



# RETROCESO, PEOR SERVICIO, PRIVATIZACIÓN, DESPIDOS

## Balance del sector salud a un año de la administración Peñalosa

*Por Clemencia Mayorga R<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Médica Pediatra, Presidente Sindicato Nacional de Pediatras de Colombia SICOLPED, Vicepresidente Federación Médica Colombiana, Vocera de la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud.



# ¿BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS?

Aportes para el análisis de la gestión





### **Plataforma por el Derecho a la Ciudad**

Centro de Estudios Territorio y Ciudad, Colectivo Simbiótica, Colectivo Vamos por los Derechos, Convergencia por Bogotá, Corporación Comunitaria Cuyeka, Corporación Cultural Cultiva, Corporación Nuevo Arcoiris, Corporación Viva la Ciudadanía, FICONPAZ, Foro Nacional por Colombia, Grupo de Investigación en Procesos Urbanos – Universidad Nacional de Colombia, Internacional de Servicios Públicos (IPS), KreaViva, Mesa Técnica de Altos de la Estancia, No le Saque la Piedra a la Montaña, Postmetropolitan, Proseder, Maestría en Planeación para el Desarrollo, Universidad Santo Tomás de Colombia, Corporación Yurupari.

### **Autores:**

Paula Tejada Orozco, Angie Carolina Torres Ruiz, Marcela Martínez, Doris Herrera y Alan David Vargas, Carlos Olaya, Alejandra Wilches, Internacional de Servicios Públicos (ISP), Clemencia Mayorga, Carlos Carrillo, Yanod Márquez Aldana, Ángela María Amaya, Albeiro Caro Fernández, Jenny Carolina Cortés, Juan Sebastián Simbaqueba y Julián Arévalo **Pedraza**.

### **Coordinación general:**

Aura Elizabeth Rodríguez Bonilla  
Esteban Acosta Saavedra  
Corporación Viva la Ciudadanía

### **Edición:**

Camilo Castellanos

### **Diseño y diagramación:**

Andrés Jurado A.

### **Impresión:**

"Ecosueño" [www.ecosuenopublicidad.com](http://www.ecosuenopublicidad.com)

Esta es una publicación de carácter informativo y está prohibida su venta. Se permite la reproducción parcial o total de esta obra, en cualquier formato, mecánico o digital, siempre y cuando no se modifique su contenido, se respete su autoría y se mantenga esta nota.

Bogotá D. C., Colombia.  
Agosto de 2017

# PRESENTACIÓN

Cumplido el primer año de la administración del Alcalde Mayor de Bogotá, Enrique Peñalosa, la Plataforma por el Derecho a la Ciudad se propuso contribuir al seguimiento de su gestión con un conjunto de artículos de análisis e información que contribuyeran a la consolidación y mejoramiento de las políticas sociales en la ciudad. Los trabajos que se presentan a continuación, en cumplimiento de dicho propósito, reúnen una serie de artículos que tratan diferentes aspectos de la gestión del Alcalde Mayor durante el año 2016.

## QUIÉNES SOMOS

La Plataforma por el Derecho a la Ciudad es un proceso de coordinación y trabajo conjunto de universidades, organizaciones sociales, de mujeres, jóvenes, ambientalistas, iniciativas políticas, organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de estudio y personas, que se articulan para:

Promover y fortalecer movimientos sociales urbanos y de la ciudad. Impulsar la movilización social y proponer alternativas de desarrollo urbano-rural, que pongan al ser humano y lo ambiental en el centro de las preocupaciones.

Generar información, conocimiento y comprensión sobre los asuntos, problemáticas y necesidades de la ciudad y sus habitantes, aportando en el abordaje teórico y de experiencias concretas en lo local, nacional e internacional sobre el derecho a la ciudad.

Impulsar procesos de incidencia en la toma de decisiones y la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas.

Desarrollar mecanismos participativos de seguimiento y monitoreo desde los derechos humanos y el derecho a la ciudad.

Aportar a la construcción de paz urbana desde reflexiones y acciones entorno a lo urbano, la reconciliación, construcción de memoria, seguridad humana, entre otros aspectos.

Garantizar la revisión crítica y propositiva de la gestión de la Administración Distrital, en lo referente a los procesos de planeación, participación y ejecución de sus recursos y el ordenamiento de sus diferentes territorios.

## Las Organizaciones que conforman la Plataforma por el Derecho a la Ciudad:

Centro de Estudios Territorio y Ciudad, Colectivo Simbiótica, Colectivo Vamos por los Derechos, Convergencia por Bogotá, Corporación Comunitaria Cuyeka, Corporación Cultural Cultiva, Corporación Nuevo Arcoíris, Corporación Viva la Ciudadanía, FICONPAZ, Foro Nacional por Colombia, Grupo de Investigación en Procesos Urbanos – Universidad Nacional de Colombia, Internacional de Servicios Públicos (IPS), Kreaviva, Mesa Técnica de Altos de la Estancia, No le Saque la Piedra a la Montaña, Postmetropolitan, Proseder, Maestría en Planeación para el Desarrollo, Universidad Santo Tomás de Colombia.

### El Derecho a la Ciudad<sup>1</sup> y la veeduría ciudadana

Este derecho se centra en la dignidad de los seres humanos y su armonía con la naturaleza. Es un derecho que tiene la totalidad de habitantes a usar, disfrutar, ocupar, producir y gobernar sus ciudades, municipios, localidades, es decir, sus territorios. Adicionalmente, es producto de una construcción social y colectiva que, desde abajo hacia arriba, plantea un nuevo paradigma para repensar las ciudades y asentamientos humanos a partir de principios como la justicia social, la igualdad, la democracia y la sustentabilidad. Además, de la distribución espacial justa de los recursos, la agencia política ciudadana, la diversidad y la dimensión sociocultural.

El Derecho a la Ciudad concibe las ciudades, tanto en lo urbano como en lo rural, como bienes comunes y abarca todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales. Su cumplimiento como derecho colectivo, depende del respeto, protección, promoción y garantía de todos los Derechos Humanos sin excepción. Desde Colombia, incluimos nuevos derechos de la naturaleza y de las nuevas generaciones.

El control y la vigilancia de la gestión pública son derechos reconocidos a la ciudadanía por la Constitución Política de 1991. Para su ejercicio es necesario que la población esté informada sobre el desempeño de sus gobernantes y el cumplimiento de sus funciones. Lo anterior, precisa que las y los ciudadanos conozcan cuál es la ejecución y el impacto de sus decisiones, propuestas de gobierno y planes de desarrollo.

Los planes de desarrollo<sup>2</sup> son instrumentos de planeación que permiten orientar y gestionar el desarrollo integral (económico, social y ambiental) de los diferentes territorios del país. Son formulados por las autoridades del ámbito municipal, encabezadas por los alcaldes.

---

1 Según las definiciones propuestas por la Plataforma Global por el Derecho a la Ciudad. <http://www.righttothecityplatform.org.br/?lang=es>

2 La Constitución Política de 1991 ordena (art. 339) que, las entidades territoriales en Colombia, elaboren y adopten planes de desarrollo, con el propósito de dar a los recursos un uso eficiente y asegurar el adecuado desempeño de sus funciones. Estos planes deben estar conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo.

Entre los fines de dichos planes se encuentra la adecuada distribución de los recursos y la definición de políticas y estrategias de acción gubernamental. Para ello, ofrecen lineamientos y orientaciones para la formulación y definición de políticas públicas y se constituyen en herramientas para la gestión de los gobernantes en la escala local. En nuestra legislación, los planes de desarrollo son obligatorios y tienen características y forma determinada.

Por todo lo anterior, la Plataforma por el Derecho a la Ciudad propone hacer seguimiento, desde la perspectiva del Derecho a la Ciudad, a algunos aspectos de la gestión del Alcalde Mayor de Bogotá, Enrique Peñalosa y de la ejecución del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Mejor para Todos.

Esta publicación busca ser una herramienta útil, el propósito de llevar a ustedes este conjunto de reflexiones desde la perspectiva del Derecho a la Ciudad no es otro que contribuir a que las ciudadanas y los ciudadanos de Bogotá exijan y reivindiquen sus derechos.

