

PRONUNCIAMIENTOS

De la Academia Nacional de Medicina



MODELO DE PREVENCIÓN Y PREDICCIÓN

**El día 3 de diciembre día del médico,
se le envió la siguiente comunicación
a la ministra de Salud**

La Academia Nacional de Medicina es, según la Ley 2 de 1979, órgano consultor del gobierno en salud pública y educación médica. La Academia ha revisado y analizado **“El Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una Colombia Potencia Mundial de la Vida. Documento preliminar con énfasis en el Programa de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales - EMIT”** de la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social, publicado en Octubre 2022, por lo cual presenta las siguientes consideraciones con respecto al documento presentado en Aracataca el día 3 de noviembre que, aunque se señala que es un borrador, en la página 5 del citado documento anota que *El presente documento es un insumo para la construcción participativa del modelo, contando con la voz y los aportes de amplios sectores de la sociedad incluyendo la academia, las agrem(aciones) y el personal de la salud, las organizaciones sociales y comunitarias, los pacientes, la cooperación internacional, la institucionalidad pública y privada, entre otros.*

La Academia Nacional de Medicina comprende que este es uno de los elementos de la reforma al sector que el gobierno propone y que habrá un proyecto de ley que abarcará la reforma además de lo que se incluya en el Plan Nacional de Desarrollo y, por tanto, el Modelo Preventivo y Predictivo es una parte de la propuesta del gobierno.

El documento aborda diferentes aspectos del sistema de salud como talento humano, política farmacéutica, superintendencia de salud, sistema de información y ciencia y tecnología. Todos temas relevantes y, sin duda, relacionados con la estrategia de atención primaria en salud (APS). No obstante, la Acade-

Bogotá,
diciembre 3 de 2022

DOI:10.56050/01205498.2217

mia recomienda que, si se van a abordar en el proyecto de ley de reforma, el Modelo Preventivo y Predictivo puede orientarse, como se indica, a presentar en más detalle la estrategia de APS. Se recomienda como un elemento no solo de forma, que la propuesta sea de un modelo predictivo y preventivo en la medida que para prevenir es importante conocer la población beneficiada, los factores predictivos y, con estos, establecer medidas preventivas en aquellas poblaciones y personas a riesgo.

Teniendo en cuenta las características geográficas, demográficas, socioeconómicas y de morbi-mortalidad de la población colombiana, el país requiere un modelo diferencial, en el que haya predominio de subsidio a la oferta en el primer nivel de atención, particularmente para las áreas apartadas, vulnerables y de mayor riesgo, mientras que en áreas urbanas, más concentradas y con más fácil acceso se organicen las redes integrales e integradas de salud (RIIS), con un articulador o coordinador que garantice el acceso al sistema de salud en todos sus niveles. Se recomienda definir con toda claridad, para la discusión al interior del sector salud, como se realizará la articulación entre los EMIT en zonas urbanas y las RIIS. En opinión de la Academia de Medicina la Ley 1438 de 2012 aborda claramente este tema que no se ha implementado adecuadamente.

Uno de los pilares de la estrategia de atención primaria lanzada en Alma Atta en 1978 y confirmada en la Carta de Ottawa y en la Declaración de Astana, es el enfoque multisectorial de las intervenciones (en los determinantes sociales de salud/enfermedad) en salud pública. Esto implica una adecuada coordinación entre los diferentes sectores, no solo a nivel nacional (salud en todas las políticas) sino regional y, particularmente, municipal. El documento (3.3.3) afirma que se hará referencia a las entidades públicas que puedan atender demandas sociales, económicas y culturales de los hogares. Esta es una intervención individual (a nivel de hogar) pero no es claro cómo se realizará intervención en salud pública con enfoque multisectorial a nivel poblacional.

