

Gestión de la crisis del sistema de salud en Bogotá

Management of the crisis of the health system in Bogotá

Luis G. Morales-Sánchez y Juan C. García-Ubaque

Recibido 11 enero 2017/Enviado para modificación 26 enero 2017/Aceptado 16 febrero 2017

RESUMEN

En el marco de los logros y problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la administración actual ha planteado políticas que apuntan a reorganizar el sector salud como un medio para superar la crisis que experimenta de tiempo atrás el sistema de salud de Bogotá. Para superar la crisis es necesario afrontar la baja legitimidad social del sistema, provocada por problemas en el acceso y la calidad de los servicios, así como en materia de transparencia, sostenibilidad y gobernanza. Las políticas públicas planteadas se dirigen a la reorganización de la red de atención, por medio de una red única conformada por cuatro subredes integradas de manera horizontal y vertical; la creación de entidades especializadas mixtas para el manejo de temas clave, administrativos y logísticos, y; la creación de un comité directivo de la red. Se cuenta con una importante evidencia que justifica las políticas planteadas, pero, así mismo, es necesario fortalecer los procesos de estudio, análisis e investigación de las problemáticas complejas que afronta en sistema de salud de Bogotá.

Palabras Clave: Sistemas de salud, reforma de la atención de salud, evaluación en salud, gobierno local (*fuentes: DeCS-BIREME*).

ABSTRACT

In the context of the achievements and problems of the SGSSS (General system of Health Social Security in Spanish), the current administration has proposed policies that aim to reorganize the health sector as a means to overcome the crisis experienced by the health system of Bogotá. In order to overcome the crisis, it is necessary to address the low social legitimacy of the system, which is caused by problems in access and quality of services, as well as transparency, sustainability and governance. The proposed public policies are directed to the reorganization of the network of attention, through a unique network conformed by four sub-networks integrated horizontally and vertically, and through the creation of specialized entities for the management of key administrative and logistical issues, and of a steering committee for the network. There is important evidence that justifies the proposed policies, but it is also necessary to strengthen the processes of study, analysis and research of the complex problems that the health system of Bogota is facing.

Key Words: Health systems, health care reform, health evaluation, local government (*source: MeSH, NLM*).

LG: MD., M. Sc. Secretario Distrital de Salud Bogotá, Colombia. lgmorales@saludcapital.gov.co

JG: MD., Ph. D., M. Sc. Salud Pública. Asesor Despacho Secretaria Distrital de Salud. Profesor Titular, Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. jcgarciau@unal.edu.co

¹ Esta nueva sección de la Revista de Salud Pública ha sido diseñada para recoger puntos de vista, reflexiones, apreciaciones, análisis y debates de políticas públicas de salud o políticas conexas o sobre la situación de salud de la población del país y que no constituyen resultados de investigaciones específicas o ensayos estructurados. El material recibido será evaluado y procesado de manera expedita con fines de publicación inmediata. Las opiniones, análisis, documentos, etc sobre políticas públicas podrán tener hasta 3500 palabras en total (título, resúmenes, texto, tablas, referencias, etc.) y deben contar con título, resúmenes y palabras clave en español e inglés. Las opiniones de debate, análisis o respuestas a documentos o análisis de políticas publicadas podrán tener hasta 1000 palabras, incluyendo todo el material, sin resumen y sólo hasta 5 referencias, si son necesarias.

Aunque se reconoce que la reforma del sistema de salud Colombiano ha avanzado en diferentes aspectos (1), al punto de que se logró la conceptualización en el país de la salud como un derecho humano fundamental (ley 1751 de 2015), en opinión de algunos autores existen múltiples signos de alarma (2), ya que para ellos la ley 100 de 1993 provocó que la salud en Colombia fuera tomada como un negocio del que las entidades privadas sacan ventaja sin tener en cuenta las necesidades sanitarias de las personas que hacen uso de los servicios de salud y por ende el acceso está supeditado a las circunstancias económicas de las personas y a los mecanismos del mercado (3-5), con el agravante de que el Estado no ha ejercido su papel de garantizar el cumplimiento de dicho derecho (6,7).

Gran parte de la discusión académica acerca del problema se ha centrado en aspectos como la equidad (8), la administración de los recursos (9,10), los planes de beneficios (11) y la forma como se toman las decisiones con respecto a las necesidades de salud de la población (12).