## AGRADECIMIENTOS

La Plataforma por el Derecho a la Ciudad desea agradecer a todas las organizaciones que hicieron posible este trabajo, por su disposición, sus esfuerzos y sus contribuciones.

En particular, se extiende un agradecimiento, por sus reflexiones, argumentos y aportes, al Sindicato de Trabajadores de la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá (ETB) ATELCA y al Centro de Estudios Laborales Económicos y Sociales – CELES; al Sindicato Nacional de Pediatras de Colombia SICOLPED; al Portal Al Garete ([www.algarete.com.co](http://www.algarete.com.co)); al Departamento de Derecho del Medio Ambiente de la Universidad Externado de Colombia.

**E**l 18 de marzo de 2016, los medios de comunicación anunciaron: "con una votación de 33 a favor y uno en contra, este jueves la plenaria del Concejo de Bogotá le dio vía libre al cambio del modelo de la salud pública en el Distrito. Esta es la iniciativa más importante aprobada hasta ahora a la administración del alcalde Enrique Peñalosa"<sup>2</sup>. Pasado un año es necesario evaluar los puntos propuestos en esta reorganización del sector salud en Bogotá, teniendo en cuenta lo planteado y lo evidenciado en su implementación.

## Propuesta de la Administración Peñalosa para el sector salud

El corazón de la nueva propuesta radicó en la reorganización de los 22 hospitales del Distrito, en cuatro subredes integradas de servicios de salud y las transformaciones propuestas para el primer nivel de atención en la capital. Según la administración, este modelo nacía como respuesta a la crisis en la atención, ejemplificada en las interminables filas, la baja calidad, y otras barreras de acceso que enfrentan los usuarios diariamente, planteando la necesidad de reformas sustanciales para que los pacientes fueran atendidos de manera respetuosa, oportuna y con los mejores estándares de calidad en hospitales especializados.

También se resaltó, por parte de la administración, la necesidad de acabar con la compra individual de insumos, contratación de personal o construcción de obra, uno de los mayores focos de

presión y corrupción por parte de contratistas, funcionarios y políticos.

Para esto se planteó "la construcción de seis hospitales nuevos, 2.200 camas hospitalarias, atención domiciliaria, una red integrada de datos, más de 1.600 profesionales, 40 centros de atención prioritaria y todo un programa de atención urbana con más de 2.000 guardianes, entre otros, vale 2,5 billones de pesos, que se financiarían con alianzas público-privadas"<sup>3</sup>.

Ante esta propuesta, algunos de los concejales advirtieron "que el modelo aprobado le abriría las puertas a la privatización de la salud en Bogotá y señalaron que la Administración no presentó ningún estudio técnico, comparativo y financiero que soporte el nuevo modelo"<sup>4</sup>.

A continuación, se presentan los puntos más importantes de esta reforma, aprobada por el Concejo de Bogotá mediante el acuerdo 641 de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones":

Siguiendo el marco normativo aprobado, la administración de Enrique Peñalosa propuso el siguiente paso a paso para la implementación de las Redes Integrales de Atención:

2 Vía libre a primer gran vuelco al modelo de salud de Bogotá  
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16540147>

3 Ibidem

4 Ib.

**Tabla 8. – Implementación de las Redes Integrales de Atención**

	Paso a Paso	Descripción	Meta
1	Visita del Gestor de riego	Visitas casa por casa: reportarán problemas ambientales, de seguridad, movilidad y otros.	1.200 gestores de riesgo
2	Generación de ficha	Con la información provista por el gestor se genera una ficha por hogar y esta alimenta la central de datos del distrito.	
3	Visita de Médico de cabecera	Con esta elabora el plan de manejo, responde por la salud de los pacientes asignados.	600 profesionales médicos de cabecera y enfermeras.
Según requerimiento del paciente	Hospitalización domiciliaria –Amed-		1.500 pacientes
Según requerimiento del paciente	Salud Urbana	Guardianes del espacio público analizarán los riesgos de las personas en avenidas, andenes, ciclorutas, parques, expendios de comidas, etc.	2000 guardianes
Según requerimiento del paciente	Centros de atención prioritaria –CAPS-	Para atención por consulta prioritaria de 6 am a 9 pm para consulta de medicina general, medicina especializada, ayudas diagnósticas, medicamentos y rehabilitación.	40 CAPS
Según requerimiento del paciente	Puntos de atención primaria –PAPS-	protección específica, vacunación, promoción y fomento de la salud. Ratas, basuras, alcoholismo, drogadicción, etc.	

Fuente: Elaboración propia.



Como se había mencionado, se reorganizan las 22 Empresas sociales del Estado (ESE) en cuatro subredes integradas de servicios de salud así:

**Tabla 9.**  
**Subredes Integradas de Servicios de Salud**

Sub red	IPS
Sur Occidente	Hospital Occidente de Kennedy
	Hospital de Bosa
	Hospital de Fontibón
	Hospital de Pablo V
	Hospital del Sur
Norte	Hospital de Simón Bolívar
	Hospital de Engativá
	Hospital de Suba
	Hospital de Chapinero
	Hospital de Usaquén
Sur	Hospital el Tunal
	Hospital Meissen
	Hospital de Tunjuelito
	Hospital de Usme
	Hospital de Vista Hermosa
	Hospital de Nazareth
Centro Occidente	Hospital de Santa Clara
	Hospital la Victoria
	Hospital San Blas
	Hospital de Centro Oriente
	Hostpital Rafael Uribe Uribe
	Hospital San Cristóbal

Fuente: Elaboración propia.

Cada subred tiene la responsabilidad de prestar servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad, así como crear una central de urgencias en cada red de conformidad con las necesidades de la población, la demanda de servicios y la accesibilidad geográfica. Asimismo, señala el Acuerdo, Las cuatro subredes de servicios de salud deben adelantar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo que le brinden al usuario una atención integral. También deben fortalecer las acciones de autocuidado y mutuo cuidado y las acciones intersectoriales que fomenten acciones individuales y colectivas para incentivar estilos de vida saludable. Las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión deben realizar, conforme a la normatividad vigente, procesos de rendición de cuentas ante la comunidad beneficiaria con el fin de promover la participación ciudadana e implementar las acciones que mejoren los servicios de salud.

Asimismo, se ordenó la creación del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud y adiciona a su vez, un capítulo para el fortalecimiento de la participación comunitaria en cabeza de las asociaciones de usuarios, comités de participación comunitaria en salud –COPACOS- y Juntas asesoras comunitarias.

También, define como misión del Sector Salud, las de formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Concejo de Bogotá, D.C., Acuerdo 641 de 2016 “Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”.

# Debilitamiento de la Atención Primaria en Salud

En marzo de 2016 se anuncia el proceso de desmonte del programa de Atención Primaria en Salud que venía desarrollándose durante las pasadas tres administraciones.

Lo primero por resaltar es que Bogotá estaba implementando este esquema de atención aproximadamente desde 2004, respondiendo al descontento generalizado con el sistema, ante su incapacidad para proporcionar un nivel de cobertura que correspondiera a los perfiles epidemiológicos cambiantes y que supiera articular los determinantes sociales de la salud<sup>6</sup>. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud –OMS– (2008) tres grandes tendencias cambiaron el enfoque de las estrategias de atención en la materia. Primero, a pesar de los notables progresos en el ámbito de la salud dichos procesos han sido muy desiguales, haciendo mucho más notorias las deficiencias en ciertos países y ciudades. Segundo, la naturaleza de los problemas sanitarios ha cambiado de manera más acelerada e imprevisible de lo que se esperaba, los procesos de urbanización mal manejados, sumado a la vulnerabilidad que genera el envejecimiento progresivo de la población, han acelerado la propagación de ciertas enfermedades transmisibles. Por último, los sistemas de salud no han estado ajenos a las dinámicas de la globalización, y han puesto sobre la mesa nuevos temas de

6 Según la OMS “los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”- Un ejemplo es la educación de la madre, se ha demostrado que niños que cuentan con una madre más educada tienen una menor probabilidad de enfermarse.

discusión respecto al diseño de políticas públicas, como la participación del sector privado (prestadores, farmacéuticas, aseguradores, etc.), así como la existencia de crisis económicas y políticas con impacto local (OMS, 2008).

