

# La Academia de Medicina explica por qué decidió presentar otra reforma a la salud

Ingresar subtítulo

La Academia Nacional de Medicina lideró el proyecto de reforma a la salud que fue radicado en el Congreso. Su presidente, Gabriel Carrasquilla, dice que tomaron la decisión luego de que el Gobierno no los escuchara. Esta vez, sin embargo, cree que la historia será diferente.



Imagen | Título "Gabriel Carrasquilla"

**Pie de foto:** Gabriel Carrasquilla, presidente de la Academia Nacional de Medicina

La llamada "bancada independiente" del Congreso de la República integrada, entre otros representantes y senadores, por Katherine Miranda, Cathy Juvinao, Julia Miranda, Jennifer Pedraza, Humberto de la Calle y Daniel Carvalho, radicarón este jueves 1 de agosto una nueva propuesta de reforma a la salud.

El texto nació en realidad en el grupo de Acuerdos Fundamentales, una amalgama de 21 organizaciones médicas y científicas lideradas por la Academia Nacional de Medicina de Colombia.

El médico Gabriel Carrasquilla Gutiérrez es su presidente. Es un conocedor del sistema de salud y cree que sí puede haber una salida para lo que él llama una "crisis muy compleja". En entrevista con El Espectador, resume los puntos más importantes del proyecto y hace un llamado al Gobierno y a los otros actores: "Tiene que ser concertado entre todos. No podemos perder más tiempo".

### **¿Qué los motivó a construir y presentar una propuesta de reforma a la salud propia?**

Hemos trabajado en esto durante los últimos 12 años. Desde 2012, la Academia de Medicina, junto con otras organizaciones, coordinó y lideró lo que en su momento se llamó la Gran Junta Médica, que empezó a proponer la ley estatutaria de salud. Esa ley fue presentada al Congreso por el presidente Santos y el presidente de la Academia de Medicina de aquellos años. Desde entonces, **la Academia ha venido pensando que este sistema de salud necesita una reforma, un ajuste importante para cumplir con un principio** constitucional, que es el derecho fundamental a la salud.

¿Qué pasó? Que no se desarrolló la ley estatutaria de salud. Pasó el Gobierno Santos, llegó el Gobierno Duque. La Academia, con el Ministerio, estableció una comisión de donde salieron ochenta y nueve recomendaciones para desarrollar la ley estatutaria. Tampoco pasó nada. En el 2021, la Academia volvió a insistir junto a otras organizaciones que lo que había que hacer era desarrollar la ley estatutaria a la salud, y presentamos 14 acuerdos fundamentales para garantizar el derecho fundamental a la salud. A comienzos de ese año, invitamos a los cinco candidatos a la presidencia.

El hoy viceministro Jaime Urrego asistió y afirmó que él y la campaña que representaban, la de Gustavo Petro, se comprometían con la ley estatutaria de salud y con los 14 acuerdos fundamentales. Después de la primera vuelta volvimos a invitar a las dos campañas, tanto a la de Petro como a la de Rodolfo Hernández. Estuvo otra vez Jaime Urrego y se volvió a comprometer con lo mismo. Tras la elección presidencial, lo primero que hicimos fue pedir una cita con la ministra Carolina Corcho, que había participado en el desarrollo de la propuesta de la Ley Estatutaria de Salud, porque en ese momento ella era la presidenta de la Asociación Nacional de Internos Recientes. Y le dijimos, "mire, hagamos una mesa técnica, nosotros venimos a apoyar y estamos de acuerdo en que lo que hay que hacer es desarrollar la ley estatutaria de salud; entonces, trabajemos en conjunto". **Nunca nos llamaron, nunca nos hizo caso.**

Nosotros seguimos trabajando cuando empezó el debate en la Cámara de Representantes respecto a la reforma a la salud; fuimos a cuanto sitio nos citaron en el Congreso. Después de que ese texto se hundió en el Senado, nosotros encontramos que no había espacios de discusión y de diálogo. Y, entonces, comenzamos a pensar que era tiempo de desarrollar una propuesta de proyecto de ley. Nosotros no nos alineamos con ningún partido político. A los 32 partidos le enviamos el proyecto

de ley. Lo enviamos al Congreso, a los presidentes del Senado y Cámara y, por supuesto, al Gobierno, al ministro de Salud y al ministro del Interior.

