000	\$33.792.000	\$27.033.600	\$ 23.654.400	\$ 16.896.000
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	\$252.800	\$546.048.000	\$6.552.576.000	\$5.242.060.800	\$ 4.586.803.200	\$ 3.276.288.000
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$20.600	\$13.596.000	\$163.152.000	\$130.521.600	\$ 114.206.400	\$ 81.576.000
CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	\$14.900	\$49.170.000	\$590.040.000	\$472.032.000	\$ 413.028.000	\$ 295.020.000
Total EL GUAMO			\$1.021.463.600	\$12.257.563.200	\$9.806.050.560	\$ 8.580.294.240	\$ 6.128.781.600

Fuente: cálculos del autor

Capacidad productiva de la UOL Regidor

Tabla 8. Capacidad productiva de la UOL de Regidor

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	COSTO UNITARIO	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	TOTAL CAPACIDAD PROD AÑO	80% INDICE CUPACIONAL	70% INDICE OCUPACIONAL	50% DE ÍNDICE OCUPACIONAL
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	\$33.800	\$73.008.000	\$876.096.000	\$700.876.800	\$613.267.200	\$438.048.000
URGENCIA	OBSERVACIÓN URGENCIA	\$38.800	\$111.744.000	\$1.340.928.000	\$1.072.742.400	\$938.649.600	\$670.464.000
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	\$39.000	\$84.240.000	\$1.010.880.000	\$808.704.000	\$707.616.000	\$505.440.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	\$14.000	\$30.240.000	\$362.880.000	\$290.304.000	\$254.016.000	\$181.440.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	\$14.100	\$1.861.200	\$22.334.400	\$17.867.520	\$15.634.080	\$11.167.200
ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	\$30.000	\$5.280.000	\$63.360.000	\$50.688.000	\$44.352.000	\$31.680.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	\$8.000	\$1.408.000	\$16.896.000	\$13.516.800	\$11.827.200	\$8.448.000
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	\$252.800	\$182.016.000	\$2.184.192.000	\$1.747.353.600	\$1.528.934.400	\$1.092.096.000
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$20.600	\$32.630.400	\$391.564.800	\$313.251.840	\$274.095.360	\$195.782.400
CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	\$14.900	\$23.601.600	\$283.219.200	\$226.575.360	\$198.253.440	\$141.609.600
Total REGIDOR			\$546.029.200	\$6.552.350.400	\$5.241.880.320	\$4.586.645.280	\$3.276.175.200

Fuente: cálculos del autor

Capacidad productiva de la UOL Villanueva

Tabla 9. Capacidad productiva de la UOL Villanueva

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIO	COSTO UNITARIO	CAPACIDAD PRODUCTIVA MES	TOTAL CAPACIDAD PROD AÑO	80% INDICE CUPACIONAL	70% INDICE OCUPACIONAL	50% DE ÍNDICE OCUPACIONAL
URGENCIA	CONSULTA URGENCIA	\$33.800	\$97.344.000	\$1.168.128.000	\$934.502.400	\$817.689.600	\$584.064.000
URGENCIA	OBSERVACIÓN	\$38.800	\$139.680.000	\$1.676.160.000	\$1.340.928.000	\$1.173.312.000	\$838.080.000
URGENCIA	PROCEDIMIENTOS	\$39.000	\$168.480.000	\$2.021.760.000	\$1.617.408.000	\$1.415.232.000	\$1.010.880.000
LABORATORIO	MUESTRA PROCESADA	\$14.000	\$60.480.000	\$725.760.000	\$580.608.000	\$508.032.000	\$362.880.000
ODONTOLOGÍA	CONSULTA ODONTOLOGÍA	\$14.100	\$4.963.200	\$59.558.400	\$47.646.720	\$41.690.880	\$29.779.200
ODONTOLOGÍA	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	\$30.000	\$21.120.000	\$253.440.000	\$202.752.000	\$177.408.000	\$126.720.000
ODONTOLOGÍA	ACTIVIDAD DE P Y P	\$8.000	\$2.816.000	\$33.792.000	\$27.033.600	\$23.654.400	\$16.896.000
TRANSPORTE DE PACIENTES	TRASLADO DE PACIENTES	\$252.800	\$364.032.000	\$4.368.384.000	\$3.494.707.200	\$3.057.868.800	\$2.184.192.000
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$20.600	\$29.004.800	\$348.057.600	\$278.446.080	\$243.640.320	\$174.028.800
CONSULTA DE P Y P	CONSULTA DE P Y P	\$14.900	\$37.369.200	\$448.430.400	\$358.744.320	\$313.901.280	\$224.215.200
Total VILLANUEVA			\$925.289.200	\$11.103.470.400	\$8.882.776.320	\$7.772.429.280	\$5.551.735.200