A partir de todo esto, en 1978, en la Conferencia de Alma Ata surge una agenda heterodoxa en la formulación de políticas públicas en salud. Esa conferencia es considerada como el evento internacional de política de salud más importante de la década de los setenta. Convocaron la Organización Mundial de la Salud –OMS–, la Organización Panamericana de la Salud –OPS– y Unicef con el propósito de proponer un nuevo enfoque que llevara a un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue: “Salud para todos”<sup>7</sup>. Se definió en la Declaración final, que la Atención Primaria en Salud (APS) era “...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...” Este concepto sugería que la política pública tenía que basarse en la promoción de la salud<sup>8</sup> y la prevención de

7 [https://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia\\_Internacional\\_sobre\\_Atenci%C3%B3n\\_Primaria\\_de\\_Salud\\_de\\_Alma-Ata](https://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n_Primaria_de_Salud_de_Alma-Ata)

8 El concepto de promoción de la salud se traduce en una serie de acciones concretas: i) garantía de una salud integral para los niños, niñas y adolescentes, así como para los adultos mayores, personas en condición de discapacidad y población del sector informal de la economía, ii) programas de salud sexual y reproductiva, iii) énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica, iv) reducción de la exposición al tabaco y al alcohol, v) condiciones sanitarias del ambiente, vi) información pública acerca de los deberes y derechos de la población en el SGSSS y el uso adecuado de los servicios de salud y vii) acción comunitaria y participación social, por medio de las organizaciones o alianzas de usuarios y veedurías ciudadanas.

la enfermedad<sup>9</sup>, reconocía además que la salud tenía una relación estrecha con el desarrollo económico y social de los países, y en consecuencia resaltó la importancia del Estado como líder de los procesos de desarrollo de salud con equidad. Además, se hizo especial énfasis en los determinantes sociales de la salud y la necesidad de la acción intersectorial y de un reconocimiento a la participación de los ciudadanos en las decisiones relacionadas con su salud<sup>10</sup>.

## ¿En qué proyectos se ha traducido la APS en Bogotá?

En Bogotá, así como en la mayoría de los países del mundo, este enfoque se tradujo en la creación y despliegue en terreno de una serie de equipos médicos y paramédicos que tienen a su cargo cierto número de familias ubicadas en un mismo territorio. Estos equipos tienen la obligación de hacer una caracterización de la población, hacer seguimiento de la situación de ésta y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como remitir a los pacientes a un servicio médico de ser necesario<sup>11</sup>. Además, se debe garantizar que las estrategias implementadas estén al alcance de la población objetivo en términos económicos, culturales, organizacionales y geográficos. Debe existir una articulación entre las respuestas individuales, colectivas, secto-

9 Comprende el tamizaje en salud visual en niños y niñas menores de 12 años y vacunación entre otros. Comprende estas y otras acciones que pretenden disminuir la aparición de nuevas enfermedades por medio de la detección temprana de riesgos y estilos de vida poco saludables (factores de riesgo).

10 Cruz, M.E. (2011). Curso-Taller en APS y RISS: La atención primaria de salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Organización Panamericana de la Salud.

11 Estos equipos generan una demanda inducida para el sistema de salud.

riales y transectoriales y asegurar una relación de largo plazo entre población y la salud<sup>12</sup>.

En la última versión del programa, bajo el proyecto de Salud para el buen vivir (2012-2016) se plantearon a través de la consolidación de microterritorios y equipos de respuesta inicial y complementaria la posibilidad de llevar la atención en salud a casas, colegios y comunidades. Cada Equipo de Respuesta Inicial tenía a su cargo 800 mil familias<sup>13</sup>, a través de mil micro-territorios donde se implementaba la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluyendo actividades de promoción y prevención. Se conformaron también Equipos de Respuesta Complementaria, cada uno constituido por un grupo de quince profesionales y especialistas en salud como odontólogos, terapeutas físicos/ocupacionales, nutricionistas, psicólogos, pediatras, entre otros, además de profesionales de otras áreas como trabajadores sociales, ingenieros ambientales, entre otros. Estos profesionales operan en los territorios complementando la atención integral en salud que brindan los equipos iniciales<sup>14</sup>. Se proyectaron y entraron en funcionamiento 83 equipos de respuesta complementaria en la ciudad<sup>15</sup>.

Se mantuvo el esquema las Unidades Básicas de Atención —UBA— y las Unidades Primarias de Atención —UPA—, que están ubicadas en zonas de poca oferta de servicios de salud y pueden brindar atención por medio del servicio de urgencias, y el de consul-

12 Así vamos en salud (2014). Informe Anual 2014- Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia.

13 La Gran Encuesta Integrada de Hogares estimó que el tamaño promedio del hogar en la ciudad de Bogotá para el año 2013 corresponde a 3,2 personas. Por tanto, si se estima una cobertura de 80.000 familias los individuos beneficiados corresponderían a 2.560.000.

14 Incluye un médico, una enfermera y un promotor de salud.

15 Secretaría de Salud. Modelo Humano de Atención de Salud en Bogotá.

ta general y especializada, y proporcionar atención a gestantes, enfermos mentales, personas en condición de discapacidad, entre otros grupos poblacionales de especial interés en salud pública.

## Resultados previos a la actual administración

Según los resultados presentados por la administración anterior, gracias al programa de Salud para el Buen Vivir, se mejoraron todos los indicadores de mortalidad evitable, con disminuciones que van del 5% al 100% y se mantuvieron las coberturas útiles de vacunación. Por otro lado, se optimizó la función de vigilancia sanitaria, así como la vigilancia epidemiológica. Además, se atendieron 140 mil personas de todas las etapas del ciclo vital<sup>16</sup>, de las cuales un 45 por ciento no accedía de forma efectiva a los servicios de protección específica y detección temprana del Plan Obligatorio de Salud y desconocía su estado de salud.

Aun así, los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (2014) muestran grandes retos que permiten cuestionamientos respecto a la capacidad del programa de afectar los determinantes de la salud y sobre el impacto que ha tenido el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con esto no se quiere sugerir que el programa no es pertinente, sino por el contrario que tiene problemas en su implementación que se discutirán en la siguiente sección. A continuación se resumen los principales

<sup>16</sup> No es claro esta cobertura a qué se refiere. Difiere de los datos obtenidos en el seguimiento a las metas del plan de desarrollo –SEGPLAN– a corte de junio de 2015.

indicadores trazadores para la ciudad de Bogotá de la época, donde se puede observar que en aquellos de mortalidad se evidenció una mejora sustancial, mientras que en los de morbilidad y calidad de vida no se lograron las mejoras esperadas.

## Indicadores de mortalidad

En mortalidad infantil Bogotá reportaba una tasa de 9,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2014, mientras en Santiago de Chile reportaba 7,5 para el mismo período. Para 2004 la tasa en Bogotá estaba en 15,5.

Existen disparidades en el indicador por localidad, donde las tasas más bajas la registran Barrios Unidos (14,4), Mártires (12,4) y Usme (11,2), mientras las zonas con mayor número de casos son Kennedy (147) y Suba (138) (Observatorio Ambiental de Bogotá, 2013).

La tasa de mortalidad por 10.000 menores de 5 años (2014) es de 18,9 y ha caído de manera pronunciada desde 2011, cuando se encontraba en 24 por cada 10.000.

## Indicadores de morbilidad y calidad de vida

La incidencia de sífilis congénita (nuevos casos por 1.000 nacidos vivos) estaba en 2,1 (2014). Sin embargo, el mayor número de casos se sigue concentrando en el régimen subsidiado y en la población no afiliada, siendo de 5,7 y de 4,8 casos por 1.000 nacidos vivos

respectivamente. Además, se presentan diferencias por localidades (por ejemplo, en Santa Fe se tiene una tasa de 5,2, Ciudad Bolívar de 4,2 y Usme de 4,1).

