Editorial

DOI: http://dx.doi.org/10.18597/rcog.387

POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD Y LA EDUCACIÓN EN ÁREAS DE LA SALUD

El estudio realizado por Bayron Manuel Ruiz-Hoyos y Dora Cardona-Rivas en la Universidad del Quindío presenta la información sobre cómo se realizó, bajo la aproximación de la investigación-acción, la definición y el proceso de evaluación de las competencias en las áreas básicas de la formación de un profesional de la medicina. Las áreas clínicas constituyen el segundo componente de la formación médica en las facultades de ciencias de la salud y tienen por sí mismas retos en la evaluación cuando estas involucran, según el modelo de Tuning para América Latina, competencias transversales (comunicación, ética, profesionalismo, gestión, administración, investigación, educación) y profesionales (atención clínica y de conocimientos específicos) (1, 2), a las que se deberán incorporar las competencias propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Política de Atención Integral en Salud (3).

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), planteado dentro de la Política de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, surge como consecuencia de la Ley Estatuaria en Salud (4). El MIAS constituye una nueva apuesta del Gobierno de Colombia para lograr el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud", y garantizar el derecho a la salud según lo contemplado en la Ley 1751 de 2015 (4).

La Política de Atención Integral se basa en cuatro estrategias fundamentales: 1) la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2) el cuidado, 3) la gestión integral del riesgo en salud y 4) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. La Ley 1438 de 2011 (5) estableció la atención primaria en salud como la estrategia que garantiza la capacidad resolutiva y el nuevo modelo define las acciones que deben cumplir los prestadores a nivel primario: "promoción de la salud, protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía" (3).

Este modelo surge, según el documento publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social, tras análisis realizados que revelan diferencias en el perfil epidemiológico del país y brechas de acceso y equidad relacionadas con aspectos geográficos, zonas urbanas, rurales y entre grupos poblacionales (3). Según dicho documento, para el año 2013, la mortalidad materna en la población indígena fue 6,8 veces la de la población afrocolombiana. El informe también reporta una progresiva baja utilización de los niveles básicos de atención y una tasa creciente de uso de la alta complejidad, mayor al 90 %, fenómeno que afecta tanto a la red pública como privada. En lo referente a la atención obstétrica, el reporte señala que mientras en 2007 "el 48 % de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88 % generaba esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25 % en 1998 a 46 % en 2013" (3, 6). Según el mismo informe, tras la reforma al sistema de salud por la Ley 100 de 1993, ocurrió en la formación del talento humano una "pérdida progresiva de competencias de algunas profesiones en áreas como

salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto, humanización y calidez en la atención y, en algunos casos, en las áreas clínicas", y "durante los años posteriores a la reforma no se dio la formación de competencias asociadas a la educación y promoción de la salud, atención primaria en salud, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar y comunitario" (3).

La formación del talento humano en salud está necesariamente ligada al modelo de salud imperante. El papel de administradores de contingencias en salud desempeñado por las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB), y los resultados del modelo y las condiciones del mercado instaurados por la Ley 100 de 1993, propiciaron el debilitamiento de la red pública hospitalaria y su papel dentro de la formación del recurso humano, y el desplazamiento y la concentración de las escuelas de formación en salud y de sus estudiantes en aquellas instituciones capaces de aglutinar a los usuarios del sistema. En consecuencia, "a pesar del aumento progresivo del talento humano a partir de la década de los noventa", reflejado en el incremento de la tasa de médicos de 12 a 18 por 1000 habitantes entre 2000 y 2014 (3), las competencias laborales y educativas de los actuales trabajadores del sector salud reflejan las condiciones de educación y prestación derivadas del modelo de atención caracterizado por la utilización y el pago de servicios de alta complejidad, prácticas de selección adversa por las aseguradoras, la contratación selectiva y el control del gasto a costa de una baja capacidad resolutiva en el nivel primario, "generando la tendencia a la hiperespecialización del talento humano" (3).

La reorganización del sistema de salud, bajo el MIAS, requiere un nuevo enfoque en la formación del talento humano en salud a nivel técnico, de pregrado y posgrado, que incorpore nuevos modelos pedagógicos que permitan consolidar y aumentar las competencias tanto del médico general como del especialista en obstetricia y ginecología, en la atención primaria de la salud de la mujer; estas competencias incluyen: consejería, tamización, vacunación, salud sexual, planificación familiar, consulta preconcepcional y prenatal, interrupción voluntaria del embarazo, atención del parto y sus complicaciones (7), y en la medicina familiar, privilegiando la promoción, la prevención y el cuidado de la salud (3). Asimismo, en este nuevo enfoque dirigido a la generación de bienestar, el modelo requiere implementar programas de educación continuada para todo el personal de salud, a fin de abordar la salud desde las perspectivas de la atención de la enfermedad y la gestión del riesgo a partir de las condiciones de la comunidad y de sus integrantes.

Los alcances de la política integral de atención en salud estarán limitados si desde la educación en el nivel de básica primaria no se incorporan los elementos del autocuidado necesarios para un adecuado mantenimiento y mejoramiento de la salud individual y colectiva, y si no se articulan los elementos de saneamiento básico que impacten los determinantes de la salud comunitaria, independientemente de las características sociales y culturales de nuestra población. Al mismo tiempo, las aseguradoras (EAPB) deberán apropiar su rol de gestión integral del riesgo, evaluar las intervenciones y su impacto, no solo económico, sino sobre la salud de la población, y garantizar la prestación de servicios dentro de las rutas de atención, respetando la autonomía de quienes se forman y ejercen su profesión en beneficio de la población del país.

Jorge Andrés Rubio-Romero,
MD, MSc, FACOG
Profesor titular
Director Área Curricular de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

REFERENCIAS

1. Proyecto Tuning América Latina 2004-2007. Competencias específicas y enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación. Beneitone P, Esquetini C, González J, Marty M, Siu G, y Wagenaar R, eds. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe final. España: Universidad de Deusto y Universidad de Groningen; 2007.

2. Pinilla AE. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Acta Medica Colomb. 2011;36:204-18.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet] [visitado 2016 Jun 22]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx
4. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Diario Oficial 49427, febrero 16 de 2015.
5. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial 47957, enero 19 de 2011.
6. Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina S, Buitrago Leal M, Zuleta JJ, Ángel-Müller E, et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2014;65:139-51.
7. Education Committee of the Council on Resident Education in Obstetrics and Gynecology (CREOG). Educational Objectives: Core Curriculum in Obstetrics and Gynecology. 10th ed. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2013.