Imprimir

La política pública de salud en Bogotá constituye un escenario crítico cuya intervención por parte del Gobierno de Enrique Peñalosa, además de ser la más temprana de su administración, resulta elocuente para comprender la visión subyacente y los principios que las orientan. En este escrito analizaremos algunas medidas que adoptó la administración durante su primer año de gobierno con el fin de brindar elementos para el debate público en los movimientos sociales y en la ciudadanía bogotana en general. Algunas temas abordados son: fusión y reorganización de hospitales públicos, declaración de emergencia social en salud, alianzas público privadas para infraestructura hospitalaria, reducción de ambulancias y del programa de Atención Primaria de Salud, Territorios Saludables.
Para entender el funcionamiento del sistema de salud en Bogotá es necesario precisar que este es mayoritariamente privado, el 66,8% de la población está afiliada al régimen contributivo, el 21,8 % al régimen subsidiado, atendido principalmente por la Red de Hospitales Públicos del distrito, adscrito a la Secretaría Distrital de Salud. El 2,8 % de la población pertenece al régimen de las fuerzas armadas, 8,9% no se encuentran afiliadas, y 0.4% al régimen especial del magisterio.

Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, a enero de 2012, el 90% de los prestadores de servicios de salud en Bogotá son privados y el 10% son públicos. En cuanto a la distribución geográfica de estos servicios, el 70% se encuentran concentrados en el cordón nororiental de la ciudad. Solo la red pública de hospitales cuenta con una distribución equitativa en todo el territorio.

Lo anterior supone que una política pública de salud en Bogotá implica una adecuada gestión sobre los servicios públicos, pero ante todo, una eficaz rectoría y regulación del sector privado. Así mismo, la crisis de prestación de servicios, el colapso de los servicios de urgencias, la ocurrencia de los llamados paseos de la muerte, deben ser evaluados a la luz de estas distribuciones; atribuyendo al sector privado la responsabilidad que corresponde en la atención de salud de los bogotanos.

Sin embargo, el debate mediático y político y los informes de los entes de control, alrededor

de la política de salud en Bogotá se ha centrado en el funcionamiento de los hospitales públicos y desde esta perspectiva se sitúan las medidas del primer año de la administración distrital.

El informe de ranking de los Hospitales Públicos de la Contraloría Distrital publicado en febrero de 2016, señala que de un ranking realizado para evaluar la prestación de servicios con calidad, ninguno de los 22 centros asistenciales alcanzó un buen desempeño con calidad.

Este hecho fue revelado ante la opinión pública para justificar las medidas que iba a comenzar a tomar el alcalde Enrique Peñalosa. A la fecha no se ha publicado resultados de una igual medición de ranking que se haya realizado para evaluar el desempeño del 90% de clínicas e instituciones privadas que operan en Bogotá, que también utilizan recursos públicos de la salud que provienen de los impuestos de los bogotanos, contribuciones de los trabajadores, constituidos en la UPC (Unidad de Pago por capitación-valor que se aporta el sistema anualmente a cada EPS por cada uno de los afiliados).

No se dio a conocer tampoco a la opinión pública el informe publicado por la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 2015 (Informe seguimiento indicadores de permanencia de las EPS conforme al decreto 2702 de 2014) , en donde establece que de 38 EPS evaluadas, 29 no cumplen con margen de solvencia financiera, es decir, no cumplen con los requisitos mínimos para manejar recursos públicos de la salud, entre las que se ubica la EPS Capital Salud, pero además varias de las EPS privadas que también operan en Bogotá.

