



Documentos de trabajo sobre
ECONOMÍA REGIONAL

**SALUD PÚBLICA Y SITUACIÓN
HOSPITALARIA EN CARTAGENA**

Por:

JOAQUÍN VILORIA DE LA HOZ

Nº 65

Noviembre, 2005



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

ISSN 1692 - 3715

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República – Sucursal Cartagena. Los trabajos son de carácter provisional, las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

SALUD PÚBLICA Y SITUACIÓN HOSPITALARIA EN CARTAGENA **

JOAQUÍN VILORIA DE LA HOZ[‡]

Cartagena de Indias, Noviembre de 2005

** El autor agradece los comentarios de Adolfo Meisel, Jaime Bonet, María Aguilera, Javier Pérez, José Gamarra, Julio Romero, Luz Matilde Pulido, y la colaboración de Alicia Bozzi, Javier Bustillo, Jaime Trucco, Hernando Pinzón, Álvaro Correa, Félix Nates, Andrea Franco, Renata Pardo, Norman Julio Muñoz, Javier Marrugo, Nelson Álvis, Raquel Miranda, Elizabeth López, Aarón Espinosa, Rosemary Barcos y Cesar Malambo.

[‡] El autor es economista del *Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER)* del Banco de la República - Sucursal Cartagena. Para comentarios favor dirigirse al autor al teléfono: (5) 6600808, ext. 135, fax (5) 6600757, Correo electrónico: jvilorde@banrep.gov.co Este documento puede consultarse en la página web del Banco de la República www.banrep.gov.co (Ruta de acceso: Información económica/ Documentos e informes/economía regional/Documentos de trabajo sobre economía regional).

Resumen

Los indicadores de salud de Cartagena no son muy alentadores, si se comparan con otras ciudades del país o con la media nacional. En el caso de la cobertura, en los primeros años del siglo XXI Cartagena tenía un indicador por encima de la media de Colombia, pero significativamente inferior a ciudades como Bucaramanga o Bogotá. Por su parte, el indicador de número de camas por cada 1.000 habitantes resultó crítico para la ciudad. La tasa de mortalidad infantil es crítico para Cartagena, si se compara con la media nacional. Las muertes infantiles por causas infecciosas dejan ver fallas en los programas de prevención, destinados a disminuir la morbilidad y mortalidad. Con respecto a las finanzas públicas se encontró que el presupuesto destinado al sector de la salud en Cartagena fue creciente en la última década. Lo preocupante es que las transferencias per cápita recibidas por Cartagena han sido inferiores a la media nacional a partir de 1998. En medio de esa aguda crisis fiscal de los hospitales públicos, hay que destacar la buena gestión administrativa y el sentido de pertenencia del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja y de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Estos buenos ejemplos deben ser objeto de estudio y emulación por parte de otras instituciones de salud de la ciudad.

Palabras clave: Salud pública, crisis hospitalaria, economía de la salud

Clasificación JEL: I10, I12, I18.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	6
III. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-SGSSS	8
IV. COBERTURA EN SALUD	14
V. CAPACIDAD INSTALADA	21
VI. MORBILIDAD Y MORTALIDAD	26
A. Vacunación	26
B. Mortalidad	28
VII. FINANZAS DE LA SALUD	34
VIII. SITUACIÓN HOSPITALARIA EN CARTAGENA	40
IX. UNA EXPLICACIÓN SOBRE LA CRISIS HOSPITALARIA	46
A. Finanzas de los hospitales públicos	49
B. La “Casa del Niño” como estudio de caso	53
X. REFLEXIONES FINALES	54
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	63

La salud habilita a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la seguridad económica en el futuro. Es la base de la productividad laboral... En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano, el cual es... la base de la productividad económica del individuo. Jeffrey Sachs (2002), "Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico", OMS.

I. INTRODUCCIÓN

El cierre del Hospital Universitario de Cartagena en el 2003 hizo evidente la crisis de la salud pública por la que atraviesa, desde hace varios años, esta ciudad. Esta situación se agudizó con el cierre de la Clínica del Club de Leones, así como por los problemas administrativos y financieros que sufren los otros hospitales públicos de la ciudad. Aunque la crítica situación del sistema hospitalario no es exclusiva de Cartagena, las cifras muestran indicios para pensar que en esta ciudad se vive una de las problemáticas más serias del sector salud en el país.

Se debe resaltar que para los habitantes de Cartagena el tema de la salud ocupa el primer lugar entre sus prioridades. Así lo dejan ver los resultados de una encuesta contratada por el Proyecto "Cartagena cómo vamos" en julio de 2005, en donde la calidad y acceso al servicio de salud fue calificado como prioritario (22%), seguido por la generación de empleo (21%), educación (15%) y lucha contra la pobreza (15%).¹

¹ Proyecto "Cartagena cómo vamos", *Boletín N° 1*, Cartagena, octubre 2005.

La presente investigación se planteó como una forma de acercarse al problema y entender mejor la situación hospitalaria y de salud pública de Cartagena. Para cumplir este objetivo, el trabajo se estructuró en diez secciones, siendo las dos primeras la introducción y los antecedentes históricos del sector salud en Colombia. La tercera parte aborda el tema del sistema de seguridad social en salud, vigente en Colombia desde 1993 y alrededor del cual se desarrolla la presente investigación. Las siguientes dos secciones tratan sobre la evolución de la cobertura en salud tanto en Colombia como en Cartagena, así como la capacidad instalada en términos de centros hospitalarios y camas por número de habitantes. Luego se hace un análisis de las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad en Cartagena, presentadas en términos comparativos con otras ciudades colombianas, con la media nacional y en ocasiones con otros países.

Las finanzas públicas se estudiaron como una forma de entender el problema desde los recursos públicos destinados al sector de la salud. En las siguientes dos secciones se estudian la crisis hospitalaria que viene enfrentando la ciudad de unos años a esta parte, y los orígenes del problema. La última parte del trabajo cierra con unas reflexiones sobre la salud pública en la ciudad de Cartagena, esbozando algunas propuestas.

II. ANTECEDENTES

Para mediados del siglo XIX en Colombia se habían expedido algunas leyes cuya finalidad era la protección de las familias de los militares muertos, incluso desde la guerra de Independencia. Para el resto de población existía un precario sistema

de asistencia pública, basado en un servicio de beneficencia o de caridad ofrecido en ocasiones por instituciones religiosas. Pese a estos antecedentes, la política gubernamental en salud se concretó en Colombia con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1936. Una década después la seguridad social en salud para los trabajadores se adoptó de manera estratificada, comenzando con los grupos de mayor poder gremial. Se optó por el modelo “bismarckiano” de seguridad social², basado en la relación de empleo dependiente que moldeó el sistema. En concordancia con lo anterior, en 1946 se crearon el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), y tres años después se aprobó el seguro de enfermedad general y de maternidad para los trabajadores de empresas privadas.³

En la segunda mitad de la década de 1960 se crearon los Servicios Seccionales de Salud, lo que permitió organizar el sistema de regionalización de los servicios, y se desarrolló el Plan Nacional Hospitalario (1969). Luego, en 1975, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), reafirmando las tendencias “higienistas” del anterior período, y poniendo especial énfasis en el enfoque de asistencia pública y de subsidio a la oferta. El SNS presentó un gran dinamismo entre 1977 y 1984, pero luego empezó a mostrar signos de agotamiento en razón de la crisis fiscal que afrontaba el país. Esta problemática ocasionó que se redujeran los recursos

² En 1880 Bismarck propuso ante el parlamento alemán un proyecto de ley que hiciera obligatorio el seguro de salud para aquellos trabajadores con salarios bajos. Esta ley entró en vigencia en 1883 y con el tiempo se amplió a los demás trabajadores y varios países europeos. Cfr. Heredia, Rodolfo, y Ramírez, Martha Lucía (2002), *Guía sobre salud y población*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, p. 116.

³ Martínez, Félix, Robayo, Gabriel y Valencia, Oscar (2002), *Desarrollo del principio de universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, FEDESALUD, Bogotá, pp. 4-5.

en salud del 8% al 4%, afectando el presupuesto de los hospitales públicos, los cuales se vieron abocados a incrementar las tarifas a los usuarios (también llamadas cuotas de recuperación). Esta política se constituía para los quintiles más pobres en una barrera de acceso al servicio de salud por sus costos.

A partir de datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1992 se pudo establecer que “el 19.2% de las personas que se sintieron enfermas no asistieron a servicios de salud: la mitad de los que no asistieron argumentaron como razón que los servicios eran costosos. La inasistencia era más grave en los quintiles inferiores de ingreso”.⁴

III. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

En Colombia, la prestación de los servicios de salud en todos los niveles, como un servicio público a cargo de la Nación, fue establecido mediante la Ley 10 de 1990. Esta Ley reforzó el Sistema Nacional de Salud, siendo sus principios básicos la universalidad, la participación ciudadana y comunitaria, la subsidiaridad, la complementariedad y la integración funcional.

Con la expedición de la Constitución Política de 1991, se reforzó en Colombia el modelo descentralista, más inclinado hacia el *escogimiento público local*. En términos de responsabilidades y recursos, se estructuró la asignación de competencias interterritoriales, se modificó la política del situado fiscal y se definieron criterios para su distribución.

⁴ *Ibid.*, pp. 5-6.

A partir de la Carta Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 se buscó una mejor articulación del Sistema Nacional de Salud, dando origen al concepto de “Seguridad Social”. Con esta reforma, se buscaba superar las limitaciones de un sistema asistencialista, centralizado, monopólico e ineficiente. La Ley 100 creó el sistema de seguridad social integral y estipuló como principios del servicio público esencial de salud la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) separó las funciones, colocando en la cúspide la Dirección (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, Ministerio de Protección Social, Secretaría departamentales y municipales). Las otras funciones del Sistema están relacionadas con el financiamiento (FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía), administración (EPS, ARS), prestación de servicios (IPS, ESE), así como vigilancia y control (Superintendencia de Salud).⁵

El SGSSS estableció dos tipos de afiliados: régimen contributivo y régimen subsidiado. Para la administración del régimen contributivo fueron creadas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y para el subsidiado las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Estas entidades, además de las Secretarías de Salud Municipal, contratan con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las

⁵ OPS (2002), *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia*, Documento de internet, p. 8.

Empresas Sociales del Estado (ESE), los antiguos hospitales públicos, la prestación de los servicios de salud a sus asegurados.

La función básica de las EPS es garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a sus afiliados. Cada EPS debe ofrecer a sus afiliados varias alternativas de IPS, salvo cuando la restricción de la oferta lo impida. El SGSSS reconoce a cada EPS un valor per cápita por paciente atendido, que se denomina Unidad de Pago por Capitación – UPC. Las ARS cumplen una función similar, pero con los afiliados al régimen subsidiado, quienes cuentan con un Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), el cual originalmente equivalía al 50% del POS contributivo. La Ley 100 estableció un plan de convergencia para que el POS de los dos regímenes (contributivo y subsidiado) se unificara en el 2001, pero esto no se ha cumplido.

En el SGSSS coexisten articuladamente el régimen contributivo y el subsidiado, con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA). El régimen contributivo es la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS a través del pago de una cotización. Por el contrario, la vinculación en el régimen subsidiado se hace a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen se creó con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables.

El régimen subsidiado se nutre como mínimo del 15% de las transferencias de inversión social destinada a salud, de recursos propios de los entes territoriales,

recursos del situado fiscal o sistema general de participaciones, de las rentas cedidas y de los recursos para subsidios del FOSYGA. Las direcciones seccionales o locales de salud tienen la función de contratar la administración de los recursos del régimen subsidiado, con empresas de carácter comunitario o de otro tipo privado, que se denominan Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

La financiación del sector de la salud a nivel nacional ha contado con transferencias automáticas, primero por la Ley 60 de 1993 y luego por la Ley 715 de 2001, la cual definió el Sistema General de Participaciones-SGP.

Cuadro 1

Colombia: evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB, 1993-2003

Gasto	1993	1998	1999	2002	2003
Gasto público	3.5	5.1	4.5		
Gasto privado	3.6	4.2	3.5		
Total	7.2	9.3	8.0	9.0	6.6

FUENTE: www.saludcolombia.com, N° 59, 2001. Acosta, Olga Lucía, et al. (2005), "La viabilidad del Sistema de Salud. Qué dicen los estudios", *Documentos de Trabajo*, N° 12, Fundación Corona, Universidad del Rosario, Bogotá, pp. 24-25.

Hasta el 2001 los recursos de transferencias lo constituían el Situado Fiscal y la Participación de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación (PICN), los cuales eran asignados de acuerdo a la Ley 60 de 1993. Luego de aprobada esta Ley, el gasto en salud pasó de 7.2% del PIB en 1993 a 9.3% en 1998, para tener un leve descenso en 1999. Los cálculos indican que en el 2002 estos gastos se

elevaron a 9% del PIB, y para ese año estaban vinculados a la seguridad social más de 24 millones de colombianos.⁶

La Ley 60 determinó que se transfirieran a las regiones un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación. Debido al escaso crecimiento de la economía colombiana en los últimos años del siglo XX, estos recursos disminuyeron y la Nación debió financiar el déficit de la mayoría de las entidades territoriales. Estas circunstancias contribuyeron a agravar la crisis fiscal de Colombia. Otro de los problemas de la Ley 60 era que no existía claridad en la asignación de transferencias entre regiones o sectores, presentándose exceso de rigidez y a la vez incumplimiento. El gobierno nacional continuaba dictando la política y condicionando gran parte de los recursos que transfería a las entidades territoriales, como por ejemplo el situado fiscal, el cual debía gastarse al menos un 80% en salud y educación.⁷

La Ley 60 presentó otra serie de problemas: “con respecto a la equidad en la distribución de los recursos, en el caso del Situado Fiscal se evidenció una alta variabilidad en la asignación per cápita entre departamentos, debido a que la asignación se realizaba de acuerdo a la tendencia histórica y no a incrementos en cobertura”.⁸

⁶ Ministerio de Hacienda y Crédito Público, DNP, et al. (2002), *Documento Conpes Social*, N° 57, “Distribución del Sistema General de Participaciones - vigencia 2002”, versión aprobada, Bogotá, p. 30.

