



Sistema de salud en Bogotá afronta crisis de legitimidad

El modelo del alcalde Enrique Peñalosa se concentra en la gestión de los servicios y le apunta a un gobierno corporativo para superar la crisis acumulada, por lo que insiste en que el sistema de salud sea un modelo de mercado y negocio.

El actual gobierno del alcalde Enrique Peñalosa quiere centrarse en los servicios de atención, superar la congestión de urgencias con centros de atención prioritaria y generar una forma de organización que agilice la relación entre las EPS y las IPS y, en particular, entre el régimen subsidiado y la red pública. Sin embargo, hasta la fecha no se percibe un mejoramiento en los aspectos que aborda el sistema propuesto por su administración.

Frente a la preocupación que generan las eventuales consecuencias de las decisiones tomadas por la Alcaldía, la Unidad de Medios de Comunicación (Unimedios) y el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia (UN), con el apoyo del diario *El Espectador*, organizaron Debates UN, "Modelo de salud de Peñalosa: ¿una salida a la crisis?", realizado el pasado 9 de noviembre.

Uno de los expertos invitados fue el profesor Mario Hernández, coordinador del Doctorado en Salud Pública, quien afirmó que el gobierno del alcalde Enrique Peñalosa asume la crisis del sistema de salud en Colombia como un problema de ineficiencia de lo público, de desconfianza entre los agentes y de poca participación de capitales y actores privados más eficientes en el manejo del sector, al estilo de las grandes corporaciones.

Por ello, el docente señaló que la administración actual estructuró una reforma basada en la fusión de los 22 hospitales públicos para convertirlos en cuatro; el soporte de la billonaria dimensión contractual del Distrito Capital con un actor de naturaleza mixta (público-privada); la incorporación de actores privados en la Dirección del nuevo Instituto de Biotecnología, y la intención de mantener el mismo esquema para un eventual instituto de urgencias en la ciudad.

De esta manera, dijo, la ruta en ejecución –según quienes cuestionan el modelo– es la de la privatización real de toda la prestación de salud en la ciudad, con los antecedentes poco halagadores del comportamiento de los privados de este sector en Bogotá y en el país, en calidad, oportunidad, costos y solvencia financiera en el marco de la crisis del sistema general de seguridad social.



Al parecer, “la sobrevivencia de las EPS y los prestadores está ligada a nuevas inyecciones de recursos públicos y seguramente a nuevas formas de selección adversa, aumento de barreras de acceso y negación de servicios bajo el ropaje de la gestión del riesgo”, dijo el profesor Hernández.

En su opinión, el planteamiento crítico del problema del sistema de salud colombiano tiene que ver con la profundización de un modelo que entrega la garantía de un derecho fundamental, como el de la salud, a la lógica y a los actores del mercado, quienes con los recursos públicos han estructurado un negocio de grandes proporciones y altos niveles de corrupción e ineficiencia que, trasladado a Bogotá con la nueva reforma, encuentra un escenario real de crecimiento y expansión, aumentando el riesgo de que la salud pública de la ciudad se deteriore.

En este marco, advierte, se debilita la posibilidad de que sea el Estado el que dirija efectivamente la gestión y la institucionalidad pública, y se disminuye efectivamente la participación democrática en las decisiones sobre la salud en la ciudad.

Concentrar recursos

Desde el punto de vista programático, Luis Gonzalo Morales, secretario Distrital de Salud, mencionó durante su intervención que la actual administración aboga por un modelo centrado en la gestión del riesgo individual, a cargo casi exclusivamente de las eps. Este asume que la gestión del riesgo colectivo puede hacerse desde el ente territorial con programas focalizados, bajo el entendido de que la salud es una responsabilidad principal de las personas, y que las obligaciones del sistema tienen que ver con la “gestión integral del riesgo”.

En este marco la actual Administración cerró las estrategias de “Territorios saludables”, que cubrían a 800.000 familias de los estratos 1, 2 y 3; se cancelaron los 17 Centros de Atención a Drogodependientes (Camad) y los servicios amigables con la salud sexual reproductiva; se disminuyó la cobertura en vigilancia en salud pública y sanitaria, y prácticamente se eliminó el componente extramural de la vacunación, entre otros, con el argumento de “excesiva contratación y gasto público”.

Por otra parte ha iniciado el proceso de reconversión de algunos de los antiguos centros de salud (Camis) en Centros de Atención Prioritaria de Salud (Caps) sin valor agregado en materia de infraestructura y dotación, y con reducción de horarios.



Si bien en los Caps se busca fortalecer la atención especializada con el objetivo de hacer más resolutivos los servicios de primer nivel y contribuir a descongestionar las urgencias, la cobertura es insuficiente y la ausencia de una estrategia extramural de atención primaria le resta alcance a este eje de intervención que se ha propuesto llegue a 40 en la ciudad.

“Los recursos se deben concentrar en un solo lugar en vez de repartirlos en una gran cantidad de instituciones y dividirlos, además, entre urgencias, asistencia ambulatoria, hospitalización y unidades especializadas”, agregó el funcionario, quien señaló que todavía no ha pasado mucho tiempo para hacer balances del nuevo modelo.

Sin embargo fue evidente la preocupación por parte de los participantes sobre cuatro aspectos: 1) el deterioro de los indicadores de salud pública, evidenciados por ejemplo en la elevación casi al triple en la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años; el aumento en la mortalidad infantil en menores de un año, y la mortalidad perinatal con respecto al periodo anterior; 2) la creciente inconformidad por parte de la comunidad por el cierre de servicios y la persistencia de la congestión en los servicios de urgencias; 3) la disminución de coberturas de servicios de salud pública relacionadas con la supresión de más del 60 % del personal; y 4) la tendencia a no construir sobre lo construido.

Un modelo que nació muerto

La concejala de Bogotá Gloria Stella Díaz también participó en el debate resaltando que esta reforma privilegia la mercantilización de la salud, y en lugar de defender los derechos de los ciudadanos beneficia a los comerciantes y le apunta a la privatización de la salud.

Agregó que el modelo de salud “nació muerto”, puesto que no se tuvo en cuenta la opinión de la comunidad y no se contó con los estudios técnicos que exige la ley, caso que se encuentra en proceso de demanda.

“La reforma se limitó a ser administrativa; concentra la toma de decisiones y la capacidad contractual de la red pública distrital de servicios de salud. Resultó peor el remedio que la enfermedad, la gente tiene que hacer largas filas esperando que le den una cita o una autorización”, agregó la concejala Díaz.



Universidad del Valle

Facultad de Salud - Grupo de Comunicaciones



Sala de Prensa

En el debate, moderado por Saúl Franco, docente de la UN, también participó Luis Jorge Hernández, docente de la Universidad de los Andes, quien agregó que el régimen contributivo aumentó del 74,9 % al 76,6 %. Además, dijo que la situación de mortalidad por desnutrición no solo se da en La Guajira, sino que “en lo que va del año también se han reportado cuatro muertes en localidades de Bogotá, dos en Ciudad Bolívar, una en Tunjuelito y una en Rafael Uribe Uribe”.

En síntesis, la “gobernanza”, operada como una forma de asegurar un modelo corporativo dominado por lo privado para manejar la salud en Bogotá, no prefigura garantías para satisfacer el derecho a la salud ni el derecho a la participación. Así las cosas quedan muchas dudas sobre si el nuevo modelo es una salida a la crisis, o si es el camino a una de mayor escala en Bogotá.

UN Periódico Impreso No. 206 Diciembre, Pág 6