

APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA REVISIÓN
HERMENÉUTICA. COLOMBIA

AUTORES:

GINNA LICETH ÁLVAREZ RIVEROS

ROGER MORENO SÁENZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

2017

APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA REVISIÓN
HERMENÉUTICA. COLOMBIA

AUTORES:

GINNA LICETH ÁLVAREZ RIVEROS

ROGER MORENO SÁENZ

TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TUTOR:

MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

Artículo 37:

Ni la universidad El Bosque, ni el jurado serán responsables de las ideas
propuestas por los autores de este trabajo.

Acuerdo 017 de 14 de Diciembre de 1989

Agradecimientos.

Agradecemos a nuestras familias por su apoyo incondicional en el proceso de
nuestra formación como médicos familiares.

Tabla de contenido

1. Contexto del sistema de salud	11
1.1 Características generales del país	11
1.2. Generalidades del sistema de salud	14
1.2.1 Antecedentes	14
1.2.2. Estructura	24
1.2.3 Financiación	28
1.2.4 Modelo de atención y de prestación de servicios	34
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios	61
2.1 Formación en medicina familiar.....	61
2.1.1 Hitos	61
2.1.2 Características de los programas académicos	64
2.1.3 Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar	69
2.2 Medicina familiar y atención primaria en salud.....	76
2.2.1 Ámbitos de desempeño.....	76
2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud	78
3. Síntesis.....	78
Obras citadas	82

Lista de tablas

Tabla 1. Indicadores demográficos y de salud de Colombia (2011-2014)

Tabla 2. Valor de la cuota moderadora según nivel salarial, 2015

Tabla 3. Valores de copago 2015

Tabla 4. Componentes clínicos según modelo único de formación de médicos familiares

Lista de figuras

Figura 1. Pirámide poblacional de Colombia, según estimado para 2014.

Figura 2. Esquema general del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Figura 3. Modelo curricular del Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar.

Lista de siglas

CRIC: Consejo Regional Indígena del Cauca

Dane: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

EBAP: Equipos Básicos de Atención Primaria

EBAS: Equipos Básicos de Atención en Salud

Ecopetrol: Empresa Colombiana de Petróleos

EPS: Empresa Promotora de Salud

EPS-S: Empresa Promotora de Salud Subsidiada

Fosyga: Fondo de Solidaridad y Garantía

FUCS: Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud

IBC: Ingreso Base de Cotización

ICSS: Instituto Colombiano de Seguridad Social

IPS: Institución Prestadora de Salud

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

PAB: Plan de Atención Básica

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

POS: Plan Obligatorio de Salud

PUNEMF: Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural

Sivigila: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente

SOCMEF: Sociedad Colombiana de Medicina Familiar

UPC: Unidad de Pago por Capitación

Resumen

Colombia es un país de América del Sur con 46,245,297 habitantes. Dispone de un sistema de salud basado en la solidaridad y la atención primaria, contemplando la salud como un derecho constitucional asegurando el acceso a ésta de toda la población. Sin embargo, aún no logra una articulación entre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además se han identificado dificultades a nivel primario que llevan a un servicio insuficiente y poco resolutivo lo cual impacta en la atención del paciente y aumenta los costos al sistema de salud.

Por lo cual ha surgido la necesidad de realizar cambios en la atención que permitan un abordaje integral del paciente y una mejor distribución de los recursos, en donde es importante el médico familiar, por lo que actualmente en Colombia se cuenta con siete programas de medicina familiar que han venido surgiendo desde 1998, cada uno con sus particularidades pero que han sido últimamente unificados dentro del sistema único de formación de médicos familiares. Dando la capacidad al médico familiar de realizar actividades que articulen la atención en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, optimizando además recursos y mejorando la calidad de la atención.

Teniendo en cuenta esto, se propone fortalecer la atención primaria y la medicina familiar como puertas e entrada al sistema en el marco de las nuevas propuestas en salud con la política de atención en salud (PAIS) y el modelo de atención en salud (MIAS) planteados desde el ministerio en el año 2016, esperando que su implementación genere mejoras en la atención y el sistema.

1. Contexto del sistema de salud

1.1 Características generales del país

Colombia se encuentra localizada en el extremo norte de Suramérica, bordeando el Mar Caribe, entre Panamá y Venezuela, y el Océano Pacífico entre Ecuador y Panamá. Cuenta con una superficie total de 1.138.910 km², distribuidos en 1.038.700 km² terrestres y 100.210 km² marítimos, incluida la zona insular. Limita con Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela. El estimado para la población en 2014 era de 46.245.297 habitantes; el 90 % profesa el catolicismo y un 10 % otras religiones. Su pirámide poblacional ha tenido una transición demográfica asociada a la disminución de la natalidad y la mortalidad (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014). La Figura 1 presenta la pirámide poblacional de 2014 organizada por sexo y rangos de edad.

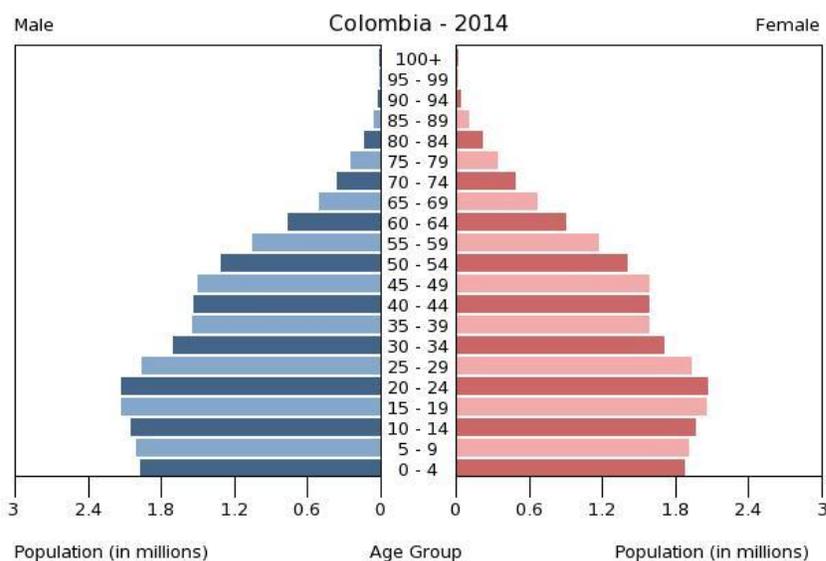


Figura 1. Pirámide poblacional de Colombia, según estimado para 2014

Fuente: CIA, 2014.

Según la pirámide anterior, la distribución poblacional por grupo etario en 2014 era:

0-14 años: 25,3 % (hombres 5.998.645 / mujeres 5.720.229)
15-24 años: 18 % (hombres 4.243.251 / mujeres 4.099.299)
25-54 años: 41,6 % (hombres 9.515.723 / mujeres 9.720.894)
55-64 años: 8,3 % (hombres 1.796.050 / mujeres 2.051.948)
65 años: 6,5 % (hombres 1.293.258 / mujeres 1.806.000) (CIA, 2014).

Esto indica que existe una proporción alta de menores de 14 años (25,3 %), si se le compara con Canadá (15,5 %) o España (15,4 %). En Latinoamérica, este es un valor similar al de Argentina (24,9 %) y menor al reportado para Perú (27,3) y Ecuador (28,5 %). Colombia es un país con relativamente pocos mayores de 65 años (6,5 %) al compararlo con Canadá (16,8 %) y España (17,5 %). En relación con Latinoamérica, hay menos mayores de 65 años que en Argentina (11,3 %) y el porcentaje es similar al de Ecuador (6,7 %) y Perú (6,7 %). La Tabla 1 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 1. Indicadores demográficos y de salud de Colombia (2010-2015)

Población total (miles)	46.245.297 (2014 est.) ^a
Población cubierta por la seguridad social (%)	RC: 42,9% RS: 48,7 % RE: 5,04 TOTAL 96,7 % (2015) ^b

Expectativa de vida (años)	74,8 (2015) ^c
Mortalidad infantil por 1.000 n.v.	13,6 [9,3-20,1] (2015) ^c
Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v.	64 [56-81] (2015) ^c
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	16,73 (2014 est.) ^a
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	5,36 (2014 est.) ^a
Médicos por 1.000 personas	1,67 (2010) ^c
Enfermeras por 1.000 personas*	0,62 (2010) ^c
Gasto total en salud como % del PIB	6.8 (2013) ^b
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	76 (2013) ^c
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno	16.1 (2013) ^c
Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud (gasto de bolsillo)	13.9 (2013) ^c
Gasto del gobierno en salud per cápita (USD)	405 (2013) ^c

* Incluye auxiliares de enfermería y parteras. n.v.: nacidos vivos
 PIB: producto interno bruto. RC: régimen contributivo.
 RS: régimen subsidiado RE: régimen exceptuado

Fuentes:

^a CIA, 2014.

^b Ministerio de Salud y protección Social, 2015a.

^c OMS, 2016.

1.2. Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Antecedentes

Colombia es miembro de la Organización Panamericana de la Salud desde 1951 (OPS, 2015), lo cual ha influido en el desarrollo de las políticas de salud que se trazan desde entonces. De manera casi simultánea, se implementó la Ley 90 de 1946, por medio de la cual se estableció el seguro social obligatorio de los trabajadores y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para el sector privado y la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) para el sector público (Ley 90 de 1946), como mecanismos para administrar las prestaciones de los trabajadores y garantizar así financieramente sus derechos. Los excluidos de estos sectores eran atendidos por los centros de salud y la red de hospitales administrados por dependencias departamentales mediante recursos públicos (Rocha, 2010).

En 1974 se creó el Sistema Nacional de Salud con lo que las coberturas en salud quedaron distribuidas en tres grandes bloques: Seguridad Social, que cubría a los trabajadores públicos con el ICSS y las cajas de previsión; el sistema privado, conformado por clínicas y consultorios privados, que atendía a personas con capacidad de pago mediante pagos directos o por seguros privados; y la red pública de servicios, integrada por centros de salud y hospitales distribuidos por todo el territorio nacional que, en teoría, cubría el resto de la población, pero tenía accesibilidad restringida.

Según el Estudio Sectorial de Salud realizado en 1990, la cobertura de aseguramiento solo alcanzaba el 15,7 % de la población (Yepes et ál., como se cita en Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Sin embargo, para otros autores, la cobertura se distribuía así: Seguridad Social llegó a tener un máximo del 22 % de población asegurada, la red privada cubría un 5 % y aproximadamente el 35 % tenía acceso a la red pública, con lo que quedaba cerca de un 35 % sin cobertura (Tafur, 2011).

Con este panorama, en la década de 1990, se consideró necesario un cambio en el sistema. Este fue impulsado por la Constitución Política de Colombia de 1991, que consagra en su artículo 48 que la seguridad social es “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991). En concordancia con esto, se promulgó la **Ley 100 de 1993** que unifica la normatividad de la seguridad social colombiana.

Entre los resultados favorables de esta reforma, se destacan el aumento de la cobertura, que pasó del 15,7 % en 1990 al 96,6 % en el 2014, y la satisfacción de los usuarios frente al sistema (Velandia, Ardon, Jara, Cárdenas & Pérez, 2004). Los servicios de salud se han calificado como oportunos en un 84,3 % y de buena calidad en un 82,7 % (Velandia, Ardon, Jara, Cárdenas & Pérez, 2004). Según datos del 2011, esta satisfacción era mayor al 80 % en los dos regímenes: 94,5 % en los servicios complementarios, 93,6 % en el régimen contributivo y 82,0 % en el subsidiado (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

Sin embargo, en el sistema persisten algunas barreras de acceso económicas, sociales, geográficas y administrativas (Rodríguez, Chávez, Mosquera & Solano, 2014). El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) en su Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997 encontró que las personas se abstendían de usar los servicios de salud por razones relacionadas con la accesibilidad y no por déficit en calidad ni oportunidad (Velandia, Ardon, Jara, Cárdenas & Pérez, 2004). Resultados similares se obtuvieron en la Encuesta Nacional de Salud de 2007, donde se evaluaron las causas de abstinencia de consulta por parte de los usuarios: en el régimen contributivo, el 23,0 % por no lo consideraba necesario y el 7,6 % no asistieron porque los horarios no les favorecían. En el régimen subsidiado, el 8,6 % indicó que la consulta era muy costosa y al 6,3 % no le favorecían los horarios; solo el 4,5 % opinó que se presentaban muchos trámites en las EPS e IPS (Ministerio de Salud de Colombia, 2009).

Por otra parte, en una revisión de la literatura que cubre el periodo entre 1993 y 2012, Merlano y Gobanev (2013) identificaron que la capacidad instalada ha ido aumentando, pero que el recurso humano en el servicio primario en salud es insuficiente para garantizar una adecuada capacidad resolutoria, lo cual genera represamiento. Además, es débil en cuanto a promoción y prevención, lo cual se traduce en consultas tardías, aumento de gastos para el sistema y reducción de la expectativa de vida.