Fuente: cálculos del autor

Se ha planteado la capacidad productiva total por UOL y en tres escenarios posibles de ocupación: 80%, 70% y 50%. La capacidad productiva está estimada a partir de venta de servicios por evento a tarifas SOAT menos el 20%.

Capacidad productiva total

Tabla 10. Capacidad productiva total de la ESE HRB 2010

UOL	CAPACIDAD PRODUCTIVA TOTAL AÑO
CLEMENCIA	6.665.558,400
CONSULTA DE P Y P	377.625,600
CONSULTA MEDICINA GENERAL	870.144,000
LABORATORIO	362.880,000
ODONTOLOGIA	93.244,800
TRANSPORTE DE PACIENTES	728.064,000
URGENCIA	4.233.600,000
EL GUAMO	12.257.563,200
CONSULTA DE P Y P	590.040,000
CONSULTA MEDICINA GENERAL	163.152,000
LABORATORIO	483.840,000
ODONTOLOGIA	655.987,200
REGIDOR	6.552.350,400
TRANSPORTE DE PACIENTES	6.552.350,000
URGENCIA	3.811.968,000
REGIDOR	6.552.350,400
CONSULTA DE P Y P	283.219,200
CONSULTA MEDICINA GENERAL	391.564,800
LABORATORIO	362.880,000
ODONTOLOGÍA	102.590,400
TRANSPORTE DE PACIENTES	2.184.192,000
URGENCIA	3.227.904,000
SAN CRISTOBAL	5.871.067,200
CONSULTA DE P Y P	188.812,800
CONSULTA MEDICINA GENERAL	261.043,200
LABORATORIO	362.880,000
ODONTOLOGÍA	139.867,200
TRANSPORTE DE PACIENTES	728.064,000
URGENCIA	4.190.400,000
VILLANUEVA	11.103.470,400
CONSULTA DE P Y P	448.430,400
CONSULTA MEDICINA GENERAL	348.057,600
LABORATORIO	725.760,000
ODONTOLOGÍA	346.790,400
TRANSPORTE DE PACIENTES	4.368.384,000
URGENCIA	4.866.048,000
Total general	42.450.009,600

Esta es la capacidad productiva total si facturara la totalidad de su capacidad instalada por evento a tarifas SOAT vigente menos el 20% (42.450 millones). Como la contratación se hace por capitación los ingresos actuales representan el 20% de la capacidad instalada real.

Situación Actual

Evolución de los Estados Financieros

Tabla 11. Evolución de los estados financieros 2007 - 09/2010

ESTADOS FINANCIEROS	2007	2008	2009	30/09/2010
Activos	\$ 1.517.874.676	\$ 2.809.759.076	\$ 3.963.742.763	\$ 5.576.077.249
Pasivos	\$ 885.641.815	\$ 2.357.453.241	\$ 3.550.637.322	\$ 5.328.894.203
Patrimonio	\$ 632.232.861	\$ 452.305.834	\$ 413.105.441	\$ 247.183.046
Ingresos	\$ 3.993.174.323	\$ 4.409.513.415	\$ 4.687.483.802	\$ 3.372.868.783
Egresos	\$ 4.039.731.312	\$ 4.589.440.441	\$ 4.726.684.194	\$ 3.258.011.718
Resultado	\$ -46.556.989	\$ -179.927.026	\$ -39.200.392	\$ 114.857.065

Fuente: Subdirección administrativa de la ESE HRB

Podemos observar el deterioro del patrimonio durante los 4 años de la gerencia actual aunque siempre se ha conservado positivo, nunca ha sido negativo.