La incidencia de la población infectada por VIH (nuevos casos por 100.000 habitantes) va en aumento. Pasando de 17,6 por 100.000 en 2012 a 22,5 en 2015. La localidad con mayor incidencia es Chapinero con 80,1 casos por cada 100.000 habitantes<sup>17</sup>.

En respuesta el Secretario de Salud de la actual administración, Luis Gonzalo Morales afirma que el programa estaba desfinanciado, considera que el programa funcionaba mal, a tal punto que afirmó que realmente duda que haya contribuido con mejores indicadores en la salud de los bogotanos, "No hay una relación directa entre su aplicación y la disminución de muertes maternas y de niños", asegura, y pone como ejemplo la congestión en las salas de urgencias: "si se estuviera haciendo prevención real, estos lugares no estarían atestados".

Propone, entonces, que Territorios Saludables sea más resolutivo, pues es insuficiente la mera visita a la casa de la gente con la intención de diagnosticar sus males y entregarle la remisión a un médico. "Quiero contar con gestores comunitarios que visiten las casas, identifiquen riesgos y coordinen la atención con médicos de cabecera, que tendrán asignada una cantidad de personas para que atiendan lo que ellas necesiten. Son equipos que estarán integrados con los hospitales y las EPS", explica Morales<sup>18</sup>.

17 Programa Bogotá cómo vamos (2015). Informe de Calidad de Vida 2014. <http://www.bogotacomovamos.org/documentos/informe-de-calidad-de-vida-2014/>

18 El Espectador: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/el-choque-el-plan-de-salud-los-barrios-de-bogota-articulo-614753>

## Resultados comparables durante la administración actual

Según lo planteado por el secretario de Salud, el nuevo esquema de atención con gestores, médicos de cabecera y la reestructuración del nivel primario de atención mejoraría la resolutivez del programa de atención primaria en salud –APS- y, en consecuencia, se mejorarían los indicadores anteriormente expuestos.

Sobre los resultados en salud pública en algunos de los indicadores trazadores, vale la pena mencionar<sup>19</sup>:

19 Boletín epidemiológico distrital a junio de 2016: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Boletines%20epidemiologicos/2016/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%20Distrital%20Junio.pdf>

## Indicadores de mortalidad:

Mortalidad Materna: Se reporta una disminución en la razón de 35,2 a 24,5 del año 2.015 a 2.016<sup>20</sup> (18)

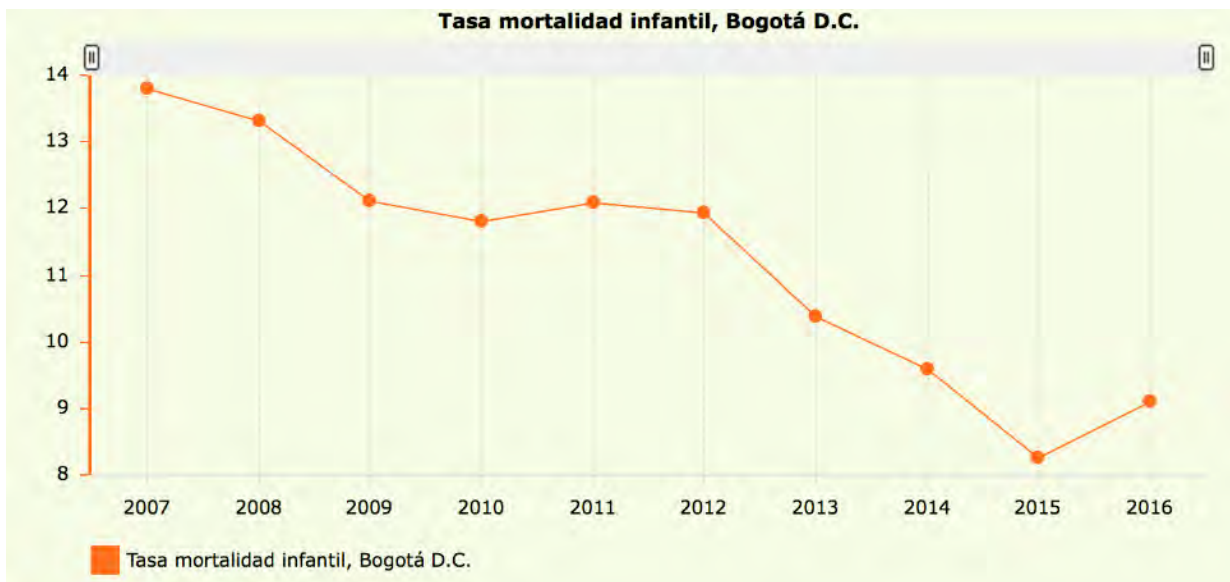
**Gráfica 2. Razón de mortalidad materna x 100.000 NV, periodo 2012-2016**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2017

En mortalidad infantil Bogotá reporta una tasa de 9,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2016.

**Gráfica 3. Tasa de Mortalidad Infantil, Bogotá D. C. 2007 - 2016**



Fuente: Observatorio Ambiental de Bogotá, 2017

Según se observa la tasa de mortalidad infantil se venía reduciendo de manera sostenida entre el periodo 2011-2015, mostrando un aumento en 2016, el primer año de la actual administración.

Mortalidad en menores de 5 años: se presenta un aumento de la mortalidad en menores de 5 años de 10,3 a 10.8 por 1.000 nacidos vivos de 2.015 a 2.016.<sup>21</sup>

**Gráfica 4. Razón de Mortalidad en menores de 5 años, periodo 2012 - 2016**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2017

21 Ibidem



Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA): Presenta un aumento del año 2015 a 2016, indicador que venía en disminución en los últimos años.<sup>22</sup>

**Gráfica 5. Tasa de Mortalidad de menores de 5 años por IRA, períodos 2012 - 2016**



Fuente: Bogotá como vamos. Informe de calidad de vida 2016.

Es especialmente preocupante el hecho de que el aumento en la mortalidad por IRA se dé en especial a expensas de la mortalidad por neumonía, dado que este indicador definido como indicador de la calidad, por el Ministerio de Salud, refleja la calidad de la atención de la enfermedad del paciente no internado, en ese sentido nos habla de la eficiencia y la efectividad de la red de atención. Durante el año 2016 se presentaron 54 muertes por neumonía en menores de cinco años ( Tasa de 0,6 x 1000NV), frente a 34 muertes ( Tasa de 0,3 por 1000NV) presentadas para el año 2015; proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 24% en Ciudad Bolívar, 17% en Usme y 15% en Suba; las demás localidades aportan menos del 10% de los casos excepto Chapinero, Santa Fe, Puente Aranda, Candelaria y Sumapaz que no presentan defunciones en menores de 5 años<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Ib.

<sup>23</sup> Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, datos PRELIMINARES. Actualizado 2016. 30-01-2017 (Corte 23-01-2017)). El año 2015 ajustado en marzo 2016 preliminar

Mortalidad por Enfermedad Diarreica aguda<sup>24</sup>:

Gráfica 6. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por EDA



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2017

<sup>24</sup> [http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/publicaciones\\_2016/51-Informe%20de%20investigaci%C3%B3n%20sumaria%20No\\_%20201650008709900022E%20de%202016%20VERSI%C3%93N%20FINAL.pdf](http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/publicaciones_2016/51-Informe%20de%20investigaci%C3%B3n%20sumaria%20No_%20201650008709900022E%20de%202016%20VERSI%C3%93N%20FINAL.pdf)

Coberturas de vacunación: disminuyen BCG y triple viral y aumentan DPT y antipolio como se observa<sup>25</sup>:

**Gráfica 7. Cobertura de Vacunación 2015 - 2016**

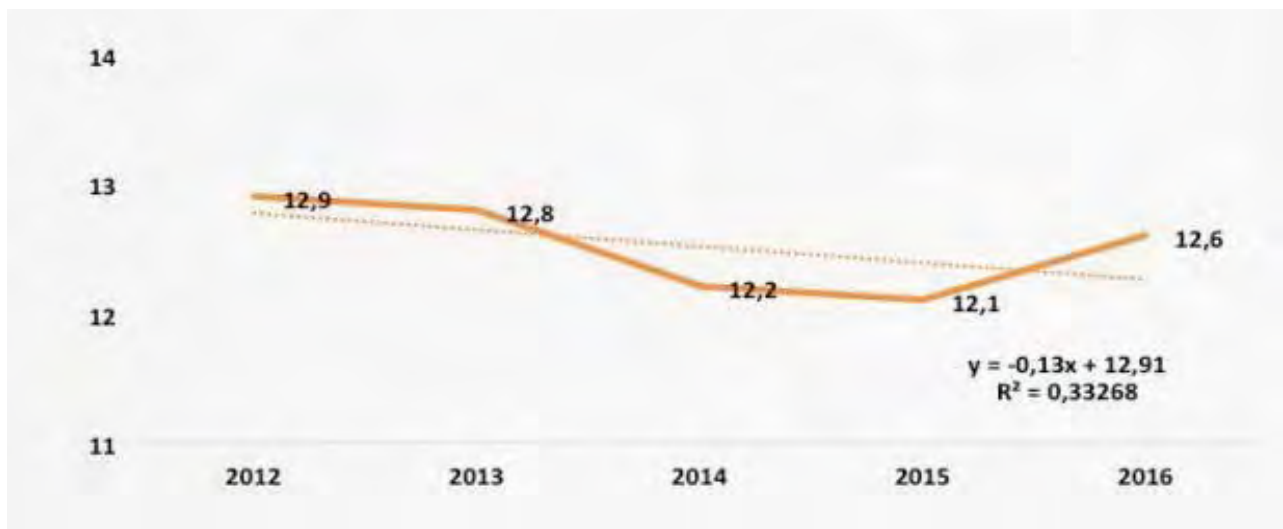


Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2017

25 Bogotá como vamos. Informe de calidad de vida 2016.

Prevalencia de bajo peso al nacer: uno de los indicadores que preocupa en Bogotá desde hace varios años por encontrarse muy por encima del porcentaje nacional y dado que constituye un factor de riesgo para mortalidad y morbilidad en menores de 5 años, aumenta entre los años 2015 y 2016.<sup>26</sup>

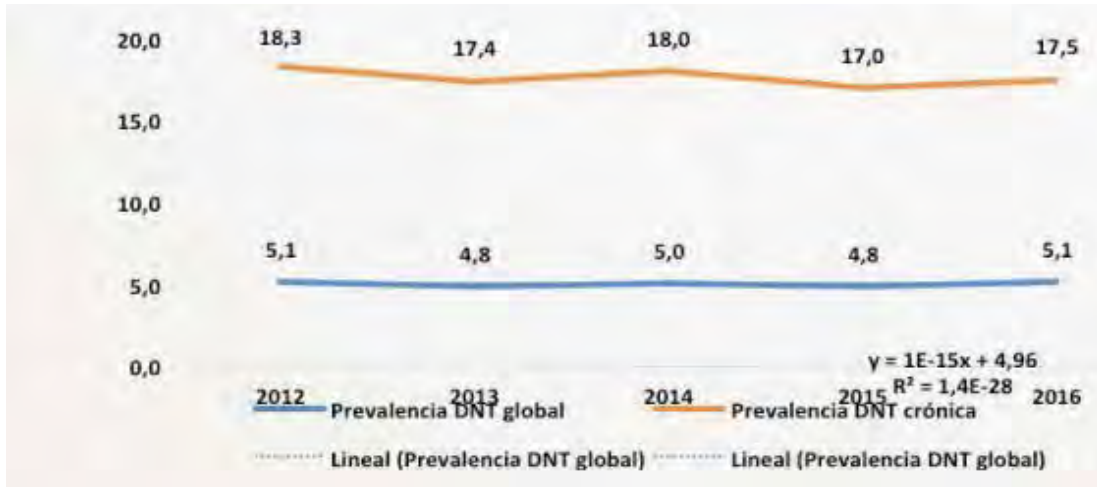
**Gráfica 8. Prevalencia de bajo peso al nacer. 2012 – 2016**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2017

Prevalencia de Desnutrición global y crónica: aumento en ambos indicadores 2015-2016. Así mismo aumenta la mortalidad por esta causa.<sup>27</sup>

**Gráfica 9. Prevalencia de desnutrición global y crónica 2012 - 2016**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, 2017

**Gráfica 10. Tasa de Mortalidad por Desnutrición. 2012 – 2016**



Fuente: Bogotá cómo vamos. Informe de calidad de vida 2016.

Sífilis congénita: en el año 2015 la incidencia fue de 1,2 por 1000 NV (nacidos vivos) y para 2016 es de 1,3 por 1000 NV, mostrando un aumento de los casos de sífilis congénita en la ciudad.<sup>28</sup>

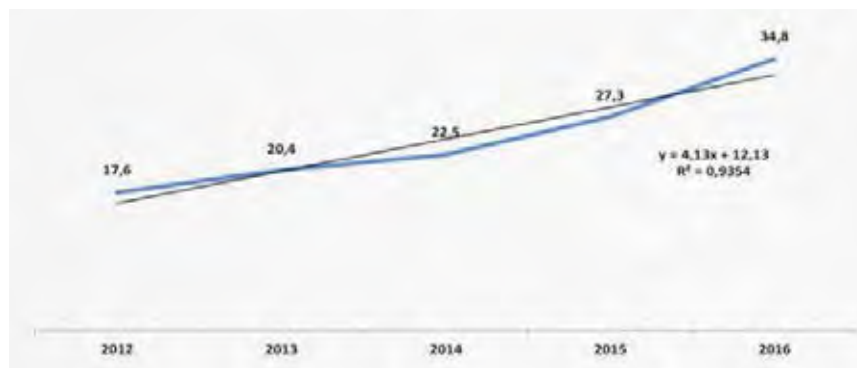
**Gráfica 12. Incidencia de Sífilis Congénita. 2015 – 2016**



Fuente: Bogotá como vamos. Informe de calidad de vida 2016.

La notificación epidemiológica de VIH/Sida: se mantiene en aumento sostenido en la notificación de casos de los últimos años.<sup>29</sup>

**Gráfica 13. Proporción de incidencia de VIH/Sida. 2012 – 2016**



Fuente: Bogotá como vamos. Informe de calidad de vida 2016.

<sup>28</sup> Ib.

<sup>29</sup> Ib.

Como se puede observar y tomando los datos oficiales de la Secretaría Distrital de Salud- SDS- y otras entidades de monitoreo a la administración distrital, varios de los indicadores de salud pública en el año 2016, muestran deterioro con aumento de las patologías y causas de mortalidad evitable en la ciudad. Se debe hacer énfasis en que a pesar de ser esta una información pública y oficial, la página de la SDS no cuenta con la información vigente por lo cual se anexan los datos publicados por Bogotá cómo vamos 2.016.

Adicionalmente, se encuentra que las acciones de Promoción y prevención realizadas en los territorios disminuyeron en un 92% entre los años 2015 a 2016, según información oficial aportada por la concejal María Victoria Vargas en Debate público de control político realizado en el mes de julio de 2017. A la fecha no se conoce publicación oficial alguna sobre la implementación de los anunciados Gestores en salud en los territorios de la ciudad.

De lo anterior se puede vislumbrar que al desmontar el programa de territorios saludables no se tenía por parte de la administración distrital de salud ningún plan previsto de salud pública ni promoción y prevención que hayan logrado disminuir ni siquiera mantener los indicadores más importantes de enfermedades y causas de mortalidad evitable en la ciudad.

## ¿La Emergencia Sanitaria, una salida?

A pesar de que el Concejo de Bogotá aprobó el Acuerdo 641 de 2016, la Secretaría Distrital de Salud sostuvo que era necesario declarar la emergencia sanitaria con el fin de hacerle frente a la sobreocupación de los servicios de urgencias de la capital. Mediante el decreto 063 de 2016 del 5 de febrero de 2016 dio facultades excepcionales a la administración distrital para generar cambios en la estructura del sistema de salud de la ciudad, argumentando en el mismo: "Que ante tal problemática se hace necesaria la declaratoria de Emergencia Sanitaria, con el fin de acoger medidas en procura de evitar o mitigar los posibles efectos que ocasione la sobreocupación de los servicios de urgencias en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Distrito Capital, para lo cual la Secretaría Distrital de Salud como autoridad sanitaria distrital adoptará las medidas específicas para conjurar la situación." (decreto 063 2016).