También se ha encontrado que, en la mediana y alta complejidad, se utilizan de manera inadecuada los recursos especializados. Además, se evidencian

dificultades para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, concentrándose la atención en el manejo de la enfermedad y en especial en el ámbito hospitalario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Un ejemplo de esto es la variación de atenciones que se ha presentado en los servidores públicos durante los últimos tres años: el número de atenciones en primer y segundo nivel ha disminuido en 2,8 % y 1,5 %, respectivamente. Sin embargo, se han incrementado las atenciones en las IPS de tercer nivel en un 9,8 %, lo cual va en contra de la política de atención primaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Como consecuencia de este fraccionamiento en la atención y la coordinación entre la puerta de entrada y los servicios especializados, se presenta demora en los tratamientos de enfermedades de alto costo. Por ejemplo, en el caso de cáncer de mama, transcurren 137 días desde una primera consulta hasta el tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Dentro de los problemas planteados por el documento sobre la Política de Atención integral en Salud (PAIS) están: alta carga de enfermedad, inequidades en salud regionales y poblacionales, un enfoque más hacia la enfermedad que hacia la prevención, falla regulatoria, desafíos de sostenibilidad financiera y desconfianza y deshonestidad entre los agentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Algunos sectores afirman que la Ley 100 ha generado limitaciones a los profesionales de la salud con el fin de ahorrar recursos dentro del sistema, lo cual muchas veces va en contra de los principios aprendidos en las facultades. Esto ha

obligado a los usuarios a acudir al sistema judicial para exigir a las EPS la prestación del servicio requerido por medio de tutelas que, en su mayoría, se interponen por servicios negados, aunque estos hagan parte del Plan Obligatorio de Salud. En estos casos, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) debe asumir estos costos, lo cual pone de manifiesto la actuación inapropiada por parte de las EPS, que aumentan sus utilidades limitando los servicios en la atención médica (Merlano & Gobanev, 2013). Esto ha puesto en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema y ha aumentado la necesidad de reformas.

Otra situación que afecta la sostenibilidad financiera del sistema es el alto porcentaje de personas pertenecientes al régimen subsidiado, el cual para 2014 era de 48,0 %. Esta cifra no es coherente con la tasa de desempleo reportada ese año: el 9,1 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a), lo que significa que un porcentaje importante de personas que podrían contribuir en salud no lo hacen.

Como respuesta a estos problemas, se han realizado algunas **reformas a la Ley 100**; entre ellas se destaca la **Ley 1438 de 2011** que busca fortalecer el sistema y mejorar su sostenibilidad en el marco de la atención primaria en salud (APS). Esta ley adopta la APS 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” y la define como una estrategia de coordinación integral e integrada que incluye desde la salud a la enfermedad en todas sus etapas y todos los niveles de atención, para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos.

Además, enfoca el servicio en la APS mediante políticas de promoción y prevención, unifica el POS contributivo y subsidiado, hace énfasis en la universalidad del aseguramiento y la garantía de la prestación de los servicios de salud en cualquier lugar, elimina las multas por inasistencia a citas médicas, brinda respeto a la autonomía médica en diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, impulsa medidas de fortalecimiento de hospitales públicos, establece pautas que mejoran la efectividad del proceso económico entre EPS e IPS, y promueve la creación de redes de asistencia y equipos de APS dentro de estas. Su artículo 3 modifica y adiciona los principios del sistema de salud: igualdad, obligatoriedad, prevalencia, enfoque diferencial, equidad, calidad, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención, continuidad (Ley 1438 de 2011).

A pesar de haber sido promulgada en 2011, cuatro años después no había sido posible reglamentarla para que armonice los múltiples actores de la salud y distribuya la población en redes de atención integral coordinadas. Hasta el momento, la igualdad de los regímenes contributivo y subsidiado se limita a sus responsabilidades en servicios, mas no en los aportes que recibe para prestarlos (Resolución 5925 de 2014). Esto implica que el régimen subsidiado debe prestar los mismos servicios con un menor presupuesto.

Se ha documentado antes y después de la reforma del 2011 que el sistema presenta dificultades de financiación generados por el incumplimiento en los pagos por parte de las EPS a las IPS por glosas muchas veces injustificadas. Por ser las

IPS el último eslabón en el sistema, esta situación incrementa su vulnerabilidad (Riveros & Amado, 2012). Además, no se ha logrado estipular un límite en el lucro por parte de las EPS (Agudelo, Cardona, Ortega & Robledo, 2011).

De la discusión de estas circunstancias, surgió la necesidad de hacer una profunda reforma del sistema de salud. Una propuesta de las agremiaciones científicas dio origen a la **Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015**, mediante la cual “se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Esta tiene como objetivo garantizar la salud como un *derecho humano constitucional fundamental*, donde el Estado se responsabiliza de respetar y proteger el goce efectivo de este derecho mediante una atención integral de los usuarios.

La Ley Estatutaria 1751 organiza el sistema en redes integrales de servicios de carácter público, privado o mixto, y brinda los servicios acordes con las necesidades de la población. Además, garantiza la calidad del servicio por parte de personal capacitado e idóneo para dicho fin, asegurando al talento humano condiciones laborales justas y dignas con facilidades para incrementar sus conocimientos.

Los elementos esenciales enunciados por esta ley son:

- Disponibilidad: servicios y tecnologías e instituciones de salud, personal médico y profesional competentes.

- Aceptabilidad: los agentes del sistema deberán respetar la ética médica, así como a las diferentes comunidades, reconociendo sus particularidades culturales y permitiendo su participación en el sistema de salud.
- Accesibilidad: acceso a las tecnologías y servicios con igualdad.
- Calidad e idoneidad profesional: los establecimientos, servicios y tecnologías de salud están centrados en el usuario y responden a estándares de calidad.

Según la Ley Estatutaria, los principios del sistema son:

- Universalidad: todos los residentes en territorio colombiano tienen el derecho fundamental a la salud.
- *Pro hómine*: las autoridades interpretan las normas que sean más favorables a la protección del derecho a la salud.
- Equidad: el Estado implementa políticas públicas para mejorar la salud de los grupos vulnerables.
- Continuidad: la prestación de un servicio no puede interrumpirse por razones administrativas o económicas.
- Oportunidad: se prestan los servicios sin dilataciones que agraven la situación de las personas.
- Prevalencia de derechos: se implementan medidas para garantizar la atención integral a niños, niñas y adolescentes por ciclos vitales.

- Progresividad del derecho: se promueve la ampliación gradual del acceso a los servicios de salud, la mejora en la prestación y talento humano, así como la reducción progresiva de barreras de acceso.
- Libre elección: se asegura la libertad para elegir el prestador de salud entre la oferta disponible por habilitación.
- Sostenibilidad: el Estado estima los recursos para asegurar el derecho fundamental a la salud.
- Solidaridad: se promueve el mutuo apoyo entre las personas, sectores económicos y comunidades.
- Eficiencia: se vela por la mejor utilización de los recursos disponibles.
- Interculturalidad: se fomenta el respeto por las diferentes culturas; se apoya el esfuerzo por construir mecanismos que integren estas diferencias en forma complementaria para la recuperación de la salud.
- Protección de los pueblos indígenas: se reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propios conceptos, desarrollado en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).
- Protección a pueblos y comunidades indígenas, rom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras: se garantiza a estos grupos el derecho fundamental a la salud, respetando sus costumbres.

Esta ley tiene implicaciones importantes para el futuro de la reorganización del sistema de salud. Aunque se intentó promulgar una ley ordinaria que la

complementara, el Ministerio de Salud y Protección Social optó por generar una reglamentación de esta para que finalmente puedan ser implementadas la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015.

En 2016, con la **Resolución 429**, se normativiza una propuesta de atención integral planteada por el Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Esta política busca “orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población” mediante la regulación de los agentes del sistema y garantizando el derecho a la salud que promulga más enfáticamente la mencionada Ley Estatutaria 1751. Se fundamenta en la igualdad de trato y oportunidad de acceso de toda la población, así como en el abordaje integral del proceso salud-enfermedad, centrando el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno, y exigiendo la acción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores en pro del beneficio del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Esto constituye una respuesta a la tendencia que aún se evidencia en el sistema de centrarse en una resolutividad hospitalaria de la enfermedad, mayor gasto en salud y fragmentación de la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a). Con relación a esto, el MIAS tiene como finalidad promover la equidad social en todos los ámbitos del cuidado de la salud, incluidos la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

1.2.2. Estructura

La Ley 100 de 1993 fundamenta el sistema de salud en un eje central, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), del cual hacen parte el régimen subsidiado y el contributivo. Este sistema es dirigido y controlado por el Estado, pero es descentralizado y cuenta con la participación de agentes públicos y privados, como se esquematiza en la Figura 2. Según su artículo 2, el SGSSS se basa en los siguientes principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

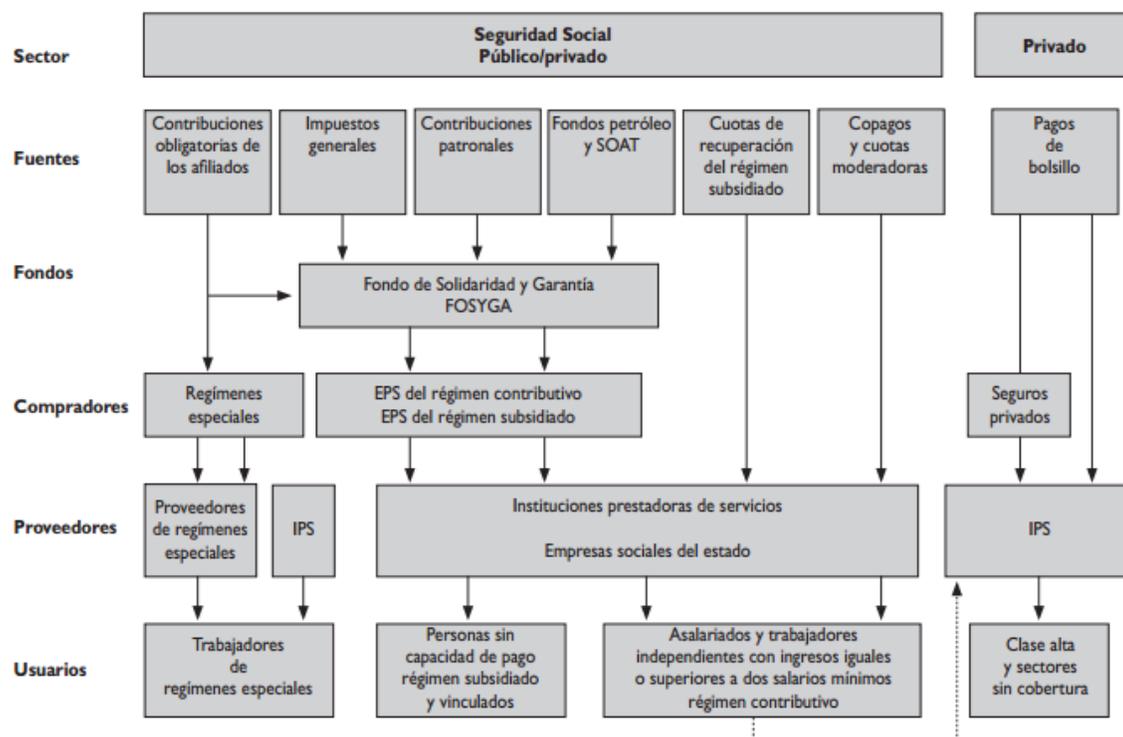


Figura 2. Esquema general del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Fuente: Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011, pp. 144-155.

La vinculación al sistema se hace por medio de cualquiera de los regímenes mencionados mediante las entidades promotoras de salud (EPS) privadas (en su gran mayoría) o públicas. Los servicios cubiertos se ofrecen a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) por medio de un plan obligatorio de salud (POS) para el régimen contributivo y un POS-S para el régimen subsidiado, los cuales fueron unificados por la Ley 1438 de 2011 (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Además, cuenta con planes complementarios a los servicios cubiertos por el POS a precios variables, así como con el acceso a servicios privados con pago directo, para quienes deseen servicios adicionales. Independientemente de esta capacidad de pago, se debe cumplir primero con la obligación solidaria de estar afiliado y hacer aportes al sistema (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

Al régimen contributivo pertenecen las personas con capacidad de pago, es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente que, en 2015, era de \$644.350.00 (Decreto 2731 de 2014). Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), en 2015 pertenecían a este régimen el 42,9 % de los afiliados.

El régimen subsidiado afilia a todas las personas sin capacidad de pago, situación que se valida con encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (Sisbén), aplicada por las entidades municipales y regionales (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). En el 2014, el 48,7 % de los afiliados pertenecían a este

régimen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). El total de afiliación a los dos regímenes en 2015 correspondía al 91,7 % de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). Las personas que no logran pertenecer a ningún régimen por incapacidad de pago y retraso en la afiliación al régimen subsidiado tienen derecho a recibir los servicios de atención en salud por parte de las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

Además de contar con estos dos regímenes, en Colombia existe un grupo de personas que no pertenece al sistema, considerados como régimen especial que ha logrado subsistir de manera independiente, conservando sus propios mecanismos de financiación, administración y prestación de servicios. Estos comprenden a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), el Magisterio y los funcionarios de las universidades públicas, quienes en 2014 constituían el 5,04 % de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Otro componente del sistema son las aseguradoras de riesgos laborales (ARL) que atienden los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen profesional (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Todos los empleados deben estar afiliados y pagar un valor mensual sobre el riesgo de las actividades laborales que realicen (Decreto 1772 de 1994).