Es llamativo de este informe que la EPS Salud Total, socio de Capital Salud, principal operador del régimen subsidiado en Bogotá, que es una EPS mixta cuyo socio mayoritario es el Distrito y cuya gerencia ha sido asumida la mayoría del tiempo por Salud Total, haya logrado el cumplimiento de los márgenes de solvencia financiera, mientras su socia pública que esta co-administró no. Sin embargo, es importante señalar que la problemática de la idoneidad de las EPS para gestionar la salud, no es sólo una característica en Bogotá, sino una situación de orden nacional, que también ha comprometido a EPS mixtas similares a Capital Salud, como es el caso de Savia Salud que responde prioritariamente por el régimen

subsidiado en Antioquia. Por eso el anuncio con visos de espectacularidad del Gobierno de Peñalosa, de que encontró quebrado el sistema de salud en Bogotá por un déficit de 330 mil millones de pesos de la EPS Capital Salud, no es nada nuevo, las EPS y el sistema de salud están quebrados en todo el país por la estructura y diseño mismo del sistema de salud.

Lo que describo a continuación, son las medidas que adoptó el alcalde Enrique Peñalosa, para satanizar la Red de Hospitales públicos y la salud pública para justificar su privatización, con consideraciones meramente ideológicas, que seguramente entrañan la defensa de intereses distintos a la garantía del derecho a la salud en Bogotá, dado que no responden a una racionalidad técnica, jurídica, constitucional, lógica, participativa, ni democrática que den cuenta de la defensa del interés público.

Fusión y Reorganización de Red de Hospitales Públicos

En medio de este panorama, la primera medida que propone el Alcalde Mayor recién posesionado es la fusión de Hospitales Públicos de Bogotá para constituir cuatro redes integradas de servicios de salud, argumentando que los Hospitales Públicos no está articulados, compiten entre sí, los servicios está fragmentados, las urgencias saturadas, existen largas filas para lograr citas y autorizaciones y no cuenta con un sistema de información. No se menciona en la exposición de motivos nada alusivo al más de un billón de pesos que adeudan las EPS a los Hospitales Públicos de Bogotá. (Proyecto de Acuerdo 076 de 2016). Se propone, además, la conformación de una Unidad de Gestión Logística, que cogestione con un actor privado sin ánimo de lucro una cifra aproximada de 2,5 billones de pesos que movilizan los Hospitales de Bogotá, con el argumento de blindar los Hospitales de la corrupción con la centralización del manejo de sus recursos y la incursión de un agente privado.

En el sistema de salud colombiano, las experiencias conocidas de la centralización de recursos públicos de la salud con participación de agentes privados “sin ánimo de lucro”,

dicho sea de paso, no han sido exitosas en el control de la corrupción. El caso más conocido es la defraudación de 1,5 billones por parte de la empresa Saludcoop por desviación de recursos públicos, y las investigaciones aperturadas a Cafesalud EPS, sumado a múltiples ejemplos conocidos por la opinión pública.

Este Proyecto de acuerdo pasa por el Concejo de Bogotá sin mayor discusión, dando origen a Acuerdo 641 de 2016 de Fusión de Hospitales de Bogotá y creación de 4 subredes. Con el argumento central de la ineficiencia financiera de prestación de servicios de los Hospitales de Bogotá, se desconoció el informe presentado el 29 de mayo de 2015 con la Resolución 1893 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que expresa que de los 14 Hospitales de Bogotá, que habían presentado el año anterior riesgo en su gestión financiera, según esa cartera, 11 ya estaban sin riesgo, resultado notable en el país para el Distrito en la gestión de los Hospitales Públicos.

Un resultado evidentemente superior a la calificación otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a las EPS, incluidas las de Bogotá. Estos informes fueron subestimados por el Concejo de Bogotá, quien además desconoció la ponencia negativa al proyecto de acuerdo de la Concejal Gloria Estela Díaz. Lo que le ha merecido al proceso, la instauración de una demanda realizada por un grupo de Concejales y la sociedad civil, ante el Consejo de Estado por violación del reglamento del Concejo en su trámite y una acción popular por vulneración del derecho a la participación, el principio de planeación y moralidad administrativa, ante la ausencia de estudios por parte de la Secretaría de Salud para adelantar la reestructuración de los hospitales públicos de Bogotá.

