



**APORTES DE LA MEDICINA FAMILIAR
PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA**

SOCMEF

**Sociedad Colombiana
de Medicina Familiar**

Octubre 2020

•

APORTES DE LA MEDICINA FAMILIAR PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Honrando nuestro compromiso con la calidad y la salud de los habitantes del territorio Colombiano y debido a nuestras características como médicos integrales e integradores, presentamos las siguientes propuestas a ser consideradas en la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social que debe darse para la implementación de la Ley Estatutaria en Salud.

Nuestras propuestas radican en nuestro quehacer clínico en los diferentes escenarios de la atención médica, no abordaremos cuestiones pertinentes al financiamiento.

Ratificamos nuestra convicción de que la Atención Primaria en Salud (APS) es el mejor camino para lograr el mayor nivel de bienestar posible; esto además ha sido ampliamente comprobado en varios países, contextos y niveles de desarrollo económico. Para Colombia la Atención Primaria en Salud ha sido definida como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios”... “estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana” (Artículo 12 de Ley 1438 de 2011).

Como queda expuesto, la APS no es solo una estrategia para la prestación de servicios de salud, sino también da contexto a la construcción de salud de forma autónoma por parte del individuo, su familia y su comunidad. Se traduce entonces en el cuidado primordial de salud, parámetro que debería enmarcar adicionalmente el diseño de políticas públicas, el fortalecimiento de los recursos humanos en salud y la consolidación del trabajo comunitario.

¿Cómo implementar la APS en nuestro país?

Consideramos que la pieza fundamental para la implementación de la atención primaria es el fortalecimiento de la participación ciudadana y el trabajo comunitario; entendiendo el escenario comunitario no solamente como un espacio para la realización de actividades en salud sino, y sobre todo, como el espacio para la construcción políticas y planes para el cuidado primario de la salud, la toma de decisiones en salud y la reconstrucción del tejido social.

Los servicios de salud de puerta de entrada al sistema de salud, son la interfase entre la población y los niveles de atención de alta complejidad tanto para que se reciban los servicios de salud cuando la enfermedad lo requiere (atención de alta complejidad), pero también cuando se requiere facilitar la vida en comunidad y con funcionalidad pese a la enfermedad (manejo ambulatorio de enfermedad, rehabilitación basada en la comunidad, etc.). El desarrollo de este nivel de complejidad o de atención resulta de suma importancia para el desarrollo de la APS, dicho de otra manera, sin estos servicios no hay atención primaria. Por lo tanto el componente primario debe ser prestado por Centros de



Excelencia en Atención Primaria ya que de ahí precisamente se deriva lo eficiente que es un sistema basado en la Atención Primaria en Salud.

La comunidad se conecta con los servicios de salud en los Centros de Excelencia en Atención Primaria. Se trata de servicios de salud que son la puerta de entrada al sistema de salud y además de resolver el 80% de las necesidades en salud de la población funcionan como articuladores entre los ciudadanos y los servicios de salud de alta complejidad, cuando su estado de salud lo requiera.

Características de los niveles de puerta de entrada:

1. La primera característica que nos interesa aportar es la concepción de estas instituciones no solo como proveedores de servicios de salud sino también, y de forma muy central, como educadores en dos vías: como escenarios para educar el talento humano en salud de pre y posgrado, y a la vez como lugar para educar y a la comunidad en pro de que puedan generar capacidades de autocuidado y autogestión.

Este aspecto obliga a pensar y sobre todo a ajustar tanto el funcionamiento, financiamiento, “habilitación” y arquitectura de estas instituciones. Los servicios de puerta de entrada al sistema de salud deben tener por lo menos tres elementos estructurales: talento humano calificado, infraestructura y dotación técnica adecuada y respaldo económico para la prestación de servicios de salud con alta resolutivez, la docencia, investigación en salud y el desarrollo de capacidades para el cuidado de la ciudadanía.