Los medicamentos son entregados por las IPS o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado; la prescripción debe hacerse bajo el nombre genérico y con base en el

listado establecido por la ley. En el área privada, se puede prescribir con nombre genérico o marca y el consumidor es quien elige cuál adquirir (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

Es importante mencionar que, según el artículo 3 de la Resolución 1441 de 2013, los prestadores del servicio de salud deben garantizar y cumplir tres condiciones para ingresar y permanecer en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud: capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica.

La forma de ingreso a la atención se da mediante asignación de citas según disponibilidad, las cuales deben ser solicitadas por Internet, vía telefónica o personalmente en las EPS e IPS según los protocolos internos de cada institución. Otra forma de ingreso es mediante los servicios de urgencias, donde se clasifica la condición por la que asiste el paciente por medio de la escala TRIAGE, dando pronta atención a las condiciones que lo ameriten y remitiendo las demás al servicio de consulta externa.

Con base en los principios expuestos por la Ley 100, los usuarios participan de forma activa por medio de la Asociación de Usuarios ante las EPS y las IPS, y de las veedurías ciudadanas. Además pueden acudir a la acción de tutela, mecanismo por el cual se garantizan los derechos fundamentales constitucionales (Constitución Política de Colombia, 1991), si consideran vulnerado su derecho a la salud; los jueces pueden fallar a favor del usuario ordenando la prestación del servicio demandado (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

La Ley 100 presenta elementos compatibles con los modelos de APS, como la cobertura universal y la equidad; sin embargo, tiene otros incompatibles, muchos derivados de privilegiar la prestación de servicios por parte de los aseguradores por encima de un concepto más integral de la salud. Dentro de estos últimos se encuentran la falta de coordinación entre la salud pública y la prestación de servicios, así como entre las redes de prestación de servicios; la separación de la promoción y prevención de la atención; el fraccionamiento de la prestación de servicios, y la baja resolutivez en la puerta de entrada.

1.2.3 Financiación

El artículo 23 del Decreto 1703 de 2002 establece un ingreso base de cotización (IBC) para el régimen contributivo. Para los trabajadores independientes o que laboren por prestación de servicios, este equivale al 40 % del valor del contrato facturado en forma mensual. Para los empleados con contrato formal de trabajo con todas las prestaciones de ley, el IBC corresponde al 12 % del valor total del contrato mensual, del cual el empleado responde por el 4 % y el empleador por el 8 % restante (Decreto 1703 de 2002). La Ley 1122 de 2007 aumentó esta contribución en 0,5 % quedando en 12,5 %. Esto mismo aplica para el caso de pensionados. Sin embargo, este aspecto se reestructura en 2014 con la implementación de la Ley 1607 de 2012, la cual “determinó la sustitución de fuente de las cotizaciones para empleadores de trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos (SMLMV) por un impuesto a las utilidades denominado impuesto sobre la Renta para la Equidad – CREE” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Los ingresos son recaudados por medio de las EPS, que entregan los fondos al Fosyga. Este devuelve a las EPS un monto estipulado para cada afiliado, conocido como unidad de pago por capitación (UPC), previamente definido por edad, sexo y régimen al que pertenezca (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). En 2015, el valor promedio de la UPC para el régimen contributivo era \$629.974.8 (Resolución 5925 de 2014). Con este valor la EPS debe asegurar la prestación de los servicios requeridos y destinar un porcentaje para las actividades de promoción y prevención (Barón, 2007). Las EPS contratan los servicios de salud de forma discrecional y generalmente lo hacen con prestadores privados (Vega & Acosta, 2014).

Los recursos para financiar el régimen subsidiado son reunidos a través del Fosyga y equivalen al 12,5 % de la cotización del régimen contributivo. Este monto se suma a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011) y se entrega a las EPS subsidiadas (EPS-S). En 2015, el valor de la UPC para este régimen era en promedio \$563.590.8 (Resolución 5925 de 2014).

Otras fuentes de financiación incluyen: recursos de las rentas nacionales destinados al fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio Salud y la Protección Social y rentas cedidas a los departamentos (impuestos sobre los licores y los juegos de azar) que financian, entre otros proyectos, los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Por su parte, el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se financia por el seguro obligatorio

para vehículos, pagado por los propietarios de donde se cubren este tipo de accidentes. Las empresas y los trabajadores independientes hacen un aporte a las aseguradoras de riesgo profesional de acuerdo al riesgo laboral para cubrir enfermedades y accidentes laborales que son administrados por aseguradoras de riesgos laborales (Rodríguez, 2011).

El sistema se financia también con otros ingresos. Por un lado, están las cuotas moderadoras pagadas por beneficiarios y cotizantes en los servicios de consulta, farmacia, odontología, exámenes de primer nivel y urgencias no vitales; estas buscan regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional. Por otro lado, se encuentran los copagos, que son pagos porcentuales que deben realizar los beneficiarios del cotizante durante los servicios de cirugía, hospitalización y algunos apoyos diagnósticos y terapéuticos (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

El valor de las cuotas moderadoras depende de la clasificación según el nivel salarial. Existen tres rangos. El primero corresponde a personas con ingresos menores a dos salarios del mínimo legal mensual vigente (SMLMV). En el segundo se ubican quienes devengan entre dos y cinco (SMLMV) y en el tercero quienes reciben más de cinco SMLMV (Ministerio de Salud, s.f.) (véase Tabla 2).

Tabla 2. Valor de la cuota moderadora según nivel salarial, 2015

Rango de IBC en SMLMV	Valor cuota moderadora 2015
Menor a 2 SMLMV	\$2.500.00
Entre 2 y 5 SMLMV	\$9.900.00
Mayor a 5 SMLMV	\$26.100.00

IBC: ingreso base de cotización SMLMV: salario mínimo legal mensual vigente

Fuente:

<http://pospopuli.minsalud.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=NCLRrPFQfkY%3D&tabid=784&mid=1819>

El régimen subsidiado no tiene cuota moderadora. Los copagos también dependen del nivel salarial y siguen la misma clasificación. Además, tienen un valor porcentual de acuerdo con el servicio y unos límites establecidos, como se indica en la Tabla 3.

Tabla 3. Valores de copago, 2015

Rango de IBC en SMLMV	Copago en % del valor del servicio	Valor máximo por evento	Valor máximo por año
Menor a 2 SMLMV	11,50 %	\$184.928	\$370.501
Entre 2 y 5 SMLMV	17,30 %	\$741.003	\$1.482.005
Mayor a 5 SMLMV	23,00 %	\$1482.005	\$2.964.010

IBC: ingreso base de cotización SMLMV: salario mínimo legal mensual vigente

Fuente:

<http://pospopuli.minsalud.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=NCLRrPFQfkY%3D&tabid=784&mid=1819>

Algunos servicios están exentos de estas cuotas moderadoras; por ejemplo, el programa de crónicos para atención de la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad renal crónica; las acciones de promoción y prevención; la atención materno-infantil; las enfermedades transmisibles y la atención inicial de urgencias. Esta medida promueve el uso de sistemas de atención integral desarrollados en cada EPS (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011).

Para contratar los servicios que prestan, las EPS cuentan con diferentes mecanismos de pago:

a) *Pago por capitación*: el Decreto 4747 de 2007 lo define como “pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios pre-establecido” (Ministerio de la Protección Social, 2007). Favorece el flujo de caja de la empresa al mismo tiempo que permite realizar presupuestos más acordes a la realidad (Ley 100 de 1993). La ventaja para el asegurador es que transfiere el riesgo (Ruiz, 2008). Sin embargo, presenta desventajas, como son la falta de familiaridad por parte de los médicos, debido a que se puede presentar el caso de no atención o prestación de servicio (no estimula la atención no preventiva); además, existe una menor compensación relacionada con la productividad, aumenta el riesgo en poblaciones seleccionadas y requiere mayor organización (Pérez & Velásquez, 2008).

Vale la pena resaltar que la Ley 1438 de 2011 limitó este tipo de contratación a la baja complejidad y, en las actividades de promoción y prevención, condiciona su

contratación al cumplimiento indicadores acordes a la APS, dirigidos a la evaluación de resultados en salud.

b) *Pago por evento*: según el Decreto 4747 de 2007, es el “mecanismo por el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud” (Ministerio de la Protección Social, 2007). Las tarifas para este pago son pactadas previamente (Pérez & Velásquez, 2008). Una desventaja es que este sistema puede influir en los médicos para diagnosticar patologías de mayor gasto a fin de obtener mayores ingresos.

c) *Pago por conjunto integral o paquete*: contiene parte de cada uno de los anteriores. De acuerdo con Pérez y Velásquez (2008):

Consiste en el pago por el valor total de un tratamiento estimado con base en todas las consultas que puede requerir. Es particularmente útil en enfermedades supuestamente prototípicas, en las que teóricamente es fácil calcular el costo promedio y determinar las eventualidades usuales (2008, pp. 24-25).

En cuanto a las IPS, estas reciben el pago por parte de las EPS por evento o por capitación (Ley 100 de 1993; Pérez & Velásquez, 2008). Por este último sistema, solo pueden contratarse los servicios de baja complejidad, sin que esto libere a la EPS de su responsabilidad en la prestación del servicio. Las empresas sociales del Estado, por su parte, contratan con terceros, empresas sociales del Estado de

mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación y calidad en salud (Ley 1438 de 2011). El régimen subsidiado contratará con estas empresas un mínimo porcentual de 60 % del gasto en salud, según lo estipula el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007.

Además, según lo estipulado en el artículo 17 de la Ley 100 de 1993, las EPS son responsables de:

[...] la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.2.4 Modelo de atención y de prestación de servicios

1.2.4.1 Modelo de atención

De conformidad con la Ley 100 de 1993, el modelo de atención en salud colombiano es de aseguramiento universal y solidario, el cual concibe la salud como un servicio a cargo de aseguradores (EPS) y prestadores de salud (IPS). El primer nivel de atención y urgencias se consideran puertas de entrada, donde se soluciona una cantidad importante de motivos de consulta. Por ello, sirve de filtro

para otros niveles de atención, a los cuales se accede mediante un sistema de referencia y contrarreferencia.

Con la promulgación de esta ley, se esperaba lograr el aseguramiento universal en el año 2000, lo que llevó a una atención individual episódica a necesidad, es decir, se garantizaba la atención de los pacientes en los diferentes niveles cuando se presentara un evento que así lo demandara. Sin embargo, en la implementación no se logró articular con eficiencia la promoción y prevención con la atención primaria en salud dejando de lado la salud pública (Rodríguez, 2009).

En 1996, bajo la Resolución 4288, se reglamentó el Plan de Atención Básica (PAB), propuesto por la Ley 100 en 1993 en su artículo 165 como un conjunto de actividades de promoción, prevención y vigilancia en salud pública, organizadas en planes colectivos y encaminadas a la prevención de enfermedades de interés público como aquellas de transmisión sexual, en particular, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis y la meningitis, entre otras. Este posteriormente se convirtió en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Ley 1122 de 2007 y se desarrolló bajo el Decreto 3039 de agosto de 2007 y la Resolución 425 de 2008.

En el año 2000, se reglamentaron las acciones de promoción y prevención individual por medio de la Resolución 412:

[...] por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de

protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Posteriormente la Ley 1438 de 2011 propuso un cambio en el modelo de atención, con el objetivo de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud, mediante la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad. El eje central de las políticas es el bienestar, para lo cual se tienen en cuenta las acciones en salud pública y se fijan metas e indicadores de resultados universales. Se planteó la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública mediante un proceso de participación social y colaboración intersectorial del sistema de salud. Se esperaba fortalecer los primeros niveles de atención de manera tal que se aumentara la resolutivez de los problemas más frecuentes de salud a este nivel y que el modelo de atención estuviera “centrado en la persona, la familia y la comunidad” y tuviera en cuenta “las particularidades culturales, raciales y de género de la población”.

De conformidad con lo anterior, desde el año 2000, se empezaron a realizar acciones de APS en cuanto a promoción y prevención con intervenciones a nivel individual (Resolución 412 de 2000) y colectivo (Resolución 425 de 2008); las primeras por parte de los prestadores a cargo de las EPS y las segundas de los entes territoriales. La tercera acción se refiere a una jurisdicción especial para comunidades indígenas que les permite tener una experiencia diferente teniendo en cuenta su cultura (Acuerdo 326 de 2005).

Según Vega y Acosta, (2014), dichas acciones se desarrollaron con tres enfoques, cada uno con sus propios objetivos, mecanismos y fines, sin lograr un enfoque articulado centrado en la persona. El primero se ejecuta mediante acciones individuales asistenciales de tipo biomédico realizadas por la EPS que incluyen vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); atención preventiva en salud bucal; atención del parto, al recién nacido, en planificación familiar a hombres y mujeres; atención temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), de las alteraciones del embarazo, de las alteraciones del adulto mayor de 45 años, del cáncer de cuello uterino y de seno, y de las alteraciones de la agudeza visual (Resolución 412 de 2000).