En cuanto al resultado, podemos observar que para el año 2010 la situación mejoró, después de 3 años consecutivos de pérdidas.

Evolución de los indicadores Financieros

Tabla 12. Evolución de los indicadores financieros 2007 - 09/2010

INDICADORES FINANCIEROS	2007	2008	2009	30/09/2010
Capital de Trabajo	39.486.646	571.643.802	-126.023.442	32.012.645
Índice de Solvencia	1,04	1,32	0,96	1,01
Prueba Acida	0,93	1,29	0,87	0,94
Periodo Promedio Cobranza	72,5	187,4	188,9	164,9
Grado de Endeudamiento	0,58	0,84	0,90	0,96

Fuente: Subdirección administrativa de la ESE HRB

La situación actual muestra un capital de trabajo positivo, una razón corriente mayor que 1 y un grado de endeudamiento de 0,96. Como vemos, los indicadores financieros no muestran una empresa quebrada, como pretende la ordenanza que autoriza su liquidación.

Evolución de la ejecución presupuestal

Tabla 13. Evolución de la ejecución presupuestal 2007 - 09/2010

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	2007	2008	2009	30/09/2010
INGRESOS PRESUPUESTADO	\$4.958.279.672	\$5.288.131.695	\$7.882.378.794	\$5.920.369.022
VALORES FACTURADOS	\$4.054.224.584	\$4.409.513.416	\$4.687.483.802	\$4.681.482.978
% EJECUCIÓN DE INGRESOS	81,8%	83,4%	59,5%	79,1%
RECAUDO	\$4.033.573.247	\$3.193.875.023	\$4.699.947.183	\$3.372.868.783
% RECAUDO	99,5%	72,4%	100,3%	72,0%
CUENTAS POR COBRAR	\$924.706.425	\$2.094.256.672	\$3.182.431.611	\$2.547.500.239
GASTO COMPROMETIDO	\$4.896.739.670	\$5.205.031.531	\$7.334.108.012	\$5.107.635.282
GASTO PAGADO	\$4.032.441.689	\$3.178.655.385	\$4.399.922.084	\$3.258.011.718
CUENTAS POR PAGAR	\$864.297.981	\$2.026.376.146	\$2.934.185.928	\$1.849.623.564

Fuente: Subdirección administrativa de la ESE HRB

La ejecución de ingresos mejoró con respecto al año anterior. El nivel de recaudo con respecto a la facturación desmejoró con respecto al año 2009 pero conserva el nivel que presenta el mercado. El gasto comprometido muestra austeridad con relación al presupuesto de ingresos. Los gastos pagados son muy similares al recaudo, lo que muestra responsabilidad en el manejo de los recursos pues no se retiene el dinero mientras haya cuentas por pagar y finalmente las cuentas por pagar han disminuido sustancialmente con relación al año anterior en más de 1000 millones.

Estado de cuentas por pagar

Tabla 14. Edades de cartera a 30 junio 2010 - Millones de pesos corrientes

Edad de la Cartera	Atención PPNA Secretaría Municipal	Atención PPNA Secretaría Departamental	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Soat - Ecot	Otros	Total Cartera	%
Hasta 60 días	81.662.504	432.078.985	1.269.765.387			4.906.620	1.788.413.496	36%
De 61 a 90 días	25.200.524	487.929.839	1.398.548.415			25.848.287	1.937.527.065	39%
De 91 a 180 días	71.779.956		107.481.119			690.650	179.951.725	4%
Mayor de 180 días	8.833.190	129.656.423	908.343.062			6.514.146	1.053.346.821	21%
TOTAL	187.476.174	1.049.665.247	3.684.137.983	0	0	37.959.703	4.959.239.107	100
%	4%	21%	74%	0	0	1%	100%	

Fuente: Subdirección administrativa de la ESE HRB

En la tabla se relaciona la cartera a 30 de Junio de 2010, por edades y por cada uno de los pagadores con los cuales existe un contrato establecido para la prestación de los servicios de salud. En la tabla se puede apreciar que la cartera que más pesa es la facturación al régimen subsidiado con el 74% del total de la cartera. Del total de la cartera, el 36% corresponde a cartera hasta 60 días, y el 39% corresponde a cartera mayor de 61 a 90 días, y el 21% a cartera mayor de 180 días, representada por el Régimen subsidiado.