Le he insistido mucho al Gobierno que esto debe ser un diálogo de todos. Tiene que ser una concertación abierta con todo el sector, no solamente con las 21 organizaciones de los Acuerdos Fundamentales. Faltan los pacientes, los hospitales, y otros actores que también tienen que participar, incluyendo a las EPS, a las farmacéuticas. Hemos ofrecido a la Academia Nacional de Medicina para ese diálogo, una organización que es técnica, objetiva, imparcial, sin intereses económicos, sin intereses gremiales, que solo piensa en cuál es el mejor sistema de salud para los colombianos.

**Jaime Urrego estuvo en la presentación del proyecto, hace unas semanas, señalando que el Gobierno y el ministro de Salud querían dialogar. Ha dicho eso en el pasado, ¿cree que es genuina y real esa intención?**

Tengo la impresión de que sí es verdadera. El ministro Guillermo Alfonso Jaramillo y los dos viceministros me han dicho que están dispuestos a abrir la discusión, a concertar. Tengo el sentimiento de que así va a ser.

**Muchas personas tienen la sensación de que estamos en el mismo escenario de hace dos años, con varios proyectos de reforma en el Congreso. ¿Lo ve de la misma manera?**

He dicho que hemos perdido dos años de discusión, porque muchas de las cosas que necesita el sistema se hubieran podido hacer sin proyecto de ley y sin armar semejantes discusiones y dilación.

Por ejemplo, la prohibición de la integración vertical se pudo hacer hace rato. El fortalecimiento de la red pública no necesita ley; es una obligación del Estado. La estrategia de atención primaria está clarísima en la Ley 1438 del 2011. La dignificación y laboralización del personal de salud también ya está en una ley. Se pudo haber hecho mucha cosa con la mejor intención y con una muy buena calidad y capacidad técnica, pero no se hizo y se dejó avanzar una discusión que fue más de intereses partidistas, de lucha gobierno-oposición, que demoró todo este proceso. Creo que ya es hora de que todos nos pongamos de acuerdo. Estamos en una crisis muy compleja.

**¿Cree que estos dos años de discusión tuvieron un efecto en la capacidad y operación del sistema de salud?**

Sí, esto ha generado un efecto en la atención. En primer lugar, la falta de recursos hace que los que reciben, que son las EPS, no les paguen a tiempo a las IPS. Las IPS no les pagan a tiempo a sus empleados y, además, tampoco tienen la disponibilidad de medicamentos y de insumos. Ese es un efecto dominó. También tiene un efecto en quienes prestan el servicio, se empieza a generar desconfianza dentro del sector, que no favorece la operación en el sistema. Hay una cosa que hay que entender y documentar bien, que es uno de los grandes beneficios de lo que tenemos ahora, que es la protección financiera. Se ha dicho mucho que el gasto de bolsillo en Colombia es el más bajo de América Latina, exceptuando a Cuba, por obvias razones. Pero parece que ese gasto de

bolsillo ya está aumentando. Es necesario verificar, porque si algo tenía de bueno esta forma de recaudar los recursos para la salud a través de la nómina, era esa protección financiera.

### **¿Cree que entre los actores del sistema se ha roto la confianza? La Federación Médica Colombiana, una organización que es muy cercana a la exministra Carolina Corcho, por ejemplo, criticó el articulado que construyeron...**

Es verdad que se han generado muchas situaciones de enfrentamiento entre diferentes actores de la salud. La situación entre prestadores y aseguradores, por ejemplo, es una difícil. Entre el Gobierno y los aseguradores también se han generado cuestiones.

