



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

Perspectiva desde el Aseguramiento en el
contexto de la Política de Atención Integral
en Salud

Documento de trabajo.

**Dirección de Regulación de la Operación del
Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y
Pensiones**

Bogotá, Junio de 2018

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministra de Protección Social

Luis Fernando Correa Serna (E)
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Direcciones

Jackeline Becerra Castro (E), Regulación del Aseguramiento en Salud, Riesgos laborales y Pensiones

Félix Régulo Nates, Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento.

Sandra Lorena Girón Vargas, Epidemiología y Demografía

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga, Promoción y Prevención

José Fernando Arias Duarte, Prestación de Servicios y Atención Primaria

Luis Carlos Ortiz Monsalve, Desarrollo de Talento Humano en Salud

Oficinas

José Fernando Arias Duarte (E), Calidad

Juan Pablo Corredor Ponguta, Promoción Social

Dolly Esperanza Ovalle Carranza, Tecnología de la Información y la Comunicación TIC.

Comité de Apoyo Técnico y Redacción.

Álvaro López Villa

Mery Barragán Ávila

Blanca Lilia Viví Quintana

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez.

Lucía Izquierdo Valderrama

Cesar Castiblanco M

María Heidi Amaya Valdivieso

Rosa Helena Cárdenas Ávila

Juan Sebastián Castillo Londoño

Lorena Viviana Calderón Pinzón

José Luis Ortiz Hoyos

Elizabeth Daza Reyes.

Gerardo Cano Villate.

Documento de trabajo

Contenido

Resumen Ejecutivo.....	8
1 Antecedentes y base conceptual.....	11
2 Conceptos.....	14
2.1 Riesgo en Salud.....	14
2.2 Grupos de riesgo.....	14
2.3 Gestión Integral del Riesgo en Salud.....	16
2.3.1 Componentes de la gestión integral del riesgo en salud.....	16
2.4 Participantes y roles en la Gestión Integral del Riesgo en Salud.....	17
3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud.....	19
4 Gestión Integral del Riesgo en Salud desde la perspectiva del Aseguramiento.....	22
4.1 Tipos de riesgos en un sistema de aseguramiento en salud.....	22
4.1.1 Riesgos relacionados con la prima de aseguramiento.....	22
4.1.2 Riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento.....	23
4.1.3 Interrelación de riesgos.....	23
4.2 Sistema de gestión de riesgos centrado en la gestión integral del riesgo en salud.....	24
4.3 Modelo de atención como concreción de la gestión integral del riesgo en salud por parte de las EPS 25	
4.3.1 Identificación y clasificación del riesgo de los afiliados.....	26
4.3.2 Definición de modelos o estrategias de atención según la estratificación de los riesgos identificados.....	27
4.3.3 Articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud, en particular con las direcciones territoriales de salud.....	28
4.3.4 Organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.....	28
4.3.5 La gestión clínica por parte de los prestadores.....	29
4.3.6 Modalidades de contratación y de pago por la prestación de servicios de salud orientadas a resultados.....	29
4.3.7 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.....	31
4.3.8 Nota técnica para la gestión del riesgo en salud.....	31
4.3.9 Sistema de información.....	32
4.4 Gestión del riesgo primario y del riesgo técnico en la práctica por parte de las EPS.....	33
5 Los prestadores de servicios de salud y la gestión del riesgo en salud.....	35
6 Las personas y la gestión integral del riesgo en salud.....	36

7	Conclusiones	37
8	Recomendaciones	38
9	Referencias Bibliográficas	40
10	Anexos.....	44
	Anexo 1. Cómo se genera el riesgo en salud.	44
	Anexo 2. Listado de Grupos de Riesgo y de Eventos priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención específica.	49
	Anexo 3 PASE a la Equidad y Gestión Integral del Riesgo en Salud.....	51
	Anexo 4 Plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo.....	55
	Anexo 5. Categorías de riesgo Superintendencia Nacional de Salud.	60
	Anexo 6. Autorización integral de servicios de salud.	62