Análisis del presupuesto 2011

Tabla 15. Ingresos detallados 2011 por UOL

APROPiación	SEDE PRINCIPAL	CLEMENCIA	EL GUAMO	REGIDOR	SAN CRISTÓBAL	VILLANUEVA	TOTAL	%
RÉGIMEN SUBSIDIADO 1er NIVEL	\$-	\$1.061.078.619	\$675.983.519	\$778.194.690	\$552.661.607	\$1.542.051.668	\$4.609.970.103	48,73
RÉGIMEN SUBSIDIADO P Y P	\$-	\$530.539.310	\$337.991.759	\$389.097.345	\$276.330.803	\$771.025.834	\$2.304.985.051	24,36
POBRES NO ASEGURADOS 1er NIVEL	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	.
CUOTAS DE RECUPERACIÓN	\$-	\$5.305.393	\$3.379.918	\$3.890.973	\$2.763.308	\$7.710.258	\$23.049.851	0,24
PLAN DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL	\$-	\$79.760.280	\$48.036.600	\$-	\$40.765.468	\$113.301.743	\$281.864.091	2,98
PLAN DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL	\$-	\$55.832.196	\$33.625.620	\$38.244.135	\$28.535.827	\$79.311.220	\$235.548.999	2,49
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	\$-	\$1.000.000	\$1.000.000	\$1.000.000	\$1.000.000	\$1.000.000	\$5.000.000	0,05
RECUPERACIÓN DE CARTERA	\$2.000.000.000	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-	\$2.000.000.000	21,14
	\$2.000.000.000	\$1.733.515.798	\$1.100.017.416	\$1.210.427.143	\$902.057.013	\$2.514.400.724	\$9.460.418.094	100,00

Fuente: Acuerdo Junta Directiva

Los ingresos presupuestados para 2011 ascienden a 9.460 millones, de los cuales el 73% procede del régimen subsidiado. No se presupuestaron ingresos por población pobre no asegurada, pues se prevé universalidad para este año en el departamento.