El segundo enfoque se centra en acciones colectivas de promoción y prevención y de salud pública (Vega & Acosta, 2014), a cargo de las entidades territoriales, distritales y municipales, que definen sus propias acciones según sus necesidades y recursos para la prevenir enfermedades de interés público (Resolución 4288 de 1996). El tercero tiene en cuenta la interculturalidad de los pueblos originarios en relación con la participación comunitaria en la conducción de EPS e IPS indígenas, quienes cuentan con un sistema de salud único, que complementa y respeta sus creencias y necesidades acorde con los rasgos culturales (Vega & Acosta, 2014).

De acuerdo con Vega y Acosta (2014), la Ley 1438 de 2011 introdujo la APS como estrategia nacional, ya que la Ley 100 de 1993 no logró desarrollar un trabajo integral y articulado de la atención en salud, lo que no permitió implementar la

APS como se definió en la Declaración de Alma Ata de 1978 (Pineda & Jerez, 2014). Con la promulgación de esta ley, se reforzó un sistema de salud basado tanto en la detección y atención primaria de la enfermedad, como en actividades de promoción y prevención llevadas a cabo mediante espacios de oportunidad cuando la población por diferentes causas acude al sistema de salud o mediante estrategias de búsqueda activa por medio de programas implementados por cada una de las EPS de manera independiente y acorde a sus recursos y necesidades ya que no se cuenta con un esquema unificado. Esto se complementa con la prestación de servicios de salud para los que cada EPS ha establecido la forma en que los organiza y la red con la que los presta. Otro tanto ocurre con los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) pues cada ente territorial ha interpretado la forma de implementarlo, generando diversos tipos de fichas que buscan establecer el panorama de riesgos de las poblaciones a su cargo, de acuerdo con una distribución territorial, difícil de articular con la lógica de distribución por aseguramiento que tienen las EPS.

Con este panorama, se podría decir que existe una multiplicidad de modelos de atención que el gobierno, amparado en el mandato de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, ha buscado articular y organizar mediante una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y un Modelo Integral de Atención en Salud. Mientras tanto, coexisten diferentes formas de organizar la prestación de servicios que se comentarán a continuación.

1.2.4.2 Modelos de prestación de servicios

1.2.4.2.1 Prestación de servicios por parte de las EPS

De acuerdo con primer enfoque, el modelo de cumplimiento en promoción y prevención debe procurar los mismos objetivos para el régimen contributivo y para el subsidiado dando autonomía en su ejecución a cada una de las EPS; sin embargo, la Ley 1122 de 2007 establece que las EPS-S deben contratar más del 60 % de los servicios con las IPS de la red pública, lo cual limita la forma de contratación y la acción de sus servicios.

Otro aspecto de este enfoque es la implementación de programas específicos para atender a poblaciones con requerimientos de atención especial, incentivando el control de sus patologías crónicas como punto fundamental de prevención secundaria. Estos programas tienen mayor oferta y beneficios de accesibilidad, por ejemplo, el no cobro de cuota moderadora (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Entre dichos programas se incluye el de atención de paciente crónico (para adultos con hipertensión arterial, diabetes o enfermedad renal crónica).

Un avance en este aspecto se da cuando se obliga a las IPS y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud a notificar, según la Resolución 4505 de 2012, los casos de sífilis gestacional congénita, hipertensión arterial inducida por la gestación, hipotiroidismo congénito, sintomático respiratorio, tuberculosis multidrogorresistente, lepra, obesidad o desnutrición proteicocalórica,

víctimas de maltrato o de violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, enfermedad mental, cáncer de cérvix y de seno, vacunación, atención de parto, planificación familiar primera vez, métodos anticonceptivos, VIH, hepatitis B, TSH neonatal, reporte de citología cérvico vaginal y mamografía. Estos son eventos de interés en salud pública que son monitoreados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), cuyo objetivo es realizar seguimiento y generar información acerca de los eventos que puedan afectar la salud de la población colombiana (Instituto Nacional de Salud, 2009).

La atención en caso de enfermedad se realiza mediante dos mecanismos dependiendo de la severidad del cuadro clínico y el requerimiento de atención inmediata o diferida. Por un lado, se encuentra la consulta externa, que se programa según disponibilidad de agendas médicas ofrecida por la EPS. Esta no debe ser mayor a tres días hábiles (Resolución 1552 de 2013). Por el otro, para las consultas que por su tiempo de evolución o severidad requieren de atención prioritaria, se cuenta con puntos ambulatorios que disponen de consulta prioritaria, estabilización, procedimientos menores, yesos, lavados, nebulizaciones prioritarias y parto en expulsivo. En este último caso, se evalúa la situación en particular. Si se requiere procedimientos adicionales o atención de mayor complejidad, se remite a la paciente a instituciones que ofrezcan ese servicio mediante atención especializada con apoyo diagnóstico y terapéutico en diferentes grados de complejidad dependiendo los servicios ofertados (Vega & Acosta, 2014); esto se lleva a cabo en un proceso de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta las características de cada nivel de atención.

Estos niveles de atención están divididos en tres grados de complejidad, siendo el primer nivel la puerta de entrada y el primer contacto del usuario con el sistema de salud. En este se cuenta con los servicios básicos como consulta externa de medicina general, medicina familiar (como interconsultor o apoyo al médico general), servicio de laboratorio, farmacia y urgencias de baja complejidad. En el segundo nivel, se encuentran las especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, anestesiología, medicina familiar, medicina general (como apoyo a especialidades), servicio de laboratorio clínico, radiología, farmacia, servicio de urgencias y de hospitalización, así como salas de cirugía. En el tercer nivel de atención se ubican las clínicas y hospitales más grandes y representativos del país. Allí funcionan todas las supraespecialidades tanto clínicas como quirúrgicas, así como la mayor tecnología en cuanto a cirugía, intervencionismo e imágenes diagnósticas. También cuenta con unidades de cuidado intensivo médico, coronario y de pacientes quemados (Vega & Acosta, 2014).

Según los enfoques mencionados, la implementación de las EPS se da en una lógica de atención básica administrada, en la cual cada una EPS contributiva o subsidiada cumple con las responsabilidades asignadas en la Resolución 412, estableciendo sus propias estrategias de promoción y prevención para cumplir con los objetivos requeridos.

1.2.4.2.2 Prestación de servicios en los entes territoriales

En el desarrollo del sistema de salud en Colombia, se encuentran diversos modelos de prestación de servicios basados en experiencias, localización de la región y en tipificación de la población; algunas características son comunes entre los modelos, mientras otras son propias de cada región. Según Vega y Acosta (2014), dichas experiencias pueden catalogarse como de atención primaria. Sin embargo, este equipo de investigadores considera que estas no cumplen todos los parámetros para que pudieran ser consideradas así y reflejan principalmente experiencias del régimen subsidiado. A continuación, se describen algunas de estas experiencias.

En el 2004, **Bogotá** inició una política que “se orientó a garantizar el derecho a la salud con equidad, impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejorar el acceso a los servicios y reorientar el modelo de gestión y atención en salud”. Entre 2012 y 2016, esta ha recibido una denominación diferente en cada administración: “Salud a su hogar”, “Salud a su casa” y “Territorios saludables”. Busca implementar la atención primaria y el cumplimiento de los derechos humanos, promoviendo la participación social, la acción intersectorial y la organización de redes integrales de servicios por territorios; integrando las acciones individuales con las de salud pública, y las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación entre sí y actuando sobre los determinantes de la salud.

El modelo de salud pública se basa en los grupos de “Territorios saludables”, programa financiado por el Plan de Intervenciones Colectivas, del cual forman parte los denominados Equipos de Respuesta Inicial y los Equipos de Respuesta Complementaria, que se encargan de notificar eventos de salud pública y resolver problemas de salud mediante la promoción y prevención, la atención inicial y la gestión transectorial, buscando romper las barreras de acceso y fortalecer la participación de los ciudadanos. Estos procesos se desarrollan en el espacio familiar, el ámbito laboral, las escuelas y jardines de infancia, la comunidad, el espacio público y las instituciones.

Por su parte, **Barranquilla** cuenta con un sistema basado en promoción y prevención desarrollado en diferentes lugares: casa, colegio, barrios, espacios públicos y entorno laboral. Este tiene tres componentes de atención primaria: 1) atención primaria comunitaria mediante el programa “La salud está en mi casa” y de acciones complementarias, que responden a lo planteado por el PIC; 2) atención primaria de mantenimiento en la salud bajo la Resolución 412, desarrollado por los Puntos de Atención en Salud Oportunos (PASO), que prestan servicios de salud ambulatorios, principalmente de promoción y prevención y servicios curativos de baja y mediana complejidad en consultas de medicina general, odontología, nutrición y psicología; 3) atención primaria de recuperación de la salud, ofrecida por los Centros de Atención Médica Integral Oportuna (CAMINO), que son unidades con servicios de atención de urgencias, hospitalización y cirugía que se clasifican según su grado de especialización profesional y de complejidad tecnológica (Vega & Acosta, 2014). Los tres

componentes cumplen con los diferentes enfoques de promoción, prevención y atención mediante brazos de acción separados sin articulación entre ellos.

En **Medellín**, se desarrolla el enfoque de APS en los ámbitos familiar, comunitario, escolar e institucional, por medio de programas a cargo de la Secretaría de Salud de Medellín. Se destacan los programas denominados “Salud en el hogar” y “Estrategia de escuelas y Colegios saludables” (EECS). Este último se enfoca en educación para la salud en entornos educativos con el objetivo de generar una cultura de salud que favorezca el desarrollo de habilidades para una vida saludable. Está dirigido a docentes, estudiantes y sus familiares.

“Salud en el hogar” tiene como objetivo orientar la población y acercar los servicios de salud a los hogares mediante Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) con el apoyo de TIC. Siendo estos equipos la puerta de entrada al sistema de salud, desarrollan acciones de promoción, prevención y cuidado primario. Durante las visitas, establecen los riesgos, proponen acciones para disminuirlos e implementan programas de seguimiento, aspecto en el cual existe similitud con el sistema utilizado en Bogotá.

Se cuenta también con el apoyo de unidades móviles que desarrollan acciones de información, comunicación y educación para promocionar la salud y prevenir la enfermedad, buscando fomentar una cultura de salud. Según lo anterior, se percibe que en Medellín tiene gran importancia las actividades de acción colectiva encaminadas a cumplir los objetivos del PIC (Vega & Acosta, 2014).

En **Palmira**, el modelo vigente, denominado “Atención Primaria en Salud” (APS) o “Médico en casa”, surgió en el 2012. El Hospital Raúl Orejuela Bueno vincula al personal de Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) mediante contratos de planta temporal con actividades predefinidas para cada integrante. En el documento técnico (2012), se definen las actividades prioritarias para cada programa de atención en salud pública y los aspectos para la gestión administrativa. Los EBAP están conformados por médico general, odontólogo, enfermera profesional, fisioterapeuta y profesional de ciencias sociales o psicólogo (Vega & Acosta, 2014). También se cuenta con equipo de apoyo de cuatro fonoaudiólogos, dos optómetras, un nutricionista y un médico especialista en medicina familiar, así como con un grupo de auxiliares en salud oral y enfermería, denominados “forjadores”. Otro recurso son los equipos tecnológicos denominados “mochilas”. El forjador tendrá a su disposición báscula, tallímetro, tensiómetro estetoscopio y glucómetro, mientras que los profesionales de la salud cuentan con la mochila de telemedicina que incluye un equipo para la toma en línea de electrocardiograma y en el envío de la respectiva lectura (Vega & Acosta, 2014). El EBAP suministra los medicamentos esenciales reglamentados por la Resolución 412. El modelo de gestión involucra diversas fuentes de recursos mediante los convenios multipropósito y se articula con gestores comunitarios para los diferentes programas (Vega & Acosta, 2014).

El **Departamento de Santander** ha realizado un importante recorrido desde 1980 con su modelo de APS. Se denomina “Erradicación de la pobreza absoluta” e involucra voluntarios y fomenta la participación de la comunidad. Inicialmente se

enfocó en zonas limitadas, luego logró la demanda inducida y, por último, la evaluación por quinquenios como acciones de promoción y prevención individual. La implementación municipal tiene diversos niveles de desarrollo con predominio de enfoques selectivos sobre modelos más integrales. Basado en algunas experiencias piloto satisfactorias a nivel municipal con mejores indicadores en salud y funcionamiento adecuado en cuanto a puerta de entrada, portafolio de servicios, formación profesional, busca superar el enfoque selectivo de la APS para tener un modelo más integral y extenderlo al departamento.

Su Modelo de Atención Integral Basado en APS (MAIBAPS) cuenta con equipos técnicos interdisciplinarios, departamentales y provinciales. En los municipios, las auxiliares de enfermería diligencian la ficha familiar que incluye información sobre el estilo de vida, sistema de aseguramiento, y a partir de las necesidades de la población se realizan intervenciones colectivas, y programas de prevención y promoción (Vega & Acosta, 2014). Sin embargo, se han identificado limitaciones para la implementación del modelo, por ejemplo, los usuarios califican como un bajo desempeño el enfoque familiar, la orientación a la comunidad y acceso a los servicios, así como la continuidad de los contratos y la coordinación intra e intersectorial (Vega & Acosta, 2014).