Índice de Tablas

Tabla 1 Dimensiones y componentes del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	12
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 Grupo de riesgo cardiovascular.....	15
Figura 2 Interrelación entre riesgos colectivos e individuales.....	17
Figura 3 Participantes GIRS.....	18
Figura 4 Interrelación de riesgos que afectan el riesgo en salud.....	24
Figura 5 Elementos del modelo de atención en salud de la EPS	26
Figura 6 Gestión del riesgo primario y el riesgo técnico por parte de las aseguradoras.	34
Figura 7 Modelo Dahlgren y Whitehead de determinantes de la salud	45
Figura 8 Modelo Determinantes Sociales de la Salud	46
Figura 9 Un marco integrado para la salud de la población y la gestión del riesgo	47
Figura 10 Ejemplo eje estructurante de salud en un territorio	51
Figura 11 Implementación de la GIRS.....	53
Figura 12 Intervenciones MPOWER.....	55
Figura 13 Estado de avance de implementación del Plan de medidas MPOWER en Colombia	56
Figura 14 Mortalidad atribuible al consumo y exposición al humo de tabaco	57
Figura 15 Costos del tabaquismo	57
Figura 16 Armonización de las acciones para el control del tabaco en el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS	58
Figura 17 Ruta de atención y autorización integral de servicios de salud	62

Siglas

EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
EPS	Entidades Promotoras de Salud.
ET	Entidad Territorial.
GIRS	Gestión Integral del Riesgo en Salud.
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud.
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PB	Plan de Beneficios.
PIC	Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas.
RIAS	Ruta Integral de Atención en Salud.
RIPSS	Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.
SBR	Supervisión basada en el Riesgo.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Salud.
UPC	Unidad de Pago por Capitación.

Glosario de términos

Ciclo de atención.	Período que comprende el inicio, el tratamiento y el final de la atención, para una condición de salud y que incluye las actividades para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Para las condiciones crónicas se elige como ciclo de atención un período de tiempo de un año.
Ciclo general de gestión de riesgos.	Son las etapas que realiza una institución para la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos.
Condición de salud.	Conjunto interrelacionado de circunstancias del paciente cuyo abordaje se realiza de una manera coordinada, incluyendo las complicaciones asociadas y las comorbilidades que afectan los procesos y recursos utilizados durante la atención (Porter, Kaplan, 2011). Las condiciones de salud pueden ser agudas si aparecen en un momento particular y se resuelve en un punto posterior en el tiempo o crónicas si requieren una atención prolongada a través de los años. Una condición individual de salud hace referencia a enfermedades, traumatismos o a situaciones especiales que no son enfermedades pero que implican riesgos específicos y requieren atención como el embarazo.
Nota técnica.	Herramienta que permite a las EPS reflejar el comportamiento de los riesgos y de los costos (Naranjo, C, SF) derivados de la atención de los afiliados organizados por momento de curso de vida y grupos de riesgo. Contiene información estadística de una población expuesta e información matemática con las probabilidades de utilización de tecnologías en salud (frecuencia) y el costo unitario de su atención (Marín H, 2018).
Tecnologías en salud.	Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud (Resolución 5269 de 2017).
Territorio.	Espacio geográfico histórico y socialmente construido.

Resumen Ejecutivo.

El presente documento aborda la gestión integral del riesgo en salud, enfatizando su análisis desde la perspectiva del aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (MSPS, 2016a).

Avanzar en la consecución de este objetivo requiere: i) el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la coordinación de la agenda sectorial e intersectorial desde las prioridades establecidas en el plan territorial de salud y lograr la corresponsabilidad de los agentes del sistema de salud y otros sectores en el territorio, mediante la articulación e interacción de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de su competencia, ii) el mejoramiento progresivo de la calidad de la gestión por parte de todos los agentes del sistema de salud centrada en las personas y orientada al logro de resultados en salud y su sostenimiento en el tiempo, iii) la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, las cuales establecen las condiciones para asegurar la integralidad de la atención y orientan el quehacer sectorial e intersectorial y iv) la generación de condiciones para involucrar a las personas en la toma de decisiones en todos los niveles del Sistema, con el fin de desarrollar capacidades para el cuidado de su salud y la formulación de políticas y planes.

