

Imprimir

Está próxima a concluir la administración de Enrique Peñalosa, por lo que nos proponemos en este artículo analizar los resultados de la política pública en salud que desarrolló durante este período de gobierno.

Para comprender el problema de la salud en Bogotá, se debe dimensionar que la mayoría de la población bogotana pertenece al régimen contributivo en salud, es decir, aquel régimen que es prioritariamente privado al que pertenece la población trabajadora, contratista, que hace aportes mensuales a la seguridad social, que en Bogotá corresponden a 6. 279.369 ciudadanos. Otro grupo poblacional corresponde al régimen subsidiado, que corresponde a la población no contribuyente que es subsidiada por solidaridad por el régimen anterior, y recursos del presupuesto general de la nación, vía sistema general de participaciones, en Bogotá son 1.213.553, el tercero corresponde a los regímenes especiales, como por ejemplo las fuerzas militares o el magisterio, que son 207.965.[i] Existe otra población que es aquella que denominan vinculada, que en realidad es desvinculada, que no se encuentra en ninguno de los anteriores regímenes, la última cifra conocida en Bogotá respondía a 300 mil ciudadanos, cuya atención en salud es restringida hasta tanto el ciudadano no se vincule a alguna de estas modalidades.

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, el 90% de los prestadores de servicios de salud en Bogotá, son privados, solo el 10% son públicos y mixtos. En cuanto a la distribución geográfica de estos servicios, el 80% se encuentran concentrados en el cordón nororiental de la ciudad. Sólo los hospitales públicos cuentan con una distribución equitativa en todo el territorio. Por tanto, la gestión de la salud de Bogotá pasa por intervenir lo público, pero ante todo por ejercer una eficaz rectoría y regulación del sector privado, que es el que responde por la mayor parte de la salud de la ciudadanía bogotana. En ese contexto, se debe analizar cualquier propuesta de salud de un alcalde mayor de Bogotá, dentro del ámbito de competencias del distrito.

LO QUE PROPUSO EL GOBIERNO DEL ALCALDE PEÑALOSA Y LOS RESULTADOS

Infraestructura Hospitalaria: Prometer para no cumplir

El Alcalde Peñalosa en el inicio de su gobierno, manifestó que la mayor debilidad de los anteriores gobiernos, era su incapacidad para construir infraestructura hospitalaria, por lo que harían falta más de 4000 camas hospitalarias, por lo que se comprometió a construir 2 hospitales y remodelar seis (Usme, Bosa, la Felicidad, Simón Bolívar, Materno Infantil y Santa Clara). Además se comprometió con la construcción de 40 Centros de Atención Prioritarias CAP para descongestionar los servicios de urgencias de la ciudad. Anunció que tres de las obras hospitalarias, las haría bajo la modalidad de Alianzas Público Privadas (APP). En el plan de desarrollo, la infraestructura hospitalaria quedó atada a este tipo de alianzas.

Posteriormente se evidenció en el plan plurianual de inversiones que estas obras quedarían supeditadas a la venta de activos del distrito, específicamente la venta de la ETB. Se estipuló que se haría una inversión de 2,5 billones de pesos en el cuatrienio con recursos inciertos, dado que los recursos para las construcciones estaban supeditados a la venta de este activo. Esto contrasta con la destinación de recursos ciertos y expeditos, que se le asignaron a Transmilenio, que correspondieron a 3,5 billones de pesos, vía cupos de endeudamiento.

Los resultados de esta gestión pública, evidenciada por el concejal Juan Carlos Flores en el 2018[ii], es que en tres años la administración solo logró destinar 679.004 millones para infraestructura en salud, de los cuales solo ha comprometido \$116.759 millones (el 17,2%), y los giros efectivos con dificultad alcanzan \$9.153 millones de pesos (1.3%). Lo que evidencia una bajísima capacidad de gestión por parte de la administración distrital, en un tema que como el de infraestructura, se supone era su bandera en salud, y constituía el centro de la crítica que lanzaba con espejo retrovisor a las anteriores administraciones. Hasta el momento, la administración solo ha entregado la adecuación del servicios de urgencias de Suba por un valor de 688 millones de pesos que constituye el 0.1 % de la ejecución.