1.2.4.2.3 Articulación entre el modelo de salud pública de los entes territoriales y las EPS y de estas con sus IPS

La existencia de un modelo de salud articulado implica que los pacientes detectados en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) reciban atención y

completan el ciclo, que los casos atendidos se resuelvan en un alto porcentaje en la puerta de entrada (entre el 80 % y el 85 %) y que solo se derive a otros niveles de atención lo que no puede solucionarse en esa primera instancia. Sin embargo, esto no es lo que ocurre en Colombia.

Aunque las experiencias de implementación de la APS descritas en la sección anterior reflejan los esfuerzos de los entes territoriales por ofrecer una atención integrada entre las acciones de salud pública, que generalmente están contratadas con los entes territoriales, y las acciones de promoción y prevención individual, que son responsabilidad de las EPS y las EPS-S, existen múltiples dificultades para que esto se logre en la realidad ya que los dos enfoques no generan una atención que asegure un equipo de primer contacto que dé continuidad a la atención y que esta sea íntegra, integrada y coordinada (Vega & Acosta, 2014).

Una situación suficientemente ilustrativa se presenta en Bogotá, la capital y la ciudad con mayor población del país, donde el modelo de salud pública no pudo integrarse en un modelo completo de APS porque no fue posible aplicarlo a toda la población (exceptuó a regímenes especiales) y, aunque los riesgos de la población detectados se canalizaron a las diferentes EPS, solo pudo completarse el ciclo de atención (detección del riesgo, atención e intervención) en un bajo porcentaje. Esta situación debilitó el modelo ya que no era resolutivo en tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Vega & Acosta, 2014). A pesar de que se intentó extender a poblaciones aledañas como Mosquera y se registraron algunos avances en cuanto a articulación con las EPS e IPS, estos no fueron

significativos y la nueva administración del alcalde Enrique Peñalosa, elegido en 2015, está replanteando el modelo.

Lo anterior evidencia un enfoque basado en procesos de identificación de las necesidades de los usuarios para planificar una respuesta dirigida, ejecutando actividades de intervención, canalizando el paciente a otro nivel de atención de acuerdo a las necesidades, sin que se pueda finalizar el ciclo de forma adecuada ya que el cierre está supeditado al acceso real que se tenga a la IPS a la que se ha sido remitido. Las IPS dependen de la contratación con cada EPS, contributiva o subsidiada que, como ya se ha indicado, no tienen una distribución territorial de su población

Adicionalmente, el régimen contributivo de Bogotá no se coordina con las acciones del PIC; por ejemplo, pacientes que son detectados en el programa “Territorios saludables” como grupos de riesgo y que son canalizados a una EPS del régimen contributivo no cuentan con mecanismos que faciliten el acceso a la atención requerida; ellos deben hacer todo el proceso, con las barreras que se describen más adelante, lo que determina que la gran mayoría de veces no se cierre el ciclo de atención. Por ejemplo, una adolescente embarazada sin control prenatal, remitida a la EPS que le corresponde, llama, no consigue cita, se desanima y sigue sin el control prenatal. Esta situación denota la desarticulación total y la necesidad de esfuerzos para que sea efectiva la atención (Chávez, Mosquera & Solano, 2014).

Estas mismas dificultades en la canalización se han detectado en grupos de riesgo como menores de un año o pacientes con enfermedades crónicas en las prácticas que realizan los residentes de medicina familiar en hospitales públicos de Bogotá. En ciudades como Barranquilla, Medellín, Palmira y Santander también se han identificado dificultades similares derivadas de la fragmentación, una orientación inadecuada, los problemas de financiamiento, la concurrencia de recursos, la falta de integralidad y organización en los equipos básicos y las debilidades tanto en la capacitación del recurso humano como en la participación comunitaria (Vega & Acosta, 2014).

De otro lado, en las IPS los pacientes tampoco cuentan con una ruta de atención adecuada. Por ejemplo, en el régimen subsidiado, la atención básica en los hospitales públicos se organiza en centros de atención de salud de primer nivel, o sedes asistenciales, bajo los siguientes nombres: Unidad Básica de Atención (UBA), Unidad Primaria de Atención (UPA) o Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI). Estas unidades son el primer contacto tanto resolutivo como de promoción y prevención. La atención especializada se presta en los hospitales de segundo y tercer nivel. Los mecanismos de comunicación formales no son suficientemente efectivos como lo reporta una tesis de grado de residentes de medicina familiar de la Universidad El Bosque, por lo que han requerido establecer mecanismos informales para la atención de pacientes embarazadas. Este es un grupo priorizado para la detección de riesgos: cuando se identifica que requieren una valoración en otro nivel es más eficiente el uso del Whats App y la llamada telefónica, mediados por una relación de amistad con quien la atiende, que una

remisión formal mediada por una relación interinstitucional (Alvarado, Bermúdez & Echeverría, 2015). Existen proyectos dirigidos a mejorar la comunicación entre los niveles de atención de la red pública.

De acuerdo con nuestra experiencia como residentes, en Bogotá, en la atención que prestan las EPS a través de las IPS no se siguen los pasos propuestos para tener un enfoque centrado en atención primaria; por ejemplo, en sectores donde el acceso a los servicios de alta complejidad no es tan restrictivo, los pacientes los usan de manera inadecuada. También se observa que cuando el acceso a las herramientas como paraclínicos y medicamentos en el primer nivel de atención es restringido, se originan trámites, consultas y remisiones muchas veces innecesarios que saturan los niveles de complejidad más altos.

Esta observación se corrobora con el aumento de atenciones que han tenido los prestadores públicos en segundo y tercer nivel cuya ocupación supera el 78 % entre el 2007 y 2015, y la disminución del nivel de ocupación en el primer nivel, que no alcanza el 40 % en el mismo periodo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b). Al respecto, es importante resaltar que los usuarios y funcionarios perciben el primer nivel de atención como de baja complejidad. En la medida que se considera el primer nivel como simple, se subestima su resolutivez llevando a baja productividad del mismo. Esta situación ha sido descrita ampliamente en los documentos que dan cuenta del contexto donde se espera que interactúen los egresados de la Especialidad en Medicina Familiar, en especial de la Universidad El Bosque (Rodríguez, 2011; Rodríguez et ál., 2012).

Estas restricciones se acentúan en el régimen subsidiado, lo cual va en contravía del propósito inicial de un sistema basado en atención primaria. Como señala el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), en lugar de fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel capacitando este sector, sus funciones se restringen. Un factor que contribuye a la fragmentación en el régimen subsidiado de Bogotá es que las consultas de promoción y prevención requieren un espacio diferente a la consulta “resolutiva”. Esta situación se presenta en forma diferente en cada una de las EPS del sistema.

Por su parte, las instituciones y especialistas ofrecen mayor número de servicios en altos niveles de complejidad para aumentar sus lucros, lo cual disminuye la sostenibilidad del sistema y lo aleja de la propuesta del sistema basado en atención primaria. Esto es más notorio en el sector público por las limitaciones que tienen los médicos del primer nivel de atención, lo cual se ve reflejado en el bajo porcentaje de contratación de médicos familiares en este sector.

Adicionalmente, los usuarios perciben numerosas barreras de acceso a los servicios de salud, como lo mostró un estudio realizado en 2014 por un grupo de residentes de la Universidad El Bosque en el Hospital de Suba, donde se evaluó el acceso a la salud de la población gestante atendida en una institución pública. Los autores concluyeron que la atención en esta IPS presenta numerosas barreras geográficas, técnicas, económicas, socioculturales y en mayor proporción administrativas, lo que genera insatisfacción en las usuarias entrevistadas (Chávez, Mosquera & Solano, 2014). Una investigación posterior en esta misma institución reportó resultados similares (Alvarado et ál., 2015).

Estas barreras también se mencionan en el documento que sustenta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Allí se hace referencia a limitaciones de acceso en los ámbitos territoriales dispersos, en especial por barreras geográficas, tales como condiciones culturales, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado y dificultad en acceso vial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Aunque en general las EPS contributivas organizan mejor la prestación de los servicios con centros de puerta de entrada con profesionales especializados, que mejoran la resolutivez de los médicos generales mediante consulta asistida, esto se desarrolla mediante una pseudoespecialización en la atención primaria que lleva a una atención fraccionada del paciente (Rodríguez, 2011). Por ejemplo, si una paciente presenta una patología crónica, consulta al médico del programa de crónicos; cuando tiene una situación que no pertenece a algún programa definido, consulta a otro médico; si está embarazada y requiere un control prenatal, a un tercero. Esta pseudoespecialización puede relacionarse con el sistema de asignación de citas según disponibilidad, sin tener en cuenta las necesidades y condiciones del paciente. Se puede, por ejemplo, asignar una cita con un médico diferente o en un lugar distante. Aunque la cita se considere en los indicadores de oportunidad, de hecho, constituye una barrera de acceso y limita la continuidad de la atención.

Situaciones como las descritas van en contra de la integralidad que caracteriza la atención primaria en salud y lo propuesto por la Ley 1438 en su artículo 61, según el cual la atención dentro del sistema debe ofrecerse en una red *integrada* de

salud organizada de forma tal que permita brindar los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de manera articulada e integral.

1.2.4.2.4 Modelo en la jurisdicción especial para comunidades indígenas

Finalmente, teniendo en cuenta el tercer enfoque mencionado por Vega y Acosta (2014) respecto a la diversidad de culturas y razas de Colombia (véase Sección 1.2.4.1), es indispensable tener una organización específica para el sistema de salud de cada una de ellas. Por esta razón, en 1971, se creó el Consejo Regional Indígena (CRIC) en el Departamento del Cauca, que desarrolló el programa de salud indígena, que tiene como centro de acción media ancestral la autonomía alimentaria y la interculturalidad del cuidado de la salud. Este sistema, diseñado para esta población, incluyó la creación de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), que se fundamenta en la cosmovisión indígena y se guía por los valores definidos por el CRIC en el 2010. Su enfoque está orientado al territorio, la comunidad, la familia y la persona; incluye otros cuatro componentes: político, cuidado de la salud, investigación en salud, y administración y gestión.

La APS en los pueblos indígenas se caracteriza por la atención integral e intercultural por ciclo vital, familiar y comunitario, lo cual sugiere una mejor articulación e integralidad en la atención respecto a los modelos descritos previamente. Este modelo es financiado por los recursos de régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las propias comunidades. Está dividido en zonas para dar una cobertura global y disponer de

un mejor acceso a las comunidades más distantes de zona urbana; cuenta además con el apoyo de unidades básicas para la atención integral, los de base comunitaria y los de apoyo (Vega & Acosta, 2014). Existe la propuesta de implementar el modelo de APS en las comunidades indígenas con un enfoque de interculturalidad basado en la experiencia del Cauca y de otra similar desarrollada por la Organización Gonawindua Tayrona en la Sierra Nevada de Santa Marta. Las dos han avanzado en la integración del modelo gracias a la delimitación de la población y buscan que las comunidades originarias se apropien de la organización de la salud.

1.2.4.2.5 Propuesta de Modelo del Ministerio de Salud y Protección Social

De conformidad con la situación descrita hasta este punto, Colombia cuenta con una normatividad dirigida hacia la implementación de la APS con logros significativos, como el aumento de cobertura y la disminución del gasto del bolsillo, que son características de este modelo; pero también con unas dificultades importantes en el acceso a los servicios, con un modelo de atención anárquico y con modelos de prestación de servicios fraccionados, sin una base poblacional. Estas dificultades tienen su origen en una conceptualización más centrada en los intereses administrativos que en la rentabilidad social de un sistema centrado en el paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Ha sido difícil implementar la normatividad por diferentes factores, entre los cuales se destacan la desarticulación de los componentes del sistema; la falta de unificación de planes y actividades por parte de las EPS; la percepción cultural

frente a la baja complejidad de la atención primaria; las diferentes barreras administrativas, geográficas, técnicas, económicas, culturales; y la limitación para formar los médicos mediante especializaciones y subespecializaciones. Todo lo anterior restringe el acceso al sistema por parte de los usuarios y la atención por parte de los profesionales en salud (Chávez, Mosquera & Solano, 2014).

También debe tenerse en cuenta que los indicadores de la organización de servicios y sus resultados responden al modo de organizar la atención y no los principios de la APS. La información es controlada por cada EPS e IPS según las necesidades de la institución y esto no siempre coincide con las necesidades e intereses de la población y la nación; además, el personal de salud operativo solo accede a la información que la EPS o IPS que le contrata quiera mostrar (Rodríguez, 2011). De esta forma, es imposible que un médico o un equipo de salud se comprometa a responsabilizarse por una población, como lo requeriría un modelo basado en la APS.