La gestión integral del riesgo en salud se concreta en cada uno de los agentes del Sistema de Salud de la siguiente manera:

En la Entidad Territorial, a través de la modificación de los determinantes sociales que inciden en los riesgos en salud de las comunidades o colectivos y que afectan sus condiciones de salud, priorizadas en el plan territorial de salud y que implican la articulación de las intervenciones según lo mencionado anteriormente. La formulación del plan territorial de salud se fundamenta en la estrategia PASE a la Equidad (MSPS, 2014b), la cual permite la priorización de respuestas definiendo objetivos y metas de intervención por dimensión y líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública, así como la proyección de recursos, fuentes y responsables del plan territorial de salud.

En las Entidades Promotoras de Salud, la GIRS se concreta en la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad en el sistema, a efecto de suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad (MSPS, 2018b).

Para el efecto, es necesario avanzar en la implementación de un modelo de atención en salud en consonancia con el MIAS, soportado en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad y en la gestión de los riesgos propios de la operación y el desarrollo de las actividades que las EPS deben realizar para cumplir con las funciones del aseguramiento en salud, tales como los riesgos financieros, los operacionales, los reputacionales y las fallas del mercado, teniendo en cuenta que los diferentes tipos de riesgos están interrelacionados e inciden en los resultados de la gestión del riesgo en salud de la población afiliada.

El modelo de atención debe considerar entre otros la organización de la atención de los afiliados según los riesgos identificados, la articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes del sistema de salud alrededor de prioridades territoriales en salud, la utilización de modalidades de contratación y de pago orientadas a resultados que incentiven la gestión de riesgos en salud por parte de los prestadores, la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la situación de salud y prestación de servicios de salud de la población afiliada y la utilización de la nota técnica en salud para la gestión eficiente del riesgo en salud.

En los prestadores de servicios de salud, la GIRS se concreta en la orientación de su modelo de prestación de servicios hacia la gestión de los riesgos en salud de la población de su territorio y los diferentes contratos con entidades territoriales o EPS, a través de las etapas del ciclo de gestión de riesgos en salud.

Las atenciones se realizan según las necesidades y condiciones de salud de su población teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en las RIAS cuando apliquen, con una gran capacidad resolutoria de los prestadores del componente primario de la red de servicios, quienes trabajan en forma articulada con el componente complementario de la red. Los prestadores ejecutan las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica, orientada a la obtención de resultados en salud para las personas, a la reducción de la variabilidad clínica y a la utilización eficiente de los recursos.

Desde el punto de vista *de las personas*, centro y finalidad del sistema de salud, la GIRS se concreta en las “decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea” (MSPS, 2016a, p.38), apoyados por los agentes del sistema de salud quienes generan condiciones para involucrar a las personas en todos los niveles del Sistema con el fin de desarrollar capacidades para el cuidado de su salud de salud y la toma de decisiones en la formulación de políticas y planes.

Por su parte, *El Ministerio de Salud y Protección Social* define políticas y un marco regulatorio que propicie el óptimo desempeño del sistema de salud, y la coordinación de los agentes del sistema y de otros sectores para la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales orientadas a la promoción, mantenimiento y el logro de resultados en salud

El documento se desarrolla en 4 partes. En la primera parte se presentan los antecedentes y las bases conceptuales, definiendo el riesgo en salud, la gestión integral del riesgo en salud, el rol de los diferentes agentes del sistema de salud y los criterios para la implementación de la GIRS teniendo en

cuenta poblaciones, comunidades y personas. En la segunda parte se desarrolla la GIRS desde la perspectiva del aseguramiento, describiendo los tipos de riesgos en un sistema de aseguramiento en salud y los elementos a ser tenidos en cuenta por las EPS para la concreción de la GIRS, considerando el desarrollo normativo y las herramientas definidas por el MSPS. En la tercera parte se presentan el rol de los prestadores de servicios de salud y las personas en la GIRS y en la cuarta las principales conclusiones y recomendaciones.