Ilustración 1. Distribución del presupuesto de ingresos 2011 por UOL

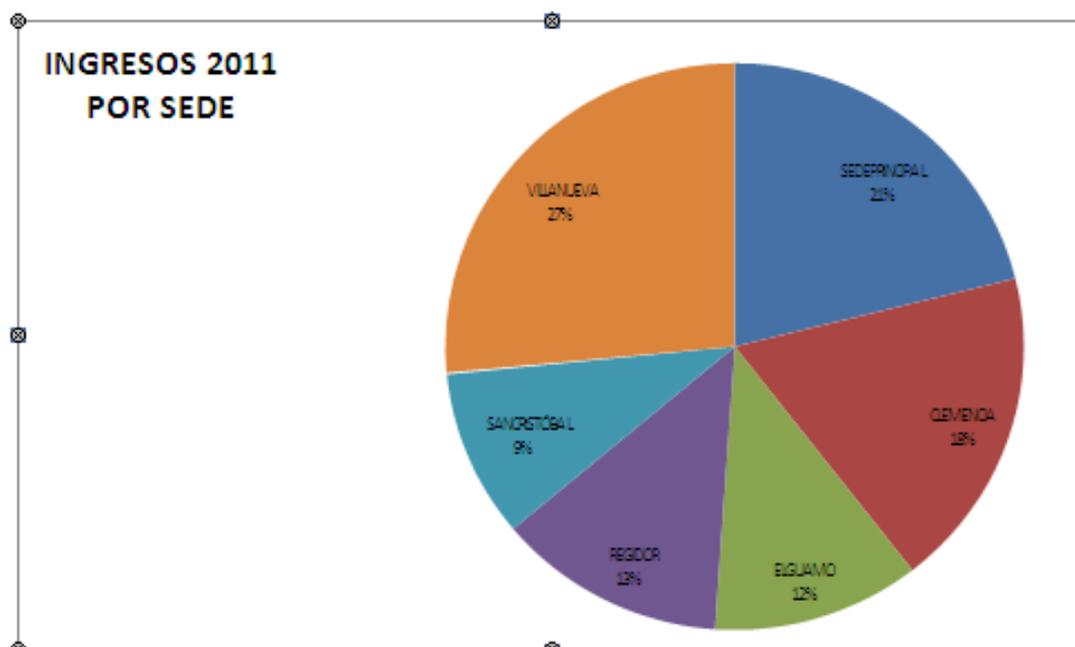


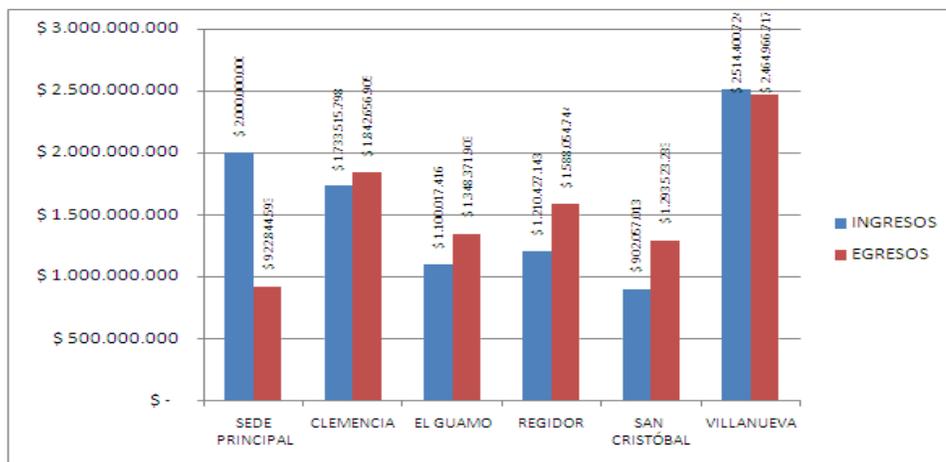
Tabla 16. Ingresos y egresos 2011 por Sede de la ESE Hospital Regional de Bolívar

SEDE	INGRESOS	EGRESOS	% Gastos
SEDE PRINCIPAL	\$2.000.000.000	\$922.844.593	10%
CLEMENCIA	\$1.733.515.798	\$1.842.656.905	19%
EL GUAMO	\$1.100.017.416	\$1.348.371.903	14%
REGIDOR	\$1.210.427.143	\$1.588.054.744	17%
SAN CRISTÓBAL	\$902.057.013	\$1.293.523.233	14%
VILLANUEVA	\$2.514.400.724	\$2.464.966.717	26%
TOTAL	\$9.460.418.094	\$9.460.418.094	100%

Fuente: Acuerdo JD presupuesto 2011

Los gastos de administración de la ESE Hospital Regional de Bolívar corresponden a los gastos de la sede principal y ascienden al 10% del total de los ingresos. Estos gastos son razonables y muestran austeridad y eficiencia.

Ilustración 2. Ingresos y egresos 2011 por Sede de la ESE Hospital Regional de Bolívar



Se observa una asignación equitativa y justa de los presupuestos de gastos por UOL de modo que cada una recibe más de los que factura, excepto Villanueva; no obstante la diferencia no es mucha.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de analizar la situación técnica y financiera de la ESE Hospital Regional de Bolívar, podemos concluir:

1. Sí existen debilidades en el área técnica que pueden ser superadas por la vía de un agresivo plan de mejoramiento.
2. No existen razones financieras que hagan pensar que la empresa se encuentra en quiebra. El patrimonio ha sido siempre positivo, los egresos actuales son inferiores a los ingresos. La razón corriente es superior a 1. Los gastos de funcionamiento son austeros (10%). No se observa una burocratización de la sede central que muestre que la nómina es inviable o exagerada.
3. Las grandes debilidades técnicas del nivel central son precisamente por la falta de recurso humano especializado que gestione el sistema obligatorio de garantía de calidad.
4. El nivel de recaudos que se observa con relación a lo facturado es el mismo que se observa en el mercado local (65-75%), debido a que el flujo de recursos del régimen subsidiado está a 120 días.
5. En cuanto a la pertinencia jurídica de la ordenanza que autoriza al gobernador a Liquidar la ESE Hospital Regional de Bolívar observamos los siguientes vicios de nulidad:
 - a. No existe unidad de materia en el acto, pues se trata la liquidación de la ESE entre otros temas como cuando se saca un conejo de un sombrero de mago

b. Las liquidaciones de entidades del estado deben tratarse en un acto administrativo complejo, exclusivo para el tema y sobre todo motivado²⁹.

