

Hacia un enfoque integral de la atención médica en Colombia

Paola Andrea Rueda García*

*Médica. Especialista en Medicina Familiar. Especialista en prevención del maltrato infantil. Asesora de lactancia materna. Profesora asistente. Departamento de pediatría. Facultad de salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

Correspondencia: Dra. Paola Andrea Rueda García. Condominio Hacienda San Miguel. Casa 87. Los Colorados. Piedecuesta. Santander. Bucaramanga. Colombia. Correo electrónico: parueda.mi@javeriana.edu.co

RESUMEN

Los avances de la medicina en los últimos dos siglos han traído notables beneficios a la población mundial, pero también algunas dificultades. La medicina familiar surge como respuesta a la inconformidad expresada por los pacientes ante la fragmentación del ser humano, brindando una atención integral y continua, enfocada en la persona y su entorno. En Colombia el médico familiar se ve enfrentado además a nuevos retos, en el marco de la nueva legislación en salud vigente desde enero de 2011 y de la cual se espera que traiga consigo modificaciones importantes a la situación en salud del país. **MÉD.UIS. 2016;29(2):183-6.**

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Atención Integral de Salud. Medicina Familiar y Comunitaria. Colombia.

Towards a comprehensive approach to health care in Colombia

ABSTRACT

Advances in medicine over the last two centuries have brought major benefits to the world's population, but also some difficulties. Family medicine is a response to the dissatisfaction expressed by patients to the fragmentation of the human being, providing a comprehensive and continuous care, focusing on the person and their environment. In Colombia, family physicians are also facing new challenges under the new health legislation, in force since January 2011 and which is expected to bring significant changes to the health situation of the country. **MÉD.UIS. 2016;29(2):183-6.**

Keywords: Comprehensive Health Care. Family Medicine. Family Practice. Colombia.

¿Cómo citar este artículo?: Rueda PA. Hacia un enfoque integral de la atención médica en Colombia. **MÉD.UIS. 2016;29(2):183-6.**

INTRODUCCIÓN

El siglo pasado estuvo marcado por importantes y trascendentes cambios tecnológicos a nivel mundial desde el bolígrafo hasta los computadores, pasando por todo tipo de instrumentos de uso doméstico e industrial pensados para facilitarnos la vida. A todos estos avances se sumaron también las nuevas tecnologías y descubrimientos en el área

de la medicina, los cuales se vieron reflejados en la aparición de especialidades y subespecialidades médicas, surgidas con el objetivo de profundizar cada vez más en el conocimiento del cuerpo humano, su funcionamiento y sus desórdenes.

Hacia la década de 1930, a raíz de la publicación del informe Flexner¹ que buscaba mejorar la calidad de la educación médica en los Estados Unidos, se

Artículo recibido el 27 de Abril de 2015 y aceptado para publicación el 30 de Mayo de 2016.



orientó la formación hacia una base sólida en ciencias biomédicas, guiando el desarrollo de la medicina hacia la especialización. El avance de la ciencia y la tecnología, con el consecuente conocimiento profundo del cuerpo humano y sus bases fisiológicas y bioquímicas, ha generado una investigación cada vez más especializada sobre las diferentes partes del cuerpo, desligándolas de un concepto que las integre en un todo.

Esta fragmentación de la medicina, que ha traído indudables beneficios a la humanidad en cuanto a la precisión en el diagnóstico y tratamiento, infortunadamente también se ha visto acompañada, en algunos casos, de un proceso de “deshumanización” en la atención, de la cual todos hemos sido testigos en algún momento y que se hacen evidentes con el creciente número de demandas por mala práctica y acciones de tutela en el país². En palabras de Leal Quevedo, “se ha perdido de vista al individuo, en su dimensión integral de persona³. Lo anterior ha originado un malestar importante en los pacientes, quienes deben recurrir a diferentes facultativos para la resolución de sus problemas de salud, sin encontrar una respuesta satisfactoria para ellos.

EL RESURGIR DE LA PRÁCTICA MÉDICA CENTRADA EN LA PERSONA

En la búsqueda de una solución a la insatisfacción de pacientes y médicos, aparece un nuevo modelo de atención, como respuesta a una necesidad sentida y percibida por parte de la sociedad, que busca romper los paradigmas actuales del enfoque médico: pasar de un modelo simplista exclusivamente centrado en la enfermedad a un enfoque centrado en la persona, inserta dentro de un contexto familiar y social, conocido como enfoque biopsicosocial. A partir de este cambio de paradigma se afirman las bases para el surgimiento de una nueva especialidad, la medicina familiar, en un esfuerzo por integrar a profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta, con el fin de ocuparse del mantenimiento de la salud y la resolución de los problemas frecuentes en los individuos, familias o comunidades.