Documento de trabajo

1 Antecedentes y base conceptual.

Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 se han logrado avances importantes en el aseguramiento en salud de la población, al pasar de una cobertura cercana al 23.5% en 1993 a un 95.6%¹ en el 2016, con una mayor participación de la población más pobre. En efecto, al considerar el quintil de ingresos, mientras la afiliación al SGSSS de la población en el quintil superior pasó del 78.1% al 91.1% en el período 1997 al 2016, la afiliación de la población en el quintil inferior de ingresos pasó del 42% al 92.6% en el mismo período (MSPS, 2017a). Las coberturas alcanzadas han contribuido en forma importante a la protección financiera de las familias, la cual se puede evidenciar a través de indicadores centinela (Giedion U, Ávila A, Flórez C, Pardo R, s.f) tales como una proporción mayor al 75% del gasto del gobierno en el gasto total en salud² y una escasa dependencia en el gasto de bolsillo para el financiamiento del sector salud (MSPS, 2014c)³. A su vez, se ha presentado una mejoría importante en los principales indicadores de salud como son la esperanza de vida al nacer⁴, la razón de mortalidad materna⁵ y la tasa de mortalidad infantil⁶ (MSPS, 2016b).

Sin embargo, existen retos importantes para la consolidación de la cobertura universal en salud⁷. En este sentido, es necesario aumentar los esfuerzos para mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud en forma equitativa, oportuna, continua y eficiente, de manera sostenible, teniendo en cuenta la existencia de importantes diferencias regionales en el país (MSPS, 2016a). A su vez, es indispensable propiciar el fortalecimiento de la gestión y la articulación de los agentes del sistema para el mejoramiento continuo y el logro de resultados en salud, donde las personas son el centro y la finalidad del sistema de salud. (MSPS, 2016d).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 –PDSP, adoptado por la Resolución 1841 de 2013 expedida por el MSPS, es la carta de navegación para dar respuesta a los desafíos en salud pública y

¹ En el régimen contributivo están afiliadas 22.2 millones de personas y en el régimen subsidiado 22.18 millones, lo cual equivale a una cobertura del 91%. Los regímenes especiales y de excepción cubren 2.26 millones de personas, lo que equivale al 4.6 % de la cobertura.

² 75.2% en el año 2012. Valores por encima del 75% corresponden a una alta protección financiera. Este indicador ha oscilado entre el 71% y el 76% en el período 2004 al 2011 (MSPS, 2014c)

³ En el año 2011 el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud fue del 15.9%. Sus valores han oscilado entre el 14.5% y el 21.4% en el período 2004 al 2011. En el año 2014 el gasto de bolsillo correspondió al 14%.

⁴ La esperanza de vida al nacer ha tenido un comportamiento al incremento de manera sostenida pasando de un estimado de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015, y se espera un incremento de 0,93 años en el quinquenio 2015 a 2020.

⁵ La razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (NV) pasó de 104,94 en 2000 a 60.7 en el año 2008. Entre 2008 y 2011 el indicador osciló entre 60.7 y 71.6. En el año 2014 se produjeron 15.1 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos que en el año 2011

⁶ La tasa de mortalidad infantil sigue una tendencia descendente a través de los años. Entre los años 1998 y 2014 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 41.87%,

⁷ La cobertura universal tiene en cuenta tres dimensiones: La primera dimensión hace referencia a la proporción de la población cubierta, la segunda dimensión al conjunto de los servicios de salud cubiertos, y la tercera dimensión correspondiente a la protección financiera para que el gasto de bolsillo relacionado con la prestación de servicios de salud no ponga en riesgo la economía de las familias.

para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades para planificar, ejecutar, realizar el seguimiento y evaluar las intervenciones en los ámbitos nacional y territorial, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. EL PDSP busca la reducción de la inequidad en salud, a través de los siguientes objetivos⁸: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente y 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Su plan de acción dura varios períodos de gobierno, lo que lo convierte en una política de Estado.

El abordaje de las intervenciones en el PDSP se realiza a través de ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales según se presenta en la **tabla 1**, en las cuales se vinculan la acción sectorial, de las comunidades y de otros sectores del desarrollo.