⁷ Wiesner, Eduardo (1998), *La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia*, DNP/ANIF/FINDETER, Bogotá, 1995, p. 25; DNP, *Plan Nacional de Desarrollo – Cambio para construir la paz*, Bogotá, p. 149.

⁸ Ministerio de Hacienda y Crédito Público, DNP, et al. (2002), *Op. cit.*, p. 4.

Las limitaciones de la Ley 60 llevaron al Gobierno Nacional a presentar ante el Congreso de la República un proyecto de reforma constitucional, que garantizara la estabilidad de los recursos destinados a financiar la inversión social en las entidades territoriales. La reforma fue aprobada como el acto Legislativo 01 de 2001 y fue reglamentado mediante Ley 715 del mismo año.

La Ley 715 de 2001 determinó la conformación y distribución del Sistema General de Participaciones (SGP), del cual se deduce previamente el 4% de los recursos, distribuidos de la siguiente forma: Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales-FONPET (2.9%), resguardos indígenas (0.52%), programas de alimentación escolar (0.5%) y municipios ribereños del río Magdalena (0.08%). Luego de efectuadas tales deducciones, los recursos destinados para educación deben ser del 58.5%, salud el 24.5% y participación de propósito general (recursos para agua potable y saneamiento básico) 17%.

La nueva Ley estableció la distribución de competencias entre los distintos niveles de gobierno y el funcionamiento del Sistema General de Participaciones. Además, como una forma de consolidar el SGSSS, la Ley 715 creó una bolsa específica de recursos para salud, y estableció con claridad las competencias asignadas a cada nivel de gobierno, para evitar la duplicidad propiciada por la Ley 60 de 1993. Por lo anterior, la Ley estableció: i) los municipios y distritos quedan a cargo del aseguramiento en el régimen subsidiado para la población pobre y vulnerable; ii) los departamentos, distritos y municipios descentralizados estarán a cargo de la

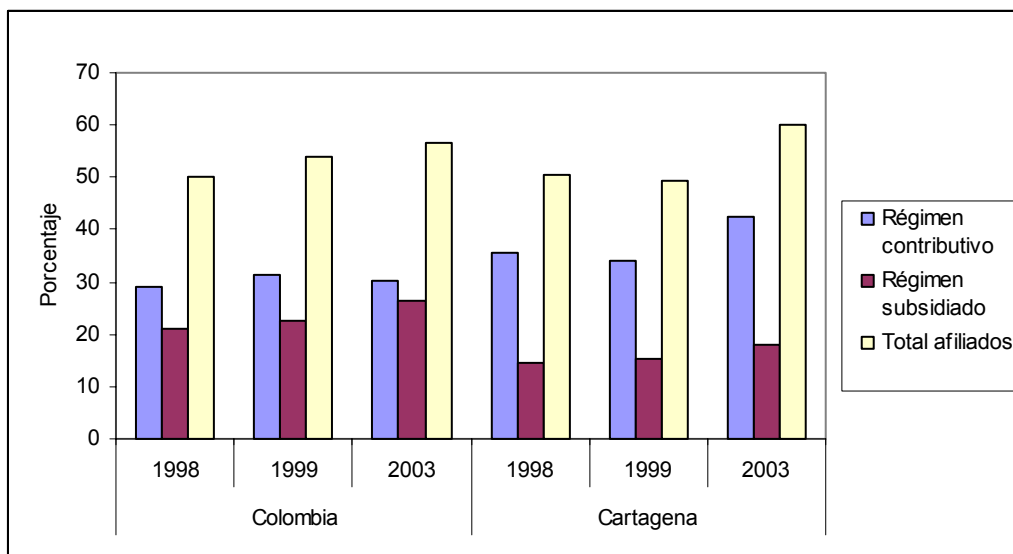
atención de la población pobre no asegurada, y iii) la gestión en salud pública está definida como función esencial del Estado, y queda a cargo de la Nación y entidades territoriales.

IV. COBERTURA EN SALUD

Es indiscutible que en Colombia la cobertura en salud ha venido aumentando desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. En el año en que se promulgó la Ley, sólo el 24% de la población colombiana tenía algún tipo de seguro de salud, para 2003 la cobertura en salud era del 58% y se estima que para el 2005 se había elevado al 70%. Infortunadamente, en Colombia las cifras de cobertura del SGSSS no coinciden de una entidad a otra, inclusive, una misma entidad reporta datos disímiles. El Ministerio de Protección Social, Superintendencia de Salud, Departamento de Salud Distrital de Cartagena – DADIS y Planeación Distrital muestran estadísticas diferentes.

El problema de las estadísticas hace aún más difícil el análisis del comportamiento de la cobertura tanto a nivel nacional como del Distrito de Cartagena. De acuerdo con estadísticas de DNP-SISD y del Plan Nacional de Desarrollo, en 1998 la cobertura total en salud (régimenes contributivo y subsidiado) tanto en Colombia en su conjunto como en Cartagena era del 50%. Al año siguiente, la cobertura de salud en Colombia se había elevado al 54%, mientras la de Cartagena se redujo levemente (49.3%).

Gráfico 1
Cobertura del SGSSS en Colombia y Cartagena, 1998-2003



FUENTE: DNP-SISD, Supersalud (2003) y Fundación Corona (2005).

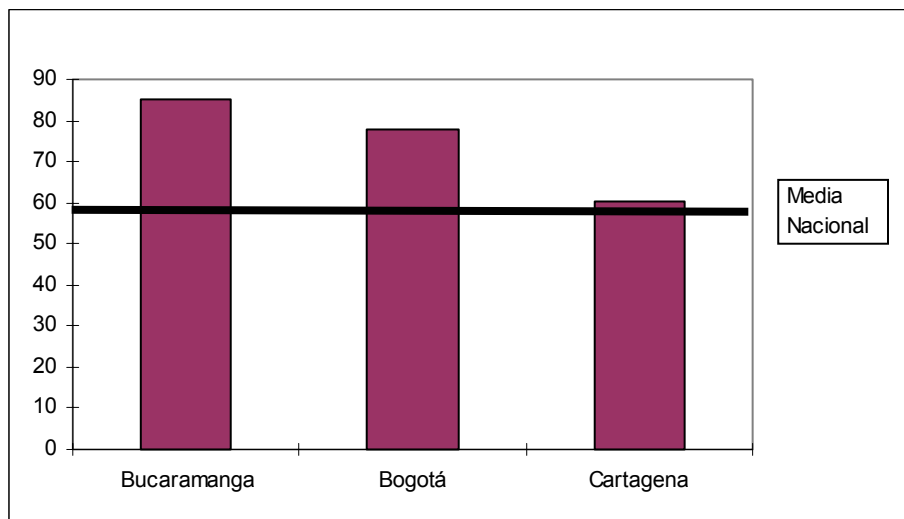
Cuadro 2
Cobertura del SGSSS en Colombia y Cartagena, 1998-2003

Colombia	1998	Cobertura %	1999	Cobertura %	2003	Cobertura %
Población	40.772.994		41.539.011		44.531.434	
Régimen contributivo	11.860.174	29,1	13.003.597	31,3	13.459.179	30,2
Régimen subsidiado	8.527.061	20,9	9.325.832	22,5	11.782.431	26,5
Total afiliados	20.387.235	50,0	22.329.429	53,8	25.241.610	56,7
Cartagena	1998	Cobertura %	1999	Cobertura %	2003	Cobertura %
Población	852.594		877.238		978.187	
Régimen contributivo	304.694	35,7	298.149	34,0	413.486	42,3
Régimen subsidiado	124.606	14,6	134.211	15,3	174.493	17,8
Total afiliados	429.300	50,4	432.360	49,3	587.979	60,1

FUENTE: DNP-SISD, Superintendencia Nacional de Salud (2003), *Régimen Contributivo – Boletín Estadístico*, N° 12, Bogotá.

A diciembre de 2003, un poco más de 25 millones de colombianos estaban afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado (cobertura del 58%), todavía lejos de la meta de la Ley 100 de 1993 que se propuso alcanzar el universo del 100% de la población. A esa fecha, la población por fuera del SGSSS ascendía a cerca de 19.300.000 personas, lo que equivalía al 42% de los colombianos. Por su parte, la cobertura en Cartagena para el mismo año ascendió a 60%, superior a la media nacional, pero muy por debajo de la presentada en otras ciudades como Bogotá (77.6%) y Bucaramanga (85%). De acuerdo con estas cifras, en el 2003 había más de 390 mil personas en Cartagena que no tenían ninguna clase de afiliación al sistema de salud.

Gráfico 2
Cobertura del SGSSS para Colombia, Cartagena y otras ciudades, 2003



FUENTE: Secretaría de Salud de Santander, Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá, Supersalud y DADIS.

El crecimiento de la afiliación entre 1998 y 2003 fue más dinámico en el régimen subsidiado. Es así como en Colombia su número creció a una tasa de 6.7%

promedio anual, frente a 2.6% de los afiliados al régimen contributivo. Las cifras muestran un avance significativo en la cobertura de la población más pobre y una evolución más satisfactoria durante la crisis económica de finales de la década de 1990. “Por el contrario, el régimen contributivo se estancó con la recesión económica y no ha logrado ampliar su cobertura, a pesar de la recuperación reciente del empleo”.⁹

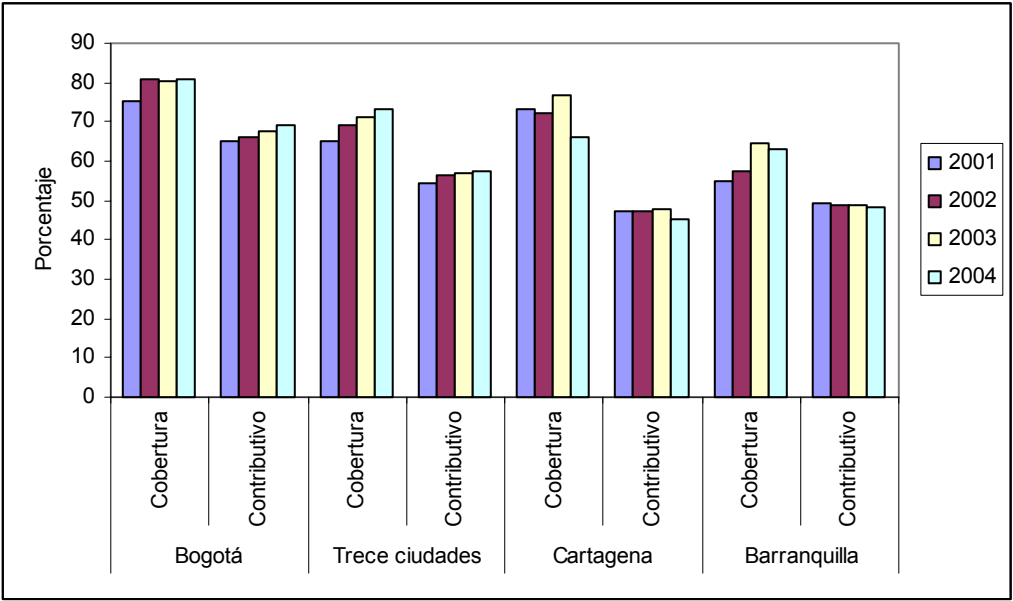
El caso de Cartagena no se inscribe en lo arriba señalado. En esta ciudad los afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo crecieron 7% y 6.3% promedio anual respectivamente, entre 1998 y 2003. Al respecto es poco confiable la cifra de afiliados al régimen contributivo en Cartagena que ofrece la Superintendencia de Salud: entre 1999 y 2003 estos afiliados se incrementaron en más de 115.000, de lo que resulta una tasa de crecimiento de 9% promedio anual, mientras a nivel nacional el crecimiento fue menor al 1% promedio anual. Este crecimiento acelerado del régimen contributivo en Cartagena llevó a que en el 2003 la ciudad tuviera una mayor cobertura que la media nacional, cuando en los años anteriores el indicador fue a la inversa.

Otra forma de estimar cobertura en salud es a través de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), con información para los años 2001-2004. La información corresponde sólo para las personas mayores de 12 años que se encontraban ocupadas al momento de la encuesta. Los datos muestran que para los cuatro años, Bogotá tenía una cobertura superior a la media de las trece ciudades en

⁹ Acosta, Olga Lucía, et al., *Op. cit.*, p. 11.

donde se aplica la encuesta. Con respecto a Cartagena, la cobertura en salud era inferior a la de Bogotá, pero en cambio estuvo por encima de la media nacional hasta 2003, y de Barranquilla durante todo el período.

Gráfico 3
Cobertura en salud a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), 2001-2004



FUENTE, DANE, *Encuesta Continua de Hogares - ECH*, 2001-2004.

Una forma de medir la cobertura en salud del régimen subsidiado, es a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales – SISBEN. En el período 2000-2004, la población sisbenizada en Cartagena creció a una tasa superior al 100%, hasta llegar a 672.651 personas clasificadas. De acuerdo a lo anterior, en el 2004 el 53% de la población de Cartagena estaba clasificada como pobre, de las cuales el 90% viven en las zonas suroriental y suroccidental de la ciudad.