La medicina familiar como especialidad tiene sus raíces en la vieja práctica de la medicina general de la primera mitad del siglo XX e incluso antes, en la cual la relación cercana entre médico, paciente y familia era la característica principal. La fragmentación de la profesión médica trajo como consecuencia

el deterioro de esta relación, lo que puede verse reflejado actualmente en el creciente aumento de quejas por mala praxis a nivel mundial.

Ian McWhinney considerado como uno de los precursores de la medicina de familia, plantea que a medida que culmina la era de la especialización se empieza a comprender la necesidad de una nueva clase de generalistas diferentes del antiguo médico general, que ejercía una profesión enormemente indiferenciada y definida por su falta de formación y cualidades específicas. El nuevo generalista, en nuestro medio llamado médico familiar, tiene un papel bien delimitado y un conjunto de habilidades bien definidas⁴.

La aparición de este nuevo médico generalista obedece a múltiples cambios, dentro de los que se encuentra la necesidad creciente que tiene la sociedad de mayor contacto humano como respuesta al mundo tecnológico que la envuelve y la transición del enfoque reduccionista de la ciencia al sistémico, que en medicina se traduce en un cambio desde un enfoque biomédico a uno biopsicosocial⁵.

EL PACIENTE COMO FOCO DE ATENCIÓN

El cuerpo de conocimientos de la medicina familiar está centrado en el paciente y su familia. Sin importar si la queja es orgánica o no, son los pacientes y sus familias quienes definen cuál es el problema, independiente a la edad, el sexo o la etapa de la vida en que se encuentren. Cuando el paciente logra identificar cuál es su dificultad y el servicio de salud, en cabeza del médico familiar, puede ayudar a resolverla, se empieza a lograr la integralidad en la atención.

Esta integralidad es el sello particular del médico familiar, pues es quien incorpora los conocimientos sobre el cuerpo humano y sus dolencias a las características emocionales y sociales de la persona, ubicándolas en su contexto familiar y relación con el medio ambiente, así como en el marco de la salud y la enfermedad.

Para el médico que se está formando en medicina familiar esta integralidad representa un reto enorme, pues exige un sinnúmero de conocimientos en todas las áreas de desempeño del ser humano. A los constantes cambios y progresos que se dan en el ámbito científico de la medicina, se deben agregar los que aparecen en las ciencias de la conducta, en

las humanidades, la sociología e incluso las ciencias políticas.

Una diferencia fundamental entre la medicina familiar y las demás especialidades médicas radica en las diversas maneras en que se ejerce a nivel mundial, muy particular en cada país y ampliamente ligada a las políticas estatales, el liderazgo de quienes la ejercen y la “masa crítica” de especialistas que se están formando en cada lugar.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO ACTUAL

Pueden observarse cuatro tendencias diferentes en el ejercicio de la medicina familiar⁶. Por un lado se encuentra la experiencia de los primeros países que incorporaron este modelo médico hacia la década de 1950, como Inglaterra, Francia, Canadá y Estados Unidos, en los cuales la especialidad surge como respuesta a las exigencias de la sociedad ante la fragmentación dada por las especialidades y subespecialidades. La segunda tendencia se observa en España, Portugal, Cuba y México, que incorporaron esta práctica hacia 1980, invitando a los respectivos gobiernos a plantear cambios en el sistema de salud, los cuales otorgaron a los médicos familiares una importante capacidad resolutoria de los problemas de la comunidad.

A mediados de la década de 1990 se integran a esta práctica Argentina, Brasil y Chile, modificando el acceso a los sistemas de salud con el médico familiar como entrada al modelo de atención. Finalmente aparece la especialidad en otros países latinoamericanos como Ecuador, Panamá, Perú y Colombia, en los que se está iniciando el proceso de formación de estos especialistas y hasta ahora empieza a tener el acompañamiento de decisiones políticas que impulsen un modelo de atención basado en el médico familiar como puerta de entrada al sistema de salud⁷.

LA TAREA DEL MÉDICO FAMILIAR EN COLOMBIA

Nuestro país se encuentra actualmente frente a un proceso de cambio que esperamos traiga beneficios a los usuarios del sistema de salud. La promulgación de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 y más recientemente la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015, con las cuales se reforma el sistema general de seguridad social en salud, incorporando un “modelo de prestación del servicio basado en la estrategia

de atención primaria en salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo⁸.

Lo anterior obliga a fortalecer en nuestro país la estrategia propuesta por la OMS desde 1978 en la reunión de Alma Ata para llevar a cabo la política de salud denominada “Salud para todos en el año 2000”, aceptada por casi todos los países del mundo desde 1977⁹. Esta estrategia llamada Atención Primaria en Salud (APS), está constituida por programas para la prevención, protección y control de enfermedades, dirigidos a poblaciones especiales tales como madres, niños y niñas, trabajadores, personas en edades avanzadas, personas en condición de discapacidad. Estos programas tienen el fin de fortalecer la salud en términos de alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes y saneamiento ambiental.