Tabla 1 Dimensiones y componentes del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Dimensiones prioritarias
1. Salud ambiental.
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles.
3. Convivencia social y salud mental.
4. Seguridad alimentaria y nutricional.
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
6. Vida saludable y enfermedades no transmisibles.
7. Salud pública en emergencias y desastres.
8. Salud y ámbito laboral.
Dimensiones transversales
• Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.
• Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Fuente: MSPS, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Para cada una de las dimensiones prioritarias se definen resultados en salud y un conjunto de acciones que se ejecutan a través de tres líneas operativas: 1) Promoción de la salud, 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la salud pública. Las dimensiones prioritarias recogen los eventos que dieron origen a los Grupos de Riesgo establecidos en el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS, lo que permite relacionar las intervenciones del MIAS con los resultados en salud establecidos en el PDSP. Las dimensiones transversales están relacionadas con cada una de las dimensiones prioritarias, teniendo en cuenta el curso de vida, la gestión diferencial de poblaciones vulnerables y la gestión de la autoridad sanitaria para aportar al bienestar de la población y al desarrollo humano, así como disminuir el riesgo de la aparición de nueva enfermedad, controlar los riesgos derivados de la atención en los servicios de salud y reducir la discapacidad evitable (MSPS, 2013).

La Ley Estatutaria (Ley 1751, 2015) consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, su prestación como servicio público esencial obligatorio ejecutado bajo la indelegable dirección,

⁸ <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, lo regula y establece sus mecanismos de protección, situando el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud, más allá del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MSPS, 2016a). En esta visión se integran y articulan el componente colectivo e individual de la atención en salud, con las acciones intersectoriales requeridas para afectar los determinantes sociales de la salud.

En cumplimiento de la Ley Estatutaria, la **Política de Atención Integral en Salud** está orientada a resolver los retos en materia de acceso oportuno y efectivo, superponiendo el interés de las personas sobre el interés de los agentes. La política se hace operativa a través del **Modelo Integral de Atención en Salud**, el cual se basa en la **Gestión Integral del Riesgo en Salud** como hilo conductor para articular las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que realizan los distintos agentes del sistema de salud, quienes deben propender por la humanización del sistema, centrando su atención en las personas, el mejoramiento de la calidad de su gestión, el trabajo colaborativo con otros agentes y la gestión de recursos y alianzas externas para la obtención de resultados para las personas, la sociedad, las organizaciones y los trabajadores (MSPS, 2016d).

Por su parte, el **Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud** reafirma la necesidad de recuperar la visión sistémica, el enfoque a resultados en salud para todos los agentes del sistema de salud y el mejoramiento de la calidad de la gestión, desde la garantía del derecho fundamental a la salud, proponiendo la humanización como su principio orientador. Adicionalmente enfatiza la necesidad de desarrollar iniciativas de formación al usuario que fomenten su participación en materia de calidad y humanización.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSS, creado por la Ley 100 de 1993 y reformado por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, está contenido en el Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia que a su vez hace parte del el Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social (Ley 789 de 2002).

El SGSS regula el servicio público esencial de salud, creando condiciones de acceso de toda la población. La Ley Estatutaria de la Salud y la Política de Atención Integral den Salud le dan un nuevo alcance a la dinámica de operación del SGSS que fortalece el modelo de aseguramiento social (MSPS, 2016a), haciendo énfasis en el acceso efectivo a los servicios de salud, el logro de resultados en salud orientados al bienestar de la población y la protección financiera de las familias ante gastos catastróficos derivados de los costos de atención en salud (Acharya A et al, s.f; MSPS 2016a).

Al ser el aseguramiento la principal estrategia del SGSS para el logro del acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios, las EPS, atendiendo los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos en la Ley Estatutaria de la Salud y a las funciones indelegables del aseguramiento consagradas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, deben identificar, prevenir y tratar oportunamente los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad en el sistema, a efecto de suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad (MSPS, 2018b).

En concordancia con lo anterior, las EPS deben fortalecer su capacidad de ajuste, mejora continua e innovación en la gestión del riesgo en salud de sus afiliados, representarlos ante los prestadores de servicios de salud y demás agentes del sistema, organizar y gestionar las redes integrales de prestadores de servicios de salud y administrar el riesgo financiero derivado, interactuando en cada territorio para articular las intervenciones individuales de su competencia con las intervenciones colectivas a cargo de la Entidad Territorial, armonizadas con las intervenciones que realizan los prestadores y las que realizan las personas, las familias y los cuidadores, a fin de garantizar el acceso equitativo, eficiente y con calidad a los servicios de salud y lograr resultados en salud en consonancia con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública.

