

Texto: **Jesús Andrés Sánchez Suárez**
Psicólogo, Especialista en Alta Gerencia y estudiante de
Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque.
Ilustraciones: **Jorge Lewis M.**
www.behance.net/jorgelewis



La Ley Estatutaria de Salud: **la apuesta por la medicina familiar**



La nueva Ley Estatutaria de Salud ha dado mucho de qué hablar. En este artículo, el autor nos ofrece una reflexión en torno al papel del médico familiar en el sistema de salud hoy y su necesario reconocimiento, desde la sociedad y desde la academia.

— El 16 de febrero del año anterior el presidente Juan Manuel Santos sancionó la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015. Este hecho no resulta menor si se tiene en cuenta que dicha ley

elevó la salud a derecho fundamental, pues no debe olvidarse que desde la Constitución de 1991 era concebida como “[...] un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado [...]” (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 48).

La ley “comprende 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” (Ley 1751, 2015). Con esta declaración, esta ley presenta un contexto de vital importancia, pero que, infortunadamente, es minimizado: “la promoción de la salud” es subestimada —entre muchas otras razones— porque se centra en la enfermedad, algo muy propio de la cultura de nuestro país. A propósito de ello, Vega-Franco (2002) asevera que: “[e]s común que la gente defina la salud como la ausencia de enfermedad: como si en ella estuviera arraigada la idea de una vivencia fugaz dentro de una secuencia continua de padecimientos” (p. 259).

El 27 de febrero de 2015, pocos días después de sancionada la ley, el Viceministro de Salud, Fernando Ruíz, expresó en el “Foro Regional para el Fortalecimiento de la Salud y

Medicina Familiar en el marco del nuevo modelo de Atención en Salud” que uno de los elementos novedosos que soporta el nuevo modelo es la medicina familiar y comunitaria. Este hecho no resulta menor si se tiene en cuenta que dicho modelo ya había sido sugerido por la OMS hace más de dos décadas para tratar los temas de salud mental.

Las experiencias al respecto ya son numerosas: países como Inglaterra, Francia, Canadá y Estados Unidos cuentan con una tradición en medicina familiar de más de 50 años, así como España, Portugal, Cuba y México, que desde la década de los 80 plantearon el cambio de médicos generales a médicos familiares. Lo anterior por nombrar países en los que se ha hecho de manera sistemática este cambio, pero también debe notarse que se han suscitado experiencias interesantes en algunos países suramericanos: Argentina, Brasil y Chile en la década de los 90, y algunas experiencias aisladas en Ecuador, Panamá y Perú, con planes de formación en esta especialidad médica (Rodríguez, 2011).

Pero cuando la ley habla específicamente de medicina familiar, este concepto nos transporta a la historia de nuestros abuelos, aquello que acontecía hace unas décadas en las que imperaba la figura del “médico de cabecera”, que era aquel médico más cercano a una determinada población, o que en muchos lugares era el único. Este era un profesional cercano a la familia, que conocía parte de la historia familiar, al que se le facultaba la potestad de tomar las decisiones referidas a los problemas que tuviera que tratar, pero que también podía consultar con otros profesionales (Gérvás y Ortún, 1995); ese concepto de médico familiar viene a completar, e incluso, mejorar, la labor del médico general, tan tenido a menos hoy en día.

Y es que muchas veces no se le asigna el verdadero valor que tiene la labor del mé-





dico general dentro del sistema de salud, que es, en resumidas cuentas, reconstruir la dimensión del problema que el paciente trae a consulta, proveer los cuidados profesionales necesarios y ser el filtro para la atención especializada (Gérvas y Pérez Fernández, 2005). Por su parte, en el escenario que propone la nueva ley, la figura del médico familiar se presenta con una función básica: “atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada, independientemente de si tiene o no entrenamiento especializado posgraduado” (Rivero, Jiménez, Morales, Salgado y Acosta, 2010, p. 2).

En este punto vale la pena traer a colación el fragmento de la ley que se refiere a la calidad e idoneidad profesionales:

Art. 6. (d). Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos. (Ley 1751, 2015)

Al respecto, es importante resaltar que han sido variadas las experiencias que han tenido distintos países, en las que se señala que este punto, el referido a los profesionales dentro de un modelo como al que apunta la ley, depende de factores como el liderazgo de quienes creen en la medicina familiar, las decisiones estatales, el sistema sanitario y una sólida formación crítica

de médicos familiares que puedan ejercerla (Rodríguez, 2011). Lo anterior sólo cuando se menciona el caso de los médicos dentro del engranaje de un sistema de salud, pero también, como afirma Larban (2010), “[...] implica equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que den respuesta a la complejidad biopsicosocial del ser humano, que estos equipos sean suficientes y bien formados en cuanto a calidad y variedad” (p. 208). Este cambio de perspectiva en la forma de concebir la atención en salud no es menor si se tiene en cuenta la relación entre el concepto de familia y el proceso salud-enfermedad en instancias como la promoción de la salud y la reducción del riesgo, al igual que en la forma como el individuo interpreta, confronta y se comporta ante un diagnóstico de enfermedad y la adaptación ante la existencia de una enfermedad crónica (Alba, 2012).

Esta reforma de la ley, o esta nueva forma de concebir la salud y la familia, apunta a reevaluar visiones y actitudes frente a conceptos, actores y dimensiones que se tenían antes y que son propias del proceso de atención en salud:

[e]l individuo tratado es percibido como paciente, pero ignorado como persona, está aislado de su entorno humano. A diferencia del médico de familia, que realizaba sus visitas a domicilio, el médico de hospital o de ciudad trata al paciente fuera de su espacio doméstico, aislado de su entorno, de su familia, de su medio profesional, urbano y social. En la época en que aún existía una civilización rural, el médico rural también era, sin saberlo, un psicólogo. No sólo curaba tal o cual órgano, sino que situaba al paciente en su contexto humano. (Morin, 2011, p. 165)

Resulta no menos llamativo que después de tanto tiempo, el Ministerio se dé cuenta de que una de las razones por las que se da la crisis

del servicio de salud en el país es la poca capacidad resolutoria que el sistema permite a los profesionales sanitarios; estos se han convertido en remitentes de problemáticas que podrían ser resueltas por ellos sin la necesidad de congestionar los hospitales de alta complejidad. Por otro lado, al médico general y a las enfermeras se les han quitado funciones para las cuales están formados, por la simple y llana razón de que no poseen los recursos de infraestructura ni de funcionamiento mínimos para ejercer su tarea, lo que visibiliza y refuerza la tesis de que “la actual coyuntura del sistema de salud colombiano pasa por momentos críticos causados por su mismo diseño, que prepondera la gestión financiera sobre la prestación del servicio” (Rivera, 2013, p. 105).

Profundizando en lo novedoso de la Ley 1751, y sólo a manera de ilustración, otros aspectos para resaltar tienen que ver con los elementos y principios del derecho fundamental a la salud; los primeros hacen referencia a la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad, la calidad y la idoneidad profesional; los segundos a la universalidad, el valor *pro homine*, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la prevalencia de los derechos, la progresividad del derecho, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, la interculturalidad y la protección de los pueblos y comunidades indígenas, la comunidad gitana y las comunidades afrocolombianas, raizales y palenqueras (Ley 1751, 2015).

Sobre los principios en que se fundamenta la ley (universalidad, equidad, oportunidad, solidaridad, interculturalidad, entre otros), valdría la pena que el Ministerio de Salud considerara la experiencia que países como Brasil (sin desconocer la de otros como Cuba o Argentina), con más de 40 años en el modelo, ha tenido en torno al tema de la salud desde la perspectiva familiar y comunitaria que se pretende incentivar,

El sistema de salud colombiano se había convertido en uno para atender la enfermedad y no para promocionar el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

ya que comparten muchos de sus principios. Al igual que la colombiana, la experiencia brasileña para la atención primaria de salud y medicina familiar se basa en lo que ellos han denominado ejes transversales (universalidad, integración y equidad), en un contexto descentralizado, con base en el control social de la gestión. Lo interesante de la experiencia brasileña no es sólo el avance en cuanto a la calidad de la salud, sino la inclusión social que generó para muchas familias (Lermen & Henrique, 2013).

A modo de conclusión, puede decirse que este viraje es esperanzador, pues la pretensión de dar prioridad a la medicina familiar y preventiva es una apuesta incuestionable. Lamentablemente, el sistema de salud colombiano se había convertido en uno para atender la enfermedad y no para promocionar el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad. Este hecho explica la congestión y el colapso en hospitales y clínicas de tercer nivel.

Sumado a ello, se rescata la visión del médico familiar como un profesional con todas las calidades para ejercer de manera eficiente y eficaz su labor dentro del sistema de salud. Este hecho también pone sobre la mesa la necesidad de formar médicos en esta especialidad, de forma que puedan contar con las herramientas técnico-científicas para hacer posible lo que la ley plantea de novedoso para el sistema de salud colom-

biano, pero también es una oportunidad para que las universidades puedan dinamizar los currículos de formación de los futuros profesionales en el área de salud e incluyan la perspectiva familiar. ♦

Referencias

- Alba, L. (2012). Familia y Práctica Médica. *Univ. Méd.* 53(2), 166-185.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Artículo 48 [Título II]. (2da. Ed.). Legis.
- Gérvás, J. y Ortún, V. (1995). Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención Primaria.* 16(8), 63-68.
- Gérvás, J. y Pérez Fernández, M. (2005). El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Red Bras Epidemiol.* 8(2), 205-218
- Larban, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental "conteniente y contenido". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente.* (49), 205-224.
- Lermen, N. & Henrique, A. (2013). Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. *Medwave.* 13(1), e5588 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5588
- Morin, E. (2011). *La vía. Para el futuro de la humanidad.* Barcelona: Paidós. [Colección Estado y sociedad].
- República de Colombia – Gobierno Nacional. *Ley N° 1751.* Bogotá, Colombia, 16 de febrero de 2015.
- Rivera, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión & Desarrollo.* 10(1), 103-116.
- Rivero, O., Jiménez, I., Morales, M., Salgado, A. y Acosta, N. (2010). Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *MEDICIEGO.* 16(2), 1-11.
- Rodríguez, M. (2011). *La Medicina Familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad El Bosque.* Colección Medicina Familiar. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Vega-Franco L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Salud Pública de México.* (44), 258-265.