2. Resolutividad. Esta es una de las grandes características de estos servicios de salud, si bien no hay una definición estricta para este aspecto, se estima que esta dada por la atención pertinente y de calidad de las necesidades en salud de la población. De manera tal que para desarrollarla se requiere por lo menos de:

a) Desarrollo de procesos que permitan conocer las necesidades de salud de la población y sus determinantes inmediatos e intermedios.

b) Talento humano en salud y de otras profesiones disponible de acuerdo con las necesidades en salud a atender.

c) Capacidad técnica y tecnológica para atender las necesidades en salud de la población: salones, consultorios de varias profesiones, ocupaciones y especialidades; dispensación de medicamentos y toma de laboratorios y de imágenes diagnósticas.

d) Sistema de información y de referencia y contra referencia robusto que permita la realización de la gestión de riesgo en salud individual y colectivo, así como el flujo entre el domicilio y el servicio de salud y entre los diferentes servicios de salud.

e) Prestar servicios de salud todos los días a la semana durante todo el día, "un servicio de puerta de entrada no puede estar cerrado"; esto implica que exista atención de urgencias y realización de algunos procedimientos quirúrgicos.

3. La implementación de la Atención Primaria debe ser transversal en el sistema y no solo confinada a un tipo de prestador o nivel de atención. Requiere de definiciones claras de los servicios a prestar y seguimiento de los alcances y logros. La innovación necesaria, orientada a adaptarse a las necesidades de cada comunidad o sitio de acción, debe estar respaldada por una normatividad flexible y que permita evaluar y escalar las acciones.

4. La dotación de los Centros de APS debe incluir disponibilidad de equipos e instrumentos básicos, así como de medicamentos y de consumibles esenciales que permitan la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y paliación. Estos insumos y equipos son necesarios para una resolutividad segura y efectiva.

5. La distribución de los centros de APS debe realizarse bajo las necesidades de cada contexto, sin embargo las experiencias internacionales recomiendan una densidad de un centro por cada 10.000 personas. Existen rangos entre 5.000 y 100.000. Independiente del número final definido, no deben modificarse y deben centrarse todos los servicios, infraestructura, dotación y personal en el. De no ser así no se podría hacer evaluaciones y seguimientos necesarios en el modelo.

6. El sistema de información y registro debe estar orientado a acciones de cuidado y resolutividad y no exclusivos de auditoría y control. La Historia Clínica Electrónica Unificada es una necesidad fundamental para ello y para poder realizar actividades de investigación con restitución de beneficios a la población objeto.

7. Estimular y propender por la formación en competencias de APS en el los pregrados de las profesiones de salud al igual que en los posgrados.

8. La asignación poblacional a los Centros de APS debe ser por geo-referenciación e independiente del aseguramiento. La normatividad debe exigir que las aseguradoras contraten con los Centros y pongan a disposición sus redes.

9. Trabajo comunitario. Como ya se mencionó los servicios de puerta de entrada tienen bajo su responsabilidad la interfase entre la comunidad y los servicios de salud; por lo tanto hacen las actividades extramurales de caracterización poblacional y las actividades colectivas sobre los determinantes intermedios. Para el desarrollo de estas actividades se requiere del desarrollo de la adscripción poblacional y articulación, en nuestro caso, de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan de Beneficios.

10. La interacción y vínculo con la comunidad debe darse a través de personal entrenado y calificado escogido de la misma comunidad. Los gestores comunitarios deben tener una formación calificada y cualificada.

11. La participación comunitaria no es negociable. De ella nace la priorización de las necesidades de cada contexto, zona, localidad. No se pueden crear políticas o directrices de atención y cuidado en forma genérica.

12. Articulación con otros niveles de complejidad: Igualmente se requiere de un sistema de información y de referencia y contra referencia para que las personas que lo requieran reciban servicios de alta complejidad en el momento oportuno, que no impliquen reprocesos y que a la vez se facilite en las mejores condiciones el retorno al nivel de puerta de entrada en el momento adecuado y de la mejor manera posible.