En cuanto a las Alianzas Público privadas, la experiencia más elocuente en torno a la ineficacia de esta figura para la construcción de infraestructura social como la hospitalaria, la

muestra el reino unido, quien comenzó con esta figura en la década de los 90, y recientemente tuvieron que suspenderlas, porque reconocieron que las construcciones resultaban hasta dos o tres veces más costosas haciéndola con el privado, que si el Estado la hiciera solo. Dado que esta modalidad genera unos beneficios extraordinarios para el operador privado. Estos sobrecostos fueron considerados en este país como una suerte de corrupción técnica, por posibilitar cuantiosas extracciones de renta por parte de actores particulares a costa de recursos públicos. En Bogotá se ha demostrado que las APP tiene un éxito del 0.5% con apenas un proyecto contratado y llevado a cabo de manera exitosa. Esto le fue advertido a la administración distrital, que insistió en esta figura, con los resultados esperables.

Lo cierto es que a Mayo de 2019 la Administración distrital no ha firmado ningún contrato de APP para la construcción de hospitales, resulta alentador que por ineficacia, no hayan aún embarcado a la ciudad en este tipo empresas que auguran un incierto y desastroso porvenir, a juzgar por las experiencias referenciadas. La administración ha expresado que las subredes de servicios Sur y Centro Oriente abrirán los procesos licitatorios para los hospitales de USME y Santa Clara más CAPS en el Complejo Hospitalario San Juan de Dios. En este sentido está en entredicho la competencia que pueda tener una subred de prestación de servicios hospitalarios para encarar un complejo proceso licitatorio de infraestructura. En conclusión, toda esta promesa resultó en un elefante blanco inconcluso.

Capital Salud- EPS

Otro de los temas que denunció la administración Peñalosa en su inicio de la alcaldía, fue la quiebra en la que encontró a Capital Salud, EPS mixta conformada por Salud Total y el distrito. Los grandilocuentes y mediáticos discursos del burgomaestre apuntaban a señalar que este era un problema de falta de gerencia. Como si el desplome financiero de las EPS fuera un asunto solo de Capital Salud, pues no, es un problema estructural del sistema de salud, que no está sujeto al voluntarismo de la “buena gerencia”, sino al diseño mismo de la política pública de salud a nivel nacional donde las EPS hacen agua. En ese sentido, la Superintendencia Nacional de salud expresó en el informe financiero con corte a 2017 que

las 36 EPS que reportaron, sumaban un déficit patrimonial de seis billones quinientos treinta nueve mil millones de pesos, dentro esas EPS deficitarias se encontraba Capital Salud, con un déficit de 579 mil millones de pesos[iii]. La situación para el año 2018 empeoró, cuando se supone que la gerencial administración de Peñalosa, había asumido el control de la EPS. Así fue como la Supersalud en octubre de 2018 suspendió la posibilidad de afiliación y traslados a 16 EPS, entre ellas Capital Salud, que se encuentra bajo vigilancia especial, que fue prorrogada mediante resolución 010083 el 2 de octubre de 2018, debido a que no cumple con condiciones de solvencia financiera, incumple con la cobertura de la red de prestación de servicios en el régimen subsidiado de baja y mediana complejidad, ocupa el tercer lugar entre las EPS de su rango en número de quejas y reclamos, incumplimiento en tiempos de espera para asignación de citas de obstetricia, no entrega fórmulas médicas de manera oportuna, incumple los indicadores de gestión del riesgo relacionados con vacunación de niños menores de un año, porcentaje de pacientes diabéticos controlados.

En diciembre de 2018, el gobierno distrital anunció que inyectaría 150 mil millones a la EPS Capital Salud, que en los últimos tres años se habían inyectado 240 mil millones[iv]. Esto significa una capitalización de la EPS por parte del distrito, a la fecha no es claro si esta pasó a ser propiedad del ente público, en tanto fue recapitalizada con recursos públicos de los bogotanos, o se estaría favoreciendo al socio privado con capitales de proveniencia pública. Un hecho parecido fue lo que favoreció el desfalco de Saludcoop, Cafesalud y Medimás que aún tiene en vilo al país. Lo cierto es que la recapitalizada Capital Salud EPS continúa siendo la mayor deudora de los Hospitales del Distrito agrupados en las subredes de prestación de servicios de salud, hasta hace seis meses adeudaban 264.399 mil millones a las subredes del distrito[v]. Todo indica entonces que el gerente Peñalosa no pudo resolver el problema de Capital Salud, que continúa bajo vigilancia especial de la Supersalud y debe responder por la salud de un millón doscientos mil bogotanos, entre ellos una parte importante de las poblaciones más vulnerables de la ciudad.