Entre muchas razones que se señalan para la crisis se menciona que el sistema no considera las características del país, ni las necesidades particulares de la población colombiana (13,14), o que hay dificultades de los territorios en la gestión de los recursos (15), también que hacen falta métodos de regulación para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades públicas y privadas de cada una de las entidades involucradas en el proceso (16,17), o que existen estímulos inadecuados que desvían el papel de los agentes. Mencionan por ejemplo que la herramienta de capitación, sin adecuado seguimiento, ha desfavorecido la calidad de la prestación del servicio y aumentado la posibilidad de fraude y mala administración (18-20), igualmente que el mecanismo de afiliación ha favorecido la evasión y la elusión, lo mismo que el acceso a subsidios inmerecidos de un buen número de personas (21) y que las sentencias judiciales han ayudado al incremento de costos (9,22).

Reorganización del sector salud en Bogotá

En el caso de Bogotá existen cuatro documentos presentados por el actual equipo de gobierno que contienen los análisis de la administración acerca de la situación del sector salud en la ciudad:

1. El plan de gobierno inscrito por el entonces candidato a la Alcaldía de Bogotá Enrique Peñalosa Londoño;
2. La exposición de motivos y las actas de discusión en el Concejo de la ciudad del Acuerdo 641 de 2016, por medio del cual se efectúa la reorganización del sector salud en Bogotá;

3. Los aspectos de salud contenidos en los documentos que conforman el plan distrital de desarrollo 2016-2020, y;
4. El Plan territorial de salud 2016-2020.

De su revisión se desprende que, aunque se presentan doce razones para justificar el ajuste en curso (23), en esencia se sostiene que este es necesario dada la baja legitimidad social del sistema de salud en la ciudad, la cual está determinada por problemas reales de:

- a. Acceso y calidad (fragmentación, exceso de trámites y bajos niveles de integralidad y resolutiveidad);
- b. Transparencia y sostenibilidad, y;
- c. Gobernanza.

De tal manera que los cambios más importantes que se están introduciendo están orientados a afrontarlos por medio de:

- a. La reorganización de la red de atención en salud, la cual se estructura mediante la fusión de los 22 hospitales en una única red, integrada por cuatro subredes (empresas sociales del estado), las cuales, mediante integración horizontal y vertical, superan los conceptos de niveles de atención y de niveles de complejidad, y se estructuran bajo un nuevo modelo de provisión de servicios, en el cual se han de distribuir los servicios ambulatorios bajo el criterio de resolutiveidad y accesibilidad, los servicios hospitalarios con vocación de centros de excelencia y los servicios de urgencias como puntos de estabilización y direccionamiento adecuado de los pacientes.

Este aspecto incluye además el programa de gestión compartida del riesgo, y un nuevo esquema de pago, ambos orientados a regular y optimizar, en beneficio de los usuarios, las relaciones entre el administrador y los prestadores;

- b. La creación de entidades especializadas mixtas para el manejo de temas clave, tales como el desarrollo de actividades de logística y de los servicios no misionales para de las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital, los cuales podrán ser gestionados a través de la “Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica” la cual estará encargada de adelantar acciones de inteligencia de mercados en los procesos que por economías de escala o estandarización de la calidad sea recomendable adelantar procesos en forma conjunta. Entre los eventuales apoyos que esta entidad puede brindar se puede encontrar por ejemplo la integración informática del sector salud, la compra de insumos y medicamentos, los procesos de facturación, call center, agendamiento de citas médicas por medios electrónicos, referencia y contra referencia

de pacientes y negociación para la venta de servicios de salud, entre otros.

También está la creación del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud, encargado de realizar actividades de investigación, desarrollo e innovación en los campos de medicina transfusional, terapia e ingeniería tisular y celular avanzada, medicina regenerativa y medicina de laboratorio, al tiempo que actúa como centro de formación del talento humano.

Igualmente se incluye un centro para la gestión de las urgencias y emergencias en salud de la ciudad, lo mismo que para la atención prehospitalaria y domiciliaria y el transporte de pacientes, y otro para la educación e investigación en salud, y;

c. La constitución del comité directivo de red, integrado por el Secretario Distrital de Salud, los gerentes de cada una de las ESE, el gerente de Capital Salud EPS y el gerente de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica y encargado de la coordinación y articulación de la red integrada de servicios de salud.