Los afiliados al régimen subsidiado en salud también crecieron (niveles 1 y 2 de Sisben), aunque un poco más lento, llegando a 262.000 personas. Esta afiliación equivale a una cobertura en salud del 39% con respecto a la población sisbenizada. Dentro del total de la población afiliada al régimen subsidiado en Cartagena, 50.000 recibían subsidios parciales. Este esquema de subsidio se organizó en el 2004 y se focaliza en las poblaciones de los niveles 2 y 3 del SISBEN no cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.¹⁰

Según la Contraloría General de la Nación, con los subsidios parciales “se crea otra forma de vinculación al sistema con un plan de beneficios más limitados, profundizando la inequidad existente por las diferencias entre el POS contributivo y subsidiado”.¹¹ En efecto, mientras en el 2005 la UPC¹² del régimen contributivo es de \$365.674 al año, la UPC subsidiada es de \$203.886 (56% del contributivo)¹³, y el subsidiado parcial corresponde al 40% del subsidiado total (cerca de \$81.554).

El comportamiento de la población afiliada al Sisben y al régimen subsidiado se refleja en la “población vinculada” al sistema de salud. Los “vinculados” fueron definidos por la Ley 100 de 1993 como las personas clasificadas en los niveles 1 y

¹⁰ Los subsidios parciales garantizan la prestación de un Plan Obligatorio de Salud Subsidiado con una cobertura de servicios dirigida a cubrir enfermedades de alto costo, traumatología, ortopedia, medicamentos básicos y cubrimiento integral a la materna y niño menor de un año. Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2005), *Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima de Senado y Cámara de Representantes 2004-2005*, Bogotá, p. 9.

¹¹ Hernández Gamarra, Antonio (2005), “La propuesta de reforma a la Ley de Seguridad Social: aciertos y debilidades”, *Economía Colombiana*, N° 308, Contraloría General de la República, Bogotá, p. 30.

¹² UPC - Unidad de Pago por Capitación, es el valor anual que pagan las empresas aseguradoras por atender un paciente.

¹³ Ministerio de Protección Social (2005), *Op. cit.*, p. 6.

2 del Sisben que no están cubiertas por el régimen subsidiado, pero tendrían la expectativa de afiliación. Es preocupante observar cómo en el período 2000-2004 la población vinculada pasó de 94.000 a 276.000.

Cuadro 3

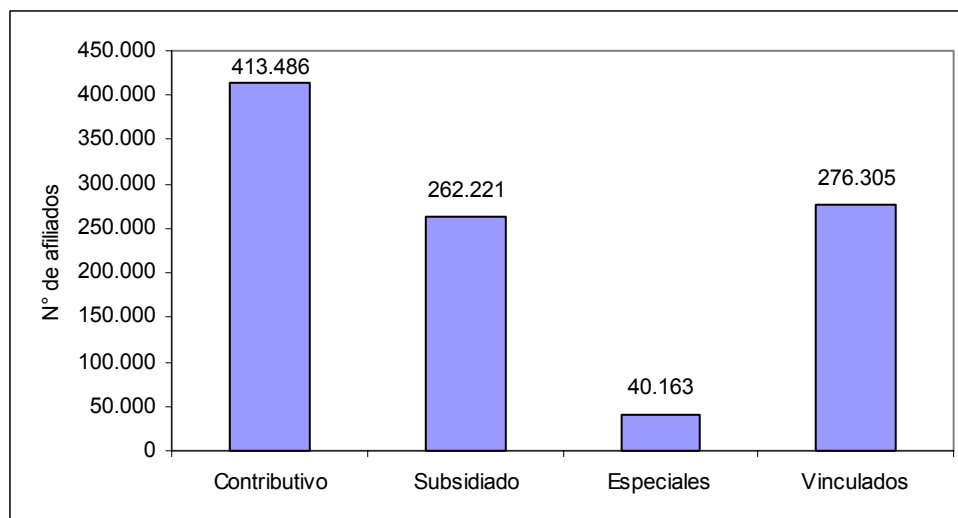
Población Sisbenizada, Régimen subsidiado y vinculados en Cartagena, 2000-2004

Año	Sisbenizados	Afiliados Régimen Subsidiado	Vinculados	Cobertura %
2000	316.517	136.323	94.381	43
2001	421.101	159.408	147.358	38
2002	638.937	165.897	332.263	26
2003	666.113	174.493	353.957	26
2004	672.651	262.221	276.305	39

FUENTE: Oficina de Planeación DADIS y cálculos del autor.

Gráfico 4

Clasificación de beneficiarios del SGSSS en Cartagena, 2004



FUENTE: Cálculos del autor con base en DADIS y Supersalud (2003).

En síntesis, en el 2004 los afiliados al SGSSS en Cartagena fueron 715.870 personas y los vinculados 276.305 (ver gráfico 4). Para ese año, el DANE proyectó para Cartagena una población de 1.004.074 habitantes, por lo que la cobertura del

sistema de salud en la ciudad ascendió a 71.3%. Al igual que en el 2003, la cobertura del Distrito se presenta superior a la media nacional, influido por los afiliados al régimen subsidiado, lo que podría estar indicando mayores niveles de pobreza en Cartagena comparado con otras ciudades de Colombia.

V. CAPACIDAD INSTALADA

En el año 2004 Cartagena tenía registradas 352 IPS, con un total de 1.057 camas, de las cuales 735 están en instituciones privadas (69.5%).¹⁴ Las estadísticas disponibles del número de camas en tres de los hospitales públicos de Cartagena (Universitario, Maternidad Rafael Calvo y San Pablo) muestran una disminución de 166 camas entre 1996 y 2002, a pesar del incremento de la población total de la ciudad. En el 2002 el Hospital Universitario de Cartagena (HUC) funcionaba con menos del 50% de las camas disponibles seis años atrás, producto de la crisis que afrontaba y que lo llevó a su liquidación en 2003.

Cuadro 4

Cartagena: razón de camas por cada 1.000 habitantes, 2000 y 2004

Año	Camas	Población	Camas/1.000 habs.
2000	1.442	902.005	1,60
2004	1.057	1.004.074	1,05

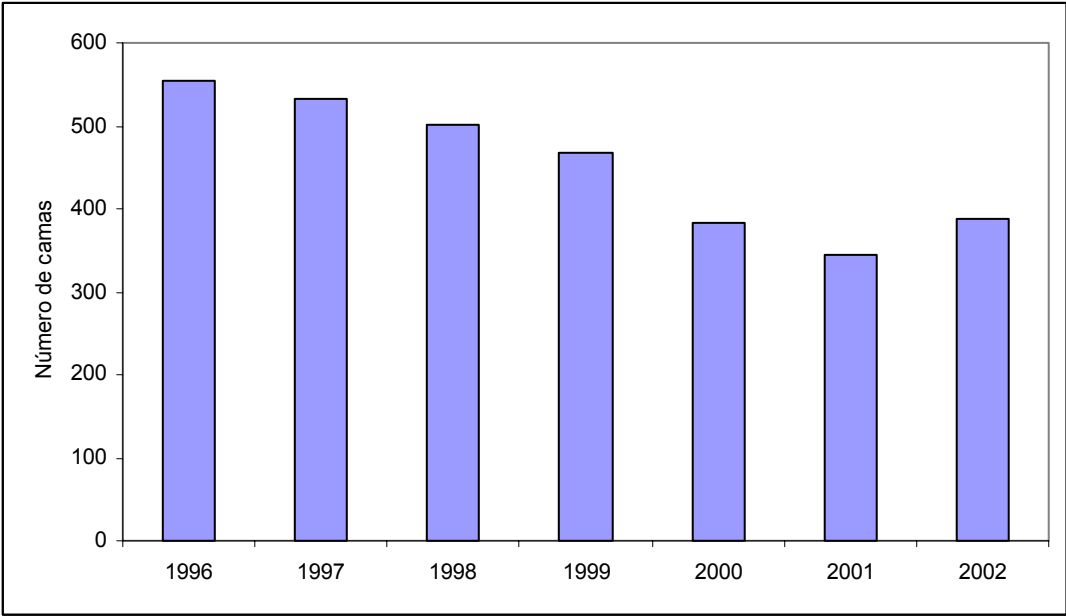
FUENTE: Fundación ProCartagena – FUNCICAR (2005), *Aproximación al estado actual del sector salud en el Distrito de Cartagena de Indias*, Cartagena, p. 10.

Una parte de la crisis hospitalaria se refleja en la caída del número de camas en Cartagena, tanto en términos absolutos como relativo al número de habitantes.

¹⁴ Fundación ProCartagena – FUNCICAR (2005), *Aproximación al estado actual del sector actual del sector salud en el Distrito de Cartagena de Indias*, Cartagena, pp. 20-21.

Durante el período 2000-2004, el número total de camas hospitalarias de Cartagena bajó en 385, hasta llegar a 1.057 camas. Lo anterior explica que en el 2000 la razón cama por cada 1.000 habitantes fuera de 1.60, y cuatro años después esta relación bajara a 1.05, inferior al de Medellín (2.05) y Bogotá (1.45).

Gráfico 5
Número de camas en los hospitales públicos de Cartagena, 1996-2002

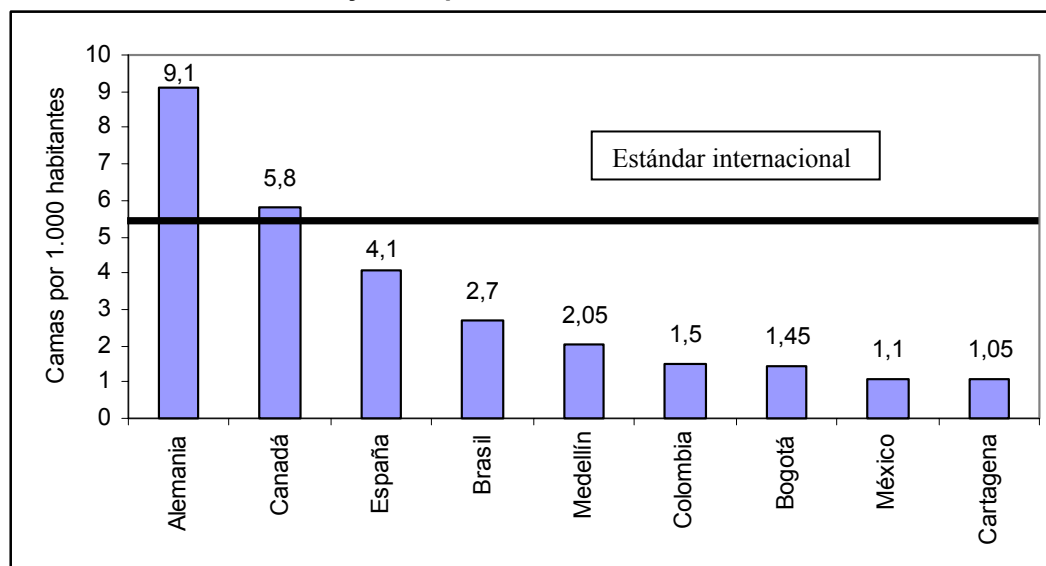


FUENTE: DNP.

En el plano internacional, Alemania y Canadá presentan indicadores de camas por encima del estándar internacional (5.5 camas por cada 1.000 habitantes). Por su parte países como España o Brasil y ciudades como Medellín tienen indicadores inferiores a la recomendación internacional, pero por encima de la media colombiana (1.5 camas por 1.000 habitantes). Colombia y Bogotá están

prácticamente igualados, con indicadores levemente superiores a los de México y Cartagena (ver gráfico 6).¹⁵

Gráfico 6
Número de camas por cada 1.000 habitantes en Cartagena, Colombia y otros países, 2001-2003



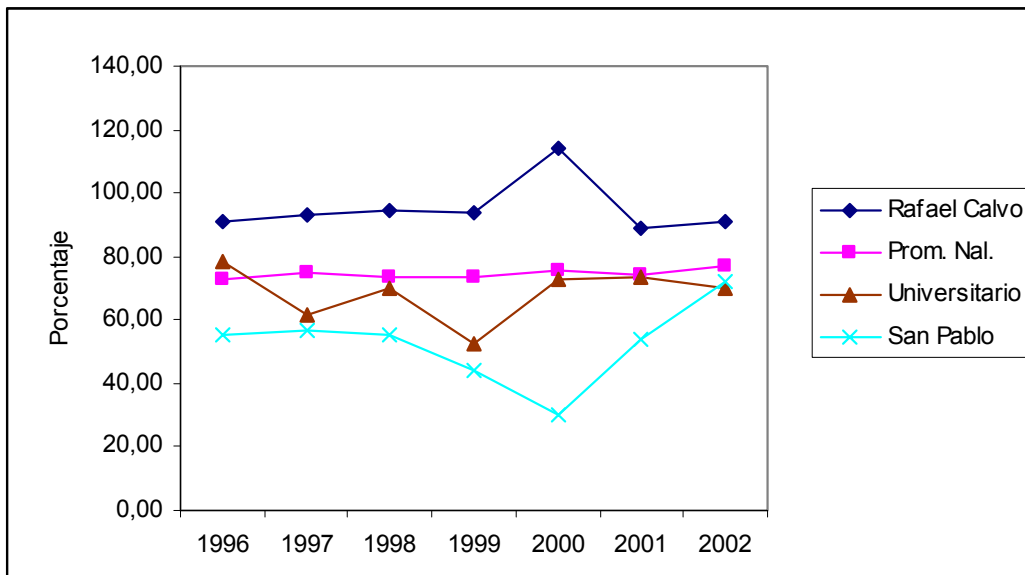
FUENTE: Europe Union, *Eurostat. Yearbook 2004*, OPS/OMS, *Análisis de salud y Sistema de Información Sanitaria. Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos 2003*, OPS (2002), *Perfil del sistema de servicio de salud de Colombia*, p. 25.

