



Abecé del modelo que cambia la atención que reciben los pacientes

Política busca que el sistema gire en torno al paciente y que su atención sea integral y oportuna.

Si el Plan de Atención en Salud presentado este martes por el Gobierno se lleva a la práctica, cambiaría radicalmente la relación que los colombianos tienen hoy con el sistema de salud.

Para entenderlo hay que decir, en primer lugar, que hasta hoy este se ha caracterizado por atender la enfermedad a través de un modelo medicalizado y especializado, que ha resultado insuficiente, costoso, inequitativo y hostil con los usuarios.

La Política de Atención Integral en Salud (País) propone que el sistema se centre en el abordaje integral de las necesidades de los afiliados. “Eso quiere decir –explica Fernando Ruiz, viceministro de Salud– que se cambiará el concepto de salud, que hoy se entiende como atención de la enfermedad, para incluir componentes ineludibles del bienestar, como la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos”. (Lea: Nueva Política de Atención Integral en Salud, un reto para todos)

La idea es poner todo el sistema al servicio de la gente y gestionar mejor sus recursos. Vale señalar, por ejemplo, que de acuerdo con el Ministerio, en octubre del 2015 cerca del 40 por ciento de los presupuestos que debían destinarse a salud pública no se habían ejecutado.

Ruiz insiste en que la meta es llenar vacíos históricos, que afectaban a la gente: “Esta política contiene conceptos, estrategias y herramientas nuevos, con soportes normativos, que poco a poco permitirán corregir el rumbo. Estas son claves para entender el modelo.

¿Cuáles son los principales problemas de la atención en salud?

La gente es atendida no integralmente, sino de manera fragmentada; por ejemplo, la diagnostican en un lado, la examinan en otro, la tratan en un sitio diferente y la rehabilitan generalmente aparte; no hay relación entre los distintos actores que tienen que ver con el usuario; el foco está puesto en atender enfermedades y no personas; no hay redes integradas de servicios, que permitan al paciente fluir dentro del sistema sin trabas ni traumas; no se respetan las diferencias regionales, y como la atención está



concentrada en los hospitales de alta complejidad (contra una subutilización de los niveles básicos), pues hay congestiones, demoras y hasta inasistencia absoluta.

¿Este nuevo modelo qué soluciona?

Como el paciente, y no su enfermedad, pasa a ser el eje de todo, el sistema debe garantizarle atención integral (no fraccionada), oportuna, suficiente y pertinente. Para lograrlo, se buscará que sea atendido en un sitio cuya complejidad (niveles básico, medio y alto) responda a sus necesidades. En ese orden de ideas, hospitales y clínicas deben ponerse de acuerdo, organizarse y conformar redes integradas de servicios.

¿En qué consisten esas redes? ¿Cómo funcionarían?

Hoy, cada hospital funciona por su lado y la mayoría de las veces se queda con los pacientes, así su condición de salud no amerite estar en ese nivel de complejidad, entre otras razones por el estímulo que genera el pago que reciben por cada servicio que les presten. Al organizarse en redes, todos los prestadores tienen la obligación de ubicar a los enfermos en el nivel que necesita; también debe garantizar oportunidad y calidad. Estas tendrán carácter departamental o regional.

Entonces, ¿sí va a mejorar la atención para la gente?

En teoría, sí. Al consolidarse los niveles de atención básicos y medianos, los pacientes se distribuirán de manera más equitativa y pertinente.

¿Quiere decir que se acaba la atención especializada?

De ningún modo. Se busca que los especialistas atiendan los casos que en realidad son de su competencia; hoy muchos tienen copadas sus agendas con asuntos que pueden ser resueltos en niveles inferiores.

¿Qué pasará con las regiones dispersas donde ni siquiera hay hospitales?

Las EPS, que tienen afiliadas a sus poblaciones, deben garantizar la conformación de redes de servicios en esas zonas. Las regiones y departamentos tienen que estimular la construcción de centros de atención y generar estímulos para que los profesionales de la salud se desplacen a estos sitios; hoy están concentrados en ciudades. Si las redes son deficitarias, existe la posibilidad de que haya integración con las de otros departamentos.



¿Cuáles son las herramientas básicas sobre las que se estructura este nuevo modelo?

Son cuatro: la Atención Primaria en Salud, que considera todos los componentes de la atención (desde la prevención hasta los cuidados paliativos) y la organiza por niveles; la de cuidado, que busca que las personas también respondan por su salud, a través de hábitos saludables; la gestión integral del riesgo, que básicamente propone intervenir antes de que la gente se enferme, y el respeto por las diversidades regionales.

¿Cuándo empieza a aplicarse este modelo?

Se supone que ya debería empezar a andar; no obstante, se requiere que el sistema haga ajustes normativos, administrativos y económicos, para que pueda llevarse a la práctica.

REDACCIÓN SALUD

Diario El Tiempo, 17 de Febrero de 2016. Página 6.