

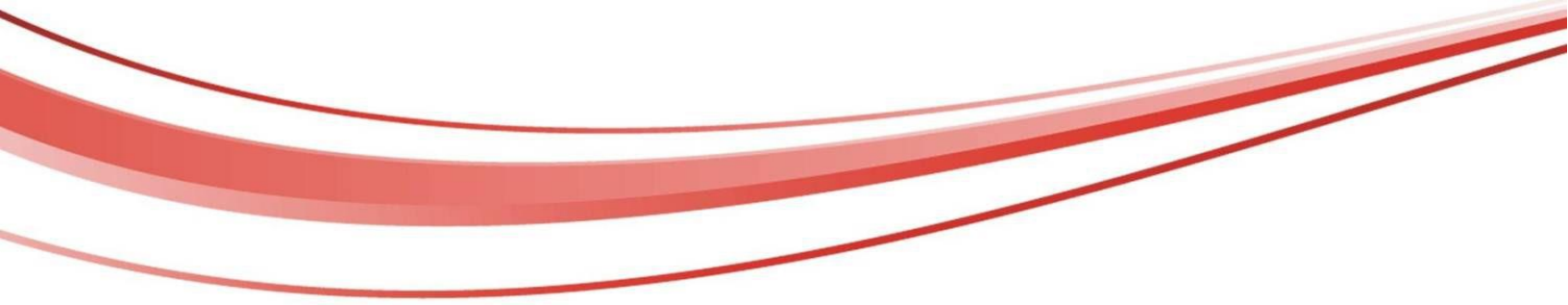
¿Cuáles serán los cambios para el país en salud?

Reporte #6 Marzo de 2016

A inicios del mes de febrero del presente año, el Ministerio de Salud presentó la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual pretende seguir los lineamientos establecidos por [Ley 1751 de 2015](#) (Ley Estatutaria de la Salud) y el [Plan Nacional de Desarrollo](#) 2014-2018. Dichos lineamientos hacen parte de una serie de modificaciones que se han venido realizando a la [Ley 100 de 1993](#): [Ley de 1122 de 2007](#), [Ley 1438 de 2011](#), y [Ley 1164 de 2007](#) (que reguló condiciones de talento humano en salud). Según MinSalud (2016), los principales objetivos de la Ley 100 de 1993 fueron: “Expandir la protección financiera de las familias ante gastos catastróficos en salud” y mejorar la cobertura de la población, por medio de la integración público privada y el aseguramiento (régimen subsidiado y contributivo). Sus estadísticas más recientes muestran que al 2014 el 96.6% de la población colombiana se encontraba cobijada por alguno de los dos regímenes. Sin embargo, una amplia cobertura no implica necesariamente mejor calidad, ni una atención pronta, integral y eficaz; es decir, no garantiza el cumplimiento al derecho fundamental.

Con la sanción de la Ley Estatutaria en Salud en febrero del 2015, se pretendió alejarse del modelo de prestación de la Ley 100 donde “el sujeto del derecho se encontraba en la cobertura de las prestaciones médicas, de manera aislada, sin contextualización en su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas propias de las obligaciones del Estado en lo que concierne a la Salud Pública” (MinSalud, 2016). La nueva Ley se estableció como un giro para beneficiar al ciudadano y redirigir las prioridades del sistema de salud garantizando el “derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (2016).

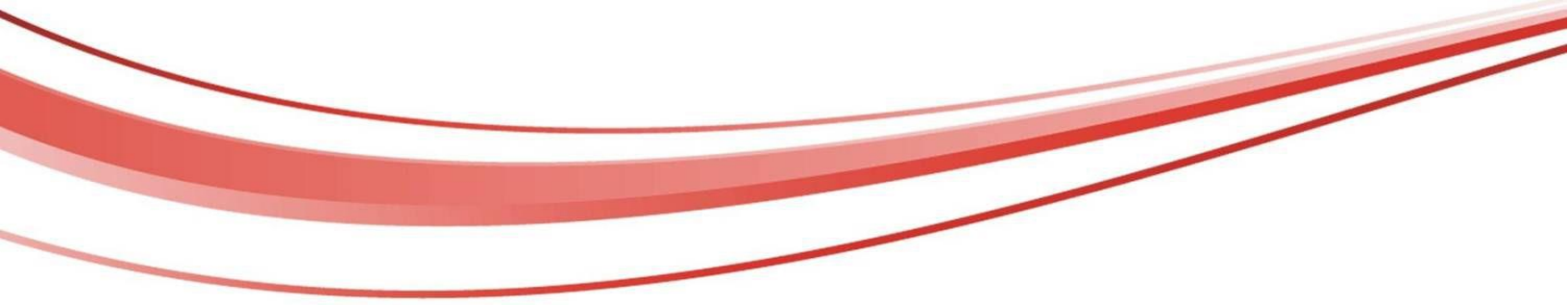
En una reciente entrevista realizada por la Revista Dinero (2016) a varios expertos en salud sobre el desarrollo que ha tenido en el último año la Ley Estatutaria, se vislumbran pocos progresos. Félix León Martínez, presidente de la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud) vaticinaba poco progreso ya que