Además del escaso número de camas por habitantes en Cartagena, y de la tendencia decreciente del indicador en los últimos años, es preocupante observar cómo el porcentaje de ocupación en dos de los hospitales públicos de la ciudad estuvo por debajo de la media nacional. Incluso hubo años en que los niveles de ocupación del “Universitario” y del “San Pablo” fueron inferiores a 53% y 30% respectivamente. Lo más grave de esta baja utilización, es que ocurre en hospitales públicos que están dedicados a atender a la población pobre de la

¹⁵ European Union, *Eurostat Yearbook 2004. The Statistical Guide to Europe –Data 1992-2002*, version electrónica.

ciudad. Contrario al comportamiento de estos hospitales, la “Maternidad Rafael Calvo” presentó una ocupación que fluctuó entre el 91% y 114%, muy por encima de los otros hospitales locales, e incluso, de la media nacional.

Gráfico 7
Porcentaje ocupacional de hospitales públicos en Cartagena y Colombia, 1996-2002



FUENTE: Ministerio de Protección Social, Dirección General de Calidad del Servicio, información magnética.

Como ya se mencionó, a nivel internacional se propone que se disponga de 5.5 camas por cada mil habitantes, por lo que Cartagena necesitaría mínimo 5.500 camas, pero en realidad la capacidad instalada en la ciudad es menor de 1.100 camas. La falta de cobertura y la escasez de camas en Cartagena ocasionan un constante éxodo de pacientes con algunos tipos de enfermedades (conocido popularmente como el “paseo de la muerte”). Esta falta de camas, de cobertura y, por tanto, de atención médica oportuna explican parcialmente el fenómeno que en Cartagena mueran en promedio veinte personas al mes.

Estudios recientes recomiendan ir más allá del análisis de la razón número total de camas/número de habitantes, pues consideran de mayor relevancia estudiar camas en las Unidades de Cuidados Intensivos - UCI. Estas Unidades son las encargadas de atender a los pacientes con problemas de infarto, politraumatizados, infectados, quirúrgicos complicados, además de las unidades especializadas en neonatología y obstetricia, que a la postre se han convertido en prioritarias para cualquier hospital moderno.

Cuadro 5

Cartagena: camas hospitalarias en las Unidades de Cuidados Intensivos-UCI, 2002-2004

Año	Adultos	Neonatal	Pediátrico	Total camas	Quirófanos
2002	39	24	6	69	44
2003	42	39	13	94	55
2004	42	37	41	120	58

FUENTE: Información de hospitales y clínicas entregada al Proyecto “Cartagena cómo vamos”.

Por lo general, el porcentaje aceptado de camas disponibles en las UCI’s es de 5% del total, pero mientras en las instituciones privadas esa participación asciende al 8%, en las públicas apenas llega al 3%. Para el caso de Cartagena, en el 2004 la ciudad contaba con 1.057 camas en total y 120 camas en las UCI’s, representando estas últimas un 11.3% del total. El número de camas UCI y su participación dentro del total parece poco creíble, si se tiene en cuenta que en los últimos años a nivel nacional ha fluctuado entre 3.5% y 5%. A este indicador nacional se ajusta mejor la información referida a “camas de quirófano”, que para Cartagena eran 58 y representaban 5.5% del total de camas.

VI. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

A nivel internacional una de las prioridades de la salud pública es el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, evaluados con base en las distintas tasas de morbilidad y mortalidad. Según J. Sachs, “las sociedades con una importante carga de morbilidad tienden a sufrir numerosos impedimentos de envergadura para el progreso económico. A la inversa, varios de los grandes “despegues” de la historia económica... estuvieron respaldados por importantes progresos en la salud pública, la lucha contra enfermedades y la mejor alimentación”.¹⁶ Es por lo anterior, que en el presente documento se estudian la cobertura de vacunación en infantes, así como las tasas de mortalidad general, infantil y materna.

1. Vacunación

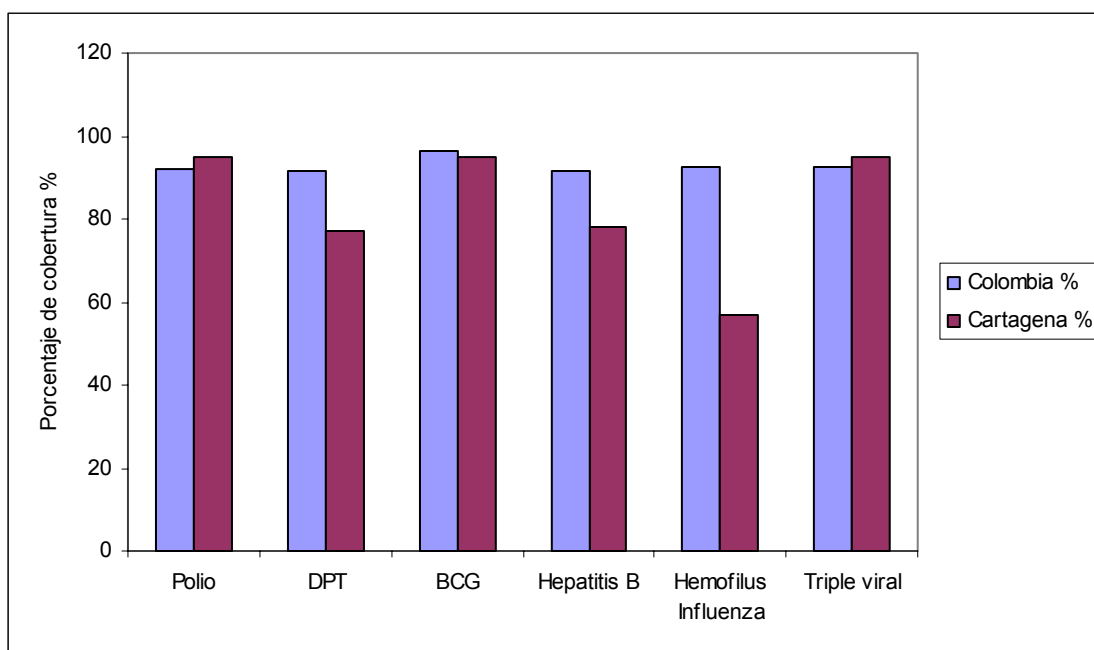
La vacunación ha sido entendida como una estrategia de bajo costo y alta efectividad para prevenir las enfermedades inmunoprevenibles. En el período 2002-2004 se incrementó la cobertura de vacunación para los diferentes biológicos, tanto en Colombia en su conjunto como en Cartagena en particular. Este resultado positivo se relaciona con el fortalecimiento administrativo y financiero del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI, lo que ha permitido el suministro oportuno de vacunas a los departamentos y distritos.

A nivel nacional, en el 2004 el FOSYGA destinó \$25.000 millones para el fortalecimiento del PAI. Parte de estos recursos se destinaron a la compra de ocho

¹⁶ Sachs, Jeffrey (editor), 2002, *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*, OMS, Washington, p. 24.

millones de dosis de Sarampión-Rubeóla, toda vez que a nivel nacional se estableció la meta de erradicar la rubéola en el 2010. También se adquirieron cerca de 4.300.000 dosis contra la fiebre amarilla.¹⁷ Además de lo anterior, las autoridades en salud han concretado alianzas estratégicas con otros gobiernos y organismos internacionales no gubernamentales, para intensificar las campañas de vacunación en diferentes departamentos del país.

Gráfico 8
Colombia y Cartagena: coberturas de vacunación por biológico, 2003



FUENTE: Ministerio de Protección Social (2004), *Informe de actividades 2003-2004*, Bogotá, p. 54; DADIS, Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI.

Entre el 2002 y 2004, la cobertura en Cartagena fue creciente en todos los biológicos (ver anexo 6). Comparativamente, en el 2003 la cobertura de vacunación en Cartagena contra el polio y la Triple Viral (rubéola, sarampión y paperas) estuvo por encima de la media nacional. Por el contrario, la cobertura en

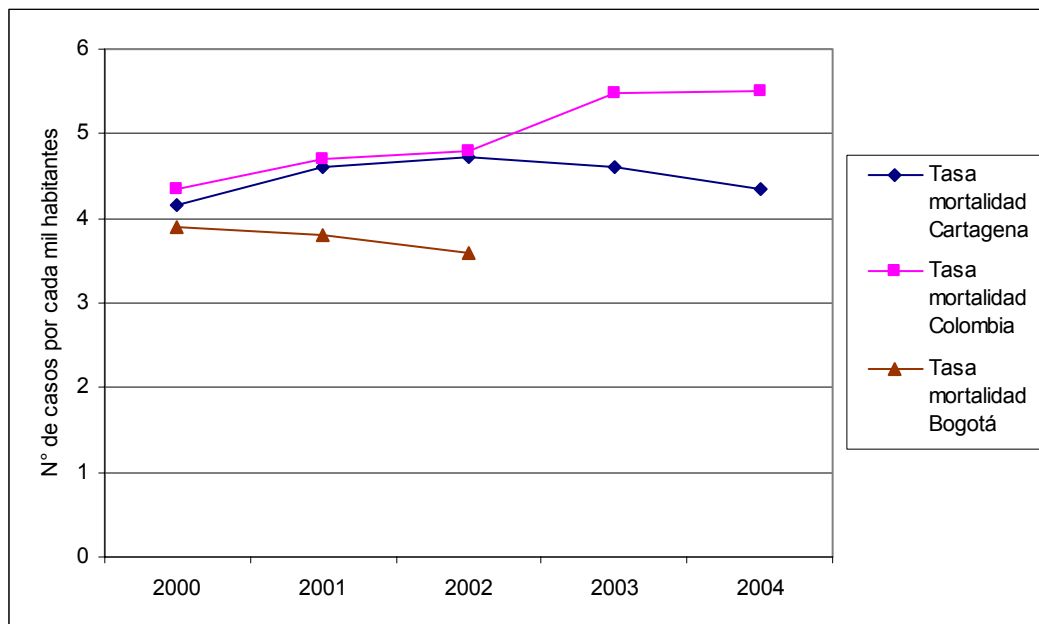
¹⁷ Ministerio de Protección Social (Informe CNSSS, 2005), *Op. cit.*, pp. 25-26.

los otros cuatro biológicos fue inferior en Cartagena, siendo los más críticos la Hemofilus Influenza (57%) y la DPT (77%).

2. Mortalidad

El estudio de la mortalidad continúa siendo una parte importante de la caracterización del estado de salud de la población. Para el período 2000-2004, la tasa de mortalidad en Colombia se incrementó de 4.35 a 5.51 casos por cada 1.000 habitantes. En Cartagena, la tasa fue inferior a la media nacional durante todo el período, pero por el contrario, superior a la de Bogotá. En el 2004 la tasa de mortalidad, tanto en Colombia como en Cartagena, fue superior a la reportada cuatro años atrás.

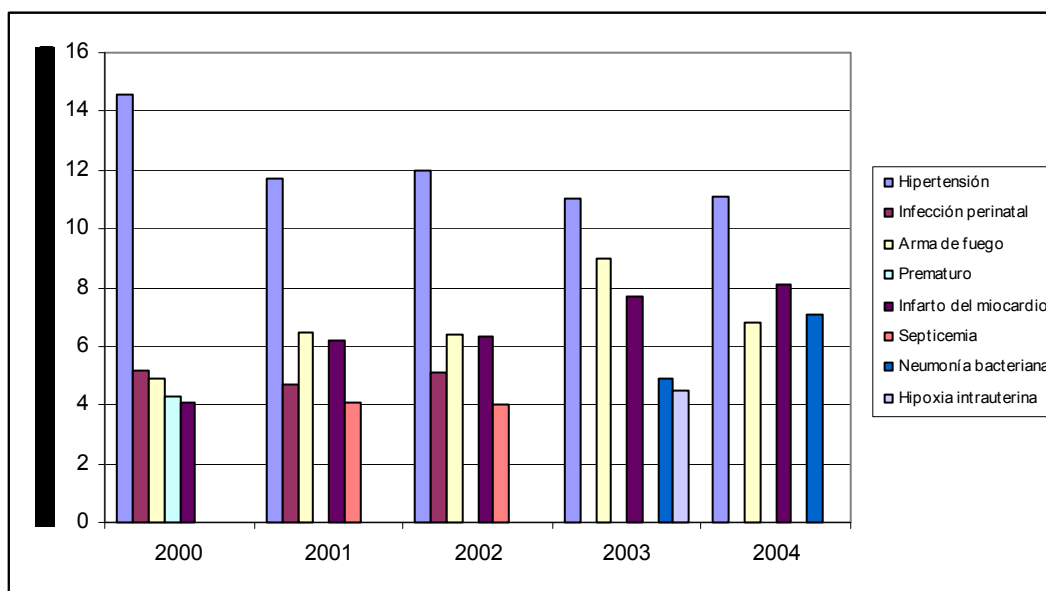
Gráfico 9
Tasa de mortalidad en Cartagena, Bogotá y Colombia, 2000-2004
(Número de casos por cada 1.000 habitantes)



FUENTE: DADIS, Oficina de Planeación; Ministerio de Protección Social; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Durante el período analizado la principal causa de muerte en Cartagena fue la hipertensión arterial (fluctuante entre el 11% y el 14.6%). En el 2004, la segunda causa de muerte fue el infarto agudo del miocardio (8.1%), seguido por la neumonía bacteriana (7.1%), arma de fuego (6.8%) y sepsis bacteriana de recién nacido (5.3%). Durante ese año, estas cinco causas representaron el 38.4% del total de muertes en Cartagena.