c. La ordenanza no se acoge a los procedimientos establecidos en la ley para liquidación de entidades del estado:

- Decreto Ley 254 de 2000
- Decreto 414 de 2001
- Decreto 226 de 2004
- Decreto 2160 de 2004
- Ley 1105 de 2006

d. Entre las falencias de la emisión del acto, a la luz del marco normativo, podemos enunciar las siguientes:

- Los indicadores financieros de la ESE no muestran signos de alarma como para abrir un debate de liquidación, aunque sí para realizar un acompañamiento técnico por parte de la dirección seccional de salud en uso de sus competencias de ley y para exigir un plan de mejoramiento.

²⁹ El párrafo 1 del artículo 52 de la Ley 489 de 1998 establece para el acto liquidatorio los siguientes requisitos, que no cumple la ordenanza: "El acto que ordene la supresión, disolución y liquidación, dispondrá sobre la subrogación de obligaciones y derechos de los organismos o entidades suprimidas o disueltas, la titularidad y destinación de bienes o rentas, los ajustes presupuestales necesarios, el régimen aplicable a la liquidación y, de conformidad con las normas que rigen la materia, la situación de los servidores públicos."

- No se realizó un estudio de viabilidad financiera previo a la expedición del acto administrativo.
- El acto adolece de fallas por no apegarse a las recomendaciones de la Ley 489 de 1998, a saber: definir la subrogación de obligaciones y derechos, definir la titularidad y destinación de bienes o rentas, definir los ajustes presupuestales necesarios, definir el régimen aplicable a la liquidación.
- Normalmente, antes de proceder a ordenar la liquidación de una entidad del estado, deben procurarse unos pasos previos recomendados en las normas mencionadas y la nueva reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud³⁰:
 - Acompañamiento para ejecución de un plan de mejoramiento
 - Acuerdos de reestructuración de pasivos
 - Intervención por parte de la Superintendencia
- También se observa que en ningún momento se ha solicitado la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud en el proceso.

³⁰ Véase artículo 82 de la Ley 1438 de 2011.

Recomendación final del estudio

Acogiéndonos a la nueva Ley 1438 de 2011, recomendamos:

1. Realizar un estudio técnico para la clasificación del riesgo de la ESE Hospital Regional de Bolívar del que habla el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011.
2. Ordenar al Gerente elaborar un nuevo plan de gestión gerencial en el que se incluyan compromisos precisos en cuanto a reestructuración y adaptación de la ESE y sus estatutos a los lineamientos de dicha ley.
3. Reorganizar la junta directiva de conformidad con las recomendaciones del artículo 70 de la Ley 1438 de 2011.
4. Solicitar por parte de la Dirección Seccional de Salud el acompañamiento técnico del Ministerio de la Protección Social a través del Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos, según lo expresa el artículo 69 de la Ley 1438 de 2011.
5. Incluir a la ESE Hospital Regional de Bolívar en el programa de saneamiento de Cartera del que habla el artículo 77 de la Ley 1438 de 2011.
6. Incluir a la ESE Hospital Regional de Bolívar en el programa de saneamiento de Pasivo Prestacional del que habla el artículo 78 de la Ley 1438 de 2011, en caso de aplicar.
7. Incluir a la ESE Hospital Regional de Bolívar en el programa de saneamiento de aportes patronales del que habla el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, en caso de aplicar.

8. Solicitar al gobernador nuevamente que objete el artículo de la ordenanza que autoriza la liquidación de la ESE Hospital Regional de Bolívar con base en este estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Ley 100 de 1993
2. Ley 489 de 1998
3. Decreto 1876 de 1994
4. Decreto 536 de 2004
5. Ley 715 de 2001
6. Ley 1122 de 2007
7. Decreto Ley 254 de 2000
8. Decreto 414 de 2001
9. Decreto 226 de 2004
10. Decreto 2160 de 2004
11. Ley 1105 de 2006
12. Ley 1438 de 2011
13. Defensoría del Pueblo, Informe Especial Hospital Universitario de Cartagena, Resolución Defensorial N° 020, 8 de abril de 2002
14. Código Contencioso Administrativo de Colombia
15. Pan American Health Organization, Hospital Directories for Latin America and the Caribbean, Washington, 1997.
16. Mazenett Granados, E. Estudio de red hospitalaria para el departamento de Bolívar. Secretaría Departamental de Salud de Bolívar, 2002.