Emergencia Sanitaria en Salud

La segunda medida que propone el Alcalde Mayor al inicio de su mandato es la declaración de emergencia Social en salud, mediante el decreto 063 del 05 de febrero de 2016, bajo el argumento de la crisis de la salud de la ciudad. Al respecto, el secretario de Salud Luis

Gonzalo Morales presenta declaraciones ante la opinión pública en entrevista con Yamid Amat en CMI, en donde se atribuye la crisis de la salud en Bogotá a la sobreocupación de Urgencias y a la gestión de los 22 Hospitales Públicos, para los cual se tomarían medidas de construcción y ampliación de infraestructura hospitalaria, de camas para la atención de urgencias, pero no se hace mención a la responsabilidad que le asiste a la misma en materia de prestación de servicio respecto del 90% de la red privada. Habla con grandielocuencia mediática de un "revolcón de la salud en Bogotá", interviniendo 22 hospitales públicos entre más de 15 mil instituciones privadas prestadoras de servicios de salud que responden por la salud en Bogotá. El revolcón¡. Ver entrevista https://www.youtube.com/watch?v=K59FWfCMrgQ.

La emergencia social en salud es una medida excepcional que se declara ante hechos sobrevinientes y extraordinarios, que permite disponer de recursos públicos y dictaminar directrices sin pasar por los trámites y controles ordinarios. Esta figura no puede ser usada para resolver crisis estructurales de la salud, frente a lo cual se deben tomar medidas de política pública de carácter ordinario que permitan resolver la problemática según lo determinó la sentencia C-252 de 2010 de la Corte Constitucional. En tal sentencia, la corte se pronuncia frente a un decreto de similares connotaciones presentado por el gobierno del presidente Álvaro Uribe Vélez en el año 2009, en los siguientes términos:

"*El decreto declaratorio del estado de emergencia social se ha encontrado contrario a la Constitución Política, por cuanto no logró demostrarse la presencia de hechos sobrevinientes ni extraordinarios (presupuesto fáctico); si bien la situación reviste de gravedad no resulta inminente (presupuesto valorativo); y el Gobierno dispone de medios ordinarios para enfrentar la problemática que expone en salud (juicio de suficiencia)".*

Al respecto, la Secretaría Distrital no demostró mediante los indicadores de sobreocupación de urgencias que hubiera un hecho sobreviniente que marcara un crisis extraordinaria entre el año 2011 y 2016, de hecho el promedio de sobreocupación de urgencias para el año 2015 fue de 84.77%, y para enero de 2016 fue de 73,23% según cifras suministradas por la Secretaría Distrital de Salud. Esta medida le mereció al Alcalde Enrique Peñalosa una

denuncia ante la Fiscalía General de la Nación por falsedad ideológica por parte del Representante a la Cámara Alirio Uribe, dado que la secretaría de Salud de Bogotá presentó estudios que no eran propios para fundamentar esta decisión, sino que adoptaron los datos de capacidad de respuestas hospitalaria de una tesis de grado de la Universidad del Rosario, cuyo objeto era analizar esta variable ante eventos en donde haya múltiples víctimas y desastres emergentes. En este documento, además, el autor reconoce el sesgo del estudio, por cuanto no tiene como universo la red de hospitales públicos, sino algunos hospitales y una metodología basada en encuestas a funcionarios.

http://www.aliriouribe.com/representante-alirio-uribe-denuncia-penalmente-prevaricato-falsedad-ideologica-al-alcalde-penalosa/

Infraestructura Hospitalaria

En cuanto a la infraestructura hospitalaria, la administración ha planteado que construirá 40 CAPS, Centros de Atención prioritarias, que funcionan 12 horas, de los cuales ha construido 10, que ejercería las funciones de las UPA y CAMI, que ejercían atención a las poblaciones dispersas y vulnerables de Bogotá durante 24 horas, como por ejemplo el caso del CAMI Diana Turbay. Lo consignado en el Plan Distrital de Desarrollo 2016-2019 promete la modernización y construcción de infraestructura hospitalaria a través de Alianzas Público Privadas (APP), 3 que reponen hospitales actualmente en funcionamiento, y 3 que responden a nuevos puntos de atención (Hospital Simón Bolívar. · Hospital de Bosa – San Bernardino. · Hospital La Felicidad. · Hospital Santa Clara. · Nuevo Instituto Materno Infantil. · Hospital de Usme), para lo cual la Secretaría de Salud suscribió el pasado 27 de diciembre un convenio con la Financiera Nacional de Desarrollo (FND), contrato interadministrativo 1796 de 2016 con el objeto de que realice la estructuración técnica , legal y financiera para la adjudicación de los proyectos de alianzas público privadas para la construcción de infraestructura hospitalaria.