La Emergencia Sanitaria en Salud permite la apropiación de recursos económicos del cupo de endeudamiento de la ciudad para atender estas urgencias sin modificar las causas generadoras de la crisis en las salas de emergencia. De esta forma el pasado 31 de Agosto la Administración distrital "solicitó al Concejo de Bogotá incluir 124 mil millones de pesos provenientes del Cupo de Endeudamiento aprobado por el Concejo de Bogotá para fortalecer las redes de servicios en salud, garantizar la atención oportuna de los ciudadanos y descongestionar los servicios de urgencias. Sin embargo, el cabildante manifestó que

estos recursos deben ser efectivamente utilizados para este fin y no para cubrir déficit financiero en especial del sector salud.”<sup>30</sup>

Sin embargo, después de meses de la aplicación de las medidas específicas, nombradas en el Decreto, se evidencia que los esfuerzos de la administración distrital son insuficientes para superar dicha crisis de las salas de urgencias que son de carácter permanente y estructural. La demanda está cimentada en vicios de procedimiento dado que no se surtieron una serie de procesos necesarios para que se hubiera dado la aprobación del Decreto 063 de 2016 y por tanto carece de legitimidad.

La Personería de Bogotá encontró en visitas realizadas a principios de 2017 que la unidad de urgencias del Hospital de Kennedy tiene una sobreocupación del 128 por ciento. En la visita de la Personería al Hospital de Kennedy, “aparte de las camas hospitalarias y sin número de sillas reclinables llenas de pacientes, se encontraron diez ambulancias retenidas, a la espera que les desocuparan las camillas en las que llevaron los enfermos”.

Además, se evidenció falta de personal de enfermería, tanto jefes como auxiliares, para cubrir los turnos de las diferentes áreas de urgencias. También en Radiología de los seis tecnólogos que se requieren sólo había tres, retrasando las imágenes diagnósticas para los pacientes ambulatorios y hospitalarios.

En farmacia faltaban tres auxiliares y tres químicos farmacéutas, así como se evidenció faltantes de **medicamentos, insumos y dispositivos médicos**. Se en-

30 <http://hsbnoticias.com/noticias/bogota/modificacion-de-recursos-son-necesarias-para-el-cumplimiento-233724>

contró un paciente con enfermedad mental, ubicado en el pasillo de urgencias, en una camilla de ambulancia desnudo, violando su derecho a la intimidad. Se detectó un paciente herido con clasificación de Triage II que llevaba más de una hora sin atender. La intervención de la Personería permitió que inmediatamente le prestaran auxilio<sup>31</sup>.

Es menester mencionar la reciente información de la Personería de Bogotá de junio de 2017 sobre el hallazgo de falta de medicamentos e insumos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital El Tunal. Según el informe 83% de los pacientes hospitalizados en esa UCI no estaba recibiendo de forma completa los medicamentos formulados por los médicos. Esa misma entidad informó en medios de comunicación sobre la muerte de una mujer embarazada de 34 años, que presentaba preeclampsia. De acuerdo con el organismo de control, perdió la vida por la falta de un medicamento neuroprotector (sulfato de magnesio) durante su atención. La Personería aseguró que la paciente estuvo los dos primeros días de hospitalización sin el suministro de la medicina, a pesar de que su situación era de alto riesgo<sup>32</sup>.

Además de esto, según la respuesta de la Secretaría de Salud al derecho de petición de un concejal bogotano se evidencia que el hacinamiento de las salas de urgencias en los principales hospitales públicos aumentó.

31 Sigue hacinamiento en Hospital de Kennedy: [http://caracol.com.co/emisora/2017/01/10/bogota/1484057747\\_322564.html](http://caracol.com.co/emisora/2017/01/10/bogota/1484057747_322564.html)

32 <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/que-pasa-en-el-hospital-el-tunal-articulo-698710>



**Tabla 10. Hacinamiento en las salas de urgencia de los principales hospitales de Bogotá 2015 - 2016**

USS	Promedio 2015	Promedio 2016
<i>Kennedy</i>	155%	<b>197%</b>
<i>Santa Clara</i>	99%	<b>143%</b>
<i>Tunal</i>	83%	<b>226%</b>
<i>Simón Bolívar</i>	145%	122%
<i>La Victoria</i>	57%	<b>115%</b>
<i>Meissen</i>	103%	<b>166%</b>
<i>Suba</i>	109%	<b>137%</b>
<i>Total Promedio</i>	107%	<b>158%</b>

Fuente: Respuestas derecho petición 2016EE11056 y 2017EE5844

## Análisis de la reorganización de servicios prestadores de salud

La actual Secretaría de Salud de Bogotá una vez fusiona en 4 subredes las instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá lanza oficialmente el 5 de octubre de 2016 la nueva estrategia de descongestión de los servicios de urgencias y atención médica en la ciudad, con la entrada en funcionamiento de 10 Centros de Atención Prioritaria de Salud –

(CAPS), que atenderán inicialmente el 30 por ciento de las urgencias que se registran en Bogotá.

Según informes de la SDS, “con la apertura de los primeros diez CAPS, aproximadamente se benefician 506.829 bogotanos de las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Antonio Nariño, San Cristóbal, Fontibón, Kennedy, Suba y Usaquén. En el complejo hospitalario San Juan de Dios entran en funcionamiento dos CAP: uno el de Santa Clara y otro en el Instituto Nacional de cancerología. En total serán 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud ubicados en las 20 localidades”.<sup>33</sup>

Sin embargo, en la realidad las denuncias sobre los llamados nuevos CAPS y PAPS de la administración Peñalosa no se hicieron esperar. Una de las principales razones del malestar social, es la inminente desaparición de los Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), con el argumento de convertirlos en Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y Puntos de Atención Primaria en Salud (PAPS).

La administración Peñalosa decidió cambiar la estructura organizativa del sistema público de salud, yendo en contra del marco normativo que dispone las instituciones públicas en diversos niveles y con ello pone en riesgo la garantía del Derecho a la Salud de las poblaciones más vulnerables de la ciudad. No es solo el cambio de nombre sino de naturaleza y objeto de los actuales CAMI por los CAPS. Son 15 CAMI, que se anunció, van a pasar a ser CAPS y otros 7 CAMI que se convertirán en PAPS.

<sup>33</sup> Centro de Atención Prioritaria en Salud CAPS [http://www.salud-capital.gov.co/Paginas2/Caps\\_Boletin\\_Prensa.aspx](http://www.salud-capital.gov.co/Paginas2/Caps_Boletin_Prensa.aspx)

## ¿Cuáles son los problemas de esta reorganización?

Los CAMI ofrecen atención de urgencias 24 horas para la comunidad; los CAPS atenderán solamente consultas programadas y prioritarias, y funcionarán sólo hasta las 10 de la noche. Esta reestructuración profundizará la actual crisis de los servicios de urgencias, pues los concentrará en infraestructura alejada de la mayoría de la población, incrementando los costos de traslados que muchas veces las comunidades no están en condiciones económicas de asumir.

La situación es aún más preocupante con los CAMI que pasarán a ser PAPS: La población no contará con servicios de consulta especializada, atención de urgencias 24 horas, ni atención de partos. Estos nuevos PAPS se limitarán a hacer planes de promoción y prevención, vacunación y medicina general, que si bien son necesarios deben ir acompañados de atención médica asistencial para complementar y responder las necesidades en salud local. Sin duda se pone en riesgo a estas comunidades que tendrán que trasladarse a centros de atención alejados de sus hogares en caso de una urgencia.

A la fecha no se ha publicado un informe oficial sobre el estado de estos CAMI que pasaron a ser CAPS o PAPS, sin que puedan evaluarse los resultados, resaltando los peligros en la atención antes mencionados.