Gráfico 10
Primeras cinco causas de mortalidad en Cartagena, 2000-2004



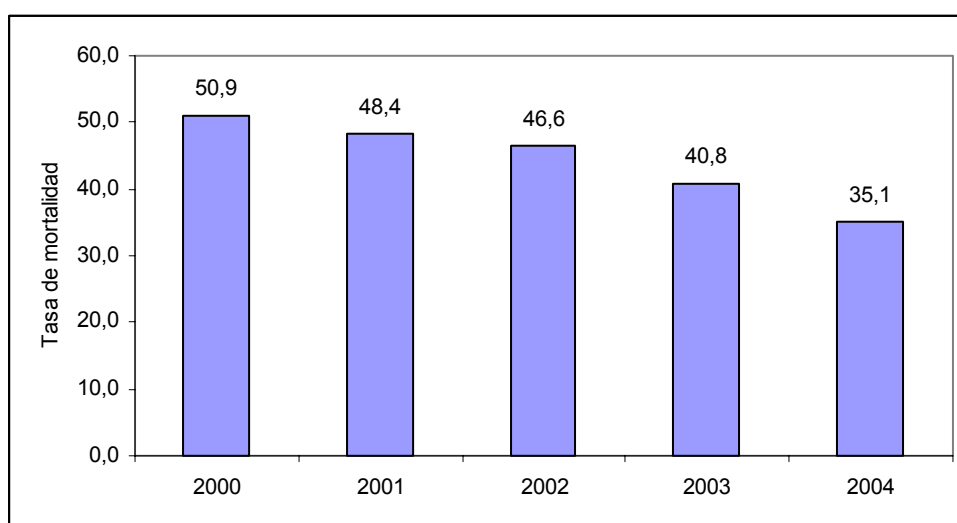
FUENTE: DADIS, Oficina de Planeación.

La mortalidad infantil se ha convertido en un poderoso indicador de salud, en la medida que muestra la protección existente a favor de la madre y el hijo. Con respecto a este indicador, Cartagena registró un descenso significativo entre los años 2000 y 2004. En ese período, la tasa de mortalidad infantil descendió 31%, al

pasar de 50.9 a 35.1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A pesar del descenso, este indicador no puede llamar a engaños a las autoridades de salud local, ya que en el 2003 la tasa en Cartagena fue de 40.8 muertos por cada 1.000 nacidos vivos, muy por encima de la registrada en la región de América Latina y el Caribe, en Colombia y en la ciudad de Bogotá.

Gráfico 11

Cartagena: tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos



FUENTE: DADIS, Oficina de Planeación.

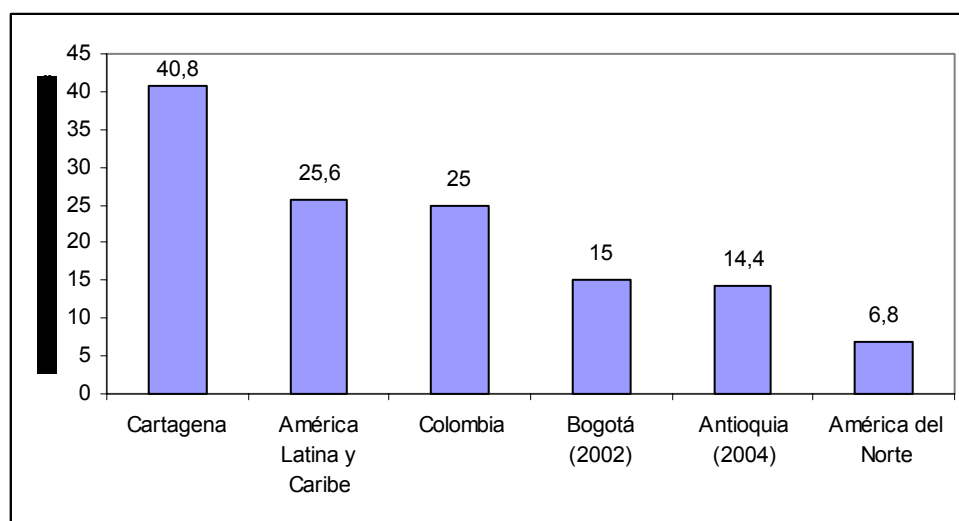
Este indicador no sólo es grave por lo elevado respecto a la media nacional y otras ciudades colombianas, sino además porque esconde problemas de inequidad. Sachs encontró que “en los países en desarrollo, las enfermedades transmisibles, la mortalidad materna y la nutrición deficiente aquejan mucho más a los pobres que a los ricos, aunque todas las categorías de ingreso se ven afectadas”.¹⁸ En efecto, el mismo informe constató que una enfermedad puede hacer más

¹⁸ Sachs, Jeffrey, *Op. cit.*, p. 24.

vulnerable a una familia pobre, e incluso, arrastrarlos a la miseria. Estudios para Colombia y otros países han mostrado que hay una relación esperada negativa entre mortalidad infantil y condición socioeconómica, esto es, a mayor nivel socioeconómico, menor es la mortalidad infantil.¹⁹

Gráfico 12

Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2003



FUENTE: DADIS-Oficina de Planeación; CEPAL (2005), "Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe", Santiago, p. 147; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Un estudio de Carmen Elisa Flórez encontró para Colombia factores asociados a la mortalidad infantil, como el acceso al servicio sanitario o a agua potable: si no se tiene acceso al primero, el riesgo es 1.5 veces superior con respecto a los niños que viven en casas con alcantarillado, y si disponen de acueducto, el riesgo de mortalidad infantil disminuye aproximadamente en un 70%.²⁰ Para disminuir

¹⁹ Flórez, Carmen Elisa (2002), "La equidad en el sector salud: una mirada de diez años", *Documentos de Trabajo*, N° 6, Fundación Corona, Fundación Ford, Universidad de los Andes, Bogotá, p. 18.

²⁰ *Ibid.*, p. 57.

estos factores asociados a la mortalidad infantil, se hace necesario incrementar las coberturas en acueducto y alcantarillado en todo el país.

Para el caso específico de Cartagena, en el período 1995-2005 la cobertura de agua potable pasó de 73% a 99%, y la de alcantarillado de 60% a 78%. En diez años, la mayor ampliación de cobertura se ha hecho en los estratos 1y 2, y esto es lógico en la medida en que los estratos medio y alto disponen de estos servicios.²¹ Pero todavía queda un 22% de la población de Cartagena sin servicio de alcantarillado, concentrado en los estratos más bajos de la ciudad.

En el caso del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, durante el período 2000-2004 se registraron 603 muertes, de las cuales 408 fueron menores de un año. El 25% de las muertes fue por causa de enfermedad diarreica, el 17.2% por neumonía y el 12.3% por sepsis (las tres causas sumaron el 54.5% del total de muertes). Adicionalmente, entre las diez primeras causas de muerte, cinco se asocian con un perfil infeccioso. Así mismo, de los niños fallecidos y registrados con sus datos nutricionales, de vacunación y lactancia, se pudo establecer que el 87% de los casos tuvieron problemas de desnutrición, el 61% no estaban vacunados o tenían incompleto su esquema de vacunación, y el 25% no recibieron lactancia materna.²² Las muertes infantiles por causas infecciosas (respiratorias, diarreicas y sepsis) denota fallas en los programas de prevención, destinados a

²¹ Aguas de Cartagena S.A. (2005), *Aguas de Cartagena. Evaluación de logros en diez años de gestión 1995-2005*, Cartagena.

²² Alvis, Nelson, De la Hoz, Fernando, Pinzón, Hernando (2005), *Mortalidad en un hospital pediátrico de referencia regional de Colombia: Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de Cartagena de Indias*, documento inédito, Cartagena.

disminuir la morbilidad y mortalidad, y deja en evidencia los problemas de pobreza de las dos terceras partes de la población cartagenera.

Lo anterior confirma que dos de las variables de mayor impacto sobre la mortalidad infantil son la lactancia y la educación de la madre. En Colombia la salud materna ha mejorado y se puede comprobar al observar la reducción de la tasa de mortalidad materna (TMM) en las últimas dos décadas. Es así como en 1983 la TMM era de 171 casos por cien mil nacidos vivos, y para el 2003 había descendido a 104.9. Las cifras para Cartagena son poco confiables, ya que de acuerdo a información del DADIS la TMM en el 2004 fue de 9.1 casos por cada cien mil nacidos vivos, cerca de doce veces menos a la tasa presentada a nivel nacional.

Por su parte, el Programa “Cartagena Como Vamos” elaboró un diagnóstico de la ciudad, y a partir de información también entregada por el DADIS, la TMM para el 2004 resultó de 36.3 muertes por cien mil nacidos vivos.²³ Este indicador sigue siendo muy bajo con respecto a la media nacional, por lo que se debe analizar con cautela. Para el conjunto de América Latina “se sabe que las estimaciones (de la TMM) tienen elevados márgenes de incertidumbre, mayores que los que presentan la mayoría de indicadores demográficos y de salud.”²⁴ Lo anterior se explica parcialmente por factores como el alto subregistro. Como estas cifras reportadas por el DADIS no son confiables, debido a que son significativamente

²³ Proyecto “Cartagena Cómo Vamos” (2005), *Línea Base 2004. Indicadores de resultados e impacto del proyecto*, Cartagena.

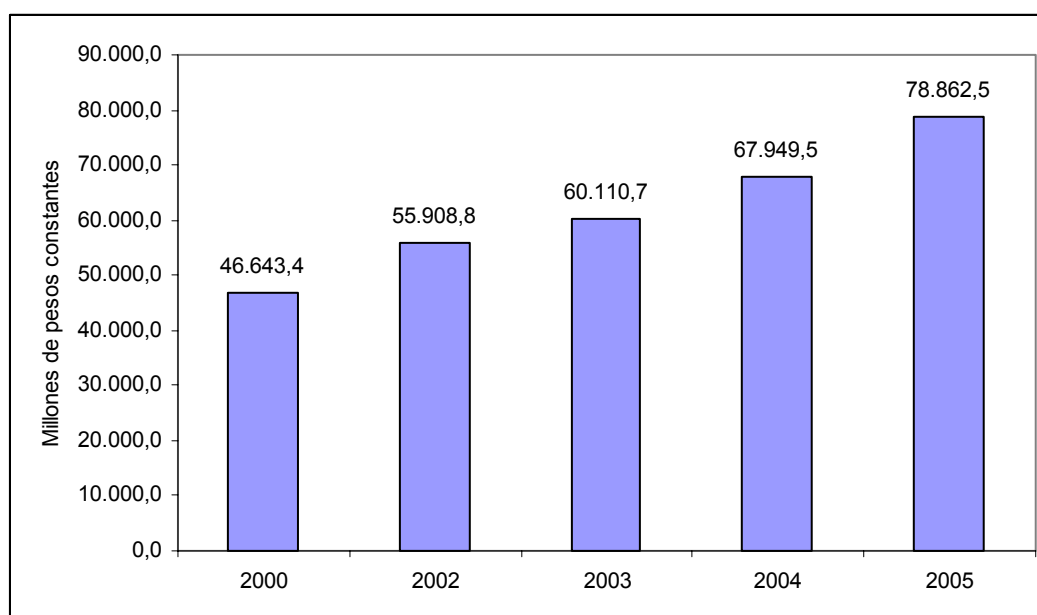
²⁴ CEPAL (2005), *Op. cit.*, p. 155.

menor a la media nacional, las autoridades distritales deberían llevar un registro más riguroso de las muertes maternas. La morbi-mortalidad materna está considerada a nivel internacional como un problema de salud pública que afecta a los diferentes estratos sociales, con el agravante que está más concentrado entre mujeres pobres.

VII. FINANZAS DE LA SALUD

Entre los años 2000 y 2005, la inversión en salud de Cartagena se incrementó en un 69%, al pasar de \$46.600 a \$79.000 millones. Este incremento corresponde a una tasa del 11% promedio anual, todo en precios constantes de 2004.

Gráfico 13
Presupuesto del sector salud en Cartagena, 200-2005
(millones de pesos constantes de 2004)



FUENTE: Fundación ProCartagena-FUNCICAR (2005).

En el 2004, el plan de inversiones en salud del Distrito de Cartagena ascendió a \$68.000 millones, de los cuales el 45.4% se destinó a la atención en salud de la población en régimen subsidiado (niveles 1 y 2 de Sisben) y 42.2% a la población vinculada (sin ninguna clase de afiliación). Por su parte, los programas de promoción y prevención de la salud participaron con un 5.7% del presupuesto, mientras los recursos destinados a controlar la mortalidad infantil fueron del orden de 0.4% (\$300 millones).

Cuadro 6
Presupuesto del sector salud en el Distrito de Cartagena, 2004-2005
(millones de pesos corrientes)

Rubro o Programa	2004	2005	Variación %
Régimen Subsidiado Sisben 1 y 2	30.816,4	39.893,2	29,0
Población vinculada (niveles 2,3 y 4)	18.623,3	20.476,7	10,0
Población vinculada (nivel 1)	10.051,0	10.994,7	9,0
Promoción y prevención de la salud-PAB	3.855,1	4.859,2	26,0
Ampliación cobertura régimen subsidiado	2.823,4	1.797,0	-36,0
Atención a desplazados	728,0	566,9	-22,0
Mortalidad infantil	300,0	300,0	0,0
Atención integral de urgencias y emergencias	300,0	315,0	5,0
Plan estratégico de Mejoramiento de la calidad	200,0	204,2	2,0
Sistema integral de información en salud	200,0	700,0	250,0
Inspección, vigilancia y control régimen subsidiado	52,1	0,0	-100,0
Presupuesto de inversión	67.949,3	80.106,9	18,0

FUENTE: Fundación ProCartagena – FUNCICAR (2005), "Aproximación al estado actual del sector salud en el Distrito de Cartagena de Indias, Cartagena, pp. 25-27.

En el 2005, el presupuesto se incrementó 18% con respecto al año anterior. Por fuente de financiación, el 73% de los recursos llegaron por la vía del Sistema General de Participaciones-SGP, el 14% por FOSYGA, el 11% por regalías y el resto por ETESA y juegos de azar. La administración distrital no asignó recursos propios para financiar programas de salud. En ambos años (2004-2005), los

rubros de mayor participación fueron los mismos (gastos en régimen subsidiado y población vinculada), mientras otros se mantuvieron constantes o tuvieron una variación negativa (ver anexo 8). De estos últimos, los recursos destinados a la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado disminuyeron en un 36% y la atención a los desplazados en 22%, mientras que el programa de control a la mortalidad infantil se mantuvo constante.

