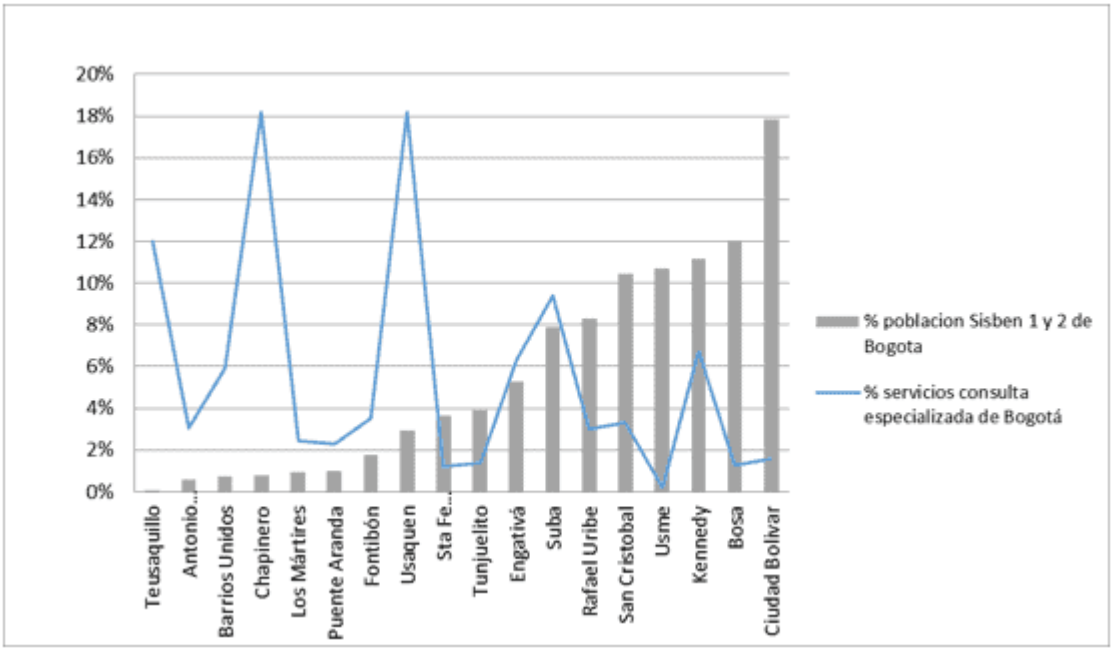
Se profundizan las inequidades en la oferta de servicios de salud en Bogotá

Imprimir

La investigación “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”[i] del Observatorio de Salud de Bogotá nos permitió observar en el año 2012 la concentración de servicios de salud de mediana y alta complejidad en zonas urbanas y, dentro de ellas, en barrios con mayor capacidad adquisitiva.
En los resultados de la investigación realizada en el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional de Colombia, se sintetizaba la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud.

Los habitantes de las localidades con mayor proporción de población pobre enfrentan una disponibilidad mucho menor de servicios, generales y especializados, lo que implica en primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios (concentrados en otras localidades que tienen un excedente para su población), que constituye una doble barrera de acceso, geográfica y económica.

Gráfico.- Porcentaje de los servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de la población pobre de la ciudad, clasificada como SISBEN 1 y 2, en cada localidad.



Fuente: Martínez, Félix (2012). “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”.

Si bien las diferencias en la oferta por 100.000 habitantes se presenta tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, se torna verdaderamente preocupante en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años de edad.

Es preciso señalar adicionalmente otro agravante: el hecho de que estos servicios pediátricos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos nacimientos y menor mortalidad infantil. Las localidades con mayor natalidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, cuentan en general con el menor número de servicios pediátricos con capacidad de resolución, o incluso con ninguno, hecho que raya en un problema de derechos humanos.

Esta tendencia parece haberse tornado más crítica en Bogotá y todo el país, en la medida

que la oferta de servicios de salud hace décadas no se desarrolla mediante una planificación cuidadosa, en función de las necesidades de servicios de la población, y se ha dejado a cargo de la “mano invisible” del mercado, bajo el supuesto de que a la oferta de servicios seguiría la demanda.

Por ello sigue abierta la pregunta de ¿Cómo asigna y distribuye el mercado?, pues se creía que el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iban a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de toda la población a los servicios.

Tal convencimiento sobre la asignación eficiente del mercado llevó al Ministerio de la Protección Social incluso a crear una Dirección de la Oferta y otra de la Demanda, prueba de un confesionalismo total respecto a las teorías económicas en boga y al mismo tiempo de un reduccionismo absurdo sobreimpuesto a la complejidad del sector salud. Si la teoría decía que la oferta iba a seguir a la demanda, y de esta manera el mercado iba a asignar con total eficiencia, ¿Por qué tan deprimentes resultados después de dos décadas de puesta en marcha la reforma pro mercado?

¿Qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad? ¿Acaso la comodidad de los profesionales? ¿Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Localidades con cerca de un millón de habitantes, con mínimos servicios x 100.000 habitantes como Engativá y Suba, e incluso Kennedy no tienen casi servicios a pesar de que la gran mayoría de su población está afiliada al Régimen Contributivo.

Cabe preguntar si ¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios? ¿No hace esfuerzo alguno para compensar el desastre en términos de desigualdad que este Sistema genera? Es clara la responsabilidad y el enorme desafío del Estado, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado auto-regulado y las profundas desigualdades e inequidades que

genera.

Para completar el cuadro de inequidad social y prestación de servicios de salud, el último año Bogotá presencia la inauguración de grandes clínicas de alta tecnología, con enormes anuncios en la prensa, en los cuales se deja bien claro a los ciudadanos que estas instituciones son únicamente para clientes privados de planes complementarios o de empresas de medicina prepagada.

Es preciso señalar, por supuesto, que de estas clínicas (que discriminan a los afiliados regulares del SGSSS) saldrán buena parte de los recobros por el uso de nuevas tecnologías y medicamentos innovadores de altísimo costo, contra los recursos públicos en el Fondo del SGSSS (Adress). Al fin y al cabo, los clientes privados están también afiliados al Régimen Contributivo y las aseguradoras privadas son también EPS, que no van a pagar de su negocio privado de medicina prepagada estos servicios de “mejor clase”, sino con los recursos de todos los colombianos. ¿Equidad al revés?

Félix León Martínez, Presidente Fedesalud

---

[i] Martínez, Félix (2012). “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”. En Darío Restrepo y Mario Hernández (eds.), Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad Social en la Encrucijada (tomo VII). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo.

Foto tomada de: Lafm.com.co/