La Academia considera que la capacidad resolutive de los equipos del primer nivel de atención debe estar garantizada a través de una política de formación de RRHH con el apoyo de instituciones educativas. Estos equipos deben estar en capacidad de resolver entre el 80-85% de las condiciones de prevención y atención de la enfermedad teniendo suficiente disponibilidad de tecnología, comunicación y acceso a insumos y equipos que se requieran, como también una adecuada compensación dadas las circunstancias en que deberán operar en lugares apartados y vulnerables. En este marco, es fundamental tener en cuenta la Ley Estatutaria en Salud de 2015, en particular el artículo 17 sobre autonomía médica y autorregulación. Una condición adicional, que la Academia comparte plenamente, es el fortalecimiento a la red pública en todo el territorio nacional.

La situación financiera del sistema de salud en Colombia requiere especial atención. El sistema ha adolecido de corrupción contra la que es inaplazable

blindarlo mediante una inspección, vigilancia y control (IVC) con las más rigurosas condiciones y fortalecimiento técnico. Los EMIT y las actividades propuestas requerirán recursos financieros adicionales a los ya existentes en el sistema de salud colombiano. Los recursos actuales deben continuar para atender la enfermedad. La transición a un enfoque preventivo y predictivo requerirá recursos adicionales que es necesario definir claramente al igual que el flujo de los recursos con la mayor eficiencia administrativa sin afectar el acceso a los servicios de salud.

La ANM recomienda que se presente al país cómo será el proceso de transición incluyendo recursos necesarios, duración, participación de organizaciones públicas y privadas del sector. La Academia está a disposición del gobierno nacional para apoyar, si lo requiere, en el proceso de ajuste al sistema de salud, en particular en la implementación completa de la Ley Estatutaria de Salud 1751, de acuerdo con los 14 Acuerdos Fundamentales que ha promulgado con otras organizaciones del sector.

Respetada señora Ministra, la Academia Nacional de Medicina reitera el interés en ayudar a construir país desde la óptica del mejor sistema de salud que aplique para nuestras características. La Academia será un interlocutor permanente, si el gobierno así lo considera, para un análisis permanente y de mejoramiento continuo.

De Usted, atentamente,

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ

Presidente

GABRIEL CARRASQUILLA GUTIÉRREZ

Vicepresidente



ACUERDOS FUNDAMENTALES PARA EL PLENO DESARROLLO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD

COMUNICADO A LA OPINION PÚBLICA

Propuestas para mejorar la reforma a la salud presentadas a la señora ministra de salud el 3 de febrero de 2023

En un foro realizado en la Academia Nacional de Medicina, la doctora Carolina Corcho, ministra de Salud, presentó las bases fundamentales de la Reforma a la Salud a las 14 organizaciones médicas que suscribieron los “Acuerdos Fundamentales para el desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud”. Se extraña la entrega del articulado del Proyecto de ley que ha sido solicitado y que según información de comunicado de la presidencia de la República del pasado 29 de enero, se señaló en el consejo de ministros realizado en esa fecha, debía ser entregado a las organizaciones médicas y a la comunidad.

1. Las Organizaciones médicas firmantes destacamos en el proyecto de reforma el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el fortalecimiento de la atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema, con prioridad en zonas dispersas y rurales, el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, la formalización y mejoras laborales para los trabajadores del sector y el giro directo a los prestadores, entre otros.
2. Nuestras organizaciones plantearon a la señora ministra las preocupaciones y riesgos, así como sugerencias con respecto a los principales componentes del proyecto de reforma presentado por el gobierno, sin conocer el articulado que se llevará al Congreso:

◆ **SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Se deben definir claramente las funciones y responsabilidades del Consejo Nacional de Salud y de sus respectivos consejos territoriales. Consideramos que, como está propuesto, tiene alto riesgo de cooptación por fuerzas políticas de poder regional con el respectivo riesgo de corrupción de manejo clientelista.

Buena parte de las entidades territoriales no cuentan con capacidad de auditoría y revisión de cuentas ni de revisión de la facturación por evento ex ante al pago lo que constituye un riesgo inminente de sobrefacturación por parte de algunas IPS que puede llevar a un agotamiento de recursos comprometiendo la viabilidad financiera de todas las IPS y la garantía del derecho a la atención para todos los residentes en Colombia.

Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Colegio Médico Colombiano, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Federación Colombiana de Sindicatos Médicos, Asociación Nacional de Profesiones de la Salud, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá, Colegio Médico de Bogotá, Colegio Médico de Antioquia, Asmedas Cundinamarca, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR, Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina ACOME.

Proceso de transición: nos preocupa como se hará el proceso de transición sin que se afecte la atención a la población, el flujo de recursos al interior del sistema y las necesidades técnicas y tecnológicas que no consideramos posible que se realice en dos años.

- ◆ **INTERMEDIACION FINANCIERA:** La Capacidad de ADRES para recaudo y pago directo debe ser fortalecida. No obstante, su descentralización/desconcentración que implica el nombramiento de gerentes, la conformación de juntas directivas y la función de ordenadores del gasto deben ser hechas con la garantía de impedir la politiquería y la corrupción regionales. La auditoría no debe ser función de ADRES. Esta debe ser hecha por un administrador/regulador. Se deben definir las formas de pago a los prestadores de servicios de salud, cuando pago directo, cuando pago global prospectivo, etc. Otras formas de contratación deben ser analizadas y concertadas con los prestadores incluyendo evaluación de resultados en salud.
- ◆ **TALENTO HUMANO EN SALUD:** El país debe conocer el plan para atender las metas propuestas en términos de los 20.000 equipos médicos interdisciplinarios territoriales (EMIT). Se debe definir una política y los recursos para la formación profesional y educación continua. Una reforma al sistema de salud que no contemple una transformación de la educación en salud es incomprensible.

La necesidad de contar con los recursos necesarios para la formalización laboral, tanto en el sector público como en el privado, así como el marco normativo que lo permita debe ser esclarecido, de manera que este gran objetivo no se quede en un postulado imposible de cumplir.

- ◆ **REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD:** El manejo y gobernanza de las RIIS debe ser clarificado y en el caso de prescindir de las EPS, la necesidad de contar con una o varias entidades que tengan las capacidades para realizar las funciones de administración, gestión del riesgo (financiero, operativo y de salud). Definir claramente la articulación entre RIIS y entidades territoriales. Funciones de estas en la coordinación de las RIIS. ¿Cómo será el flujo de recursos financieros en las redes?

Las 14 organizaciones que hacemos parte del grupo “*Acuerdos Fundamentales para la implementación de la Ley Estatutaria en salud*” reiteramos a la señora Ministra la necesidad de conocer el articulado de proyecto de la reforma a la salud, así como la necesaria creación de una mesa técnica en la cual estamos dispuestos a aportar y debatir para lograr una reforma que garantice el derecho fundamental a la salud.



CONSIDERACIONES RESPECTO AL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023, RADICADO EN LA CÁMARA DE REPRESENTANTES

Considera la Academia que el marco de la reforma debe ser la Ley Estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se garantiza el Derecho Fundamental a la Salud; comparte el enfoque de atención primaria que se propone, anotando que el articulado se centra más en el primer nivel de atención que en la estrategia de atención primaria según Alma Ata, Carta de Ottawa y Declaración de Astana.

La Academia se identifica con la urgencia de garantizar el acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable, por lo que se debe fortalecer la red pública que, en la mayoría de los municipios del país, es la única que presta servicios de atención en salud. También está de acuerdo con el mejoramiento de las condiciones laborales para los trabajadores sanitarios.

La Academia destaca los logros alcanzados por el actual modelo de salud, en particular la protección financiera de los hogares gracias al principio de solidaridad que, entre otros indicadores, resulta en el bajo gasto de bolsillo de los hogares colombianos comparado con otros países de Latinoamérica y del mundo.

