

## REFORMA ESTRUCTURAL A LA SALUD. PARTE 2

Leonardo García Rojas,  
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo.  
Secretario General del Colegio Médico de Cundinamarca

En la parte 1 del artículo sobre Reforma Estructural a la Salud, publicada en el boletín del mes de mayo, se presentó el contexto de las necesidades de la reforma. En parte 2, se presenta el ¿Qué? Y el ¿Cómo?, desarrollando cada uno de los elementos de un sistema de salud.

### Gobernanza:

Es un proceso de naturaleza política, que permite la interacción de diferentes actores informados, en la toma de decisiones y su implementación en las organizaciones o estructuras creadas, para que esas decisiones se lleven a cabo y que, además, realice unas rendiciones de cuentas.

Miremos el paralelo propuesto, en los tres momentos: situación actual, propuesta alternativa y de transición.

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
Ministerio de Salud sin rectoría. No existe organismo de dirección plural	Organismo plural de dirección regional, con participación de asociaciones de pacientes, ONGs, universidades formadoras de recurso humano en salud.	Organismo plural de dirección: concepto de participación de profesionales y trabajadores de la salud; comunidades de ciudadanos, pacientes y cuidadores. Consejos regionales
Poder en aseguradoras – EPS. Eje central: predominio económico	Recuperar la rectoría por el Estado, a nivel nacional por Minsalud y en regiones por la Gobernación. Construir participación y movilización desde los centros comunitarios	Recuperar el control por los actores del sistema. El poder para los que son: comunidades de ciudadanos, pacientes, cuidadores y trabajadores del sector salud
Información, supervisión, vigilancia y control, en beneficio de la EPS	Avanzar en el proceso de que la información sea pública y abierta, generando espacios reales para vigilancia y control por parte de la ciudadanía y los entes de control departamental y nacional	Información pública, abierta. Vigilancia por entes de control integrados y ciudadanía
Cobertura universal = Carnetización universal	Liderar el proceso de construir igualdad como una aspiración central de la sociedad	Hacer compatible el concepto de cobertura universal con el concepto de derecho, de igualdad
Cero trabajos intersectoriales	El sector salud líder del trabajo intersectorial para intervenir microdeterminantes sociales como aire, agua, alimentación, actividad física y vías	Trabajo inter-relacional entre sectores determinantes sociales

### **Aseguramiento o administración:**

La Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El panorama del aseguramiento es el siguiente:

<b>SITUACIÓN ACTUAL</b>	<b>PROPUESTA TRANSICIÓN</b>	<b>PROPUESTA ALTERNATIVA</b>
Crisis y quiebra en EPS Mejores EPS que otras y entre subsidiado y contributivo. Corrupción galopante.	Implementar el administrador regulado, sin manejo de la totalidad de los recursos, como sucede actualmente con la UPC. Estimular el giro directo. Desterrar definitivamente la corrupción del sector salud, identificando a los corruptos, a empresas y personas corruptoras	Quitar a la EPS el manejo de la UPC y el ser ordenador del gasto. Quitar el trámite como requisito para la atención. Visibilizar al corruptor
Quedan las buenas EPS. Unas buenas con integración vertical y otras no	El cambio en la tenencia del dinero, por parte de la EPS, deberá modificar poderosamente los incentivos perversos del sistema	Administración centralizada en el Estado o un ente independiente de los prestadores
Sacar utilidad de los recursos públicos. En un negocio con unos recursos finitos "lo Mejor en atención" y "lo mayor en utilidades" son incompatibles	Los administradores deben ser los que hagan abogacía por los pacientes y sirvan de vigilantes o auditores ante las IPS. Organizar la red	Implementar la visión colectiva de la salud. "La salud no puede ser el sálvese quien pueda"
Cuanto gastan los pacientes y cuanto gastan los trabajadores, de eso depende la utilidad	Subsidio a la oferta	Debemos contar todos los ciudadanos con una garantía de atención, en cualquier sitio y en cualquier momento (a cualquiera le puede pasar)
Lo atractivo del negocio es la consignación anticipada de las UPC	Pagar por administración y % por resultados en salud.	Manejo centralizado de los recursos, por el Estado

### **Financiamiento:**

Se ocupa de la generación, asignación y utilización de los recursos financieros destinados al sistema de salud, particularmente del aseguramiento a través de los regímenes subsidiado y contributivo.