Cuadro 7
Presupuesto y población desplazada en Cartagena, 2004-2005

Año	N° personas	N° familias	Presupuesto total \$	Presupuesto Per cápita \$
2004	32.179	7.469	728.000.000,0	22.623,5
2005	33.718	7.932	566.900.000,0	16.813,0

FUENTE: Red de Solidaridad Social, Registro Único de Población Desplazada, Junio 30 de 2005.

Mientras el presupuesto destinado a la población desplazada ha disminuido en el último año, el problema del desplazamiento se agrava. Es por esto que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS declaró como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población en Colombia por causa de la violencia. Con el fin de cuantificar esta población, la Red de Solidaridad Social acreditó al Ministerio de Protección el “Número de hogares y personas inscritos en el Registro Único de Población Desplazada según departamentos y distritos receptores”. En total para el 2004 se registraron en Colombia 1.293.980 personas como desplazadas y el valor de los recursos en salud para atenderlos ascendió a \$21.300 millones. En Cartagena se registraron 32.179 personas desplazadas y el cupo indicativo asignado para atenderlos fue de \$530 millones, de lo que resulta

un monto per cápita de \$16.460.²⁵ Más grave que los escasos montos asignados para la vigencia del 2003, es la baja ejecución a nivel distrital: mientras la ejecución en el país fue del 63%, en Cartagena fue de 26%.

Es preocupante observar cómo el número de desplazados que llega a Cartagena viene en aumento, mientras los recursos en salud destinados a esta población vulnerable han disminuido, por lo menos en el último año. Esta situación ha llevado a que en el 2004 el presupuesto per cápita en salud para la población desplazada en Cartagena disminuyera de \$22.624 a \$16.813 entre 2004 y 2005.

La población desplazada por la violencia es tal vez la más vulnerable y desprotegida del país. Los gobiernos locales y sus autoridades en salud deben brindarles protección oportuna, ya que en ocasiones traen enfermedades que habían sido controladas en las ciudades varios años atrás. Preocupación similar se presenta con los recursos destinados al programa de control a la mortalidad infantil, ya que este indicador de Cartagena está por encima de la media nacional.

Ahora, para analizar las transferencias per cápita en salud, se hace necesario conocer el crecimiento de la población. En los últimos años, la tasa de crecimiento poblacional de Cartagena fue superior que la media nacional. Por ejemplo, en el período 1995-2005 la población de Cartagena creció 2.8% promedio anual, frente a 1.8% de crecimiento del total nacional. Estos indicadores son necesarios para entender, así sea parcialmente, la pobreza de amplios sectores de la población.

²⁵ Ministerio de Protección Social (2005), *Op. cit.*, pp. 35-36.

Cuadro 8

Número de habitantes de Cartagena y Colombia, 1995-2005

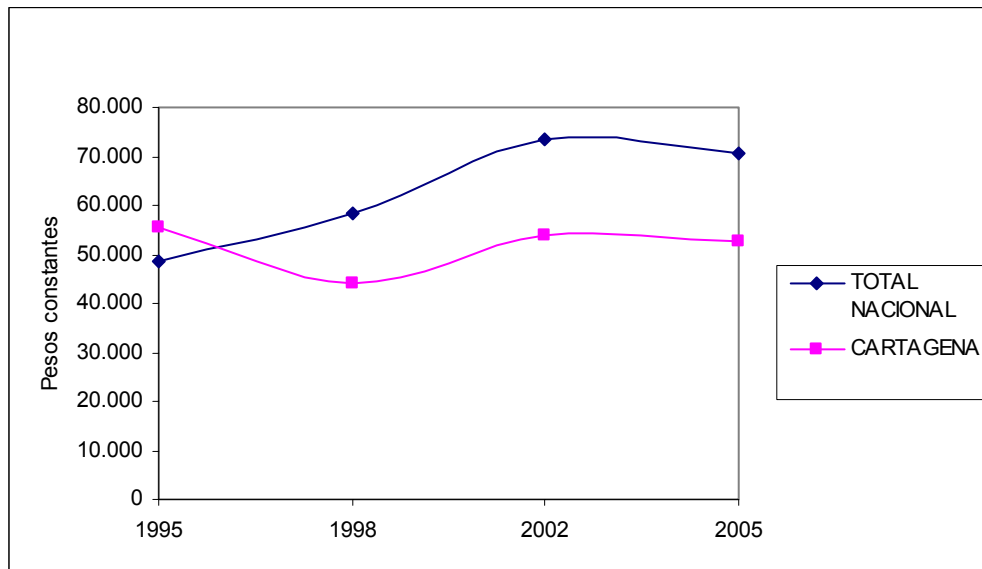
	1995	1998	2002	2005
CARTAGENA	780.527	852.594	952.523	1.030.149
COLOMBIA	38.558.195	40.627.306	43.612.702	45.868.504

FUENTE: DANE, *Proyecciones de la población, 1994-2005*, Información magnética.

A partir de los datos del gráfico 14 se puede observar que en el año 1995, las transferencias per cápita en salud recibidas por Cartagena fueron superiores a la media nacional, pero en 1998 esta relación se invirtió, en detrimento de Cartagena.

Gráfico 14

**Transferencias per cápita al sector salud, 1995-2005
(Pesos constantes de 2005)**



FUENTE: Cálculos del autor con base en DNP.

Entre 1994 y 2005 las transferencias en salud recibidas por el Distrito de Cartagena crecieron el 18% promedio anual, superior al promedio nacional (7%) y un poco por debajo del crecimiento de las transferencias de Bucaramanga (19%).

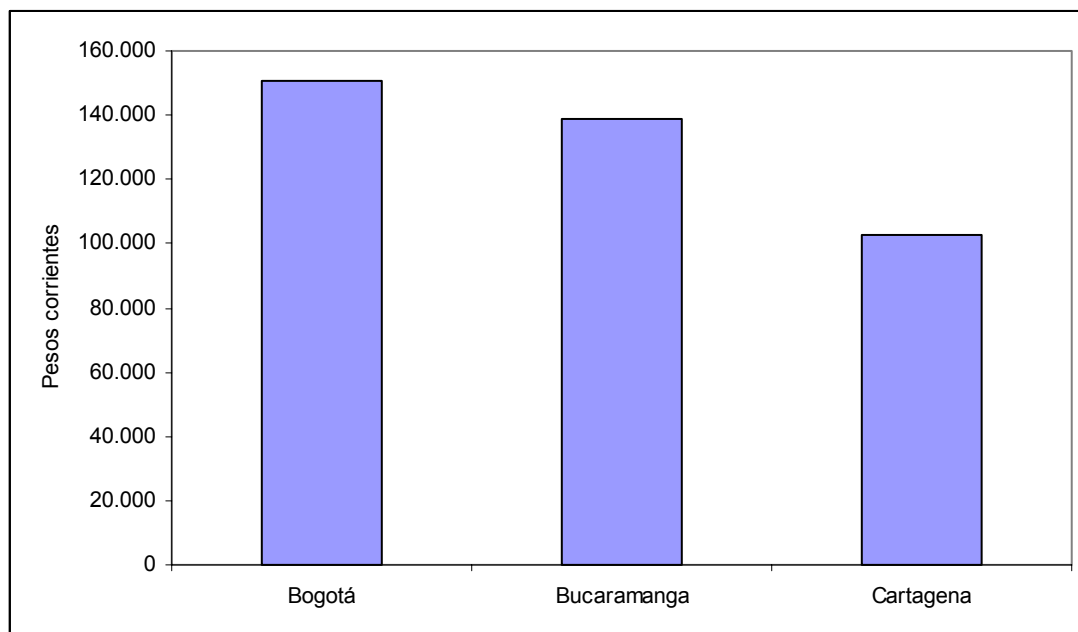
Es sorprendente observar para Cartagena que, a pesar de esta alta tasa de crecimiento anual, en el 2005 las transferencias per cápita en salud fueron de \$52.800, frente a \$70.500 del promedio nacional, esto es, un 25% menos de la media nacional.

Cuadro 9
Población por niveles de Sisben, diciembre de 2004

Municipio	Nivel 1	%	Nivel 2	%	Nivel 3	%	Total tres niveles
Cartagena	266.845	26	271.681	26.5	104.070	10.1	642.596
Total Nacional	11.121.421	24,6	7.449.731	16,5	2.866.010	6,4	21.437.162

FUENTE: DNP-SISD, DADIS, ProCartagena-FUNCICAR.

Gráfico 15
Transferencias per cápita en salud a partir de la clasificación de los niveles 1 y 2 del Sisben, 2004



FUENTE: Cálculos del autor con base en DNP.

Ahora, si el cálculo se hace con base en la población clasificada en los niveles 1 y 2 de Sisben, encontramos que en el 2004 las transferencias en salud fueron de \$150.488 por persona pobre para Bogotá, \$138.693 para Bucaramanga y \$102.775 para Cartagena. Esto se debe resaltar, al ser Cartagena una de las ciudades colombianas con mayor pobreza. Así, de la población registrada en el Sisben en Cartagena y Colombia, el 53% y 41% es pobre (niveles 1 y 2) respectivamente. Esta inequidad es grave y se convierte en un círculo vicioso, pues se sabe que la población pobre está más expuesta a las enfermedades.

VIII. SITUACIÓN HOSPITALARIA EN CARTAGENA

Para una persona pobre no es suficiente tener un carné del Sisben para acceder a los beneficios del Sistema de Salud. La crisis de los hospitales públicos, que ha llevado hasta el cierre de algunos de ellos, la falta de camas y el descuido de las acciones de prevención, promoción y la atención de enfermedades como la fiebre amarilla, la lepra y la tuberculosis, afectan de manera directa y en mayor proporción a la población de escasos recursos económicos.²⁶ Se debe recordar que “los costos económicos de las enfermedades evitables son asombrosamente altos. La enfermedad reduce los ingresos anuales de la sociedad, los ingresos de los individuos a lo largo de la vida y las perspectivas de crecimiento económico...”²⁷

²⁶ Hernández Gamarra, Antonio (2005), *Op. cit.*, p. 29.

²⁷ Sachs, J., *Op. cit.*, p. 24.

A finales de 2004, cerca de diez hospitales públicos habían cerrado sus puertas a nivel nacional, mientras otros 79 estaban al borde de la crisis. Adicionalmente fue reestructurado el Instituto de Seguro Social, a partir del cual se crearon siete Empresas Sociales del Estado (ESE). Estas instituciones fueron transformadas en empresas de economía solidaria que serán operadas por los trabajadores. La reestructuración propuesta por el Decreto Ley 1750 de 2003 no ha logrado mejorar la viabilidad financiera de las ESE, ni la calidad para atender a los usuarios. Las ESE nacieron con la herencia del Seguro Social, y por disposición legal, todavía dependen de la contratación con el ISS, que por su situación financiera necesariamente demora en los pagos. Por lo anterior, la viabilidad financiera de las ESE depende de la capacidad que tengan de contratar con EPS diferentes al ISS.

La situación financiera de la ESE José Prudencio Padilla es de las más críticas a nivel nacional.²⁸ Uno de los problemas son las deudas que tiene el Seguro Social con las clínicas y hospitales, generando en éstas una situación de iliquidez permanente, que las obliga a apalancarse con los proveedores y disminuir el flujo de medicamentos a los pacientes. Este último fenómeno afecta en mayor medida a los usuarios más pobres del Caribe colombiano. Según el gerente de la ESE, otro de los problemas consiste en que la ESE cuenta con una planta de personal de 1.560 empleados, pero ante la disminución de los afiliados a la EPS del Seguro Social, la nómina óptima debería ser 850 trabajadores, lo que genera gastos de

²⁸ La ESE José Prudencio Padilla tiene jurisdicción sobre las diferentes clínicas y hospitales de la Costa Caribe que anteriormente pertenecían al Seguro Social (con excepción de los ubicados en el departamento de Córdoba, que están adscritos a la ESE Rafael Uribe Uribe).

funcionamiento innecesarios. Los anteriores problemas se complican aún más al constatar que la ESE no tiene un software para facturar adecuadamente, por lo que venden servicios pero estos no se reflejan en el recaudo.²⁹

El primer centro hospitalario cerrado en el país fue el Hospital Universitario de Cartagena (HUC). 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”.³⁰ El mismo Informe señala

²⁹ *El Tiempo*, Bogotá, Junio 26 de 2005, información consultada en internet; además en www.medilegis.com

³⁰ Defensoría del Pueblo, *Informe Especial Hospital Universitario de Cartagena*, Resolución Defensorial N° 020, 8 de abril de 2002.

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”.³¹

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”.³² 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.

³¹ *Ibid.*

³² *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 HUC: 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 establecer un centro de investigaciones, al igual como lo han hecho en otros países latinoamericanos como Brasil y Chile.³³ Estas propuestas están en 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).

³³ Entrevista con el médico Javier Marrugo, Director del Departamento de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, Cartagena, 2 de septiembre de 2005.

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 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 Henrique 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.³⁴ 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

³⁴ DANSOCIAL, *Boletín de Prensa*, N° 159, mayo 12 de 2005, información disponible en internet.

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 dos años Cartagena ha sufrido el cierre de dos centros hospitalarios, uno está funcionando en medio de la anormalidad administrativa (Clínica Henrique de la Vega) y otro arrastra un déficit creciente (Hospital San Pablo).