La nueva legislación en salud para Colombia considera a la APS como la base de la atención, para acogerse a la estrategia de la OMS, sin embargo lo anterior no se ve representado en la asignación de recursos para la salud pública, ya que estos no superan el 10% del gasto en salud aprobado actualmente¹⁰. Esto demuestra una contradicción importante por parte del Estado en lo que a atención primaria se refiere, pues las prioridades del país se definen con base en la destinación de los recursos económicos que posee.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para lograr que la APS sea realmente la base de la atención en salud, es la necesidad de aumentar la “masa crítica” de médicos familiares en el país, pues hay evidencia a nivel mundial de que los países con mayor cantidad de médicos familiares en sus servicios de salud tienen mejores indicadores de salud en su población y disminuyen las tasas de hospitalización, como es el caso de Inglaterra, Canadá, España y Cuba^{11,12}. Para Colombia, esta es una tarea bastante compleja aun, teniendo en cuenta que el programa de especialización en medicina familiar se encuentra en tan solo siete facultades de medicina en la actualidad, en Bogotá, Cali y Popayán y sus egresados, que no llegan aún a los 500, están concentrados en los principales centros urbanos del país.

Para que los médicos de familia se puedan convertir en la base de la atención médica para toda la población colombiana, se requiere que los

programas de especialización en medicina familiar se extiendan a las demás facultades de medicina de las diferentes regiones del país. El Ministerio de Salud y Protección Social ha calculado que se requieren aproximadamente cinco mil médicos familiares para atender las necesidades actuales de la población¹³, por lo cual convocó a las Instituciones de Educación Superior del país que ofrecen actualmente el programa de especialización en medicina familiar y a las universidades interesadas en implementarla en el futuro, para conformar un grupo de médicos familiares con la tarea de diseñar un currículo básico que ha de constituir la mayor parte del plan de estudios de esta especialización en el país¹⁴.

Varias universidades del país y la región han aceptado la propuesta del Ministerio y están construyendo su proyecto educativo para esta especialidad. De esta manera, se pretende dar forma al planteamiento del nuevo modelo integral de atención en salud¹⁵ para garantizar el bienestar y la salud de la población en su entorno, privilegiando la salud, intersectorialidad y capacidad resolutive en los servicios básicos, por medio de una atención continua e integral enfocada en el ciudadano y su familia.

Lograr este objetivo implica la incorporación de un enfoque “familiarista” en la enseñanza de la medicina durante el pregrado, con el fin de motivar a los alumnos y sensibilizarlos en estos temas. Tener más médicos especializados en medicina familiar puede contribuir a satisfacer las demandas de los pacientes que buscan la atención de problemas que se originan en la multiplicidad de circunstancias que los rodean.

CONCLUSIONES

Una atención integral a los pacientes y sus familias trae como resultados, en un corto plazo, la resolución de problemas desde una perspectiva sistémica; a mediano plazo, contribuye a la propia educación en salud de cada paciente y a hacerlo protagonista en su proceso de salud-enfermedad. Finalmente, a

largo plazo, favorece la implementación de políticas públicas basadas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que indudablemente traerá beneficios a toda la población colombiana. ¿Será el médico familiar el llamado a realizar este enfoque integral en la atención médica?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching [Internet]. Bulletin Number Four (The Flexner Report). New York; 1910. Disponible en: http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
2. Redacción Economía. Cada minuto se interpone una acción de tutela en Colombia. El Espectador [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/cada-minuto-se-interpone-una-accion-de-tutela-colombia-articulo-512870>
3. Leal Quevedo F. Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. En: Plata Rueda E. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda.; 1997. p 15-22.
4. McWhinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma Libros; 1995.
5. Ceitlin J. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la Medicina Familiar. En: Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 1997.
6. Rodríguez, M. Medicina Familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad El Bosque. Bogotá: Universidad El Bosque Facultad de Medicina; 2011.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia No. 52 [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace%20MinSalud%2052.pdf>
8. Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Congreso de la República de Colombia, Bogotá (19 de enero de 2011).
9. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud, principios y métodos. 2° ed. México: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
10. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones SGP-06-2016. Bogotá, 12 de febrero de 2016. p7.
11. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv. 2007;37(1):111-126.
12. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association?. J Public Health Med. 2002;24(4):252-4.
13. Boletín electrónico Minsalud N° 52. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace%20MinSalud%2052.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Programa Único Nacional de la Especialidad en Medicina Familiar. Bogotá, Junio de 2015.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=dsubject:%22Modelo+Integral+de+Atención+en+Salud+MIAS%22>