Los tres momentos resumidos del financiamiento son:

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
41 billones en Adres. Presupuesto salud aumento 3,2 billones para 2019. Existe una deuda sin un dato real, pero cercano a 28 billones. 80% del presupuesto para atención y en especial para el nivel 3 y 4 de complejidad, con cobertura al 1% de la población	Los recursos económicos destinados a la SGSSS no deben perder su naturaleza pública. Convertir al ADRES en el receptor de todos los recursos para la salud, incluyendo los de las cajas de compensación y los de la ARL	Un fondo único nacional de Salud. Centralizar recaudo y pagos: BANCO DE LA SALUD. Centralizar otros recursos. Pagos directos. Destinar mayores recursos para promoción y prevención; para acciones colectivas a poblaciones, en donde está el 80% de la población
La plata que hay partiendo de cero la deuda, no es suficiente por la tendencia creciente a la medicalización	Automatización de procesos y trazabilidad de recursos	Separar segmentos de inversión y destino: Promoción, prevención y atención; Administración; Gestión de servicios asistenciales
Los gastos para atender la enfermedad son como un barril sin fondo. Se define como un sistema de facturación: cumple la condición de mercancía de rápida circulación. El poder en la intermediación	Acuerdo político – administrativo para la liquidación adecuada y saneamiento de deudas con prestadores y proveedores	Subsidio a la oferta, principalmente en áreas rurales. Mayor presupuesto para la salud que para la enfermedad.
La corrupción es connatural al sistema. Está ligado al carácter parasitario de las EPS. Sin transparencia	El administrador tendría función de vigilancia, a los prestadores, en representación de los pacientes	Reducir el proceso de facturación que lleve a abandonarlo desde la red pública y simplificarlo desde la red privada (está llegando al 30% del gasto administrativo)
La construcción de la UPC está en manos de las mismas EPS (información dominante). Sector público atrasado, sin planta propia, etc.	Incluir presupuesto población vulnerable (venezolanos)	Información pública, construir diferente forma de pago. Manejo de las acciones colectivas por las regiones.

### **Prestación de servicios:**

Los Prestadores de Salud son personas naturales o jurídicas, tales como, consultorios, consultas, centros médicos, hospitales, o clínicas, que otorgan atenciones de salud a las personas beneficiarias.

La situación actual, la propuesta alternativa y la de transición, es la siguiente:

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
La atención actual es curativa y centrada en el III y IV nivel, por ser más rentable. Pago por evento. Competencia desigual entre sector público y privado	Integralidad desde prevención a paliativos e incluir determinantes sociales. Estructura básica de atención en las regiones. Red pública a facilitar el acceso	Concepto de salud como complejo. Acercar la salud al ciudadano, no puede tener un modelo atado a transacciones y autorizaciones

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
Quiebra de IPS, salen del mercado, llegan prestadores extranjeros a comprar a huevo (similar a lo vivido en el pasado con ISS).	Articular red pública. Estructura básica de atención en regiones: Centro Regional de Gestión de Red Pública. Conectar con APS	Se requiere el prestador privado. Las IPS deben reconocer al administrador del sistema como el representante de los pacientes
Gestión del riesgo: riesgo de salud y financiero, se termina favoreciendo lo financiero en detrimento al goce efectivo del derecho a la salud	Redefinir la competencia del médico y los profesionales de la salud en general. Capacidad resolutoria en Nivel I. Cubrir la atención primaria básica y la atención de urgencias. Es oportunidad para el sector público	Foco en la prevención y la promoción: Aumentar el nivel de salud con estilos de vida saludable
Se acostumbran a demandar repetidamente autorizaciones de servicios	Programas verticales (todos los niveles) de enfermedades específicas. Integrando público – privado	Viraje para la atención primaria (APS). No existe ninguna parte del mundo donde la APS no sea estatal
La lógica del mercado no permite que exista atención primaria	Organismo de entorno saludable. Desarrollo de APS – Intersectorial. No desplazamiento del usuario. Adicciones, mentales, paliativos	Prestación de servicios por redes integrales, con oferta pública fuerte en todo el territorio. Autonomía y autorregulación

### Salud pública:

Salud Pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.