Igualmente se constituyen las Juntas Asesoras Comunitarias, encargadas de canalizar y presentar al Director Científico de cada unidad de prestación de servicios de la red las razones de inconformidad respecto de la calidad de los servicios, así como las propuestas de mejoramiento, los análisis comunitarios acerca de los determinantes sociales de la salud y las iniciativas sociales de salud urbana, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, también acompañan los procesos de planeación, ejecución y evaluación de las acciones en salud e impulsan los procesos de divulgación de información y rendición de cuentas ante la comunidad (Acuerdo 641 de 2016 del Concejo de Bogotá).

Es claro que las medidas adoptadas han estado rodeadas de un intenso debate académico y político (24), probablemente generado, entre otros aspectos, por los conflictos entre los intereses y los valores de los diferentes individuos, grupos y comunidades que compiten entre sí (25), lo mismo que por la incertidumbre que estas decisiones generan. Sin embargo existen importantes evidencias frente a la situación encontrada y las estrategias planteadas para afrontarla:

a. Existe un estado de frustración colectiva en relación con la garantía del derecho a la salud (26). De acuerdo con la encuesta de Bogotá como vamos 2015 (<http://www.bogotacomovamos.org/documentos/encuesta-de-percepcion-ciudadana-2015/>), solo el 43 % de los entrevistados considera que en la ciudad se garantiza este derecho, con una tendencia decreciente durante los últimos siete años;

b. Esto no se compadece con el hecho de que entre 2003 y 2015, la inversión económica del fondo financiero distrital de salud tuvo un crecimiento real de cerca del 90% (datos disponibles en: <http://www.shd.gov.co/shd/informes-presupuestales>);

c. A pesar de los mayores recursos financieros, derivados principalmente de esfuerzo fiscal, el perfil de mortalidad, morbilidad y discapacidad de la ciudad, no muestra variaciones significativas durante este periodo (27), lo cual es relevante si se considera que el país atraviesa una crisis fiscal que indefectiblemente afectará la ciudad;

d. Las dificultades de acceso a los servicios asistenciales, asociadas principalmente a barreras de acceso de tipo administrativo, han sido ampliamente estudiadas (28-30), lo mismo que el proceso de judicialización de la atención (31), sin embargo son pocos los logros en aras a revertir esta situación;

e. Los problemas de transparencia asociados al sector y explicados en parte por los riesgos propios del modelo de aseguramiento y en parte por la cultura local, han sido también evidenciados (32-34) y aunque hay acciones importantes para su control y superación, es imprescindible avanzar mucho más en esta dirección;

f. Se han propuesto múltiples ajustes al sistema de salud, tanto a su formulación como a su implementación, desde ajustes parciales en determinados aspectos, hasta el cambio total del mismo; sin embargo, en Colombia los gobiernos locales no son competentes para desarrollar reformas al sistema mismo, ya que el proceso de descentralización les establece responsabilidades en la gestión y no en la formulación (Constitución Nacional);

g. Desde las competencias legales en Bogotá es posible, y un inaplazable ético, implementar acciones que mejoren las condiciones de salud y de acceso a los servicios de atención de la enfermedad para los habitantes de la ciudad, particularmente de la población pobre y más vulnerable, obviamente con plena sujeción a las leyes y normas aprobadas por los niveles competentes, y;

h. Aunque aún no hay evaluaciones finales, en la literatura local se encuentra consenso en relación con que independientemente del sistema de salud, la integración de redes de atención permite atenuar los problemas de continuidad e integralidad en la atención (35-37).

Perspectivas académicas e investigativas

Frente a los distintos tipos de políticas públicas en salud, los estudios indican que con frecuencia las evidencias disponibles para su incorporación son muy heterogéneas y suelen ser incompletas (38). Probablemente esto se relaciona con las dificultades para establecer de manera confiable

los resultados e impactos de las políticas ya ejecutadas, tanto por las consideraciones temporales, como por los efectos sociales y políticos y los eventuales sesgos implicados, siendo de especial interés el precisar, de manera confiable, cual es el resultado que se habría producido en ausencia de la intervención pública evaluada (39).