dicha ley “no modificaba el incentivo perverso dado por el Estado a las EPS para que su ganancia dependiera de la negación, postergación o restricción de servicios a sus afiliados” y considera que se debe fortalecer la autonomía médica para que dichos profesionales tengan libertad en el desarrollo de sus diagnósticos y no se vean amarrados a un listado pre-establecido por las EPS. Otros expertos consideran que la Ley, más que causar cambios radicales a corto plazo, está permitiendo el análisis y debate en espacios académicos, así como resaltar la importancia de la salud como derecho fundamentado por encima de otros intereses.

El diagnóstico general en salud presentado en el informe PAIS indica, entre otros, los siguientes datos:

- Las causas de morbilidad distan por zonas geográficas: en las zonas más desarrolladas las enfermedades crónicas son dominantes, constituyéndonos como el país con mayor hospitalización en Latinoamérica; en las regiones con mayor afectación del conflicto armado dominan las lesiones de causa externa (accidentes y violencia), y en las áreas menos pobladas y selváticas aún persisten las enfermedades transmisibles.
- Existen grandes brechas de acceso equitativo entre poblaciones urbanas y rurales, que se acentúan aun más por grupos poblacionales. Al “2013 la tasa de mortalidad materna entre la población indígena era 6.8 veces mayor que la de población afrocolombiana y esta dos veces mayor que el promedio marginal” (MinSalud, 2016).
- Hay altos niveles de congestión en salas de urgencias y largos tiempos de espera para la atención. La tutela se ha convertido en una especie de carta blanca, un recurso ampliamente empleado para acceder de manera más rápida a los servicios, pero ante la congestión del sistema, quienes no pueden tener un óptimo acceso a procesos jurídicos y legales, se ven en desventaja.
- Baja capacidad resolutoria de los servicios básicos de atención en salud, lo que ha convertido a los Centros de Salud en “centros de remisión” hacia hospitales de mayor complejidad.
- Poca capacidad de gestión de las municipalidades y gobernaciones para construir de manera participativa los Planes Territoriales en Salud, que incluyan las características del entorno y motiven el trabajo intersectorial: “La heterogeneidad



territorial y poblacional del país contrasta con un aseguramiento que interviene los riesgos de la población de manera homogénea” (MinSalud, 2016). Adicionalmente, la inversión pública en salud ha sido ineficiente: una evaluación rápida sobre ejecución presupuestal encontró que para octubre de 2015 cerca del 40% de los presupuestos de salud pública de los municipios no habían sido ejecutados.

Sobre el recurso humano en salud

Actualmente se encuentran limitaciones con la oferta/demanda y la calidad de profesionales de la salud en el país. En particular, hay un déficit de profesionales de salud de áreas especializadas, quienes además, se encuentran mayoritariamente concentrados en las principales ciudades de Colombia.

Según el docente Luis Alberto Tafur C., de la Universidad del Valle, en el 2011 en Colombia había aproximadamente 17 médicos, 9 enfermeras, 8 odontólogos y 1.5 camas por cada 10.000 habitantes, cuando la recomendación de la Organización Mundial de la Salud para médicos y enfermeras, es de 25 en cada caso. A pesar que al 2014 había 56 facultades de medicina distribuidas en las principales regiones del país, el número de sus egresados sigue siendo insuficiente para atender la población asegurada por el sistema de salud. En cuanto al ingreso de estudiantes a carreras de la salud, cabe resaltar que el costo de un semestre de medicina en una universidad privada está alrededor de los 20 SMMLV, y en una universidad pública está entre los 0.15 SMMLV y los 7.3 SMMLV.