Los tres momentos de la salud pública a presentar, son:

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
Ministerio y secretarías de salud sin rectoría y ejecución. Se limitan a contar eventos y atenciones. Lo de mostrar los resultados en vacunación	Construir desde gobernaciones y alcaldías, acciones progresivas, para que el sistema cambie. Liderazgo desde salud para con otras secretarías se intervengan los determinantes sociales.	Retomar el liderazgo Minsalud, Gobernaciones y Alcaldías. Intervenir determinantes sociales. Liderar desde salud trabajo intersectorial. Estado responsable de la población éste donde éste
Heterogeneidad territorial y poblacional sin perfiles epidemiológicos	Acciones de salud pública de tipo individual y colectivo integrado a los programas verticales regionales y nacionales	La salud como un promotor de equidad social. Genera tejido social. Agua potable como política pública Malla de RRHH, con debate de ideas
El aumento de todas las enfermedades no transmisibles y transmisibles. Enfermedad cardiovascular.	Acciones colectivas: entornos saludables con abordaje de los determinantes sociales. Coordinar la Salud Pública de regiones y los municipios.	Los programas nacionales (raíces en los determinantes) controlados por el Estado, pero con igual oportunidad en la red ya sea privada o pública

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
Ambiental: Glifosato, Fracking. Energías. Aumento del costo de las proteínas, verduras y frutas = Seguridad alimentaria	Construir los perfiles por regiones. Pacto por la vida	Más conocimiento sobre salud al paciente para que tenga más poder y quite carga al sistema. Autotratamiento.
Tenemos los problemas de los dos mundos. El 70% de la salud depende del desarrollo económico	Con las diferencias en el censo ¿con qué indicadores nos quedamos? Construir indicadores que evidencien la situación de caos del sistema. Ejemplo situación de urgencias y su impacto en el total de las cirugías realizadas	No desligar la evidencia científica de los valores, creencias, preferencias. Construir indicadores que reflejen las acciones realizadas en las comunidades en promoción y prevención y el caos en la atención, en los sectores privados y públicos

### Recursos humanos:

Son las personas necesarias, dispuestas en todo momento y en el lugar adecuado, con las competencias adecuadas, para contribuir a alcanzar el grado más alto posible de salud.

La situación actual, propuesta alternativa y de transición de los recursos humanos son los siguientes:

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
80% sin vinculación laboral. Predominio de las Ordenes de Prestación de Servicios (OPS). Irregularidad en los pagos a los trabajadores y profesionales. Pago por evento, el estímulo perverso. Mayor concentración del recurso humano, en las principales ciudades	Mejorar progresivamente las condiciones de trabajo del sector salud, que permitan trabajar y vivir bien	Política de trabajo decente en el sector. Estatuto del personal de la salud. Carrera Administrativa
Cambios en la carga laboral dirigidas a condiciones de trabajo más precarias. Tendencia mayor al ingreso de capital extranjero al sector, con mayor impacto en las relaciones empresarios – trabajadores, por normas de TLC	Generar nuevos cargos de planta	Recursos humanos en salud elevarlos en categoría similar en donde hoy se encuentran sectores como el de los jueces, militares o maestros.
Brecha laboral entre médico generales y especialistas viene creciendo. Mayor diáspora médica	Aprovechar las vacantes en las plantas de personal y ocuparlas adquiriendo la categoría de planta	Autonomía y su relación con las condiciones de trabajo, modelo y sistema de salud

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
Insatisfacción, indignidad, constreñimiento del ejercicio	Incentivos para RRHH en regiones apartadas	Pagar factor adicional a los médicos por resultados en salud. Los pagos de la planta cubiertos por el ADRES (similar a maestros y jueces)
La crisis del sistema de salud y la congestión de los servicios genera agresiones al personal de salud	Colocar por encima de cualquier circunstancia, la dignidad humana	Expedir preferiblemente varias leyes ordinarias, por cada elemento, ejemplo: Financiera. Gobernaza. Etc.