17. Orozco A, Julio. Análisis de la reapertura de la ESE Hospital Universitario del Caribe, eumed.net. 2006.
18. Orozco A, Julio. Por qué reformar la reforma, eumed.net. 2006.
19. Orozco A, Julio. Evaluación de la aplicación de políticas públicas en salud en la ciudad de Cartagena, eumed.net. 2006
20. El Universal, 27 de julio de 2005, “Dos años después sigue cerrado el Hospital Universitario de Cartagena”, por Cecilia Caballero.
21. BETANCUR JARAMILLO, Carlos. DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO. Cuarta Edición. Medellín : Señal Editora,1998
22. Enneccerus-Lehmann. DERECHO CIVIL : De las obligaciones. Novena Edición. VALENCIA ZEA, Arturo Y ORTIZ MONSALVE, Alvaro. santafé de Bogotá : Temis, 1999.
23. Profamilia, Ministerio de la Protección Social. Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y salud, 2005.
24. Encuesta Nacional de Salud 2007. Ministerio de la Protección Social.

ANEXOS

Empresa Social del Estado Hospital Regional de Bolívar Balance General A septiembre 2010

1	ACTIVO	5,576,077,249.18
11	EFFECTIVO	485,759,035.78
1105	CAJA	6,681,855.00
1110	BANCOS Y CORPORACIONES	479,077,180.78
1120	FONDOS EN TRANSITO	.00
1125	BANCOS FONDOS ESPECIALES	.00
14	DEUDORES	4,050,940,223.40
1409	CUENTAS POR COBRAR	4,053,704,543.11
1420	ANTICIPO A CONTRATOS	110,343,902.00
1425	DEPOSITOS ENTREGADOS	.00
1470	OTROS DEUDORES	1,377,174.29
1480	PROVISION PARA DEUDORES	-114,485,396.00
15	INVENTARIOS	689,069,788.00
1518	MERCANCIAS EN EXISTENCIA	710,978,271.00
1580	PROV PARA PROTECCION DE INVENT	-21,908,483.00
16	PROPIEDADES PLANTAS Y EQUIPOS	243,605,039.00
1605	TERRENOS	.00
1615	CONSTRUCCIONES EN CURSO	.00
1635	BIENES MUEBLES EN BODEGA	1,966,200.00
1640	EDIFICACIONES	.00
1645	PLANTA DUCTOS Y TUNELES	28,200,000.00
1655	MAQUINARIA Y EQUIPO	.00
1660	EQUIPO CIENTIFICO	224,207,193.00
1665	MUEBLES ENSERES Y EQUI DE OFICINA	100,760,976.00
1670	EQUIPO COMUNICACION Y COMPUTACION	206,538,030.00
1675	EQUIPO TRANSP, TRACC Y ELEVACION	313,854,068.00
1680	EQUIPO COMEDOR, COCINA, DESPENSA	60,000.00
1685	DEPRECIACION ACUMULADA	-631,981,428.00
19	OTROS ACTIVOS	106,703,163.00
1905	GASTOS PAGADOS POR ANTICIPADO	.00
1910	CARGOS DIFERIDOS	102,442,575.00
1915	OBRA Y MEJORAS EN PROPIEDAD AJENA	.00
1960	BIENES Y ARTE DE CULTURA	.00
1970	SOFTWARE	101,940,000.00
1975	AMORTIZ. ACUMULADA DE INTANGIB	-97,679,412.00
2	PASIVOS	-5,328,894,203.01
	PASIVO CORRIENTE	
23	OBLIGACIONES FINANCIERAS	.00
2301	SOBREGIROS OBTENIDOS	.00
2302	OBLIGACIONES FINANCIERAS NAC	.00
24	CUENTAS POR PAGAR	-4,924,316,932.01
2401	PROVEEDORES NACIONALES	-257,575,097.30
2425	ACREEDORES	-4,317,832,104.98
2436	RETEFUENTE POR PAGAR	-317,097,393.93
2450	ANTICIPO SOBRE CONVENIOS Y ACUERD	-31,812,335.80
2455	DEPOSITOS DE TERCEROS	.00
25	OBLIGACIONES LABORALES	-306,410,612.00
2505	SALARIOS Y PNESES SOCIALES	-306,410,612.00
27	PROVISIONES	-98,166,659.00
2715	PROVISION PRESTACIONES SOCIALES	-98,166,659.00
29	OTROS PASIVOS	.00
2905	RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS	.00
2910	INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO	.00
3	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	-298,248,276.17
32	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	-298,248,276.17
3208	CAPITAL FISCAL	-281,261,632.00
3225	UTILIDADES EJERCICIOS ANTERIORES	-131,843,708.78
3230	UTILIDAD EJERCICIO Y/O PERDIDA	114,857,064.61
3255	PATRIMONIO INSTITUCIONAL INCORP	.00
	TOTAL PASIVO MAS PATRIMONIO	-5,576,077,249.18