13. Con todo lo anterior queremos resaltar que la calidad o los Centros de Excelencia, así como la docencia e investigación no son exclusivos de la alta complejidad en salud; sino que por el contrario todos los eslabones de la cadena de servicios de salud deben ser un centro de excelencia y garantizar la calidad. Es un deber ético que los centros, descritos como prestadores primarios, encargados de ser la puerta de entrada al sistema deben ser concebidos y tratados como centros de excelencia.

14. Condiciones laborales adecuadas. Se requiere que el personal vinculado a estos servicios tenga el reconocimiento económico apropiado a su labor y que les permita soportar los gastos económicos que implica vivir. Igualmente que se les posibilite el crecimiento profesional, mejora continua y construir una trayectoria laboral satisfactoria; a su vez posibilidad de descanso remunerado, protección contra riesgo de enfermar o morir y ahorro para la vejez.

15. Equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios en salud. La conformación de redes, incluyendo las redes virtuales para solución de problemas inmediatos y ser una base para producción de conocimiento.

16. La figura funcional y operativa del talento humano en salud en el marco de la atención primaria debe obedecer a la situación y necesidades en salud de la población.

Para que estos centros de Excelencia en Atención Primaria, hacia los que deben propender el componente primario se hagan una realidad de forma progresiva, se deben establecer indicadores que permitan ver el progreso hacia la implementación de características esenciales de estos centros, como son el primer contacto y la accesibilidad, la continuidad, la coordinación, la integralidad, el enfoque familiar, la participación comunitaria y la competencia cultural.



La segunda pregunta central para el desarrollo de la APS en Colombia y que nos atañe particularmente a nosotros es **¿cómo aumentar la disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar en Colombia?**

1. NO es a través de acortar tiempos ni en disminuir la calidad de la formación.

2. La Medicina Familiar es una especialidad médica, reconocida como disciplina médica con un cuerpo de conocimientos propios y una ruta de aprendizaje estructura y definida.

Sus experticia y habilidades se adquieren a través de un estudio de posgrado enfocado en la adquisición de competencias para la atención de personas, familias y comunidades. La formación se da en un entrenamiento de dedicación exclusiva y de tiempo completo exclusivo y de, con una duración de 3 a 4 años de duración.

Este es el único camino que existe para formar y disponer de especialistas con calidad en la Medicina Familiar a nivel local y mundial.

Si se quiere aumentar la disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar es necesario desarrollar los servicios de puerta de entrada, como ya lo describimos; aumentar los cupos para los programas ya existentes y facilitar la apertura de nuevos programas en IES interesadas, no negando injustificadamente los registros calificados.

3. El reconocimiento como especialidad debe darse en todos los estamentos, es evidente que en las plantas de personal y en ofertas laborales para especialidades en el sector público no se consideran. El sector privado ha hecho grandes avances en este reconocimiento, pero persisten entidades que subcontratan o desconocen la especialidad limitando su accionar y los derechos laborales y de remuneración sin tener ningún control por entes gubernamentales.

4. Las asignaciones salariales deben ser iguales y equivalentes a las de otras especialidades con el mismo tiempo de formación. Diferencias que hasta ahora comienzan a disminuir pero que persisten sin controles.

5. Identificación clara, por parte de los Ministerios correspondientes, de la especialidad que se realiza a través de programas con registro calificado y acreditación de alta calidad.

6. Uso adecuado de las IPS y EPS del nombre de la especialidad como servicio ofertado, puesto que con frecuencia lo usan sin contar con el talento humano indicado.

Documento elaborado por:

Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar con los aportes de los socios y demás especialistas en medicina familiar que participaron de las mesas de discusión sobre el Proyecto de Ley de Reforma al SGSSS.

Octubre 2020