En respuesta a esto, la Ley Estatutaria 1751 del 2015 consagra la salud como un derecho constitucional, dejando de lado el concepto de servicio obligatorio, y plantea la obligatoriedad de atención en servicios de urgencias en todos los casos e incluye además la política farmacológica. La propuesta del Gobierno para lograrlo es reglamentar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que busca un abordaje integrado y centrado en el paciente desde diferentes puntos de intervención con especial énfasis en la promoción de la salud desde un enfoque intercultural y multidisciplinario con participación ciudadana en el cuidado de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Ante esta desarticulación, el objetivo es consolidar una política de interacción coordinada entre las entidades participantes en la atención en salud con el fin de brindar una atención integrada y articulada dentro del sistema en las áreas rurales, urbanas y dispersas que se constituye en la propuesta del nuevo modelo de atención para Colombia. Para ello, se propone desarrollar acciones en cuatro ejes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b):

a) *La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria*, para generar una respuesta integral a las necesidades de la población, así como un abordaje biopsicosocial de los pacientes, con énfasis en promoción y prevención, con atención continuada, actuación frente a riesgos y una alta calidad resolutiva. Este tipo de atención también busca integrar los servicios de baja y mediana complejidad mejorando la calidad en la prestación y optimizando los recursos.

b) *El cuidado*, como responsabilidad, individual, colectiva y estatal, con compromiso de cuidado por parte del individuo, su familia, la comunidad y el Estado.

c) *La gestión integral del riesgo en salud*, como estrategia de articulación de las demás medidas, así como modo de diagnosticar y tratar en forma precoz las patologías a fin de impedir sus complicaciones, así como de mejorar la experiencia de los usuarios frente a la atención y el costo/beneficio de las acciones realizadas.

d) *El enfoque diferencial de territorios y poblaciones*, dando una atención acorde a las necesidades específicas de cada población.

La Resolución 429 de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud que ya había sido propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los planes de desarrollo territoriales y el Plan Nacional de Desarrollo. El marco estratégico de la Política es el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que busca mantener la atención primaria como estrategia básica y “primer elemento de asistencia sanitaria” garantizando calidad, efectividad y servicios multidisciplinarios, fomentando el autocuidado y la participación ciudadana en la promoción de la salud desde un enfoque sociocultural más que individual, y promoviendo la atención integral, integrada y continua en el mismo camino de los principios enunciados en el sistema general de salud. Para lograrlo, se propone desarrollar los siguientes diez aspectos:

a) *Caracterización de la población* con el fin de satisfacer sus necesidades particulares en salud en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

b) *Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)* para integrar las medidas de prevención individuales (PAB) y colectivas (PIC) que deben basarse en la mejor evidencia disponible. Se proponen tres rutas: 1) ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud; 2) ruta integral de atención para grupos de riesgo, como alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, riesgo de infecciones respiratorias crónicas, alteraciones nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento, alteraciones en la salud bucal, riesgo o presencia de cáncer,

población en condición materno - perinatal, riesgo de infecciones o presencia de zoonosis y agresiones por animales, enfermedad o accidentes laborales, agresiones, accidentes y traumas, enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente, riesgo o enfermedades raras, trastornos visuales y auditivos y población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes; 3) rutas integrales de atención específica que incluye acciones de recuperación, rehabilitación y paliación.

Estas rutas buscan integrar la atención, fortalecer la comunicación entre los participantes del sistema e incorporar intervenciones de gestión de la salud pública, de promoción de la salud, individuales, así como hitos, indicadores de seguimiento y evaluación, junto con los responsables sectoriales.

c) *Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)* para coordinar las acciones que se lleven a cabo en cada grupo de riesgo identificado en los pasos anteriores con el fin de prevenir los eventos de interés en salud pública. Participan en este proceso la entidad territorial como punto de articulación y coordinación del sistema; las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que identifican y comunican el riesgo de sus afiliados; la red de servicios, que ejecuta las acciones de prevención y el afiliado; la familia y los cuidadores como responsables del autocuidado.

d) *Delimitación territorial del MIAS* con el propósito de ajustar las acciones a las necesidades poblacionales teniendo en cuenta las diferencias entre la población rural, donde los servicios de salud son generalmente monopólicos y públicos, y la

urbana, que de forma habitual cuenta con amplia disponibilidad de sistemas de salud y una población dispersa, lo cual representa disponibilidad y accesibilidad limitada a los servicios de salud.

e) *Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud*, con el fin de articular el sistema de salud y sus funciones, así como la gestión de la prestación de servicios garantizando el acceso y calidad en la atención, así como la resolutivez de los problemas de la población atendida.

Cada red tendrá dos componentes: uno primario, que será la puerta de entrada al sistema y resolverá mínimo el 80 % de los problemas de salud de la población, brindará acciones de promoción y prevención, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía, así como planeación y ejecución de las actividades del PIC para lo cual estará organizado en equipos multidisciplinarios en salud (EMS), que tendrán familias a cargo para el desarrollo de una atención y seguimiento integral. Un segundo componente es el complementario de prestación encargado de las acciones de mayor complejidad y la contrarreferencia al componente anterior con el fin de asegurar la continuidad en la atención.

f) *Redefinición del rol del asegurador*, quien velará por la efectiva gestión del riesgo en salud protegiendo el riesgo financiero secundario, para lo cual debe formar grupos de riesgo, desarrollar rutas integrales de atención, aplicar mecanismos de contratación y pago, hacer seguimiento de las intervenciones

realizadas y garantizar la capacidad técnica y la interacción con las demás partes del sistema.

g) *Redefinición del esquema de incentivos* para fomentar la integralidad y calidad en la atención, así como el talento humano según la formación y distribución geográfica. Se incluyen también incentivos para el autocuidado en los usuarios.

h) *Requerimientos y procesos del sistema de información* para realizar un cambio en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social (SISPRO) a fin de recolectar un mínimo de datos que permitan integrar los componentes del modelo, respetando la reserva de la información.

i) *Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS)* en torno a cuatro ejes: 1) formación del recurso humano, aumentando los especialistas en medicina familiar y salud familiar y comunitaria; 2) armonización del talento humano con esquemas de cuidado integral, garantizando la disponibilidad y capacidades del personal a cargo de la atención, los cuales deben incluir especialistas, gestor comunitario en salud, auxiliar en salud pública, médico familiar y personal no médico especialista en salud familiar; 3) fortalecimiento de recurso humano responsable de la planeación y gestión de las estrategias; y 4) mejoramiento de las condiciones laborales.

j) *Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento* en pro de solventar las necesidades de salud de la población para un abordaje integral, estrategias de sostenibilidad financiera, gestión eficiente de los recursos humanos, fortalecimiento de sistemas de información, identificación de nueva

evidencia científica e investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Como se evidencia, todo el proceso normativo llevado a cabo en salud va encaminado a lograr un sistema integral y con sostenibilidad financiera. Para ello, cada vez es más importante la resolutiveidad en el primer nivel de atención y las acciones de promoción y prevención articuladas con el tratamiento y la rehabilitación. El proceso a noviembre de 2016 es incipiente.

2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

2.1 Formación en medicina familiar

2.1.1 Hitos

En 1966 el director del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad del Valle, doctor Diego Mejía, viajó a Europa con fines académicos, más específicamente a Inglaterra, donde tuvo la oportunidad de conocer el sistema inglés y el papel de un médico generalista llamado *general practitioner*. La buena impresión que le dejó este modelo lo incentivó a implementarlo en dicha universidad a su regreso a Colombia. Con este hecho comenzó la formación en medicina familiar en el país (Rodríguez, Bonivento & Villadiego, 2012).

Por la misma época, la Universidad Nacional diseñó una especialidad en Medicina General que involucraba el año de internado y el año rural, que finalmente no se

desarrolló. También se ofreció un programa de Medicina Familiar en el área rural de Casanare con el Seguro Social. Este no continuó por dificultades políticas como la conversión de Casanare en departamento (Rodríguez et ál., 2012).

Dado el interés de la Universidad del Valle por esta especialidad, entre 1970 y 1980, el doctor Diego Mejía, pionero de la medicina familiar en Colombia y Latinoamérica, realizó diversas visitas a Norteamérica con el fin de conocer el programa y el modelo allí desarrollado. Esta experiencia sirvió de base para diseñar en 1984 el posgrado de Medicina Familiar en la Universidad del Valle (Rodríguez et ál., 2012). Este fue aprobado en 1985, con una duración de tres años y tenía la visión de multiplicar el proyecto en el país (Rodríguez & Vega, 1995). En 1987, año en el programa fue aprobado por el Consejo Superior de la Universidad, egresó la primera promoción, dando inicio al servicio de salud familiar en dicha institución. Los profesionales fueron contratados como médicos asistenciales (Universidad del Valle, s.f.).

Esta primera cohorte en su año de graduación fundó la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF), reconocida por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Cimf) y por la Organización Mundial de Colegios y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia (Wonca) (Arias, 2007). La SOCMEF se consolidó como una sociedad de carácter científico, cultural y social con el fin de apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la especialidad en diferentes ámbitos (Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, 2014). En 1988 se logró que la especialidad en Medicina Familiar fuera incluida en la contratación de planta del Instituto de Seguros Sociales (ISS) (Universidad del Valle, s.f.).

Con la posterior reforma a la salud promulgada por la Ley 100 en 1993, se dio importancia a la atención primaria, lo cual hizo necesario apoyar la formación de un mayor número de médicos familiares. Por esta razón, en 1994 el Ministerio de la Protección Social y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) empezaron a desarrollar estrategias para masificar la especialidad. En 1995, la Facultad de Medicina Familiar de la Universidad del Valle propuso un modelo en el cual el año de internado con énfasis en medicina familiar se homologa como primer año de posgrado, el segundo año se realiza en forma concomitante con el servicio social obligatorio y el tercer año se desarrolla en forma tradicional (Universidad del Valle, s.f.). La Universidad Javeriana creó el programa en la especialidad en 1995 (Universidad Javeriana, s.f.). Tres años más tarde, la Universidad El Bosque, conocida como Escuela Colombiana de Medicina hasta 1997, ofertó este posgrado. Los dos programas contaron con ayuda de docentes egresados de la Universidad del Valle (Arias, 2007; Rodríguez et al., 2012).

En el año 2000, la Universidad Juan N. Corpas también ofreció esta especialización. Esta se había promovido desde la década de 1980 como práctica del generalista; sin embargo, era más intervencionista con enfoque quirúrgico. Otorgaba el título de profesor en Medicina Familiar Integral y buscaba formar médicos cirujanos integrales (Rodríguez et ál., 2012). En el 2005 se aprobaron los programas de la Universidad del Cauca, la Universidad de la Sabana y la Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud (FUCS). Los dos primeros tuvieron el apoyo de egresados de la Universidad del Valle y el tercero de

egresados de la Universidad Javeriana (Arias, 2007). En 2016, existen siete programas en el país, cinco de los cuales funcionan en Bogotá, originados en su gran mayoría a partir de la experiencia vivida en la Universidad del Valle.

2.1.2 Características de los programas académicos

Todos los programas vigentes en 2016 tienen una duración de tres años y buscan que sus egresados desarrollen las habilidades necesarias para desempeñarse en ámbitos gerenciales, administrativos o académicos. Adicionalmente, el médico familiar se forma para estar en capacidad de realizar intervenciones asertivas y resolutivas en las diferentes poblaciones y comunidades, manejando holísticamente el conocimiento con un enfoque biopsicosocial e interdisciplinario y administrando de manera efectiva los recursos. Este especialista desarrolla la capacidad de investigar y de enfocar las diferentes problemáticas presentadas dentro el marco legal vigente (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2014; Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2016; Universidad del Valle, 2015; Universidad El Bosque, 2016; Universidad Javeriana, s.f.).

Los diferentes programas comparten la misión de formar profesionales con alto compromiso con el paciente, que actúan siempre bajo principios éticos y tienen habilidades para abordar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde un enfoque holístico del paciente con un modelo biopsicosocial. Para lograr esto, durante el tiempo de formación, se ofrecen asignaturas administrativas, comunitarias, clínico-quirúrgicas y de investigación.

A continuación, se presentan las características específicas de los programas vigentes:

Universidad El Bosque. Su currículo se basa en la práctica integral del generalista e incluye durante los seis semestres rotaciones en diferentes escenarios que aportan a un abordaje integral de condiciones prevalentes en la población. Además, el estudiante recibe una formación adicional en terapia de familia desarrollada dentro de los módulos de intervención sistémica y con créditos específicos en temas como sexualidad, adolescentes, violencia y programación neurolingüística (Universidad El Bosque, 2016).

El plan de estudios está organizado en cuatro ejes que se desarrollan durante los seis semestres: 1) *fundamentación integradora*, que incluye los módulos de fundamentos en medicina familiar, intervención sistémica y módulos específicos; 2) *organización y gerencia en sistemas de salud*, que comprende seminarios sobre la organización y gestión de los sistemas de salud; 3) *investigación*, que busca desarrollar un proceso completo de investigación; 4) *profundización clínica*, orientada hacia el cuidado primario en el cual se hacen revisiones teóricas y prácticas formativas (Rodríguez et ál., 2012).