IX. UNA EXPLICACIÓN SOBRE LA CRISIS HOSPITALARIA

Algunos críticos de la Ley 100 argumentan que la crisis de la red pública hospitalaria se explica en parte por la competencia asimétrica a que se vieron sometidos los hospitales públicos frente a los privados, en un mercado imperfecto y con problemas de regulación. Otros aseguran que el problema no se puede reducir a la dicotomía público-privado, sino más bien tratarlo de explicar a partir del monopolio y la competencia que devino con la Ley 100 de 1993. No se debe olvidar que en un principio los hospitales en Colombia fueron entidades de caridad cristiana, luego de beneficencia, más tarde centros asistenciales, de docencia e investigación, y por último, entidades de naturaleza empresarial.³⁵

Pese a las críticas, el modelo de subsidio a la demanda obligó a los hospitales a crear una estructura organizativa de corte empresarial dispuesta a competir por el mercado. Esto ha llevado a que ahora los gerentes y técnicos en gestión

³⁵ Hernández Gamarra, Antonio (2005), *Op. cit.*, p. 31; Giraldo Valencia, Juan Carlos (2005), “Hospitales colombianos hacia la post crisis”, *Revista Javeriana*, Junio.

hospitalaria se capaciten permanentemente, para entender mejor el sistema de salud, la competencia y las características de la economía de mercado.

Por el lado negativo, el Sistema ha permitido que algunas empresas del sector se integren verticalmente, como una forma de tener mayor dominancia del mercado, y además aplicar el concepto de atención integral. Esto ha llevado a que las empresas de salud “deseen hacer todo, en todas partes y a toda hora”. Por tanto, “el resultado es la creación de infraestructuras y servicios aglomerados en las grandes áreas urbanas”, en donde abundan entidades sin mercado y pequeños mercados con pocas empresas de salud.³⁶

Además de lo anterior, la extensa y compleja red de intermediación creada a partir de la Ley 100 de 1993 y el SGSSS, ha ocasionado demoras y riesgos en la desviación de recursos de salud para otras actividades. Este problema ha impactado de manera negativa el financiamiento de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), primeras en prestar el servicio de salud, pero las últimas en recibir el pago por el servicio prestado. Así por ejemplo, a las ARS se les paga bimestre anticipado, mientras ellas pagan a las IPS hasta 85 días después de prestado el servicio, sin incurrir en mora, y hasta 115 días si la facturación ha sido glosada.

La Ley 100 de 1993 colocó a la red de hospitales públicos a competir con empresas privadas, algunas con muchos años de experiencia, y “el resultado es

³⁶ Giraldo Valencia, Juan Carlos (2005), *Op. cit.*, p. 60.

una red pública hospitalaria en quiebra, importantes hospitales de larga tradición liquidados, cierre de servicios y, en general, deterioro de los mismos”.³⁷

Cartagena es una de las ciudades colombianas donde se ha vivido con mayor dramatismo esta crisis hospitalaria. Luego del cierre del HUC y de la Clínica del Club de Leones, la Clínica Herique 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 Henrique 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”.³⁸

En términos generales, los recursos de la oferta no fluyen oportunamente, ya que las entidades territoriales no giran los recursos a tiempo. De otra parte, la urgencia hospitalaria no está presupuestada, por lo que genera déficit. Estos problemas han llevado a que las instituciones hospitalarias cubran sus desbalances con recursos

³⁷ Hernández Gamarra, Antonio (2005), *Op. cit.*, p. 31

³⁸ *El Universal*, Cartagena de Indias, 6 de septiembre de 2005, “Clínica recargada de pacientes graves”.

destinados a los salarios de los trabajadores (cuando pueden hacerlo), a los proveedores, echando mano del sector financiero o con alternativas mixtas.³⁹

Los problemas van más allá de la planta de personal de los hospitales. Así por ejemplo, en el 2000 se estableció que la facturación de los hospitales no podía ser superior al valor de los contratos celebrados entre centros hospitalarios y empresas aseguradoras como EPS y ARS. Cuando esto sucede, las aseguradoras no cancelan la facturación. En este punto se nota una contradicción en el Sistema de Salud: “A los hospitales se les exige por un lado, atender a toda la población pobre en cumplimiento del derecho a la vida y por otra se le impone toques de facturación en los contratos con el consecuente no pago de todos los servicios prestados”.⁴⁰ La reforma al sistema de salud no ha logrado sanear las finanzas de los centros hospitalarios. La reforma se ha centrado en reestructurar la planta de personal de los hospitales como una forma de control del pasivo prestacional, pero esto no ha sido suficiente, pues el déficit continúa en la mayoría de hospitales públicos.

A. Finanzas de los hospitales públicos

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,

³⁹ Olaya, Catalina, et al. (2004), “Reestructuración de hospitales: ¿una estrategia adecuada?”, *Revista Hospitalaria*, Año 6, N° 36, Bogotá, p. 19.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 19.

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.

Cuadro 10
Ingresos, gastos y déficit corriente de 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

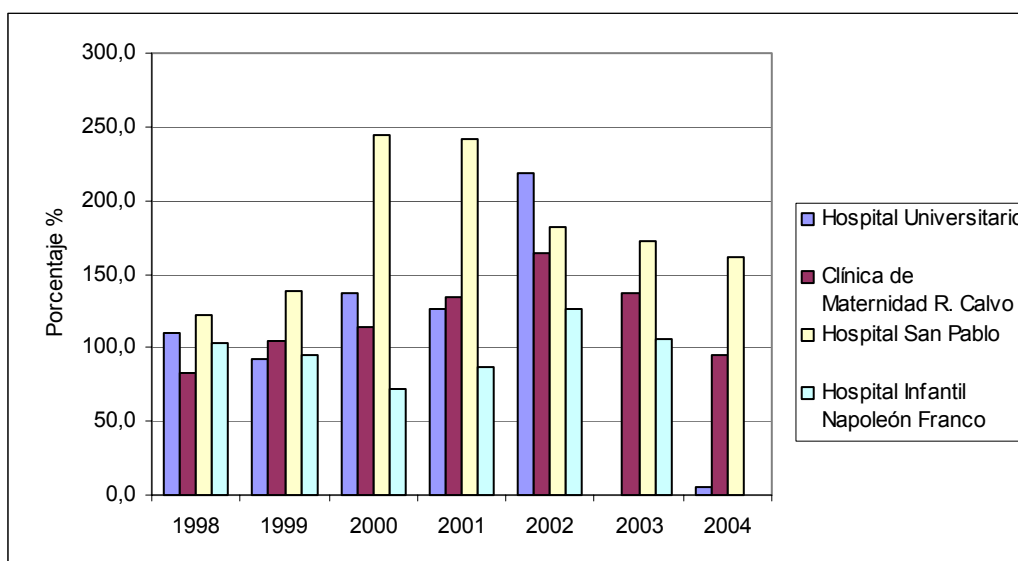
FUENTE: Banco de la República, Proyecto de finanzas públicas, Medellín.

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 HUC 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.

Gráfico 16

Participación del gasto de funcionamiento dentro de los ingresos corrientes de cuatro 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 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).

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 resolutive, cuando la red privada sí me garantiza el servicio”.⁴¹ El mismo 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.

⁴¹ 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.

B. La Casa del Niño como un estudio de caso

El Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja (*Casa del Niño*) es una fundación sin ánimo de lucro que nació en Cartagena hace sesenta años, y en ese período ha tenido sólo cuatro directores. Uno de sus distintivos es el sentido de pertenencia que los diferentes miembros de la junta directiva, así como el personal administrativo, tienen de la institución. En la junta directiva hay representantes de la Universidad de Cartagena, del Club Rotario y algunos descendientes de los fundadores. Desde los primeros años de su creación, el hospital ha tenido monjas capuchinas con experiencia en enfermería y atención a población de escasos recursos económicos.

El Hospital es un centro asistencial y docente, dedicado a atender población infantil perteneciente a familias de escasos recursos económicos (afiliados al régimen subsidiado y vinculados). Luego del cierre del Hospital Universitario, este centro asistencial es el espacio donde hacen sus prácticas los estudiantes de tres universidades de la ciudad, y donde funciona la Unidad de Pediatría de la Universidad de Cartagena. El hospital cuenta con 130 camas, no posee unidad de cuidados intensivos, y se concentra en el segundo y tercer nivel de atención de niños pobres de Cartagena y Bolívar.

Este hospital es modelo de gestión y del cuidado de la población infantil en la ciudad. Tiene razón Alfonso Múnera al decir que “el lugar es inusualmente limpio para ser un hospital de pobres”, y más adelante afirma: “El desgüeño de lo público no existe aquí. Por el contrario, hay un aire de dignidad, de buena organización y

de eficiencia que sorprende”.⁴² La administración de este hospital es excepcional no sólo para Cartagena sino para la región Caribe en general. En el año 2004 el hospital tuvo ingresos y egresos cercanos a los \$7.200 millones, y facturó cuentas superiores a \$6.200 millones a DADIS y DASALUD (secretarías de salud distrital y departamental respectivamente).⁴³ Pese a su buena gestión, a 2005 diferentes entidades le adeudaban al Hospital Infantil cerca de \$3.000 millones, sometiéndola a una estrechez financiera que le ha generado traumatismos para pagar los salarios de sus trabajadores y los contratos con los proveedores (ver anexos 9-11).⁴⁴

X. REFLEXIONES FINALES

Los indicadores de salud de Cartagena no son muy alentadores, si se comparan con otras ciudades del país o con la media nacional. En el caso de la cobertura, en los primeros años del siglo XXI Cartagena tenía un indicador por encima de la media nacional, pero significativamente inferior a ciudades como Bucaramanga o Bogotá. Incluso, si se desagrega la cobertura encontramos que la diferencia a favor de Cartagena con la media nacional está en el régimen contributivo, y no tanto en el subsidiado. Siendo Cartagena una de las ciudades con mayor pobreza en Colombia, debería esperarse una mayor cobertura en esta franja de la población.

⁴² Múnera, Alfonso, “La Casa del Niño”, *El Universal*, Cartagena, miércoles 8 de junio de 2005, p. 3A.

⁴³ Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja (2005), *Informe de la Junta Directiva, año 2004*, Cartagena.

⁴⁴ Cfr. Pinedo, Judith, “El Niágara en bicicleta”, *El Universal*, Cartagena, miércoles 22 de junio de 2005, p. 4-A. Merlano, Felipe, “Por la salud de los niños vulnerables”, *El Universal*, Cartagena, jueves 16 de junio de 2005, p. 4-A. Múnera, Alfonso, “¿Cuántos más deben morir”, *El Universal*, Cartagena, miércoles 27 de julio de 2005, p. 3A.

El indicador de número de camas por cada 1.000 habitantes resultó crítico para Cartagena, al compararlo con la media nacional y con ciudades como Medellín o Bogotá. Este déficit genera en los pacientes pobres lo que se denomina el “paseo de la muerte”, buscando una cama disponible en algún centro hospitalario. La tasa de mortalidad general se comporta similar a la nacional, pero en cambio, el de mortalidad infantil es crítico para Cartagena, si se compara con la media nacional. Las muertes infantiles por causas infecciosas dejan ver fallas en los programas de prevención, destinados a disminuir la morbilidad y mortalidad.

Estos indicadores sugieren que se deben reforzar los recursos del presupuesto distrital destinados a atender a la población infantil y a los pobres vulnerables, que en últimas son los que más padecen la crisis del sector hospitalario. En este sentido, se deben intensificar las campañas de vacunación en la población infantil, debido a que un alto porcentaje de los niños que mueren en Cartagena presentan un perfil incompleto de vacunación. Adicional a lo anterior, la literatura sobre el tema resalta otros factores asociados a la mortalidad infantil, como son el acceso al acueducto y al alcantarillado. De acuerdo a lo arriba señalado, se hace indispensable seguir aumentando la cobertura del servicio de alcantarillado en Cartagena, en los estratos más bajos de la población.

Con respecto a las finanzas públicas se encontró que el presupuesto destinado al sector de la salud en Cartagena fue creciente en la última década. Lo preocupante es que las transferencias per cápita recibidas por Cartagena han sido inferiores a

la media nacional a partir de 1998, e incluso en el 2005 llegaron a ser un 25% menos. Ahora, si el cálculo de las transferencias per cápita se hace a partir de la población clasificada en los niveles 1 y 2 de Sisben, de nuevo Cartagena aparece por debajo de ciudades como Bogotá o Bucaramanga.

La crisis hospitalaria muestra cómo a nivel nacional diez hospitales públicos habían cerrado sus puertas a diciembre de 2004, entre ellos el Hospital Universitario de Cartagena (HUC) y la Clínica del Club de Leones. En el HUC la Defensoría del Pueblo encontró toda suerte de anomalías administrativas y de contratación, que a la postre llevaron al hospital a su inviabilidad financiera y a su cierre. En los primeros años del siglo XXI, el 2002 fue el más crítico para la red hospitalaria pública de Cartagena, pues cuatro de sus instituciones sumaron un déficit de \$22.000 millones de pesos constantes de 2004.

Es urgente la reapertura del Hospital Universitario con una nueva estructura administrativa, que el gobierno ha denominado Hospital Universitario del Caribe. Con este propósito se ventilan diferentes propuestas del gobierno nacional, de la Gobernación de Bolívar, de la Universidad de Cartagena y de organismos internacionales. Entre estos últimos se encuentran el Hospital San Rafael de Milán (Italia) y el Instituto Real del Trópico de Holanda. En definitiva, la organización y puesta en operación de la nueva ESE Hospital Universitario del Caribe es necesaria y urgente, dada la deficiente infraestructura hospitalaria de Cartagena y del departamento de Bolívar.

En medio de esa aguda crisis fiscal de los hospitales públicos, hay que destacar la buena administración de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. La primera, presentó la más alta ocupación entre los hospitales públicos de Cartagena, y su manejo financiero ha sido aceptable en los últimos años. El segundo, se caracteriza por su buena gestión administrativa y asistencial, así como por el sentido de pertenencia de todo su personal. En medio de una de las peores crisis hospitalarias de la ciudad de Cartagena, estos buenos ejemplos deben ser objeto de estudio y emulación por parte de otras instituciones de salud de la ciudad.