Las experiencias conocidas en el país y en el mundo sobre esta modalidad de adquisición de infraestructura hospitalaria han mostrado que esta modalidad de APP resultan más costosas

que los proyectos públicos, en el caso de las experiencias conocidas con la construcción de vías, los privados logran su ganancia a partir del cobro de los peajes, en el caso de salud, el privado obtiene renta a partir de la explotación de la prestación de servicio de salud que logra a través de la apropiación de infraestructura realizada con recursos mayoritariamente públicos. Estaremos atentos a quienes son los contratistas de esta gesta y si responden al interés público o no.

Los Resultados Preliminares

Frente a la gestión que se prometió adelantar a partir de la declaratoria del decreto de emergencia social en salud por la congestión de los servicios de urgencias, 7 meses después la Defensoría del pueblo Delegada para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad, publica un informe de septiembre16 de 2016 que señala que en general la situación de atención de urgencias en los hospitales empeoraron, encuentra una sobreocupación del 192%, ubicando la situación más apremiante en el Hospital El Tunal, que tiene una capacidad para 24 camas de observación y 140 pacientes para atención, con una sobreocupación del 583%, Hospital Santa Clara con un 338% y Hospital de Kennedy con un 362%. Los servicios de urgencias de los hospitales públicos, en las visitas desarrolladas por este ente, encontraron 1786 pacientes en observación Vs 938 camas asignadas, enfatiza el informe que se evidencia insuficiencia de personal médico asistencial para urgencias. Entonces, ¿Para qué declararon la emergencia social?

En cuanto a la reestructuración de los Hospitales Públicos de Bogotá, denominado proceso de reorganización del sector salud, para la conformación de las redes integradas de servicios de salud, no se contempla la articulación vinculante del 90% de la red de clínicas privadas de la ciudad, lo que implicaría una rectoría del ente territorial conforme lo estipulado en la ley 1438 de 2008, que señala como debe ser la conformación de estas redes para responder a la atención con calidad de toda la población capitalina.

La Secretaría de Salud ha estipulado la necesidad de especializar los Hospitales para garantizar una mejor atención. Sin embargo, en la implementación de esta estrategia se

conocieron recientemente denuncias documentadas por la Sociedad Colombiana de Pediatría, La Asociación de Ginecologia y Obstetricia, los Cirujanos Pediatras del Distrito y la Sociedad Colombiana de Sociedades Científicas, que representan a los médicos pediatras y a los médicos especialistas del país, que en el proceso se han trasladado servicios pediátricos de alta complejidad a menor complejidad, como es el caso de los Hospitales de Kennedy y Simón Bolívar (con capacidad correspondiente al tercer nivel de complejidad), los servicios de urgencias y hospitalización del Hospital Engativá (nivel 2), para ser trasladados a Hospitales de menor complejidad como los Hospitales de Suba y el Tintal.

Enfatizan la cartas y comunicados que estas medidas generan barreras de acceso y riesgos potenciales para la atención infantil, dado que los nuevos hospitales no cuentan con la capacidad instalada como imágenes diagnósticas y personal especializado en cirugía pediátrica para responder las necesidades de atención de los niños y niñas, respetando la calidad, la continuidad y la integralidad en la prestación de los servicios de salud, e induciendo a la población infantil “a un paseo de la muerte”, llamando la atención sobre la ausencia de estudios de carácter epidemiológico y de necesidades de salud de la población que justifiquen esos cambios. Tal situación denota una improvisación y ausencia de planeación en la implementación de la reorganización de los hospitales.