### Comunidades de ciudadanos, pacientes, cuidadores:

Es el eje alrededor del cual se organizan las acciones y servicios de un sistema de salud.

El paralelo de la situación actual, la propuesta alternativa y la de transición, es la siguiente:

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
Sin poder de decisión en el sistema. Inequidades regionales sin participación alguna. Número importante de Asociaciones pacientes manejados por la industria farmacéutica	Dar posibilidades reales de decisión mediante participación social en todo el proceso desde la prevención hasta los paliativos	Partir de las organizaciones de pacientes creadas más alrededor de la enfermedad y construir una organización de segundo nivel, con el criterio de ciudadanía, de región o grupo de atención primaria. Su funcionamiento debe ser independiente, autónomo y con representación democrática.
Los representantes de los pacientes ligados a la enfermedad y al alto costo	Generar mayor información en la comunidad, localidad y territorio con participación de representantes de la población sin atención o sin enfermedad	Representantes de los pacientes ligados a los sitios de atención primaria (por localidad, etc.)
Predomina el concepto de enfermedad y su única alternativa, la atención medicalizada. La ciudadanía considera que la salud es un derecho dependiente a la capacidad de pago	Construir conciencia de la amplitud que encierra el concepto de salud y su relación con condiciones sociales y ambientales	Con equidad (promoción y prevención) se puede intervenir concepto de salud y no de enfermedad, mediante acciones en la comunidad e intervención en las relaciones humanas, sociales, económicas, políticas y su interrelación con el ambiente que nos rodea
Los pacientes son vistos como personas que generan una factura, un negocio, una utilidad	Avanzar mediante programas de educación en el concepto de derecho y de igualdad	Cambio estructural, dejar de ver los pacientes como personas que rentan
Los gastos catastróficos en salud se mejoraron, en general con la Ley 100. La lógica es el alto costo	Generar programas que controlen el gasto ineficiente. El 30% del gasto en el alto costo y enfermedades catastróficas se pueden considerar ineficientes	Mejorar la gestión en la atención del alto costo y enfermedades catastróficas, con un buen sistema de información y toma de decisiones

### Información, gestión del conocimiento, tecnología:

Es colocar al servicio de la salud las revoluciones científicas e industriales, que transforman la visión global del mundo y la realidad, con impacto en la vida cotidiana.

El panorama encontrado y propuesto, es el siguiente:

SITUACIÓN ACTUAL	PROPUESTA TRANSICIÓN	PROPUESTA ALTERNATIVA
La información No existe y la poca que existe se logra con esfuerzos incipientes e inconexos y es usada de manera sesgada	Fortalecer los centros de información del nivel regional, con tecnología más eficaces y seguras y los procesos más eficientes de funcionamiento, que representen a la región en organismos y procesos nacionales de producción de información y gestión del conocimiento	Colocar al servicio de la salud la BigData y participar en las plataformas de acceso abierto y el uso del dato para construir conocimiento, como la red de colaboradores a nivel mundial el Instituto para la Métrica y evaluación de la Salud (IHME). Se requiere pasar de describir a prescribir recomendaciones colectivas e individuales
Reporte de información demográfica, clínica, resultados, etc., no es transparente y pública. Sin acceso. Los datos crudos (microdato) de las encuestas nacional de salud no son disponibles. Promesa incumplida desde 2007.	Realizar convenios con redes nacionales y mundiales de información en salud. Compromiso que todo lo que se genere en salud será público y abierto	Información pública, abierta, oportuna, válida. Fortalecer el INS para ser el centro de la información regional y nacional
Guías de prácticas médicas sin seguimiento y evaluación continua. Poco conocimiento por quienes deben usarlas	Implementar reuniones (espacios) académicas para socializar la información	Información válida que nos permita orientar decisiones en salud: comprobada eficacia, mejor tolerancia, aceptabilidad y costo. Monitoreo permanente a las recomendaciones.
Información no le llega a profesionales y menos a la ciudadanía. Es propiedad de las EPS. Falta de historia única.	Socializar la información con la comunidad	Orientar procesos de transferencia y apropiación social del conocimiento entre profesionales y ciudadanía
Política de regulación de medicamentos con incertidumbre. Conflicto de intereses. Favorece el recobro	Generar acciones en la dirección correcta en la relación con la industria farmacéutica. Preservar la confianza del público en los profesionales y su independencia del marketing	Recuperar la soberanía en la política farmacéutica. Alinear el sistema de patentes con los intereses públicos. Se reta el principio de la propiedad privada