Bibliografía

- Acosta, Olga Lucía, Ramírez, Manuel y Cañón, Carlos Iván (2005), “La viabilidad del Sistema de Salud. Qué dicen los estudios”, *Documentos de Trabajo*, N° 12, Fundación Corona, Universidad del Rosario, Bogotá.
- Alvis, Nelson, Pinzón, Hernando y De la Hoz, Fernando (2005), “Mortalidad Hospitalaria en un hospital pediátrico de referencia regional de Colombia: Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de Cartagena de Indias”, borrador inédito entregado por los autores, Cartagena.
- Asamblea Departamental de Bolívar, *Plan de Desarrollo Departamental 2004-2007, Por el Bolívar que todos queremos*, Cartagena, 2004.
- Banco de la República, Cámara de Comercio de Cartagena, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Universidad Tecnológica de Bolívar, Observatorio del Caribe Colombiano (2000-2005), “Indicadores Sociales de Cartagena”, *Cuadernos de Coyuntura Social – Cartagena de Indias*, N° 1-8, Cartagena.
- 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.
- CEPAL (2005), “Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe”, Santiago.
- DANE, *Encuesta Continua de Hogares - ECH, 2001-2004*.

- Defensoría del Pueblo, *Informe Especial Hospital Universitario de Cartagena*, Resolución Defensorial N° 020, 8 de abril de 2002.
- Dennis, R.J., et al. (2002), « Factores asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en cuidados intensivos en Colombia », *Archivos de Bronconeumonía*, Vol. 38, N° 03.
- DNP-SISD, Sistema de Información Socio-Demográfico.
- Economía Colombia (2005), Revista de la Contraloría General de la República, “Reforma a la salud: ¿remedio eficaz? Análisis del Proyecto de Ley 052 de 2004”, *Economía Colombia*, N° 308, Bogotá.
- Eslava, Juan Carlos (2002), “Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Pontificia Universidad Javeriana, N° 2, Bogotá.
- European Union, *Eurostat Yearbook 2004. The Statistical Guide to Europe – Data 1992-2002*, version electrónica.
- Flórez, Carmen Elisa (2002), “La equidad en el sector salud: una mirada de diez años”, *Documentos de Trabajo*, N° 6, Fundación Corona, Fundación Ford, Universidad de los Andes, Bogotá.
- Fundación Pro-Cartagena – FUNCICAR (2005), *Aproximación al estado actual del sector salud en el Distrito de Cartagena de Indias*, Cartagena.
- GES – Grupo de Economía de la Salud (2005), Observatorio de la Seguridad Social, N° 10, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Giraldo Valencia, Juan Carlos (2005), “Hospitales colombianos hacia la post crisis”, *Revista Javeriana*, Junio.

- Gobernación de Bolívar, Departamento Administrativo de Planeación (2005), “Foro Regional sobre la Pobreza y Exclusión Social”, exposición en power point, Cartagena, junio 16.
- Guardela, Juan Carlos (2003), “Un viaje a la indolencia”, *El Malpensante*, N° 51, Bogotá.
- Heredia, Rodolfo, y Ramírez, Martha Lucía (2002), *Guía sobre salud y población*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Hernández Gamarra, Antonio (2005), “La propuesta de reforma a la Ley de Seguridad Social: aciertos y debilidades”, *Economía Colombiana*, N° 308, Contraloría General de la República, Bogotá.
- Hernández Gamarra, Antonio (2005 a), “Aseguramiento en salud: agenda pendiente”, *Revista Javeriana*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Junio.
- Martínez, Félix, Robayo, Gabriel y Valencia, Oscar (2002), *Desarrollo del principio de universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A ocho años de la reforma en Colombia*, FEDESALUD, Bogotá.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público, DNP, et al., 2002, *Documento Conpes Social*, N° 57, “Distribución del Sistema General de Participaciones - vigencia 2002”, versión aprobada, Bogotá.
- Ministerio de Protección Social (2003), *Programa Nacional de Salud 2002-2006*, Bogotá.
- Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Salud (2003), *Semana Epidemiológica, Boletín Epidemiológico Semanal*, N° 38, Bogotá.

- Ministerio de Protección Social (2004), *Informe de actividades 2003-2004*, Bogotá.
- Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2005), *Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima de Senado y Cámara de Representantes 2004-2005*, Bogotá.
- Navarro España, Jorge Luis (2005), “Cobertura en salud y la crisis económica de 1999: así ocurrió en el Caribe colombiano”, *Economía & Región*, N° 3, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Tecnológica de Bolívar, Cartagena.
- Olaya, Catalina, Prada, Luis M. y Carrasquilla, Gabriel (2004), “Reestructuración de hospitales: ¿una estrategia adecuada?”, *Revista Hospitalaria*, Año 6, N° 36, Bogotá.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2002), *Perfil del sistema de servicio de salud de Colombia*; Bogotá.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2002), *Perfil del Sistema de Servicio de Salud de Colombia*, Bogotá.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS, *Análisis de salud y Sistema de Información Sanitaria. Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos 2003*, Washington.
- Proyecto “Cartagena Cómo Vamos” (2005), *Línea Base 2004. Indicadores de resultados e impacto del proyecto*, Cartagena.
- Proyecto “Cartagena Cómo Vamos”, *Boletín N° 1*, Cartagena, octubre 2005.

- Red de Solidaridad Social, Registro Único de Población Desplazada, Junio 30 de 2005, Información electrónica.
- Restrepo Zea, Jairo Humberto y Rodríguez Acosta, Sandra (2005), “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia”, *Revista de Economía Institucional*, Vol. 7, N° 12, Universidad Externado de Colombia, Bogotá.
- Sach, Jeffrey (editor), 2002, *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*, OMS, Washington.
- Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá (2005), “Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá. Diagnóstico y políticas de salud en el Distrito Capital”, *Cuadernos de la Ciudad. Serie Equidad y Bienestar*, N° 6, Bogotá.
- Superintendencia nacional de Salud (2003), *Régimen Contributivo – Boletín Estadístico*, N° 12, Bogotá.
- Vargas Yara, Gustavo (2004), “¿Es equitativo el gasto social en salud?”, *Cuadernos de Economía*, Vol. XXIII, N° 41, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Wiesner, Eduardo (1998), *La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia*, DNP/ANIF/FINDETER, Bogotá, 1995, p. 25; DNP, *Plan Nacional de Desarrollo – Cambio para construir la paz*, Bogotá.

Anexos

1. Transferencias en salud a precios constantes, 1994-2005 (millones de pesos de 2005)

	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
BOGOTA D.C.	178.915	222.270	235.220	218.372	212.488	227.767	207.638	220.119	308.918	308.935	311.640	322.978
CARTAGENA	9.194	22.648	21.233	24.596	24.703	25.196	23.567	23.656	61.797	60.678	64.051	58.367
BARRANQUILLA	22.081	32.235	32.218	41.192	45.579	47.157	43.482	45.230	56.602	61.553	63.532	61.321
MEDELLIN	33.186	43.206	46.242	34.873	37.523	39.557	38.782	43.602	51.389	56.530	58.519	54.391
BUCARAMANGA	2.508	6.087	5.560	6.957	7.253	7.156	6.961	7.009	15.885	15.844	16.551	16.529
TOTAL	1.503.835	1.870.579	2.068.481	2.244.468	2.363.069	2.665.687	2.520.975	2.893.584	3.206.913	3.299.017	3.395.560	3.233.102

FUENTE: DNP, Dirección de Desarrollo Territorial.

2. Cartagena: distribución de la población por niveles de SISBEN, 2000-2004

Año	Nivel 1	Nivel 2	Otros niveles	Total
2000	119.938	110.766	85.813	316.517
2001	159.900	146.866	114.335	421.101
2002	249.151	249.009	140.777	638.937
2003	260.719	267.731	137.663	666.113
2004	266.845	271.681	134.125	672.651

FUENTE: Secretaría de Planeación DADIS, FUNCICAR (2005) y cálculos del autor.

3. Número de camas de tres hospitales públicos de Cartagena, 1996-2002

Hospitales/años	NUMERO DE CAMAS						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Hospital Universitario (HUC)	313	304	295	244	147	110	146
Maternidad Rafael Calvo	106	116	122	125	131	131	127
Hospital San Pablo	136	113	84	98	105	103	116
Total	555	533	501	467	383	344	389

FUENTE: DNP.

4. Cartagena: camas hospitalarias en las Unidades de Cuidados Intensivos-UCI, 2004

	NIVEL	ADULTOS	NEONATAL	PEDIATRICO		FANOS
CLINICA MADRE BERNARDA	III	4	1	5	10	4
CLINICA BLAS DELEZO	III	3			3	3
CLINICA HENRIQUE DE LA VEGA ISS	III	6	6	30	42	4
CLINICA VARGAS	II				0	3
HOSPITAL BOCAGRANDE	III	5	4	2	11	5
CLINICA AMI	III	6	1		7	2
HOSPITAL NAVAL	III	5	10		15	
FIRE	III	2			2	1
MATERNIDAD BOCAGRANDE	II					2
CLINICA CENTRAL(CERRADA)	II					2
MATERNIDAD RAFAEL CALVO	II					2
CASA DEL NIÑO	II					2
HOSPITAL SAN PABLO	II					2
CLINICA INMACULADA	II					1
CLINICA LA MUJER	II					1
CUNA NATAL(CLINICA LA MUJER)	III	2	7	2	11	
UCI CRECER	III		4	2	6	
CENTRO MEDICO CRECER	II					2
POLICIA NACIONAL	I					
PROFAMILIA	II					2
CLINICA CANAPOTE(CERRADA)	I					
IPS COMFAMILIAR	II					2
CLINICA MARLYN	II					1
CLINICA OFTALMOLOGICA	II					2
CLINICA CARTAGENA DEL MAR	II	5			5	2
FUNDACION MARIO SANTO DOMINGO	I					1
FUN. SOCIAL CRISTIANA PASACAB.	I					
HOSP UNIVERSITARIO DE CGENA	III					
CLINICA CLUB DE LEONES	II					
CLINICA DEL ROSARIO	II					2
UCI DEL CARIBE	III		4		4	2
ESE H.LOCAL CARTAGENA	I					
CLINICA Qx/MATERNO INFANTIL	II					
CLINICA DE FRACTURA						
OPERAR LTDA						1
UNIDAD MD QUIR/CA SANTA LUCIA						1
MEDIHELP		4			4	2
CENTRO MEDICO CONFENALCO						2
UMEQ						1
SALUD BOLIVAR						1
TOTALES		42	37	41	120	58

FUENTE: Información de hospitales y clínicas entregada al Programa “Cartagena cómo vamos”.

5. Tasa de mortalidad en Cartagena y Colombia (casos por cada mil habitantes)

	N° muertes	Tasa de mortalidad Cartagena	Tasa de mortalidad Colombia
2000	3.748	4,16	4,35
2001	4.277	4,61	4,71
2002	4.502	4,73	4,79
2003	4.502	4,6	5,48
2004	4.363	4,35	5,51

FUENTE: DADIS, Oficina de Planeación; Ministerio de Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios.

6. Cartagena: tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos

Año	N° de nacidos vivos	Muertes de niños menores de un año	Tasa de mortalidad
2000	19.799	1.007	50,86
2001	20.435	989	48,40
2002	21.072	981	46,55
2003	21.945	895	40,78
2004	22.022	772	35,06

FUENTE: DADIS, Oficina de Planeación

7. Cartagena: cobertura alcanzada en vacunación por biológico, 2002-2004

Biológico	Cobertura %		
	2002	2003	2004
Polio	88	95	95
DPT	69	77	85
BCG	85	95	95
Hepatitis B	67	78	88
Hemofilius Influenza	49	57	87
Triple viral	90	95	95

FUENTE: DADIS, Programa ampliado de Inmunizaciones-PAI.

8. Fuentes de financiación del sector salud en Cartagena, 2005

Financiación	Valor	Participación %
SGP-Salud	58.320,9	72,80
FOSYGA	11.016,8	13,75
Regalías	8.795,0	10,98
ETESA	1.970,0	2,46
Juegos de azar	4,2	0,01
Recursos propios	0,0	0,00
Total	80.106,9	100,00

FUENTE: Fundación ProCartagena – FUNCICAR (2005).

9. Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja: información financiera, 2004

Items	Miles de pesos \$
Total recaudos	7.178.887,6
Total egresos	7.178.699,7
Cartera (cuentas presentadas): DADIS	3.877.120,6
Cartera (cuentas presentadas): DASALUD	2.326.738,7
Informe de cartera (deudas a favor)	3.325.306,7

FUENTE: Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Informe Junta Directiva 2004.

10. Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja: facturación del 2004

Régimen	Miles de pesos \$
Contributivo	7.342.0
Subsidiado	2.076.118.8
Vinculados	6.967.364.8
Particular	49.678.9
Otros	72.746.1
Total	9.117.250.6

FUENTE: Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Informe Junta Directiva 2004.

11. Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja: mortalidad infantil, 2000-2004

Año	2000	2001	2002	2003	2004
N° de muertes	226	164	95	111	114

FUENTE: Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Informe Junta Directiva 2004.

ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMIA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
01	Joaquín Viloria de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
02	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
03	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
04	Joaquín Viloria de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
05	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
06	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloria de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
07	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
08	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 - 1995	Febrero, 1999
09	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloria de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloria de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventa	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Vilorda de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002

27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002
28	Joaquín Viloria de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloria de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuú y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 - 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloria de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloria de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloria de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	Jose R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004

54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	Jose R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005
56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia.	Febrero, 2005
57	Julio Romero Prieto	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de costo de vida comparativa.	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: Industrial, agropecuario y turístico.	Julio, 2005
59	Jose R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espúria en el departamento del Atlántico, 1990-2005.	Julio, 2005
61	Joaquín Vilorio de la Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: economía de sus recursos naturales.	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto.	Agosto, 2005
63	María M. Aguilera	La economía del departamento de Sucre: ganadería y sector público.	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte carretero y la movilización de carga en Colombia.	Septiembre, 2005
65	Joaquín Vilorio de la Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005