Lo anterior se agrava si se suma a otras medidas que ha tomado la administración distrital, a saber; el recorte de la financiación del servicio de ambulancias para el traslado de los pacientes, con el argumento que estas deben ser asumidas por las EPS, medida que no se adoptó con la debida transición, planeación y ya documenta una denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación por la muerte de un ciudadano de 54 años que murió esperando una ambulancia, instaurada por Representantes a la Cámara por Bogotá. Además de denuncias conocidas por la opinión pública por cuenta de los medios de comunicación bogotanos. En esta situación en concreto, el Distrito elude la responsabilidad social que le atañe en la garantía del derecho a la salud y la obligatoriedad que le asiste de garantizar la atención de urgencias en cualquier parte del territorio de la ciudad conforme lo estipula la ley estatutaria 1751 de 2015.

Otro agravante, está dado por la decisión de la Secretaría Distrital de Salud de reducir el programa de Atención Primaria en salud conocido como Territorios Saludables, reconocido por la Organización Panamericana de la Salud – OPS -como patrimonio de América Latina en la materia, previamente denominado Salud a su casa que contaba con una cifra cercana a los 9000 funcionarios del sector salud en el territorio, y a la fecha ha sido reducido a casi 2000. El objetivo de un programa de estas características es hacer la contención de enfermedad del territorio en el marco de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, para evitar que de manera innecesaria, la puerta de entrada al sistema de salud sea el servicio de urgencias. Es una de la medida más sostenible y segura a mediano y largo plazo para resolver la problemática de la congestión de los servicios de urgencia en una ciudad e impactar la morbimortalidad de la población.

El impacto del desmonte de este programa y la implementación de las políticas y medidas de salud de la actual administración aun es incalculable a ciencia cierta en términos de indicadores de salud pública, dado que los boletines epidemiológicos de la Secretaría Distrital de Salud, consultados el 21 de febrero de 2017, no están actualizados y presentan dificultades en el acceso, en un contexto de serias inquietudes sobre la veracidad, calidad y oportunidad de los sistemas de información de salud pública en el país, como lo ha denunciado César Rodríguez Garavito, Director de Dejusticia, El 4 de Agosto de 2016 en su columna del Espectador, al señalar que encuentra inconsistencias y omisiones en la información reportada por el Instituto Nacional de Salud INS , en las cifras de mortalidad infantil por desnutrición , que permitan hacer seguimiento de estos hechos en departamentos críticos como el Vichada, la Guajira, el Chocó, entre otros.

http://www.elespectador.com/opinion/opinion/opacando-las-cifras-del-hambre-columna-647297

A manera de Conclusión

La Política Pública de salud de la Administración del Alcalde Enrique Peñalosa se ha caracterizado por la pobre sustentación con estudios idóneos que soporten las medidas que

ha adoptado, lo que ha derivado en la precaria planeación en el proceso de implementación de las transiciones que propone, que se traduce en riesgos para la atención de la población y los desenlaces fatales que implican estas imprecisiones evitables.

En general, su propuesta apunta a la privatización de los servicios de salud públicos que hoy existen en la ciudad, con una débil respuesta en la responsabilidad regulatoria y de rectoría que debería ejercer sobre la prestación de servicios privados que son mayoritarios en Bogotá. Se señala un debilitamiento de las políticas encaminadas a fortalecer la Atención Primaria en Salud que constituye el horizonte que ha planteado la organización mundial de la salud (OMS) para garantizar mayor eficacia, calidad y sostenibilidad de los sistemas de salud en el mundo.

A esta propuesta se antepone un modelo corporativo de administración de lo público, con poca participación social, y con debilidades en la observancia de los principios legales y constitucionales, tanto en los medios como en los fines para asumir la organización de un sistema de salud en Bogotá que garantice el Derecho Fundamental a la Salud a la ciudadanía bogotana.

Carolina Corcho: Médica Psiquiatra, Investigadora de Corporación Latinoamericana Sur