ALFREDO GONZALEZ HURTADO

ONEIS JULIO DE LA ROSA REPRESENTANTE

Empresa Social del Estado Hospital Regional de Bolívar

Nit: 900.004.820-6

Estado de Actividad Económico, financiero Social a septiembre 2010

43	INGRESOS		-3,332,868,782.72
4312	VENTA DE SERVICIOS	-3,332,868,782.72	
4395	DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS	<u>0.00</u>	
44	TRANSFERENCIAS		-40,000,000.00
4428	OTRAS TRANSFERENCIAS	<u>-40,000,000.00</u>	
TOTAL INGRESOS OPERACIONALES			<u>-3,372,868,782.72</u>
63	COSTO POR SERVICIOS		1,819,857,255.00
6310	SERVICIOS DE SALUD	<u>1,819,857,255.00</u>	
UTILIDAD OPERACIONAL			-1,553,011,527.72
51	OPERACIONALES DE ADMINISTRACION		1,532,325,567.72
5101	SUELDOS Y SALARIOS	277,319,757.00	
5102	CONTRIBUCIONES IMPUTADAS	0.00	
5103	COTIZACION SEGURIDAD SOCIAL	56,143,729.00	
5104	APORTES SOBRE NOMINAS	11,322,252.00	
5111	GENERALES	1,186,151,606.68	
5120	IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS	<u>1,388,223.04</u>	
52	DE OPERACION		0.00
5202	SUELDOS Y SALARIOS	0.00	
5203	CONTRIBUCIONES IMPUTADAS	0.00	
5204	CONTRIBUCIONES EFECTIVAS	0.00	
5207	APORTES SOBRE NOMINAS	0.00	
5211	GENERALES	<u>0.00</u>	
53	PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES		134,912,702.00
5304	PROVISION PARA DEUDORES	40,375,910.00	
5306	PROVISION PARA PROTECCION DE INVENTARIO	0.00	
5330	DEPRECIACIONES	94,536,792.00	
5345	AMORTIZACION INTANGIBLES	<u>0.00</u>	
48	OTROS INGRESOS		-0.39
4805	FINANCIEROS	0.00	
4810	EXTRAORDINARIOS	0.00	
4815	AJUSTE DE EJERCICIOS ANTERIORES	<u>-0.39</u>	
58	OTROS GASTOS		630,323.00
5801	INTERESES	23.00	
5802	COMISIONES	11,310.00	
5805	FINANCIEROS	0.00	
5810	EXTRAORDINARIOS	0.00	
5815	AJUSTE DE EJERCICIOS ANTERIORES	618,990.00	
5897	COSTOS Y GASTOS POR DISTRIBUIR	<u>0.00</u>	
UTILIDAD Y/O PERDIDA DEL EJERCICIO			<u>114,857,064.61>></u>

ALFREDO GONZALEZ HURTADO
JULIO DE LA ROSA REPRESENTANTE LEGAL
Público T.P.No.94348-T

ONEIS
Contador