## ¿Cómo integrar lo propuesto?

La realidad es que estamos bajo una concepción de la salud que tiene como marco la Ley 100 de 1993, con su eje central en la economía de mercado y que no quiere dar el paso hacia adelante, definido en la Ley 1751 del 2015 o Ley Estatutaria de la Salud.

Se propone, que en las circunstancias actuales, se puede ir construyendo una idea alternativa desde los departamentos y ciudades (desde la periferia hacia el centro, hasta que el gobierno presidencialista coloque en la agenda de prioridades la reforma estructural a la salud), liderada por gobernadores y alcaldes alternativos, que con base a su identificación e intervención de los principales hitos presentados en el paralelo, denominado propuesta de transición, le quite día a día piso al modelo de EPS y genere confianza a la ciudadanía.

Por lo anterior, un modelo que podría recoger la mayoría de las ideas planteadas hasta aquí, sería el siguiente:

### MODELO DE SALUD PROPUESTA DE TRANSICIÓN

#### Principios:

El modelo tendría como base tres (3) principios fundamentales:

**Concepto de salud y liderazgo de gobernante:** busca generar un cambio de conciencia de parte de los equipos de gobierno y que se haga extensivo a toda la población, en lo referente al concepto y valores que encierra la salud como derecho y su relación directa con la vida.

Para su logro se debe demostrar con la actitud del gobernante de frente a sus funciones; al uso de los recursos (honestidad y transparencia), su defensa de recursos de carácter públicos y a disminuir la intermediación; a la conformación de sus equipos de colaboradores con perfil técnico centrado en mejor gestión administrativa, técnica y científica; lo anterior dirigido hacia cambios significativos del concepto de enfermedad que prima actualmente, por el de salud, en donde predominen las relaciones humanas, sociales, económicas, políticas, en su interrelación con la naturaleza y con el ambiente que nos rodea.

**Democracia. Participación:** es recuperar el control y el poder para los que son, las comunidades de ciudadanos, los pacientes y sus cuidadores, y los trabajadores del sector salud. Generar espacios democráticos de participación, soportada en información y conocimiento, sin jerarquizar y su accionar mediante interacción en redes.

Con autonomía, ir construyendo desde abajo e ir irradiando a los diferentes lados, sin perder el núcleo central, lograr el cambio conceptual de derecho, de igualdad, a todos los ciudadanos. Es fomentar la participación de la ciudadanía, para que cumpla y haga cumplir las medidas acordadas, cambiando la correlación de fuerzas, adquiriendo el control político y un poder real de toma de decisiones, recorriendo un camino que lleve a los ciudadanos a convertirlos en verdaderos dueños de la salud. Es un cambio de poder, en el sector de la salud.



En este campo de la participación merece mención aparte el recurso humano dedicado a las acciones y atenciones del sector salud, al que se le deben mejorar progresivamente las condiciones de trabajo y en un futuro cercano elevarlos a la categoría similar en donde hoy se encuentran sectores como el de los jueces, militares o maestros.