Así las cosas, la evaluación de políticas públicas es un reto académico y científico sin embargo y aunque existen diferentes mecanismos para esta tarea, la mayoría se ha centrado en las consideraciones acerca de la forma como estas fueron diseñadas o como se gestionaron, siendo relativamente escasa la literatura relacionada con la medición de los resultados y el impacto (40).

En países como Colombia esto es más evidente, de hecho el proceso de evaluación aún es incipiente y se caracteriza por enfocarse en la estructura, el proceso y el cumplimiento formal de metas (41), así que es necesario avanzar en metodologías para medir resultados e impactos.

Es por esto que se invita a los académicos y científicos a que desde sus diferentes enfoques conceptuales desarrollen investigaciones acerca del resultado e impacto de las acciones que se encuentran en fase de implementación en la ciudad. En este sentido se destaca que hay avances conceptuales importantes, tales como la noción de “eficacia de la intervención”, la cual precisa que el mayor reto reside en evidenciar que los cambios observables son atribuibles, o al menos están relacionados de manera efectiva con la intervención pública efectuada (42) y adicionalmente en la importancia de armonizar los diferentes valores y visiones de los grupos de interés frente a los efectos (43), los cuales, si no son afrontados, con frecuencia conducen al denominado sesgo de confirmación (44).

También se considera importante incorporar conceptos como el de “investigación de implementación”, de acuerdo con el cual se debe diferenciar las características de normalización (45) y la planificación basada en procesos (46), de la práctica institucional y por ende insiste en la importancia de considerar como medidas del impacto los cambios en los comportamientos individuales, en las estructuras y culturas organizacionales y en las relaciones entre las partes interesadas (47).

Finalmente se reitera que es para esta tarea de evaluación es conveniente recurrir a métodos cuanti-cualitativos, realizando una mezcla entre observaciones directas y encuestas y entrevistas, así como el análisis de cifras oficiales (42).

Por estas razones la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento del plan de desarrollo 2016-2019, se encuentra en el proceso de estructurar el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud ([http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Centro_de_Investigacion_y_Edu-](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Centro_de_Investigacion_y_Edu)

[cacion_Salud.aspx](#)), a través del cual y con pleno respeto de las normas legales y criterios éticos de la investigación en salud, puede facilitar el acceso a toda la información y apoyo que requieran los investigadores para acometer la tarea propuesta *

REFERENCIAS

1. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): p. 2818-2828.
2. Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Ramírez M, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 Bogotá: Assalud - Mayol Ediciones SA; 2010.
3. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. 2008; 24(3).
4. Patiño JF. El sistema de salud en Colombia: crisis sin precedentes. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2013; 28(4): p. 259-261.
5. Alzate Mora D. Health Litigation in Colombia: Have We Reached the Limit for the Judicialization of Health? *Health and Human Rights Journal*. 2014; 16(2).
6. Cardona Á. Propuesta de reforma al sistema de salud en Colombia ¿Por qué no se avanza en una reforma estructural? *Vitae*. 2013; 20(1): p. 9-11.
7. Bernal O, Zamora DC. A Better Understanding of the Reasons for the Failure of the Healthcare Reform in Colombia. *Health*. 2014; 6(21): p. 2918-2926.
8. Castaño Tamayo RA, Giedion U, Morales Sánchez LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago de Chile; 2001.
9. Rodríguez J. Algunas causas de la crisis financiera en el sistema de salud en Colombia en el 2009. *Econógrafos*. 2012; 30: p. 6-23.
10. García-Ubaque JC, García-Ubaque C, Benítez LF. Reforma colombiana en salud: propuesta de ajuste en el esquema de aseguramiento y financiación. *Rev. Sal. Pública (Bogotá)*. 2012; 14(5): p. 878-890.
11. Ortega J, García-Ubaque J. Planes de salud en sistemas de aseguramiento: Realidades y Prospectivas. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2016; 16(1): p. 124-132.
12. Martínez F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá: Fedesalud; 2013.
13. Riveros Pérez E, Amado González LN. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2012; 11(23): p. 111-120.
14. Marín M. Crisis de la salud en Colombia: ¿Un derecho fundamental o un espacio para el mercado? *Kavilando*. 2012; 2(2): p. 116-122.
15. Santos A, García M, Chicaíza L. ¿Crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales. *Apuntes del CENES*. 2016; 35(61): p. 177-206.
16. Rodríguez J. Vigilar y castigar: consideraciones sobre el papel de la superintendencia nacional de salud colombiana. Bogotá: FCE-Universidad Nacional; 2012.
17. Gómez R, Nieto E. Colombia: ¿Qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014; 31(4): p. 733-739.
18. Rivera A. Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión y Desarrollo*. 2013; 10(1): p. 103-116.