La otra propuesta de la administración consistió en adelantar una reorganización de los 22 hospitales del distrito en cuatro subredes mediante el acuerdo 641 de 2016, bajo el argumento que se debían construir las cuatro redes integradas de servicios de salud, dado que los hospitales estaban fragmentados, competían entre sí, y había una saturación de los servicios de urgencias. Para ello crearían una unidad de gestión logística que cogestionaría con apoyo de un agente del sector privado una suma aproximada de 2,5 billones de pesos que movilizan los hospitales de Bogotá, para apelar a la economía de escala en la negociación colectiva de medicamentos e insumos, y así contener la corrupción que, según el diagnóstico de la administración, se presentaban en los centros hospitalarios.

Al unísono de esta propuesta, se presentaba una declaración de emergencia sanitaria, como figura de estado de excepción, para apelar a formas de contratación expeditas y recursos administrativos, para enfrentar lo que con espectacularidad mediática se planteó, como una sobresaturación de los servicios de urgencias. Dicho sea de paso, que esta medida le mereció al Alcalde Peñalosa una denuncia ante la Fiscalía General de la Nación, por parte del entonces Representante a la Cámara Alirio Uribe por falsedad ideológica, dado que la Secretaría de Salud de Bogotá presentó estudios no propios para fundamentar esta medida, adoptaron datos de una tesis de grado de la Universidad del Rosario, esto corresponde a una suerte de plagio de un estudio, en donde además el autor reconoce el sesgo para la definición de la capacidad de respuesta de la red de hospitales ante las emergencias y desastres, por cuanto no tiene como universo la red de hospitales públicos, sino solo algunos, y adoptaron una metodología basada en encuestas a funcionarios públicos.

Tres años después, el resultado de estas decisiones, era el esperable, ni la fusión de los hospitales públicos ni la emergencia sanitaria resolvieron el problema de la prestación de servicios en Bogotá, en tanto esta corresponde en su mayoría al sector privado de la ciudad, a quien había que regular e integrar en las subredes integrales e integradas de servicios de salud. Reducir estas redes de atención solo a los prestadores públicos, no sólo es inocuo, sino que desconoce de manera flagrante que el 90% de la atención de salud en Bogotá corresponde a instituciones privadas. La Unidad logística (EAGAT) para las compras centralizadas de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, hubieran sido una buena

propuesta de economía de escala, no obstante se advirtió que ningún actor privado en el sistema de salud actúa sin ánimo de lucro, así esta sea la nominación que se presente en su figura jurídica constitutiva.

El tema es que esa unidad al día de hoy es un elefante blanco. Así lo manifestó la personería de Bogotá en un informe en el cual manifiesta que esta entidad asesora, administrativa y técnica EAGAT, no está cumpliendo la función de agenciar las compras centralizadas, las subredes no tienen incorporado dentro de sus estatutos el funcionamiento de esta entidad, que no tiene ingresos si quiera, para ser autosostenible. Por el contrario, cada subred de prestación de servicios tiene su propia compra de medicamentos, y pagan tarifas diferenciales, de hecho se encontró que existe un proveedor que tiene el 38% de los contratos de las subredes[vi]. Este mismo proveedor vende el mismo medicamento con precios distintos a las cuatro subredes.

En cuanto al hacinamiento en los servicios de urgencias, que la administración dijo, resolvería con la emergencia sanitaria y la fusión de hospitales, la personería de Bogotá manifestó en mayo de 2019, que el 77% de los servicios de salud de la ciudad, de segundo y tercer nivel de complejidad, están congestionados. Los servicios de salud del Tunal y Meissen son los más hacinados con una sobreocupación del 424% y 328% respectivamente. El ente de control, denunció que la secretaría distrital de salud había modificado las fichas técnicas para mostrar cifras inferiores de hacinamiento. En el informe reconocieron que, la secretaría de salud[vii], aumentó la capacidad de atención de urgencias con 364 camillas de urgencias de adultos y 75 para urgencias pediátricas, pero esto se hizo sin adelantar las modificaciones necesarias de infraestructura, con sillas reclinables en pasillos, sin espacios de privacidad para los pacientes.