El Hospital de Meissen tiene 220 camas hospitalarias, pero hay más de 300 pacientes, por lo que las quejas son continuas. "Siempre que lo van a operar dicen que se presentó algo, que no hay cama en la UCI", indicó una usuaria del centro de salud. Hace

menos de 48 horas el alcalde mayor de Bogotá, Enrique Peñalosa, aseguró que el hacinamiento en los hospitales públicos de la capital bajó un 30 por ciento, pero para algunos sectores la cifra no corresponde a la totalidad de los centros de atención<sup>34</sup>.

A pesar de las continuas quejas por demoras en la atención y acceso a servicios, y según fuentes oficiales, tenemos que se han disminuido el número de camas hospitalarias en diferentes servicios, tal y como lo muestra la tabla a continuación.

34 Denuncian hacinamiento y falta de insumos en el Hospital de Meissen de Bogotá <http://www.noticiasrcn.com/nacional-bogota/denuncian-hacinamiento-y-falta-insumos-el-hospital-meissen-bogota>

**Tabla 11. Camas Hospitalarias 2015 - 2016**

Reporte Camas 2015		Reporte Camas 2016		
<i>Camas por Servicio</i>	#	<i>Camas por servicio</i>	#	<i>Cierres</i>
<i>Adultos</i>	1281	<i>Adultos</i>	1226	-55
<i>Cuidado Agudo Mental</i>	50	<i>Cuidado Agudo Mental</i>	2	-48
<i>Cuidado Intermedio Adulto</i>	71	<i>Cuidado Intermedio Adulto</i>	67	-4
<i>Cuidado Intermedio Mental</i>	2	<i>Cuidado Intermedio Mental</i>	0	-2
<i>Cuidado Intermedio Neonatal</i>	136	<i>Cuidado Intermedio Neonatal</i>	132	-4
<i>Farmacodependencia</i>	50	<i>Farmacodependencia</i>	0	-50
<i>Obstetricia</i>	381	<i>Obstetricia</i>	344	-37
<i>Pediátrica</i>	564	<i>Pediátrica</i>	456	-108
<i>Psiquiatría</i>	314	<i>Psiquiatría</i>	308	-6
<b>Total Camas</b>	<b>2849</b>	<b>Total Camas</b>	<b>2535</b>	<b>-314</b>

Fuente: Respuestas derecho petición SDS radicados: 2016EE11056 y 2017EE5844

Sumado a lo anterior, también se han presentado quejas de los profesionales de la salud. La más reciente la hizo el equipo de la unidad de ginecobstetricia y neonatos del Hospital Simón Bolívar. Su directora, la pediatra Luz Astrid Celis, dice que la administración pretende trasladar su unidad, que es pública y presta servicios de tercer nivel, al hospital de Suba (de II nivel), donde ni siquiera hay equipos propios y el servicio lo presta un privado. El reclamo lo hicieron a través de una carta, en la que resaltan los servicios que prestan en el Simón Bolívar: nueve camas de cuidado intensivo, nueve de cuidado intermedios, 16 básicas y área para partos de cualquier complejidad, atendidos por pediatras especializados en neonatología, neumología, neuropediatría, oftalmología, infectología, fisiatría, cardiología y cirugía. Esto sin contar la formación de médicos en el posgrado de pediatría y en la subespecialización de neonatología, resaltando que "Brindamos atención integral y de alta calidad a los recién nacidos de alto riesgo y a madres de estratos I y II del sector nororiental de la ciudad".

Por eso cuestionan el plan de trasladar una unidad consolidada a un hospital como el de Suba, que no tiene suficiente personal ni la infraestructura. "Mientras nosotros hemos hecho grandes inversiones para tener una de las mejores unidades públicas de Bogotá, que es productiva y que reinvierte en mejorar la calidad del servicio, quieren concentrar todo en una institución donde los servicios son subcontratados", advierten los médicos.

Por eso se atreven a asegurar que con el traslado se estaría vulnerando el derecho a la salud de embarazadas y de recién nacidos del sector nororiental al obligarlos a ir más lejos para acceder al servicio. "Imagínese una madre, de escasos recursos, con un embarazo de alto riesgo, que viva en El Codito y tenga que ir hasta Suba. Con eso estarían poniendo en riesgo su vida y la de su hijo. Su atención es prioridad en los programas de salud pública, tiene alto impacto y hay condiciones en los pacientes que no darían espera a un desplazamiento tan grande", manifestó

Celis. Ante el reclamo de los pediatras, Luis Gonzalo Morales, secretario de Salud, hizo varias aclaraciones. Aunque reconoció que por ahora el Hospital de Suba no cuenta con unidad ni con equipos propios, como lo dijeron los médicos, y que los servicios de ginecobstetricia y neonatología efectivamente los presta un privado, el plan es terminar con ese contrato de manera gradual para que todo el servicio sea público<sup>35</sup>.

Sobre este mismo tema los pediatras y pacientes en Bogotá lanzaron en febrero de este año un grito de auxilio porque varios hospitales del Distrito, como el de Kennedy y el Simón Bolívar, se quedaron sin unidades de atención a niños y adolescentes. De acuerdo con la denuncia, tanto equipos como especialistas fueron trasladados a otros centros médicos. Así, los pequeños han terminado sometidos a largos recorridos y los papás gastan más dinero en el desplazamiento.

Frente al inconformismo, se pronunció el secretario de Salud de Bogotá. “Lo que estamos haciendo es tener centros especializados, que no tienen que estar en todos los barrios, ni en todas las localidades. No tiene sentido, así no funciona la medicina. Además, no conseguimos especialistas para toda esa cantidad de sitios diferentes. El paciente puede llegar donde quiera, si quiere al hospital Simón Bolívar, y si requiere una hospitalización en unidad de cuidados intensivos, lo van a trasladar y lo van a atender”, declaró Luis Gonzalo Morales.

---

35 Pediatras se quejan por traslado de unidad neonatal del Hospital Simón Bolívar <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/pediatras-se-quejan-traslado-de-unidad-neonatal-del-hos-articulo-678012>

Mientras tanto en otros hospitales como El Tunal, donde sí hay unidad pediátrica, apagan sus propios incendios. Según un especialista de este centro médico, quien prefiere ocultar su identidad por miedo a perder el trabajo, se presentan problemas con el suministro de algunos medicamentos a menores. “Faltan gasas, antibióticos básicos, insumos, a veces no hay forma de ponerle yeso a los pacientes, porque no hay un algodón. Pasa a veces que en las noches no hay y en el día sí. A veces, se pregunta por determinado medicamento y está bajo llave”, declaró el denunciante.

A la lista de traslados de unidades de pediatría, se suma el del hospital de Engativá, que fue ordenado en las últimas horas. En Bogotá, una ciudad donde el 32 por ciento de la población son menores, se han cerrado más de 300 camas para niños y adolescentes en las últimas dos décadas. Así lo asegura la Sociedad Colombiana de Pediatría. No obstante, el secretario de Salud aseguró que, en los próximos meses, abrirán 200 camas nuevas<sup>36</sup>.

En medio de estas críticas a cierres y traslados de servicios, se suma la audiencia pública realizada en la última semana de diciembre de 2016 en la cual se ofertan mediante la figura de Alianza Público Privada, las obras para construcción de 6 hospitales con una inversión de 15.400 millones de pesos y un plazo de 22 meses. Se firmó el contrato entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Financiera de Desarrollo Nacional (FDN) para estructurar la viabilidad técnica, financiera y legal para la construcción de seis hospitales nuevos en Bogotá, a través de la figura de las

---

36 Traslado de unidades de pediatría en Bogotá. ¿un paseo para niños enfermos?: <http://noticias.caracol.com/bogota/traslado-de-unidades-de-pediatria-en-bogota-un-paseo-para-ninos-enfermos>

alianzas público-privadas (APP). Al respecto algunos concejales del Distrito manifestaron “Es inconcebible que para construir infraestructura social en la Capital de la República, se tenga que acudir a la privatización, dado que en los últimos gobiernos, se han apropiado los recursos para el mejoramiento y la ampliación de la red hospitalaria pública Distrital, al acudir a esta figura para construir los hospitales, la dotación, administración, mantenimiento y operación de los mismos estará en cabeza de entidades privadas que han convertido la salud de los colombianos en un negocio lucrativo para unos pocos y los costos del servicio se incrementarán, profundizando aún más los niveles de exclusión y pobreza de los sectores más vulnerables de la ciudad”, afirmaron los cabildantes.