**Información y conocimiento:** la debilidad de los sistemas de información, el uso de la misma para generar mayor poder dentro del actual modelo de salud y centrada en la facturación, nos ha llevado a que su producción se centre en la descripción. Debemos pasar a la prescripción con recomendaciones para las acciones colectivas y para las atenciones individuales, para lo cual se debe tener un compromiso que todo lo que se genere en salud será público y abierto, que sea transferida y apropiada por los profesionales y ciudadanía

### **La Salud – Enfermedad:**

En la representación del modelo, a pesar de ver la salud- enfermedad como un proceso dinámico, no opuesto, ni lo bueno o lo malo, para poder comprenderlo mejor, se presenta, al lado izquierdo la salud- bienestar y a la derecha la enfermedad y la muerte.

La salud-bienestar se aprecia en la sociedad, en la comunidad y en el territorio, tiene como soporte los determinantes sociales (modelo económico, político, educación formal, redistribución de la riqueza, legislación laboral, entre otros), demostrada en la relación directa entre productividad y salud, a mayor productividad, mayor salud y a mayor salud, mayor productividad. La salud está afectada globalmente por la pobreza, hambre, migraciones.

La salud- bienestar es armonía, pero igual que en todos los seres vivos, esa armonía es variable, fluctuante, inestable, pero tiene esa capacidad para ajustarse a sus valores identificados como armónicos (basales).

Actualmente los modelos de salud están alejados de este concepto de salud bienestar y están centrados en el de enfermedad – muerte, por su carga en la atención hospitalaria.

La enfermedad – muerte, es un modo de vida, es una expresión igualmente de dinámicas, conflictos, dentro de los procesos propios de los sistemas vivos, pero que después de esa variación, fluctuación, inestabilidad, no puede volver a su estado inicial y aparece la enfermedad – muerte. Todo el modelo actual está centrado en la atención hospitalaria, para dar respuesta a los procesos de enfermedad – muerte.

### **Acciones colectivas. Atención a las personas:**

En la gráfica que se presenta al final del artículo, se muestra en la base los tres principios, al lado izquierdo la salud-bienestar y al lado derecho la enfermedad-muerte, en la parte central de ese espacio formado se presentan las acciones colectivas a poblaciones (salud pública, promoción, prevención) muy relacionadas con la izquierda de la salud-bienestar, que ocupa 2/3 partes de dicho espacio central. El otro componente de ese espacio central es lo referente a las atenciones a las personas, muy relacionadas con la derecha de enfermedad-muerte, es decir atención hospitalaria, ocupando 1/3 del espacio referido en el modelo.

Otra característica de ese espacio central es lo definido con el color de la gráfica, el verde oscuro representa lo público y el amarillo a lo privado.

Las acciones colectivas tienen su fortaleza en la atención primaria (AP), referido por ser el primer contacto del modelo con la población, en su habidad o territorio, ese contacto puede ser con una persona sana (lo ideal) o con una persona enferma (lo más frecuente, por no haber existido la promoción y prevención en nuestro modelo actual).

El modelo de AP debe ser fuerte y es el eje central de la salud pública, con una orientación multidisciplinaria (con menor peso de parte de los médicos), continua, que se da en términos de relaciones humanas, al conocer primero a la persona que a la enfermedad, llegando hasta convertirse en parte de la familia o del complejo familiar y en ocasiones de la misma comunidad. Que domine el concepto de salud y sea hábil en integrar lo expresado, sentido, por el ciudadano con los determinantes sociales.

Se tiene el concepto, por parte del personal de salud como de los ciudadanos, que la AP es atención primitiva, de bajo conocimiento sobre salud-enfermedad. Es lo contrario, es más compleja conceptualmente, requiere integrar lo teórico con la realidad práctica encontrada en el territorio de esa comunidad, enfrentada a las condiciones determinadas por los contextos sociales de su entorno. Al personal multidisciplinario le corresponde una práctica reflexiva que explora emociones y el cuerpo, que vea lo universal en lo particular, que aproveche el efecto de las relaciones sociales, en el mantenimiento de la salud.