Ya hay otras situaciones que son personales, que pueden suceder y que no vale la pena ni siquiera pararle bolas porque no son cosas de fondo. Ese grupo (el sector que es cercano a la exministra Corcho) sugiere que estamos defendiendo a las EPS. No las estamos defendiendo, estamos diciendo que las Gestoras, en lo que deben convertirse, deben hacerse cargo del riesgo en salud y el riesgo operativo, pero que no debe haber intermediación financiera y que el riesgo financiero lo debe asumir el Gobierno a través de la Adres. Entonces, creo que son cosas más personales que otra cosa; no son discusiones técnicas.

### **¿Qué ha cambiado estos años para que esa sostenibilidad del sistema esté en riesgo?**

Ahí hay varias cosas importantes. En primer lugar, ciertamente la UPC que se debe dedicar solamente al plan de atención básica, al plan de beneficios, se ha vuelto insuficiente porque la salud en el mundo hoy es más costosa. ¿Por qué? Primero, porque hay un cambio demográfico. Colombia se está envejeciendo más rápido que otros países. Hoy hay muchos menos nacimientos en de lo que había hace 5 años. Eso quiere decir que hay que atender más personas mayores que tienen mucho más enfermedades crónicas y de alto costo como, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc. Ese es un factor importante.

El segundo factor es el epidemiológico. No tenemos una transición epidemiológica, en donde primero son las enfermedades infecciosas las que afectan a las personas, después las enfermedades crónicas, posteriormente el cáncer, etc. Tenemos una acumulación epidemiológica: pasa de todo. Se siguen matando no sé cuántos motociclistas al día, pero también está aumentando la incidencia de cáncer, y tenemos enfermedades cardiovasculares y una alta proporción de pacientes diabéticos. Todavía hay mucha infección respiratoria en niños. Es decir, tenemos de todo. Tercero, la tecnología evoluciona, y obviamente esto hace más costosa la prestación del servicio. En eso se necesita algo que está muy claro en la ley estatutaria de salud, en el artículo 17, que es la autonomía médica, pero con autorregulación. No a todos los pacientes con dolor de cabeza hay que hacerles una resonancia magnética. A veces se usa y se abusa de la tecnología, eso encarece los costos. Finalmente, desafortunadamente en el sector también ha habido corrupción.

Además, hay unos servicios complementarios que se están haciendo con muchos recursos. Hay que pensar bien y plantearse si eso requiere recursos adicionales. Me refiero a los servicios complementarios como entregarle una silla de ruedas a un paciente. Claro, el paciente siempre lo va

a necesitar, pero ¿se debe cubrir eso con la UPC? ¿O se necesitan unos recursos adicionales para eso? Hay muchos de esos servicios complementarios que hay que revisar si se deben pagar o no se deben pagar a través de una UPC. Seguramente, y por todos estos factores, en el corto tiempo se va a tener que seguir incrementando la proporción del PIB para salud.

### **Exministros como Alejandro Gaviria han planteado que se debe considerar más seriamente qué tiene que cubrir un sistema de salud. El colombiano lo cubre hoy casi todo...**

Esas son las discusiones de fondo que no se han dado. Seguimos pensando en si la plata tiene que pasar por allá o por acá. Eso es muy importante, sí, pero no son las discusiones de fondo ético sobre lo que debe ser y hacer un sistema de salud. El Banco Mundial hace años dijo que los recursos para el primer nivel de atención tienen que ser del 23% y los recursos para la atención de alta complejidad tienen que ser mucho menores en los hospitales. Aquí la gran mayoría se destina, buena parte, a la atención de alta complejidad. Ese cambio de recursos para el primer nivel de atención toma un tiempo y necesita recursos adicionales, porque se tienen que seguir atendiendo lo de alta complejidad, pero se tiene que destinar recursos para la promoción y prevención.