19. Tabima D. La salud pública en Colombia: un derecho en vía de reconocimiento. *Revista Médica de Risaralda*. 2012; 18(2): p. 109-111.
20. Patiño JF. A salvar los hospitales, no las EPS: La crisis estructural de sistema de salud. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2015; 30(4): p. 263-264.
21. Guerrero R, Gallego AI, Becerri-Monteiko V, Vásquez J. Sistema de salud en Colombia. *Salud Pública Mex*. 2011; 53(Supl 2): p. 144-155.
22. Machado J, Moncada J. Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(4): p. 283-289.
23. Secretaría Distrital de Salud SDS. Exposición de Motivos Proyecto de Reorganización del Sector Salud para Bogotá. Bogotá; 2016.
24. Concejo de Bogotá, Comisión de Gobierno. Acta sucinta 009. Foro: Reorganización del Sector Salud para Bogotá. Bogotá; 2016.
25. Munda G. Métodos y procesos multicriterio para la evaluación social de las políticas públicas. *Revibec: revista iberoamericana de economía ecológica*. 2004; 1(1): p. 31-45.
26. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud pública*. 2000; 2(2): p. 121-144.
27. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud Pública, Grupo ASIS. Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. Bogotá; 2014.
28. Tovar-Cuevas L, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13(27): p. 12-26.
29. Vargas J, Molina M. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2009; 27(2): p. 212-130.
30. García-Ubaque JC, Quintero-Matallana CS. Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. *Rev. Sal. Púb. (Bogotá)*. 2008; 10(4): p. 583-592.
31. Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald J, Mendoza A, BM, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(3): p. 213-222.
32. Granados Toraño R, Gómez Montoya M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Revista de Salud Pública*. 2000; 2(2): p. 97-120.
33. Franco S. Entre los negocios y los derechos. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(2): p. 268-284.
34. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(4): p. 287-293.
35. Morales N, Mogollón A, García V, Rodríguez L, Barragán A, López S, et al. Configuración y características de las redes de servicios de salud en Colombia. *Revista Salud*. 2011; 43(1): p. 73-77.
36. Vázquez M, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(S): p. 94-101.
37. Ocampo-Rodríguez MV, Betancourt-Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2013; 12(24): p. 114-129.
38. Capacci S, Mazzocchi M, Shankar B, Brambila J, Verbeke W, Pérez-Cueto F, et al. Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness. *Nutrition reviews*. 2012; 70(3): p. 188-200.
39. Blausco J, Casado D. Evaluación de Impacto. *Guía Practica 5*. Barcelona; 2009.
40. Vera M. Un paseo por las técnicas de evaluación de impacto. *Revista electrónica sobre Evaluación de Políticas Públicas. IVALUA*. 2011.
41. Centeno NA, Rubio Z, Parra C, Caballero R. Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2004; 3(6): p. 107-115.
42. Osuna J, Márquez C, Cirera A, Vélez C. Guía para la evaluación de políticas públicas Sevilla, España: Instituto de Desarrollo Regional IDR; 2000.
43. Casillas C, Macia M, Merino M, Paja M, Rico J, Ruiz A. Guía Practica para el diseño y la realización de evaluaciones de políticas públicas. Madrid; 2015.
44. Klayman J. Varieties of confirmation bias. *Psychology of learning and motivation*. 1995; 32: p. 385-418.
45. May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M, et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC health services research*. 2007; 7(148): p. 1-7.
46. Hernandez M, Hodges S. Crafting logic models for systems of care: Ideas into action. Making children's mental health services successful series. Tampa (FL); 2005.
47. Fixsen D, Naoom S, Blase K, Friedman R. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa (FL): University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.