Después de una rigurosa revisión del citado proyecto de ley, la Academia invita al Honorable Congreso de la República a convocar un diálogo amplio y participativo y un análisis cuidadoso del modelo propuesto, para que se garantice el derecho fundamental a la salud bajo los principios establecidos en el artículo sexto de la Ley Estatutaria de Salud, entre otros la progresividad del derecho, la sostenibilidad y la libre elección.

Algunos aspectos incluidos en el proyecto que ameritan mayor claridad son:

1. Siendo uno de los temas centrales la conformación y operación de redes integrales e integradas de salud (RIIS), la Academia considera que el PL debe precisar con mayor claridad la articulación de la atención primaria de salud (APS) entre el primer nivel de atención y la red de prestación de servicios de salud (Declaración de Astana); las RIIS deben estar claramente enfocadas en evitar la fragmentación de la atención y a promover la capacidad resolutoria para las necesidades de salud de la población; lo anterior, no se evidencia en el documento revisado.
2. En un sistema de aseguramiento (comercial o social), el eje debe ser la gestión del riesgo (operativo, financiero y de salud). La Academia afirma que, si bien es cierto el riesgo financiero puede ser asumido por el Estado, los riesgos operativo y de salud en las áreas urbanas pueden continuar con un gestor o regulador que conforme una RIIS, y en las áreas más vulnerables, se implementen RIIS con amplio subsidio a la

oferta con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de estas poblaciones.

3. No está claro cómo será, ni cuánto tiempo tomará el proceso de transición entre el actual modelo de salud y el que se propone. El artículo 149 del PL 339 se enfoca en el régimen de transición y evolución hacia el sistema de salud. Este artículo parece estar dirigido solo a que las actuales EPS hagan entrega de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva (CAPIRS). No obstante, en el punto 3 de este artículo, en el segundo párrafo, se anota que se hará un proceso de territorialización de las EPS, ¿Indica esto que las EPS continuarán en las áreas concentradas donde puedan organizar RIIS? ¿Por cuánto tiempo? En todo caso, la Academia advierte un riesgo de doble trámite de traslados para millones de usuarios, lo que generaría un evidente trauma y riesgo en la prestación del servicio.

Se recomienda que, antes de su implementación, se hagan experiencias piloto para demostrar la utilidad, eficiencia y eficacia del plan propuesto, con el fin de evitar generalizar un proceso que al no tener la suficiente solidez, pueda fallar, afectando el derecho fundamental a la salud.

4. Se van a modificar estructuralmente elementos claves del modelo y no está claro cómo se hará una adecuada planeación, organización, administración y ejecución de recursos (humanos, tecnológicos y financieros), no solo en el primer nivel sino en las RIIS que incluyen todos los niveles de atención en salud. Tampoco están claras las necesidades de los recursos financieros para la implementación del modelo propuesto.
5. El flujo de recursos (recaudo y pago), la gestión de riesgo, la afiliación/adscripción a entidades territoriales (centros de atención primaria) y la contratación del talento humano deben estar claramente definidos en el proceso de transición y puesta en marcha del modelo que se propone. Además, se deben establecer los mecanismos de vigilancia, auditoría y control del gasto mediante procedimientos apropiados que no son evidentes en el proyecto. Además, es necesario definir las herramientas e indicadores que se utilizarán para medir el impacto de la transformación del sistema de salud.
6. Uno de los principales flagelos de nuestro sistema de salud ha sido la corrupción y la cooptación de las instituciones del sector salud por agentes ajenos y sin conocimiento del sector, que han afectado seriamente el prestigio y la sostenibilidad de las instituciones. En el mencionado Proyecto de Ley no se observan las estrategias rigurosas y transparentes establecidas para prevenir esta amenaza. Adicionalmente, pareciera que, en lugar de simplificar el sistema de salud, se hará más compleja su logística y operación.

La Academia Nacional de Medicina continuará el análisis del PL 339 y ofrece su participación y experiencia en las discusiones que se lleven a cabo en el Honorable Congreso de la República.

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ

Presidente

GABRIEL CARRASQUILLA GUTIÉRREZ

Vicepresidente