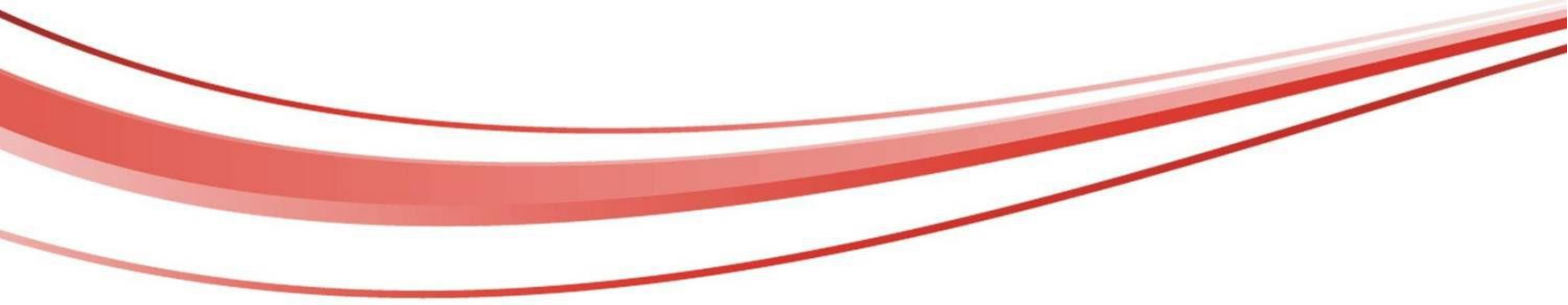
Sobre los perfiles de los profesionales, MinSalud afirma:

El perfil del médico general y las especialidades médicas básicas muestran obsolescencia y subutilización en los servicios, así como los odontólogo generales, bacteriólogos y enfermeros, han perdido la mayor parte de la capacidad y competencias para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación hospitalocéntricos. Algunos perfiles han desaparecido; entre ellos, el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública. El sistema pone su capacidad de respuesta principalmente en los médicos especialistas y auxiliares de enfermería. (2016, p.92)

GRUPO DE COMUNICACIONES DE LA FACULTAD DE SALUD – UNIVERSIDAD DEL VALLE

Portal: <http://salud.univalle.edu.co>

Correo Electrónico: comunicandosalud@correounivalle.edu.co



Además de lo anterior, los análisis del profesor Tafur encuentran que en las principales ciudades del país, la percepción de la calidad de los médicos generales tiende significativamente a la baja, siendo la de los especialistas mucho más positiva. El enfoque clínico de las facultades de medicina, y una significativa desventaja salarial del médico general frente al especialista, causan que el pregrado sea apreciado por los mismos profesionales como un período de transición hacia la especialización. Según MinSalud (2016) tendencias de formación “hospitalocéntricas” han causado la “pérdida progresiva de competencias de algunas profesiones en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto, humanización y calidez en la atención...”.

La nueva apuesta de PAIS

El nuevo modelo de atención se compone de cuatro enfoques principales: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

Lo anterior se traduce en mejorar la calidad de los primeros niveles de atención, ofreciendo una capacidad resolutive mucho más alta, integrando características del entorno familiar, ambiental y social de los pacientes. Las entidades prestadoras de salud deben tener a disposición el recurso humano que les permita conocer las realidades y contextos de los territorios donde se encuentran y puedan responder a las necesidades específicas de la población, así como fortalecer la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Esto implica una articulación entre las redes de atención en las distintas zonas del país, para evitar que el paciente se vea forzado a ir de sitio en sitio en búsqueda de autorizaciones y exámenes para la atención de su enfermedad. PAIS quiere acabar con esta fragmentación consolidando una única red por departamento: La política exige la coordinación de “los entes territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios, a través de la coordinación que implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud.”

Según declaraciones del ministro Alejandro Gaviria, el nuevo modelo empezará su etapa piloto en los departamentos de Guainía, Chocó y San Andrés, y cuenta con rutas de atención establecidas para 16 patologías médicas, dentro de las cuales se encuentra la leucemia infantil.



Bibliografía

- **Ministerio de Salud y Protección Social, 2016** “Política de Atención Integral en Salud”. Bogotá D.C, Colombia
- **Tafur, Luis Alberto. 2016** “Recurso Humano en Salud” Presentación realizada en el marco de Sesiones Permanentes de Investigación en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle.
- **Revista Dinero (2016)** Recuperado de: <http://www.dinero.com/vacio/articulo/ley-estatutaria-de-salud-en-colombia/220988>

De interés:

- Entrevista realizada por el Grupo de Comunicaciones a docente Luis Alberto Tafur sobre la Nueva Política de Atención en Salud: <https://youtu.be/qkiuK203fAk>