Según los cronogramas, para el 2018 se abrirían las licitaciones de estos centros de atención de alta complejidad con las más modernas tecnologías en el Simón Bolívar (norte), La Felicidad (occidente), Bosa y Usme (sur) y dos complejos en el San Juan de Dios (centro): Santa Clara y el Materno Infantil.

En debate de control político realizado por la concejala María Victoria Vargas en julio de 2017 al secretario de Salud, informa que mediante información oficial obtenida de esa institución las redes integradas de servicios de salud han disminuido el número de consultas externas y de cirugías programadas en proporciones de 65% a 75% en promedio en las 4 subredes, por lo que se pregunta, ¿qué ha pasado con los enfermos de Bogotá?

**¿Dónde están los pacientes si los servicios de urgencias continúan con sobreocupación?**

## EPS Capital Salud

En cuanto al funcionamiento de la EPS Capital Salud, de la cual el Distrito Capital es socio mayoritario, se han visto graves problemas desde pasadas administraciones. En abril de 2016, según el secretario de Salud de Bogotá, Luis Gonzalo Morales, con los rubros del presupuesto de 2017, así como los recursos de las cuentas maestras, se realizará el plan de salvamento para la EPS pública. “En el año entrante podemos ir cubriendo la mayor parte de deudas con la red privada y finalmente sanear completamente Capital Salud. La meta es que finalizado el año entrante podamos tener un panorama claro de la situación financiera de Capital Salud, que vuelvo y repito es todo el interés de la administración hacer el salvamento”, afirmó el secretario.

En este momento Capital Salud debe alrededor de 640 mil millones de pesos, de los cuales un 53% se adeudan a la red pública y 200 mil millones de pesos a la red privada. El secretario reiteró que Capital Salud está dentro del plan de renovación de la red de atención en salud de Bogotá, ya que es la única EPS del régimen subsidiado en Bogotá a la que están afiliadas más de un millón de personas<sup>37</sup>.

La Veeduría Distrital en 2017, manifiesta mediante auto de investigación a la EPS Capital Salud que, de las 19.759 quejas presentadas en 2016, 4.256 corresponden a la no entrega de medicamentos, 3.966 a dificultad en accesibilidad administrativa, y 2.866 a falta en la oportunidad de citas. Señala el documento que a octubre de 2016 existe un acumulado de 2996

<sup>37</sup> Distrito espera sanear Capital Salud a finales de 2017 <http://www.rcnradio.com/locales/distrito-espera-sanear-capital-salud-finales-2017/>

tutelas contra Capital Salud, de los cuales 93,26% fueron fallados en contra de la entidad considerando el juez de tutela que se vulneró el derecho a la salud de los pacientes que accedieron a estas. Así mismo a octubre de 2016 se presentaron 4.709 incidentes de desacato contra la entidad, dado el incumplimiento en los fallos de tutela presentados<sup>38</sup>.

## Situación de los trabajadores de la salud en Bogotá

En cuanto al panorama del personal de salud de las entidades del Sistema de Salud del Distrito Capital, la situación no es mejor. El personal de salud denuncia despidos masivos a propósito del cierre del programa de territorios saludables, de 9.600 funcionarios vinculados al programa se dejan únicamente mil funcionarios para realizar teóricamente la misma labor. En la capital de la república sector salud, se encuentran aproximadamente 21 mil funcionarios que ejercen labores misionales y que deberían estar contratados con vínculo laboral. Sin embargo, casi el 70 por ciento de ellos son "contratistas" a pesar de la legislación vigente que ordena su vínculo laboral. No obstante, lo anterior se emite por parte de la Red Suroccidente la resolución 358 de julio de 2016 por medio de la cual se adoptó una tabla de honorarios de los funcionarios contratados mediante órdenes de prestación de servicios. Esta tabla adoptada por esta subred, disminuye los honorarios para un gran

38 [http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/publicaciones\\_2016/51-Informe%20de%20investigaci%C3%B3n%20sumaria%20No\\_%20201650008709900022E%20de%202016%20VERSI%C3%93N%20FINAL.pdf](http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/publicaciones_2016/51-Informe%20de%20investigaci%C3%B3n%20sumaria%20No_%20201650008709900022E%20de%202016%20VERSI%C3%93N%20FINAL.pdf)

número de trabajadores de la salud de la ciudad de Bogotá. Fue tal la improvisación de la Secretaría Distrital de Salud, que ante las quejas y denuncias de los médicos y demás trabajadores de salud, la misma fue anulada y en su lugar se contrata por casi 350 millones de pesos mediante convenio con la Universidad Nacional, un estudio para determinar estos honorarios, estudio hoy cuestionado por las organizaciones de trabajadores y de médicos del sector público de la salud, dado que se estaría, a su juicio, "legalizando" la contratación sin vínculo laboral para trabajadores misionales. Denuncian además que estos contratos incluyen descuentos anticipados por glosas y cláusulas de "privacidad" sobre la opinión de los trabajadores vulnerando el derecho a la libre expresión de las personas y de ellos como ciudadanos<sup>39</sup>.

## Conclusiones

A un año de implementarse la reorganización del Sector Salud de Bogotá, el panorama nos muestra retroceso en los resultados en salud, debilitamiento en salud comunitaria, intervenciones colectivas y atención primaria, cierre de CAMIS y su cambio por CAPS reduciendo la accesibilidad a servicios de urgencias que se prestaban 24 horas por servicios de consulta externa programada de 12 horas, disminución y concentración de servicios como pediatría y ginecología y obstetricia disminuyendo su complejidad y generando nuevas barreras de acceso y disminución de las atenciones a pacientes por consulta externa y

39 Situación laboral actual de los trabajadores de salud del Distrito: <http://monitordelasalud.org/situacion-laboral-trabajadores-de-salud-del-distrito/>

cirugía programada en proporciones muy importantes, debilitándose la prestación del servicio en la red pública hospitalaria. Capital Salud EPS no solo no repunta, sino que hoy genera obstáculos al acceso que ponen en peligro la vida de sus afiliados. Mientras se debilitan las instituciones públicas del sector, la sobreocupación de los servicios de urgencias y las condiciones indignas para su atención persisten y carecen los médicos de insumos y medicamentos para la atención de sus pacientes, se abren millonarias licitaciones a entregar al sector privado. Para los trabajadores en cambio políticas de despidos masivos, contrataciones ilegales y disminución de ingresos entre otros son el pan de cada día. Juzguen ustedes los resultados en salud en Bogotá en este primer año de la actual administración.

## Recomendaciones

- Fortalecer la atención primaria en salud, conservando las lecciones aprendidas en la ciudad de Bogotá en las pasadas administraciones, con un trabajo integral en los determinantes sociales de la salud.<sup>40</sup>
- Mantener y fortalecer la red pública hospitalaria ya que es esta la que atiende a la población más vulnerable de la ciudad de Bogotá.

<sup>40</sup> En un estudio realizado por Macinko et al, que evalúa para cada uno de los 18 países de la OECD entre 1970 y 1998, se comprobó que el fortalecimiento de la atención primaria en salud estaba asociado negativamente con todas las causas de mortalidad, todas las causas de mortalidad prematura, y causas específicas de mortalidad prematura (asma, bronquiolitis, enfisema, neumonía, enfermedad cardiovascular).

- Fortalecer la atención integral, oportuna y continua en cada uno de los centros de atención de acuerdo a su nivel de complejidad. Esto de la mano con la estrategia de APS.
- Fortalecimiento de los sistemas de información y la posibilidad de verificación de la misma como herramienta de veeduría ciudadana.
- Evaluación continua de las políticas aplicadas en el Distrito, así como su impacto en los resultados en salud.
- Evaluar la gestión de los actores del sistema en relación a la rentabilidad social y las necesidades en salud de la población.
- Fortalecer el recurso humano de la red pública hospitalaria en términos de estabilidad laboral, remuneración y bienestar como estrategia para mejorar los estándares de calidad de la atención en salud.