Si tomamos como base la ley de Pareto, en el espacio de las acciones colectivas a poblaciones, se encuentra el 80% de la población y en la atención a las personas, el 20%, que, si lo dividimos por los diferentes niveles de atención, en el nivel 1, estaría el 80% del 20% es decir el 16% y se llegaría al nivel 3 o 4 de atención con escasamente el 1% de población.

Si hacemos el mismo ejercicio con relación al presupuesto, estaríamos destinando el 80% de los recursos para la atención individual de las personas y escasamente el 20% para las acciones colectivas a poblaciones. Adicionalmente esa atención individual a las personas está centrada principalmente en el 80% a 90% de las IPS que son privadas, nos conduce a un modelo que prima la medicalización, el alto costo y el negocio. Además esas IPS tanto públicas como privadas realizan su trabajo en forma desarticulada, discontinua, no integral, se reflejan en la gráfica como unos vectores que no encuentran dirección, como una verdadera torre de babel, con pérdida de recursos e información y un componente importante de la corrupción e ineficiencia.

Las acciones colectivas a poblaciones, que se presta en la comunidad, tiene una serie de gestiones en los determinantes sociales (micro) como por ejemplo aire, agua, alimentación, ejercicio físico y vías, fundamentado en la preocupación de los efectos ambientales negativos que comprometen la vida y la capacidad de reproducción de vida a largo plazo. Estas acciones

tienen como soporte el trabajo intersectorial de las diferentes dependencias de gobierno de nivel local o regional.

En la figura se observa una parte del sector privado de atención a las personas que tiene sus raíces en las acciones colectivas a poblaciones. Por ser este tipo de acciones implementadas bajo el concepto de AP, deben ser realizadas en su conjunto por los equipos multidisciplinarios en cabeza de lo público. No se tiene conocimiento en las AP en el mundo, que estén bajo la dirección de lo privado.

En el campo de las acciones colectivas es importante realizar el inventario o mapeo de los activos que sean de utilidad para generar acciones de promoción y prevención, que están presentes en los territorios de esa comunidad, como por ejemplo: campos deportivos, salones comunales, senderos peatonales, ciclo vías, espacios o centros comunitarios para actividades diversas, entre otros, que faciliten la realización de programas específicos que tengan su origen en los indicadores epidemiológicos y que arrancando en estas acciones, puedan avanzar fácilmente por los diferentes niveles de complejidad en la atención a las personas, de los problemas identificados, como por ejemplo el manejo de la adicción, los problemas mentales, los cuidados paliativos o los programas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, pulmonar crónica e infecciosas como VIH o TBC.

En el proceso de contacto con la población y con las diferentes acciones colectivas generadas, se deben construir nuevos indicadores (los actuales están centrados en la enfermedad y en la utilidad para el reporte a los organismos internacionales como la OMS) soportado principalmente en las relaciones sociales, como por ejemplo se puede medir mejor la percepción que sobre salud va adquiriendo la población, al comprender, manejar y encontrar significado a la vida.

Por último, en la atención a las personas, con base a que la carga actual de la población enferma seguirá siendo un peso grande de llevar, hasta que se pueda revertir el daño que ha representado la falta de trabajar por la salud, nos corresponde resolver las necesidades de atención de los pacientes, familiares y cuidadores, a partir de un fortalecimiento de la red pública, con capacidad de responder cuando y donde ocurran las necesidades en salud de la población, independiente de nuestra capacidad de pago, o la de los que intermedian esos recursos, a contar con una red operativa, actuante y suficiente que cubra toda nuestra geografía.

En esta atención a la enfermedad es importante que desde lo público, cumpliendo con la rectoría del sistema, se articule con las IPS privadas, se apoye la resolución de sus deudas y que esa fortaleza tecnológica y científica, se ponga al servicio de lo que no alcance a cubrir el sector público, con sus propios recursos.

Lo esperado con este modelo es que con las acciones colectivas y la intervención en los programas prioritarios que prevengan la enfermedad existan unos vectores que desplacen cada día el peso del modelo de derecha a izquierda, es decir menos enfermedad-muerte y más salud-bienestar.

# MODELO DE SALUD