### **Hablemos de la autonomía médica. Este proyecto elimina las autorizaciones que hoy hacen las EPS y deja eso en manos de la autorregulación médica. Esto genera preocupación porque las autorizaciones son un control de gasto. ¿Qué responde?**

Nosotros en la Academia y en el grupo de Acuerdos Fundamentales defendemos la autonomía por encima de cualquier cosa, porque lo que ha sucedido en este sistema es que a los médicos, y en particular a los generales, les dicen "usted no puede prescribir sino tres medicamentos, y si se necesita más, se tiene que ir a donde el especialista". O "usted no puede ordenar sino cuatro exámenes de laboratorio". Eso limita la autonomía médica. Uno tiene que tener autonomía de decidir qué necesita un paciente.

Debe haber, eso sí, autorregulación, con los principios que formula la autorregulación: ética, racionalidad y evidencia científica. Eso tiene que ser así, y por eso planteamos los comités de autorregulación, que pretenden una regulación por otros médicos. La autonomía y la autorregulación está en el artículo 17 de la ley estatutaria de salud y yo estoy convencido de que se debe cumplir.

### **El proyecto también plantea la transformación de las EPS en Gestoras. ¿Qué buscan con eso?**

Ese es uno de los avances más importantes de este proyecto. Nosotros, en la Academia, desde antes de la ley estatutaria, siempre hemos cuestionado la intermediación financiera de las EPS. Además, se los he dicho a las EPS. Como Entidad Promotora de Salud su función básica es promover la salud. Pero no lo hicieron; se dedicaron a atender la enfermedad. Y algunas buenas, como Sura, Compensar y Sanitas, empezaron a hacer eso de promoción y prevención secundaria ya tarde, puede que hace 10 años, pero no desde su origen.

Nuestra propuesta dice que se van a transformar en Gestoras y deben gestionar el riesgo en salud y el riesgo operativo. Es decir, que empiecen a hacer promoción y prevención temprana, prevención primaria y prevención secundaria. Si tienen pacientes jóvenes, háganle una glicemia, una hemoglobina glicosilada.

También deben hacer la gestión de riesgo operativo, que se encarguen de enviar al paciente, de cómo se desenvuelve la persona en una red de salud integrada, integral. Es decir, que si usted vive en el norte de Bogotá, no tenga que ir al primer nivel a Soacha. O que si usted vive en Soacha, y necesita que le hagan un examen, no lo manden para la 168. Eso es lo que no puede pasar. Esa gestión la saben hacer las actuales EPS. Y el riesgo financiero, que es asumir el recaudo y el pago, que lo haga la Adres., que va a necesitar un tiempo para poder hacerlo en la dimensión que se quiere. Ahorita lo están haciendo, pero a la Adres le falta mucho para poder cumplir con todo lo que se quiere y que nosotros también hemos propuesto.

Otra de las innovaciones en la propuesta nuestra, es que tiene claramente definida la transición, que es diferente para la Adres, para el sistema de información, para la conformación de las redes o para empezar el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, que va a ser un órgano rector del sistema.

Finalmente, otro de los aportes que hacemos, que nunca estuvo claro en los proyectos que se discutieron antes, es cómo se va a articular a nivel operativo la Gestora con la red integral integrada y con la entidad territorial como la Secretaría de Salud de Cundinamarca o la Secretaría de Salud de Bogotá. Eso lo tenemos mejor definido. Creo que hace falta un poquito, pero eso ya es de reglamentación de la ley, no de propuesta.

### **Pero en ese punto, ¿será la Gestora, hoy EPS, la que va a organizar la red de hospitales y clínicas, como sucede hoy?**

No, la red la conforma la entidad territorial con participación privada y pública. Cuando se trate de dos entidades territoriales, se articulan entre ellas. El Ministerio de Salud es el que certifica la calidad de las redes, pero la Gestora es la que articula ese movimiento de los pacientes dentro de la red. La Gestora también hace la auditoría a las cuentas que pasan a la Adres los hospitales y las clínicas, que son parte de las redes.