El desmonte de la Salud Pública y la Atención Primaria en Salud

El centro de la propuesta de la administración Peñalosa, no era la salud pública, su propuesta giraba en torno al fortalecimiento de infraestructura hospitalaria. Después de su posesión, lanzó fuertes críticas a los programas de las administraciones precedentes que se

denominaron salud a su casa, que posteriormente se convertiría en territorios saludables, un potente programa que en Bogotá llegó a tener casi 10 mil profesionales y técnicos en salud agenciando uno de los más importantes programas de prevención y promoción de la salud de América Latina, reconocido por la Organización Panamericana de la Salud. Lo que supuso una importante reducción de la morbilidad en los territorios de la ciudad. La administración de Peñalosa redujo este programa a menos de la mitad de funcionarios, lo que planteaban, es que con menos se podía hacer más, esto condujo a la reducción de un 70% de las acciones de salud pública en los ámbitos de la vida cotidiana[viii]. Un ejemplo del impacto de esta reducción se puede observar en la atención psicosocial de víctimas del conflicto, que en Bogotá corresponden a 600 mil ciudadanos, en el marco de un proceso de paz, de una transición que reclama que esta población reciba una atención que les permita su reparación e inclusión social, el distrito para 10 meses solo invirtió 4,402 millones de pesos[ix], planteándose metas de intervención en modalidad individual de 900 víctimas por año, sobre un total de 600 mil. Con ese ritmo de atención, va a llegar el siglo 22 y no hemos brindado la atención requerida a esta población.

Es necesario anotar que el impacto de una decisión de política pública, en materia de morbilidad, no se evidencia de inmediato. No obstante es evidente que las tasas de mortalidad materna e infantil, difieren si se analiza el global de Bogotá, que si se analizan por localidades, resultando las localidades del sur de Bogotá más afectadas. Se han registrado muertes infantiles por desnutrición, lo cual da cuenta del debilitamiento de los dispositivos de detección temprana de riesgos para realizar la respectiva canalización de los casos para la atención en los distintos niveles de complejidad en los prestadores de servicios de salud. Es evidente en el mundo que el desmonte de los sistemas de prevención y promoción impactan negativamente la morbilidad e inciden a largo plazo en la sostenibilidad de los sistemas de salud, que terminan centrados en los altos costos de la enfermedad, en donde se instalan extractores de renta del alto costo en salud. A eso le apuntó la administración de Peñalosa con las decisiones adoptadas.

El actual debate electoral y la salud:

El actual debate electoral para la alcaldía de Bogotá, cuenta con cuatro candidatos que son los más visibles en la disputa electoral para llegar a la casa del Liévano. En general el debate sobre la ciudad se ha tornado limitado, plagado de lugares comunes, solo marcándose diferencias de fondo en el tema del metro elevado vs metro subterráneo. El tema de salud no ha escapado a los lugares comunes en su abordaje. No obstante podríamos caracterizar la postura de los candidatos en dos bloques: los candidatos Miguel Uribe y Carlos Fernando Galán que expresa básicamente la continuidad de la política de Peñalosa, haciendo énfasis en el fortalecimiento de programas para la intervención en el consumo de sustancias psicoactivas, sin pronunciarse sobre otros asuntos de fondo sobre la salud.

De otro lado Claudia López y Hollman Morris, enfatizan en la necesidad de recuperar la estrategia de atención primaria en salud (salud a su casa/territorios saludables), desmontada por la actual administración, y el fortalecimiento de la red de hospitales públicos. No obstante, ninguno de los candidatos se refiere a decisiones de fondo que el próximo burgomaestre debe adoptar sobre la totalidad de la gestión de la salud de Bogotá, que insisto, también tiene que ver con la rectoría que se debe ejercer sobre el sector privado. En ese sentido plantearemos un decálogo de propuestas para aportar al debate democrático de la ciudad.

PROPUESTAS DE POLITICAS DE SALUD PARA LA PROXIMA ADMINISTRACION DISTRITAL

1. Rectoría: Inspección, Vigilancia y Control sobre la prestación de servicios de salud en Bogotá públicos y privados, que garantice el acceso eficaz de la población a servicios de salud.
2. Atención Primaria en Salud: retomar los programas de salud pública, con fortalecimiento financiero, de recurso humano, con el objetivo de llegar a un número mayor de ciudadanos en Bogotá. Esto implica establecer mecanismos que rompan las barreras de acceso que existen entre la detección de riesgos en el marco de la salud pública y la efectiva atención individual en el sistema de aseguramiento en salud.
3. Avanzar en infraestructura hospitalaria, esto incluye la recuperación del Hospital San Juan de

Dios. Para el logro eficaz de este objetivo, se deben eliminar las APP como forma de contratación de estas obras. El distrito debe evaluar que estas obras de infraestructura sean agenciadas por alguna instancia distinta a los hospitales y a la Secretaría de Salud, que tiene poca capacidad de ejecución para este tipo de proyectos. Se podría integrar allí al IDU, u otra institución que tenga la capacidad para desarrollar gestiones de esta complejidad.