El programa cuenta con tres modalidades de formación: 1) *residencia modificada*, en la cual los estudiantes de medicina de cualquier universidad realizan en su último año un énfasis con el programa de Medicina Familiar, el cual posteriormente se homologa como primer año de especialización; 2) *programa clásico o convencional*, en el cual se reciben médicos generales que aspiran a

especializarse en medicina familiar. Ellos desarrollan un programa de tiempo completo con dedicación exclusiva y, cada semestre, rotan por las diferentes especialidades y reciben las clases de los cuatro ejes mencionados; 3) *formación en servicio*, dirigida a médicos generales que estén laborando; ellos rotan por las diferentes especialidades durante un tiempo menor que en la modalidad convencional y, en el tiempo restante, continúan asistiendo al servicio de consulta externa de la EPS en la cual trabajan. En 2016, en esta modalidad está vigente el convenio con la EPS Sanitas, que realiza una convocatoria interna entre sus médicos para postular a quienes ingresarán al Programa (Rodríguez et ál., 2012).

Universidad del Valle. Dentro de su currículo ofrece dos módulos específicos de pedagogía psicoterapéutica de familia, cultura y sociedad y salud ocupacional. Incluye además tutorías personalizadas (Universidad del Valle, 2015) y se ofrece en modalidad de residencia modificada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Universidad Javeriana. Para desarrollar su plan de estudios, se apoya en los departamentos de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Salud Pública, Administración de Servicios de Salud, Bioética y Salud Ocupacional, basándose en un trabajo interdisciplinario que complementa la formación del médico familiar. Ofrece la modalidad de formación en servicio (Universidad Javeriana, s.f.).

Incluye también grupos Balint con el objetivo de fortalecer el análisis de la relación médico-paciente y la reflexión durante la práctica médica (Universidad Javeriana, s.f.). Dentro de su currículo incluye formación en comunicación humana y organiza

el desarrollo académico por módulos que hacen énfasis en el cuidado de poblaciones específicas: mujeres, niños y adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores (Universidad Javeriana, s.f.).

Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Organiza su currículo por años, con rotaciones por las áreas clínicas básicas, como cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna, así como sus subespecialidades; entre ellas, cardiología, gastroenterología, neumología, nutrición, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica, neurocirugía, ortopedia, urología, medicina comunitaria y psiquiatría. En cuanto al escenario de práctica, se ofrece el área de hospitalización, consulta externa, unidad de cuidados intensivos, sala de parto, unidad de cuidado básico en pediatría, unidad de cuidado intensivo neonatal y salas de cirugía. Llama la atención que no incluye áreas de fundamentación ni gestión ni normatividad (Fundación Universitaria Juan N. Corpas, 2016).

Universidad de la Sabana. Este programa basa sus objetivos de formación en las necesidades planteadas en la Ley 1438 y su énfasis en atención primaria. Incluye seminarios de fundamentación, formación investigativa, humanística y apoyo profesional (Universidad de la Sabana, 2011). Se ofrece en modalidad de residencia convencional y modificada (Ministerio de Salud y Protección social, 2015b).

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. En la primera mitad del Programa, se realizan las actividades de investigación y se ofrece el primer contacto con la medicina familiar; posteriormente se aborda la medicina interna

con sus subespecialidades y las especialidades, como dermatología y oftalmología. En la segunda mitad, se hace énfasis en áreas como pediatría, adolescentes, ginecología, psiquiatría, geriatría y dolor. Además del programa clásico, se ofrece la modalidad de formación en servicio. Los estudiantes también reciben formación en diferentes áreas como bioética, gerencia, epidemiología, pedagogía y comunicación (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2014).

La mayoría de los programas vigentes no especifican los escenarios de rotación; sin embargo, lo habitual es centrarlos en urgencias, hospitalización, consulta externa en hospitales de altos niveles de complejidad y consultas en centros de atención primaria; esta última opción corresponde al 40 % de la formación (Salazar & París, 2015) y generalmente permite la participación en programas y acciones de promoción y prevención, pero sin articular las actividades de las atenciones de salud-enfermedad y promoción y prevención según el modelo propuesto. El otro 60 % corresponde a rotaciones en instituciones de tercer y cuarto nivel mediante un modelo organicista de supraespecialidades (Salazar & París, 2015). Así mismo, se ha evidenciado que el principal énfasis de conocimientos adquiridos durante la especialidad es clínico, siendo menor el aspecto comunitario y administrativo (Salazar & París, 2015). En cuanto al acompañamiento durante la formación, se cuenta en ocasiones con la supervisión de médicos familiares y en otras bajo la coordinación de otras especialidades.

En 2014, representantes de los programas académicos vigentes, convocados por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y

Protección Social, se reunieron y acordaron los aspectos centrales para la creación de un programa único de formación en medicina familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

2.1.3 Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar

En el marco de la reforma al Programa Nacional de Salud, en junio de 2015, el Ministerio de Salud dio a conocer el Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar (PUNEMF), que presenta un modelo al que los diferentes programas de Medicina Familiar deben adscribirse en un 70 % con el fin de garantizar el derecho a la salud de toda la población colombiana. El 30 % restante puede ser definido por cada universidad. Esto rige tanto para los programas existentes como para los que se encuentren en proceso de aprobación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Esta propuesta busca reducir los diferentes factores que confluyen en un sistema de salud que no cumple con la cobertura, el aseguramiento y la accesibilidad en la atención de los usuarios, a pesar de contar con las diferentes normatividades que regulan el derecho de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social plantea un modelo de salud familiar que requiere el trabajo multidisciplinario, con la finalidad de mejorar tanto la atención como la resolutivez con la que se debe contar en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Para consensuar este programa único, se realizaron diversas actividades en cabeza del ministro de salud Alejandro Gaviria Uribe, entre ellas, orientación del diseño estructural y definición del perfil de competencias para medicina familiar, lo que requirió la realización de talleres con delegados de salud y de diferentes universidades; consultas de experiencias de médicos familiares; talleres internacionales de formación de formadores en medicina familiar; encuentros nacionales y foros regionales. En conjunto, las actividades se dirigían a establecer el currículo de acuerdo con el perfil y las competencias con las que debe contar el médico familiar en Colombia, teniendo en cuenta las experiencias de programas similares en otros países y el impacto que estos han tenido. El documento evidencia el convencimiento del Ministerio de Salud y Protección Social de que es necesario contar con médicos familiares para el desarrollo de la APS:

[...] para garantizar el adecuado desarrollo de las estrategias e iniciativas arriba planteadas el país requiere por lo menos 5000 médicos familiares y otro tanto de [sic] en salud en salud familiar y comunitaria (especialización dirigida a otras profesiones de la salud y de ciencias sociales); meta que se desea alcanzar en 10 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b, pp. 16-17).

Los aspectos acordados en el programa único son los siguientes:

a) *Duración del posgrado*: tres años en modalidad presencial, con rango de 180 a 210 créditos. Comprende enfoques de salud familiar y comunitaria (SFC) basados en gestión y acompañamiento, fortalecimiento de la SFC con énfasis en políticas de salud, liderazgo en procesos, así como en gestión y fortalecimiento del Programa Único.

b) *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)*: concibe la atención primaria según lo indicado por la Ley 1438 de 2011 y se basa en los siguientes ítems: articulación de promoción y prevención, vinculación de entes territoriales, gestión territorial, condiciones para prestación de servicio y desarrollo de estrategias para garantizar la atención.

Con este marco legal de atención, se generará un proceso para articular y promover planes que garanticen un enfoque integral en todos los niveles y procesos de atención en los que sea posible ofrecer atención primaria bajo el principio de universalidad. Dentro de estos planes se enmarcan las diferentes políticas, como el Plan de Intervenciones Colectivas, articuladas con los beneficios con los que se cuenta en el POS con su actualización del 24 de diciembre del 2015.

c) *Enfoque de salud familiar y comunitaria*: se desarrollará basado en la formación con la que cuente el talento humano para solucionar problemas, enfocado en la situación social en la cual se esté desarrollando, conformando equipos multidisciplinarios, con especial énfasis en promoción y prevención, y mejorando la resolutivez de primer nivel; también permitirá la participación social e intersectorial.

d) *Marco de salud*: el médico familiar comprenderá la situación poblacional del país, su demografía y problemática. Actuará sobre las diferentes causas de mortalidad por edades y en las patologías diferenciales según su prevalencia e incidencia, así como sobre otros problemas que presente la población.

Teniendo en cuenta estos cuatro aspectos se diseñará un currículo unificado de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria y los microcurrículos de sus ocho componentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b):

1) Clínicos: corresponden entre el 60 % y el 70 % del total de créditos. Se centran en la atención médica en centros ambulatorios, de hospitalización y urgencias. La Tabla 4 presenta los componentes de esta clase.

Tabla 4. Componentes clínicos según el modelo único de formación de médicos familiares

Por fase del curso de vida y problemática	Tipo de prestador	Tipo de entorno en que se realiza la atención	Nivel de intervención
Niño	Prestador primario	Hogar	Promoción de la salud
Adolescente	Prestador complementario	Domiciliario	Prevención primaria
Adulto		Educativo	Prevención secundaria (tamización)
Mujer gestante/ salud sexual y reproductiva		Comunitario	Prevención terciaria (tratamiento oportuno y rehabilitación)
Adulto mayor		Laboral	Prevención cuaternaria
		Institucional	Tratamiento
		Asistencial ambulatorio	
		Intrahospitalario	

Autoría propia. Fuente: Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar, 2015.

2) Psicosociales: su propósito es formar a los egresados para que realicen la labor medica mediante empatía, con una buena relación médico-paciente desde un punto de vista biológico, psicosocial y espiritual con las personas, familias y comunidades, así como abordar las problemáticas psicosociales de la población asignada con los instrumentos de medicina familiar y las bases de la psicoterapia.

3) Administrativos: su eje es el desarrollo de competencias que permita al médico familiar realizar ajustes que garanticen la calidad en los escenarios de práctica y los servicios de salud, considerando las necesidades y características de la población.

4) Epidemiológicos: desarrollan la capacidad de análisis y vigilancia epidemiológica en las poblaciones asignadas.

5) Investigativos: se centran en la gestión del conocimiento y en metodología de la investigación. Se deben fortalecer competencias en la gestión del conocimiento en salud y medicina familiar y comunitaria, así como en la generación de conocimiento apuntado a la mejora de la salud y calidad de vida de la población.

6) Pedagógicos: forman a los egresados para realizar educación e investigación de una forma didáctica y pedagógica acorde con el contexto social y cultural en que participan.

7) De integración y articulación: su propósito es generar liderazgo en el trabajo interdisciplinario en pro de la salud individual y comunitaria; además, promueven la integración de la comunidad como factor en la gestión colectiva.

8) Aclaración de las diferencias en la dedicación en tiempos y créditos académicos para cada una de las modalidades (convencional, modificada o formación en servicio)

Las competencias y contenidos se visualizan en un modelo curricular hexagonal estructurado en torno a preguntas orientadoras: ¿Para qué enseñamos? ¿Qué enseñamos? ¿Cuándo enseñar? ¿Cómo enseñar? ¿Con qué enseñar? ¿Cómo evaluar los logros? (véase Figura 3).



Figura 3. Modelo curricular del Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar

Fuente: Programa Único Nacional para la Especialización en Medicina Familiar, 2015.

Este programa presenta adicionalmente cinco ejes curriculares básicos: fundamentos de medicina familiar, epistemología y filosofía del conocimiento

médico (5 %); clínico (atención biopsicosocial espiritual) (60 %); trabajo con comunidades (10 %); investigación y educación (15 %) y gestión (10 %).

Lo anterior permitirá consolidar el perfil ocupacional del médico familiar, enunciado así:

[...] es un especialista clínico que lidera el cuidado primario de la salud desde el enfoque holístico y eco-sistémico de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas, como seres biopsicosociales, las familias y sus comunidades, para contribuir a la reducción de inequidades en salud, con enfoque de curso de vida, según las etapas del ciclo vital, y la comprensión de la salud y la enfermedad como parte del proceso vital humano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b, p. 41).

Los escenarios de práctica, por su parte, deben cumplir con los estándares básicos de acreditación, usar las guías de práctica clínica y formativa realizadas en conjunto entre la institución de salud y la de educación superior, así como utilizar un formato de información e historia clínica unificado que permita hacer un seguimiento adecuado de los pacientes atendidos. También se busca que estos escenarios se encuentren articulados dentro de las redes integrales de servicios en el modelo de salud familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

2.2 Medicina familiar y atención primaria en salud

2.2.1 Ámbitos de desempeño

En Colombia, el médico familiar se encuentra capacitado para desempeñarse en los servicios de salud pública, prevención y detección de riesgos y como coordinador de servicios de mayor complejidad (Rodríguez et ál., 2012). Cuenta con capacidades que le permiten actuar en promoción, prevención, curación y rehabilitación, resolviendo la mayoría de los motivos de consulta por su preparación en las patologías más frecuentes de tipo físico y mental agudo, infeccioso y crónico contagioso y no contagioso haciendo un abordaje por problemas y riesgos. También está en capacidad de diseñar y desarrollar proyectos de investigación o desempeñarse como docente, combinando siempre las diferentes esferas de las ciencias sociales y naturales, y entendiendo al ser humano desde un enfoque biológico, psicológico, social y cultural (Rodríguez et ál., 2012).