### **¿Y las Gestoras pueden tener integración vertical en el primer nivel?**

Pueden tener atención de primer nivel, pero no pueden ser propietarias de IPS de segundo y tercer nivel, que es donde está la integración. La Secretaría de Salud de Bogotá, por decir algo, es la que conforma la Red del Sur con determinados hospitales y centros de salud públicos y privados. Si Compensar tiene un puesto de salud en el sur, pues ese hace parte de la red, pero eso lo maneja la red, que depende de la entidad territorial. Y la Gestora coordina.

### **Y por esa coordinación recibe dinero...**

En la propuesta del Gobierno que se hundió dice que es un 5 % más un 3 % de incentivos de acuerdo con el desempeño, lo cual está bien. Eso les ha gustado a las EPS, porque van a ganar plata sin tener todas las dificultades que han pasado ahora.

**Y sin asumir el riesgo financiero que quedaría en la Adres, que entiendo tendría que conformar una reserva técnica...**

Estamos diciendo que el Gobierno, como Adres, tiene que conformar una reserva técnica para responder cuando sea necesario.

**En ese nuevo sistema, también es muy importante el proceso de laboralización que ustedes plantean para los profesionales, que necesitará muchos recursos. ¿Con qué tiempo lo proponen?**

Eso es definitivo. Primero, está en la ley estatutaria y por eso es uno de los 14 acuerdos fundamentales. Hemos dado un tiempo de cinco años para esa transición. En cinco años se tiene que haber laboralizado a todo el personal de salud, tanto público como privado. Porque estamos diciendo que el privado también tiene que hacerse de acuerdo con el Código Sustantivo de Trabajo.

El público, de acuerdo con la reglamentación existente para el sector público, de carrera administrativa cuando es el caso, etc. Y hay otra cosa bien importante es que para que pueda haber presencia de profesionales de la salud en lugares muy apartados, no puede seguir existiendo la limitante que existe hoy: que nadie en el municipio se puede ganar más que el alcalde. Si eso sigue siendo así, por ejemplo en municipios de sexta categoría, nunca vamos a tener allí los especialistas que se requieren.

**También plantean una gobernanza liderada por el Consejo Nacional de Salud. ¿Qué diferencias tiene eso con el Consejo que se planteaba en la reforma que presentó en el pasado el Gobierno?**

Primero, en la propuesta nuestra lo hemos reducido. En el proyecto 339 de Cámara había como 40 personas participantes, aquí estamos proponiendo 15 solamente. Y lo otro es que, en algunos aspectos, ese Consejo debe ser vinculante. Por ejemplo, en la definición de la UPC. Debe tener estudios técnicos bien hechos que le reporten al Consejo y que lo defina. Debe haber algunos aspectos que tienen que ser vinculantes.

**Esa decisión de aumento anual de la UPC, clave en el sistema, ¿ya no la haría el Gobierno, como sucede hoy, sino que se haría en ese Consejo?**

Con estudios técnicos bien hechos, que es lo que se requiere, porque eso necesita estudios del perfil epidemiológico, del perfil demográfico. No es lo mismo hoy atender al 8% de la población colombiana mayor de 65 años, que dentro de 20 años, que el 20% va a ser mayor de 65 años. Con

eso también hay que pensar no en lo que dure el gobierno, sino a largo plazo, qué va a ser de la salud de este país.

### ¿Cree que se debe cambiar la metodología para ajustar la UPC?

Necesitamos estudios técnicos bien hechos, como por ejemplo los del Banco de la República, que son estudios muy bien hechos y metodológicamente impecables para estimar los gastos y los costos en el sector.



**¿Quieres conocer las últimas noticias sobre salud?** Te invitamos a verlas en [El Espectador](#).



Palabras: 3243 | Caracteres: 19068 | Líneas: 124 | Pulgadas: 17.714

Tamaño de texto: