

Editorial

Modelo Integral de Atención en Salud: una pieza del rompecabezas a la que debemos apostarle

Integral Model of Health Care: a piece of the puzzle to which we must bet

En los últimos tres años el sistema de salud Colombiano ha tenido un proceso de reforma revolucionario. El ejercicio de la salud, como derecho fundamental, ha impartido unos cambios basados en los conceptos de protección social, más allá de los procesos de seguridad social que promulgan los sistemas de salud de aseguramiento convencional, como por ejemplo el supuesto de un plan de beneficios implícito; así mismo, propone mecanismos para garantizar la solvencia financiera a corto y mediano plazo. Esto ha dado sus primeros resultados, por ejemplo, con la puesta en marcha de tres mecanismos de regulación de tecnologías en salud: la primera, el mecanismo de regulación de ingreso de nuevas tecnologías a través de “precio basado en valor terapéutico”, en donde por primera vez el sistema busca articular a tres entidades del sistema: el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y el Ministerio de Salud y Protección Social; el segundo mecanismo es el proceso de “negociación centralizada”, con un primer escenario regulatorio que fue la negociación de precios para el tratamiento antiviral de hepatitis C y, por último, el mecanismo de exclusiones de tecnologías sanitarias del plan de beneficios financiadas con recursos públicos¹.

Otro aspecto que rescata la reforma del sistema es la rectoría del sistema de salud a cargo de la cartera pública, así como la orientación de la atención en salud a los individuos partiendo de la atención primaria, hasta el abordaje de los determinantes sociales de la salud, fortalecido por el plan decenal de salud pública, acciones inter y sectoriales y una organización implícita de los actores del sistema para garantizar la cobertura efectiva de todas las atenciones que el individuo y su familia requieran para establecer su salud.

Para integrar todos estos aspectos y necesidades, el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 realizó el lanzamiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)^{2,3}. Este modelo, el primero propuesto a nivel nacional, reconoce los logros y experiencias exitosas alcanzadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y permite una mixtura que busca alinear y motivar a los actores del sistema hacia un trabajo en conjunto, en función de los resultados en salud de las personas, familias y comunidades como sujetos del derecho a la salud. Para lograr este propósito, el modelo propone un marco estratégico y un marco operativo.

En el marco estratégico propone cuatro líneas de acción: 1) la atención primaria en salud, 2) el cuidado, 3) la gestión integral del riesgo en salud, y 4) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. En el marco operativo el modelo se desarrolla en 10 componentes que consolidan el contrato social a partir de la caracterización de las poblaciones, el desarrollo de rutas de atención en salud, la organización de la red de prestación de servicios de salud, la innovación en los mecanismos de incentivos tanto para los individuos como para los prestadores, el autocuidado de la salud, y el fortalecimiento del talento humano en salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria⁴.

A simple vista es una propuesta ambiciosa y prometedora, y da respuesta a muchas de las necesidades percibidas y reales de los diferentes actores del sistema. Sin embargo, impone varios retos. El primero es el fortalecimiento de la gobernanza del sistema, para poder determinar tempranamente las necesidades dinámicas de los individuos y sus familias, y tomar medidas tempranas efectivas; el segundo es el reordenamiento territorial de la prestación de servicios de salud, dado que se requiere fortalecer los procesos de descentralización, el trabajo local exhaustivo para reconocer las necesidades en salud pero aún más para la implementación del modelo en campo. Estos dos puntos nos hacen pensar en la necesidad de recursos financieros y talento humano suficiente para los cambios que apremian, innovación tecnológica, apropiación del modelo en la comunidad y el fortalecimiento de las acciones intersectoriales. Estas últimas fundamentales para garantizar la adecuada implementación del MIAS⁵.

Ahora bien, el modelo es una necesidad para el sistema. Ningún país del mundo con una respuesta social organizada para dar alcance a la cartera de salud, ha dejado de lado la instauración de un modelo de salud, sean cuales sean sus acciones estratégicas o su propósito (acciones de salud curativas, preventivas o ambas)⁶. Apostarle al sistema ahora

es un deber no solo para el ente rector o los agentes regulatorios, sino para toda la sociedad, los pacientes y familias; podrá convertirse en un primer paso para volver a confiar en el sistema y su capacidad de resolver los problemas de salud emergentes.

Por otro lado, la función de la salud pública y los que ejercemos esta disciplina en el día a día, ahora más que nunca, tenemos la responsabilidad de redefinir nuestro alcance como profesionales de la salud y de nuestra disciplina, apropiar el modelo, ir mas allá de la crítica conceptual y pensar como hacemos parte constructiva de esta revolución del sector y de paso posicionar a la salud pública en el lugar que se merece⁷.

REFERENCIAS

1. Ley 100 de 1993, art 153 y Ley 1438 de 2011, art 13
2. Ley 1751 de 2015.
3. Manual metodológico para la construcción de Rutas Integrales de Atención en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.
4. Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy* 1994; 27(1): 19-34. DOI: [http://doi.org/10.1016/0168-8510\(94\)90155-4](http://doi.org/10.1016/0168-8510(94)90155-4).
5. Hsiao WC. Comparing health care systems: what nations can learn from one another. *J Health Pol Policy Law*. 1992; 17(4): 613-616. DOI: 10.1215/03616878-17-4-613.
6. Murray CJL et al. Defining and measuring fairness of financial contribution. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 24).
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart*. 1996; 44(3): 166-203. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Carlos Eduardo Pinzón Flórez
Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud
Bogotá, DC, Colombia