

## EDITORIAL

### LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD-PAÍS-UN AÑO DESPUÉS

**Hugo Cárdenas López**

Decano de la facultad de medicina-Universidad El Bosque. Bogotá-Colombia

El Ministerio de Salud y Protección social promulgó la Política de Atención Integral en Salud-PAIS mediante la resolución 429 del 17 de febrero de 2016. Esta política es una respuesta concreta a la ley 1751 de 2015, ley Estatutaria de la Salud, cuyo objeto fue “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Hasta este momento no teníamos una política explícita de atención de la salud.

La PAIS contribuye a la construcción de condiciones que garanticen el derecho fundamental a la salud y busca reorientar los objetivos del sistema de salud para generar resultados exitosos en salud a través de acciones cuyo interés este centrado en el ciudadano. Asimismo robustece el papel del Estado como instancia reguladora del sistema. Las estrategias y las acciones pretenden la articulación y coordinación de todos los agentes del sector salud en los distintos contextos territoriales, haciendo convergencia con el desarrollo de los respectivos planes territoriales. El Ministerio tendrá un plazo de un año para el desarrollo gradual de instrumentos y de tres años para la implementación.

La política ha sido diseñada definiendo dos marcos: estratégico y operativo. El estratégico se fundamenta en la Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, el cuidado de la salud, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial de acuerdo con territorios y poblaciones. El marco operativo dio lugar a la definición del Modelo Integral en Salud -MIAS- el cual direcciona, articula y coordina las acciones de cada uno de los agentes del sistema con una visión centrada en las personas y dispuesto de acuerdo con las particularidades de los diferentes territorios.

El modelo define reglas, procesos, procedimientos, instrumentos que orientan su implementación. Este cuenta con diez componentes: a) Caracterización de la población b) Regulación de Rutas Integrales en Salud -RIAS- (tres tipos de rutas: de promoción y mantenimiento de la salud, de grupo de riesgo, de eventos específicos de atención) c) Implementación de la Gestión Integral de Riesgo en Salud -GIRS- d) Delimitación territorial del modelo (tres tipos de territorios: urbanos, con alta ruralidad y dispersos) e) Redes integrales de prestadores de servicios de salud (organización funcional que comprende prestadores primarios y prestadores complementarios) f) Redefinición del rol del asegurador (fortalecimiento de la gestión de riesgos: financiero y de salud; redes de prestación de servicios; y, representación del usuario) g) Redefinición del esquema de incentivos alrededor de los resultados en salud h) Sistemas de información (datos centrados en el ciudadano, integrados, con interoperabilidad, con arquitecturas que faciliten las interfaces, y tecnologías apropiadas) i) Fortalecimiento del recurso humano en salud j) Priorización de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento (se establecieron seis retos: rectoría del sistema, sostenibilidad financiera, gestión eficiente de recursos humanos, fortalecimiento de sistemas de información, gestión de la transferencia del conocimiento en políticas públicas, y garantía de la calidad).

La PAIS se enuncia como una promesa que busca ser exitosa; dado que es una expresión lingüística es una acción, una realización y en tanto es una promesa, es una acción que se cumple. Siguiendo los planteamientos de John Austin en su libro ¿Cómo hacer cosas con palabras?, la PAIS es una expresión que no es el mero decir algo, no es un decir por decir; siempre es necesario que las palabras se expresen en las circunstancias apropiadas. Para que una expresión, es decir una acción, sea afortunada depende a lo menos de cinco circunstancias: a) Que quien exprese sea autoridad para declarar b) Que estén definidos los procesos y procedimientos necesarios y requeridos c) Que se sigan los procesos y procedimientos definidos d) Que lo dicho se adecue y dialogue con los contextos e) Que sea una expresión sincera, la palabra empeñada nos obliga. Si cualquiera de ellos falla o está ausente lo que ha sido enunciado no se cumple y por tanto se vuelve un acto desafortunado. Examinemos cada uno de ellos.

Autoridad. El Ministerio es constitucionalmente el indicado para promulgar normas, reúne los requisitos correspondientes. Además el ciudadano y la sociedad en su conjunto reconocen la autoridad de este para promulgar normas y prometer resultados. El gobierno a través del Ministerio ejerce la rectoría del sector y regula el funcionamiento del sistema de salud.

Diseño y definición de procesos y procedimientos. La implementación del modelo se dificulta dado que se promulgó sin tener dispuestos todos los procesos requeridos y necesarios; existen caracterizaciones de la población en los territorios que están desarticuladas y no dialogan entre ellas, hay datos del ente territorial, de los aseguradores del régimen subsidiado, de los aseguradores del régimen contributivo y de los prestadores de servicios. Algunos datos se convierten en información pero cada agente la usa de acuerdo con su visión personal en un contexto de competencia, de descentralización política administrativa y de descentralización del sistema de salud. Las rutas integrales de atención se siguen definiendo y su aplicación está estandarizada desde el nivel central con serias dificultades para poder cumplir su ejecución. La gestión integral del riesgo no opera aún dado que cada agente responde a sus propios intereses individuales lo cual no permite una real construcción colectiva del bien público. Las redes de servicios apenas comienzan a configurarse por parte de los aseguradores con grandes obstáculos en la articulación del régimen subsidiado y el régimen contributivo; incluso en el asegurador subsidiado hay barreras para organizarse cuando hay entes territoriales con significativa heterogeneidad en la oferta de servicios y en la filiación política de cada uno de los territorios, por ejemplo un único hospital especializado en una ciudad capital que no quiere o no puede hacer red con los prestadores primarios de los municipios del departamento por las razones antes expuestas. El esquema de incentivos aún no ha sido definido. El recurso humano, médicos, enfermeras, especialistas, presenta problemas de oferta y distribución en muchos municipios y zonas del país. La investigación, innovación y apropiación está por comenzar y lo poco de ella está centralizada en los municipios capitales.

Seguimiento de procesos y procedimientos. Dado lo señalado en el punto anterior la adopción de procesos y procedimientos por parte de todas las instituciones del sector está pendiente, razón por la cual los agentes del sistema no pueden seguir lo que aún no se ha definido.

Adecuación a contextos locales. La principal virtud que presenta el modelo es su pretensión de conectarse con las realidades locales definiendo tipologías territoriales (áreas urbanas, alta ruralidad y dispersas). Colombia cuenta con 32 departamentos, un distrito capital y 1098 municipios. Esta lógica político administrativa entra en conflicto con: la diversidad geográfica (cordilleras, valles interandinos, mares pacífico y atlántico, altillanura, selva, entre otros); la interconexión de vías de acceso y comunicación (autopistas, carreteras, ríos, caminos veredales); la fluctuante conectividad digital y su soporte tecnológico; la concentración en la oferta de servicios complementarios en las grandes capitales la cual es consistente con la distribución del recurso humano; la portabilidad nacional de la afiliación al sistema de salud que en muchos casos genera débil presencia del asegurador y dificultades en el cumplimiento de sus responsabilidades. En suma hay tensiones no resueltas entre la descentralización administrativa del país, la descentralización del sistema de salud, la diversidad geográfica y el modo en que los ciudadanos habitan y se apropian de un territorio. Todas estas lógicas están desconectadas del modelo.

Sinceridad en lo prometido. La noción de sinceridad no tiene una connotación moral, se refiere a la correspondencia entre la manera de pensar, significados e intencionalidades que conducen a la realización de una acción. Supone además un conocimiento de las distintas realidades hacia las que van dirigidas las acciones que buscan transformar situaciones o estados de cosas. Dada esta apreciación, el modelo declarado desea cambiar realidades pero, como se encuentra desconectado se convierte en una idealización, en una ilusión; el poder de transformación intencionada es mínimo.

Como hemos visto la promesa que trae el modelo tiene serias dificultades de poderse cumplir pues varias de las circunstancias antes mencionadas no se encuentran dadas; si una o varias de ellas presentan problemas el modelo como declaración falla, se vuelve una acción desafortunada. Las políticas identifican problemáticas, diseñan estrategias y definen acciones en red que cambian esas problemáticas. Las políticas requieren un amplio y profundo conocimiento de las realidades a ser intervenidas; ello pasa por visualizar y en ocasiones crear condiciones de posibilidad que hagan de la declaración un acto afortunado. Las políticas se piensan en y desde su conexión global y sus acciones se realizan localmente, es decir tienen los pies en la tierra y se formulan de abajo hacia arriba. Sólo así se cumple la promesa de estar centrada en el ciudadano y sus circunstancias.