4. Determinantes sociales de la salud en Bogotá (Consejo Distrital de determinantes sociales en salud, con secretarios). Se propone establecer esta instancia que debe ser del primer nivel del gobierno distrital, en el cual se establezca la gestión de los determinantes de la salud a los cuales hace referencia la Observación General 14 de las Naciones Unidas, dentro de los que se encuentra el medio ambiente, la cultura, la seguridad alimentaria, el acceso al agua potable, es decir, aquellos asuntos que requieren una gestión de diferentes carteras de un gobierno, que impactan la salud y el buen vivir de los bogotanos, el impacto en la aparición de patologías respiratorias, en relación con la emisión de carbono, por parte de los buses de Transmilenio es un ejemplo de esto. Este consejo puede introducir propuestas concretas en el plan de desarrollo distrital, y hacer seguimiento de su ejecución.
5. Reapertura de los Puntos por el derecho a la salud: Esto supone recuperar una estrategia de la anterior administración, con la cual se implementaron equipos territoriales conformados por gestores sociales y jurídicos, que apoyen a las comunidades para acceder a la atención en salud en el sistema de aseguramiento.
6. Política de trabajo digno y estable en el sector salud de Bogotá: Esto implica la laboralización de los trabajadores de salud, atendiendo el principio de progresividad, teniendo en cuenta que en este momento alrededor de 17 mil se encuentran tercerizados bajo formas de contratación ilegal.
7. Cobro jurídico de deudas de EPS con hospitales del distrito: Bogotá se encuentra en mora de establecer acciones jurídicas que obliguen a que se responda por deudas de las EPS liquidadas, habilitadas por la superintendencia nacional de salud, y deudas de las EPS a las cuales las instancias de regulación nacional mantienen en funcionamiento.
8. Replanteamiento del manejo del régimen subsidiado de Bogotá, con propuesta al gobierno nacional para que este pueda ser manejado por el distrito. Esto en el contexto de que la situación de capital salud EPS es insostenible, y se encuentra con múltiples causales de liquidación.

9. Desarrollo de las redes integrales de servicios de salud público privadas, en un sistema de referencia y contrarreferencia con rectoría desde la Secretaría Distrital de Salud.
 10. Política de educación en salud en hospitales del distrito, con desarrollo de investigación, innovación mediante convenios docencia servicio. Esto supone que el distrito sea pionero en acogerse entre otras , a marcos legales como la ley de residencias médicas, lo que implica que desde las subredes de salud , se adelanten acuerdos con las universidades para que estas hagan la contraprestación a las instituciones hospitalarias, no monetaria, sino en aportes ciertos para la investigación, formación, innovación, avances en ciencia y tecnología. El distrito puede constituirse en el primer piloto para que el ADRES inicie el pago a los médicos residentes.
-

1. Fuentes: BDU-AADRES, Marzo de 2019.
2. <https://www.juancarlosflorez.com/salud-mucho-privado-poca-ejecucion-publica/>
3. Informe de seguimiento de indicadores financieros de permanencia para las EPS, Vigencia 2017.
4. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/150-mil-millones-la-eps-capital-salud>
5. SDS, 2019. Rad 2019EE38562.
6. <https://www.personeriabogota.gov.co/sala-de-prensa/notas-de-prensa/item/444-entidad-creada-para-mejorar-la-salud-un-elefante-blanco>
7. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/personeria-de-bogota-denuncia-hacinamiento-en-urgencias-y-falta-de-insumos-en-hospitales-articulo-854027>
8. DS, 2019. Rad 2019EE38562.
9. Cartografía social de situación de los servicios de salud en Bogotá 2016-2018.
Carolina Corcho,

Médica Psiquiatra

Integrante de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T 760- Por una Reforma estructural del sistema de salud.



Los cambios que se requieren en la política de salud de bogotá

Corporación latinoamericana Sur.

Vicepresidenta de la Federación Médica Colombiana.

Foto tomada de: El frente