Las instituciones en las cuales tiene mayor representación el médico familiar son las EPS pertenecientes al régimen contributivo; entre ellas, Sanitas, Compensar y Javesalud. También tiene cabida en el régimen especial haciendo parte de médicos asociados a las EPS del Magisterio, Ecopetrol y el dispensario de salud militar. Entre los programas que apoyan están la atención de patologías crónicas como EPOC, HTA, diabetes, enfermedades de alto costo y programas especiales (Rodríguez et al., 2012). Además, en las IPS de Bogotá, hacen parte de una estrategia de apoyo a médicos generales en un modelo de grupos de intervención

prioritaria (GRIPS) y prestan atención como especialidad interconsultada en municipios aledaños a Bogotá (Salazar & París, 2015).

Entre sus funciones figuran brindar acompañamiento, asesoría y apoyo a médicos generales; capacitarlos en temas de atención primaria; hacer seguimiento por medio de auditorías a historias clínicas; velar por el cumplimiento en indicadores de calidad en la atención; crear, implementar y seguir programas para atención de patologías específicas según la epidemiología de la población; ser médico tratante de pacientes con patologías de alto riesgo; desarrollar actividades de docencia e investigación con acompañamiento a estudiantes de pregrado y posgrado, además de desarrollar y actualizar guías de manejo. Por ejemplo, el médico familiar en Javesalud apoya a médicos generales y demás profesionales, además de desempeñarse como coordinador y líder científico, docente de acompañamiento a estudiantes de pre y posgrado, así como médico tratante de pacientes de alto riesgo (Salazar & París, 2015).

En 2012 de 121 egresados de la Universidad El Bosque, el 31,4 % desempeñaba cargos administrativos, el 41,7 % ejercía como médico familiar en el área clínica, el 9,0 % era docente de alguno de los programas académicos de la especialidad en el país, el 4,96 % laboraba fuera en el exterior y el 1,66 % había continuado en otros programas como endocrinología y neurología (Rodríguez et ál., 2012). Esto evidencia la situación de los egresados de la Universidad El Bosque la cual, según lo revisado, se correlaciona con los ámbitos de desempeño de los egresados de otras universidades en Bogotá; sin embargo, no se ha publicado información sobre sus funciones en otras ciudades (Salazar & París, 2015). En total, en 2014

se contaba con 623 médicos familiares y cerca de 142 cupos anuales para ingreso al Programa en las diferentes instituciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

En Colombia, aunque el médico familiar no ha sido ubicado como puerta de entrada al sistema, las funciones que desempeña en diferentes ámbitos se traducen en mejores indicadores de control de patologías crónicas y alta resolutivez en atención primaria, así como disminución en tasas de hospitalización y en tasas de complicaciones de enfermedades crónicas. En la EPS Cafam, por ejemplo, se ha demostrado una reducción de la remisión a diferentes especialidades y subespecialidades, entre las cuales se resalta psiquiatría (Rodríguez et ál, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, el médico familiar colombiano es resolutivo, brinda apoyo a diferentes servicios, actúa como gestor entre los médicos generales y articulador de la información de las diferentes patologías que presenta el paciente, y administrado los recursos de modo eficiente, motivo por el cual debería ser la puerta de entrada de toda la población al sistema de salud.

3. Síntesis

Colombia presenta un modelo de aseguramiento universal y solidario que contempla la salud como un derecho constitucional, lo cual asegura el acceso de

toda la población a los servicios básicos. Este modelo se financia con múltiples ingresos que deben ser distribuidos de una manera equitativa para asegurar una óptima atención a cada población.

La descripción del sistema de salud colombiano y su respectivo análisis evidencian un estado actual de desintegración, con baja resolutiveidad en los primeros niveles, y fragmentación en la atención a los pacientes a pesar de la promulgación de la Ley 1438 de 2011. El actual sistema de salud no cuenta con niveles primarios de atención como puerta de entrada efectiva. Además, el modelo presenta desarticulación entre promoción y prevención colectiva, por un lado, la prevención individual y el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por el otro.

Ante esto, surge la necesidad de realizar cambios en el sistema de atención que permitan un abordaje más integral del paciente y una mejor distribución de los recursos, escenario en el cual es primordial contar con la participación de los médicos familiares. Un paso fundamental en esta dirección lo constituye la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que define la política de salud que recibirá la población en todo el territorio nacional y propone un modelo integral de atención, enfocado en la prevención para disminuir la carga de la enfermedad. Esta prevención debe integrarse en acciones individuales y colectivas, incluida la atención en caso de enfermedad mediante diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y medidas paliativas a quienes lo requieran.

La puerta de entrada deberá ser el primer nivel de atención en donde es necesario tanto reforzar la calidad humana y tecnológica como disminuir las limitaciones administrativas para aumentar en este nivel el porcentaje de resolutivez y así optimizar el uso de los recursos en los siguientes niveles de complejidad. Sin embargo, para esto es importante empezar por aumentar el acceso a la salud, mejorar la calidad de la atención, fortalecer la estructura hospitalaria recuperando la confianza y percepción de los usuarios frente al sistema y, en especial, frente al primer nivel de atención, así como garantizar la sostenibilidad del sistema. Con este fin, la Resolución 429 de 2016 propone dar especial importancia a las estrategias preventivas de medicina familiar y comunitaria, fortaleciendo el talento humano, el abordaje intercultural y la creación de estrategias para garantizar el acceso en todo el territorio nacional, todo esto como iniciativa de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y su Modelo Integral de Atención en salud (MIAS). Se espera que su implementación genere mejores oportunidades en la atención, lo cual beneficiaría tanto la relación médico-paciente como la visión que se tiene de cómo utilizar los diferentes servicios y los momentos en que se debe recurrir a ellos.

La formación que recibe el médico familiar colombiano en los diferentes programas académicos le da capacidad de realizar actividades a todo nivel en favor de los pacientes, con los recursos necesarios y optimizando los que se tienen, siempre evaluando la mejor terapéutica. Este especialista cumple diferentes roles tanto clínicos como administrativos; sin embargo, aún falta consolidar su función en la puerta de entrada del sistema de salud. Al final del

2016 la PAIS y el MIAS no tienen aún un solo centro de prestación de servicios que cumpla las características de una puerta de entrada resolutive como lo requiere el modelo propuesto y, por lo tanto, no existe un escenario de práctica dirigido a formar el recurso humano dentro del esquema del nuevo modelo.

Obras citadas

- Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2014). *The World Factbook*. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/co.html>
- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J. & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência e Saúde*, 16(6), 2817-28.
- Alvarado, L. C., Bermúdez, A. & Echeverría, A. (2015). *Caracterización de variables asociadas con las barreras de acceso en la atención materno fetal susceptibles de ser intervenidas con las tecnologías de la información y la comunicación: un modelo de atención primaria en salud desarrollado en la localidad* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
- Arias, L. (2007). Medicina Familiar en Colombia. *Atem primaria*, 39(4), 207-8.
- Asamblea Nacional Costituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Título 2, artículos 48 y 86. Bogotá, Colombia.
- Barón, G. (2007). Gasto nacional en salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 167-79.
- Chávez, N., Mosquera, M. & Solano, L. (2014). *Caracterización de barreras de acceso encontradas en la población de gestantes detectadas en el programa de salud a su casa en una localidad de Bogotá* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Decreto 1703 (2 de agosto de 2002), por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el sistema general de seguridad social en salud. *Diario Oficial* No. 44.893.

Decreto 1772 (3 de agosto de 1994), por el cual se reglamenta la afiliación y las cotizaciones del sistema general de riesgos profesionales. *Diario Oficial* No. 41.477.

Decreto 2731 (30 de diciembre de 2014), por el cual se fija el salario mínimo legal. *Diario Oficial* No. 49.380.

Decreto 3039 (10 de agosto de 2007), por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. *Diario Oficial* No. 46.716.

Decreto 4747 (7 de diciembre de 2007), por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 46.835.

Díaz, J., Gallego, B. & Durán, M. (2005). Caracterización del médico de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6), 1-7.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). (2014). *Posgrados medicina*. Recuperado de <http://www.fucsalud.edu.co/index.php/es/presentacion-medicina-familiar>

Fundación Universitaria Juan N. Corpas. (2016). *Fundación Universitaria Juan N. Corpas*. Recuperado de <http://www.juanncorpas.edu.co/oferta-academica/postgrado/postgrados-medico-quirurgicos/medicina-familiar-integral/>

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública México*, 53(2), 144-55.

Instituto Nacional de Salud. (2009). *Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2009*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20VSP%202009.pdf>

Ley 100 (23 de diciembre de 1993), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 41.148.

Ley 1122 (9 de enero de 2007), por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 46506.

Ley 1438 (19 de enero de 2011), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 47957.

Ley 90 (7 de enero de 1947), por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. *Diario Oficial* No. 26.322.

Ley Estatutaria 1751 (16 de febrero de 2015), por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 49427.

Mendoza, S., González, E., Quintero, L., Gaona, L., Castiblanco, A., Naranjo, E., et ál. (2016). *Percepciones de los usuarios del régimen de seguridad social en*

salud en la ciudad de Bogotá afiliados a empresas prestadoras de salud sobre el médico familiar (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Merlano, C. A. & Gobanev, L. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev. Gerenc. Política Salud*, 12(24), 74-86.

Ministerio de Salud de Colombia. (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). *pospopuli.minsalud*. Recuperado de <http://pospopuli.minsalud.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=NCLRrPFQfkY%3D&t=abid=784&mid=1819>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Informe al Congreso de la República 2014-2015 sector administrativo de salud y protección social. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). Programa Único Nacional de la Especialidad en Medicina Familiar. Bogotá D.C., Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Modelo Integral de Atención en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/20160216-presentacion-mias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Política de Atención Integral en Salud*. Recuperado

de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Niveles de atención en salud en Colombia. (s.f.). Recuperado de <http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Global Health Observatory (GHO) data.* Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.home>

Organización Panamericana de la Salud. (31 de marzo de 2015). *Acerca de OPS Colombia.* Recuperado de OPS/OMS Colombia: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=122

Pérez, M. & Velásquez, A. (2008). *Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores* (trabajo de grado). Universidad CES, Medellín, Colombia.

Pineda, B. & Jerez, A. (2014). *Atención Primaria en Salud: Avances y retos en Colombia. Tendencias de salud en Colombia*, 15-16.

Resolución 1552 (16 de mayo de 2013), por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 19 de 2012 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 48.792.

Resolución 412 (25 de febrero de 2000), por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica. *Diario oficial s.d.*

Resolución 425 (14 de febrero de 2008), por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial, y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales. *Diario Oficial* No. 46.902.

Resolución 429 (17 de febrero de 2016), por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. *Diario Oficial* No. 49.794.

Resolución 4288 (20 de noviembre de 1996), por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 42.194.

Resolución 4505 (28 de diciembre de 2012), por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. *Diario Oficial* No. 48.660.

Resolución 5925 (23 de diciembre de 2014), por la cual se fija el valor de la unidad de pago por cápita (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferenciales y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 41.477.

Riveros, E. & Amado, L. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿Financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Gerenc. Polit. Salud*, 11(23), 111-20.

- Rocha, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES Odontología*, 23(1), 67-70.
- Rodríguez, M. (2009). *Hacia un hospital universitario*. Documento inédito. Especialización en Medicina Familiar, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
- Rodríguez, M. (2011). *La medicina familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad El Bosque* (1 ed.). Bogotá: Kimpres Ltda.
- Rodríguez, M., Bonivento, V. & Villadiego, M. (2012). *El programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto*. Bogotá: Editorial Scripto Ltda.
- Ruiz, F. A. (2008). Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Salazar, N. & París, V. (2015). *La Medicina Familiar en búsqueda de su lugar en el Sistema de Salud colombiano* (trabajo de grado). Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia.
- Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. (2014). *SOCMEF*. Recuperado de <http://socmef.com/socmef/>
- Tafur, L. A. (2011). Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. 4to Foro El Sistema de Salud en Colombia. Cali: Facultad de Salud / 2011-2030.

Universidad de la Sabana. (2011). *Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria*. Recuperado de Nuestro programa: <http://www.unisabana.edu.co/especializaciones-medico/especializacion-en-medicina-familiar-y-comunitaria-snies-16166/especializacion-en-medicina-familiar-y-comunitaria/>

Universidad del Valle. (2015). *Facultad de Salud*. Recuperado de Especialización en Medicina Familiar: <http://salud.univalle.edu.co/especializaciones-clinicas/especializacion-en-medicina-familiar>

Universidad El Bosque. (2016). *Universidad El Bosque*. Recuperado de Especialización en Medicina Familiar: http://www.uelbosque.edu.co/programas_academicos/especializaciones_medicina/medicina_familiar

Universidad Javeriana. (s.f.). *Pontificia Universidad Javeriana Bogotá*. Recuperado de Especialización en Medicina Familiar: <http://www.javeriana.edu.co//especializacion-medicina-familiar>

Vega, R. & Acosta, N. (junio de 2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.

Vega, R., Hernández, J. & Mosquera, P. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde em Debate*, 34(94), 392-401.

Velandia, F., Ardon, N., Jara, M. I., Cárdenas, J. & Pérez, N. (2004). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, 1997. *Salud Pública*, 5(1), 46-58.