2 Conceptos

2.1 Riesgo en Salud

El PDSP concibe el riesgo en salud como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (MSPS, 2013, p. 51). El evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados. El riesgo en salud a su vez puede clasificarse como primario si se refiere a la probabilidad de aparición de nueva morbilidad o su severidad o como técnico si alude a la probabilidad de “ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad” (MSPS, 2013, p. 147).

La comprensión del concepto de riesgo en salud, el conocimiento de sus principales determinantes y de los mecanismos a través de los cuales se genera, es fundamental para su identificación y el desarrollo de estrategias para su prevención, mitigación y superación. En el **anexo 1** se presenta el enfoque propuestos por varios autores.

2.2 Grupos de riesgo

Según la OMS (2002), los factores que hacen que una persona se enferme pueden tener varios años de duración y estar influenciados por determinantes socioeconómicos más generales. El nivel de ingresos y el nivel educativo pueden influir por ejemplo en los hábitos alimentarios y en el consumo de alcohol, los cuales “interactúan a su vez con causas fisiológicas y fisiopatológicas como la tensión arterial, los niveles de colesterol y el metabolismo de la glucosa, para dar lugar a enfermedades como los accidentes cerebrovasculares o la cardiopatía coronaria” (OMS, 2002, p.16). El conocimiento de la distribución y los determinantes de los riesgos tienen importantes implicaciones para la identificación y selección de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales basadas en la evidencia, orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y al manejo integral de la misma una vez se ha presentado.

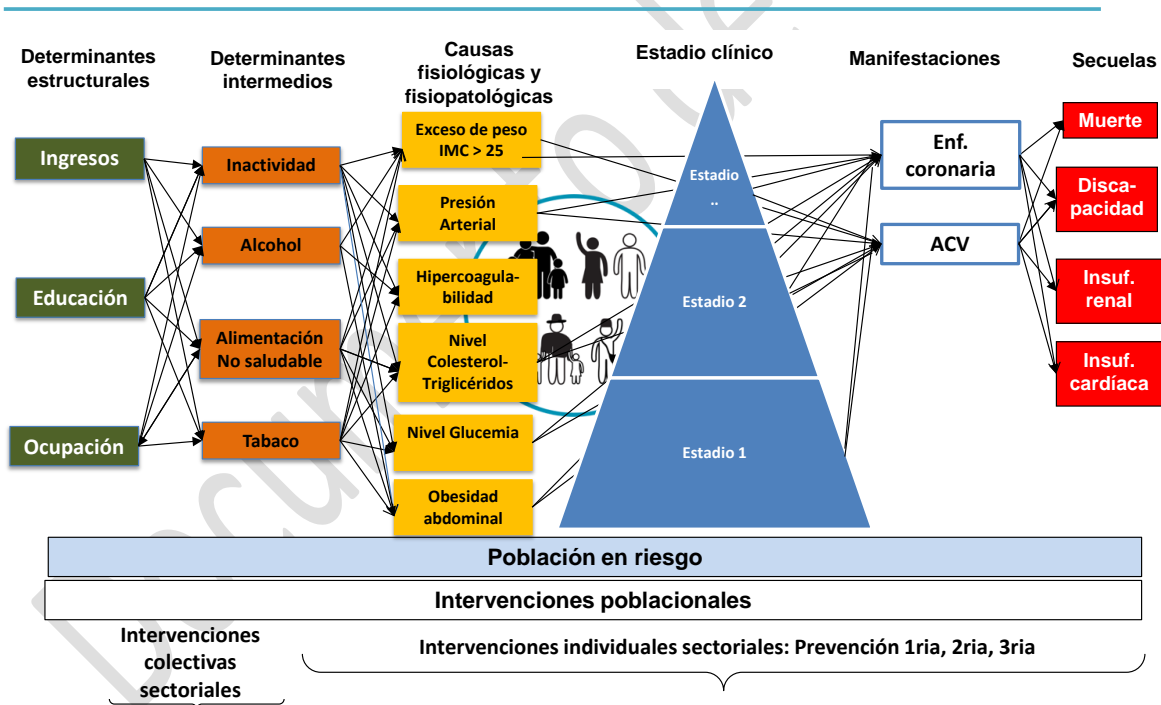
Un grupo de riesgo es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios

(MSPS, 2016e). Los grupos de riesgo se conforman teniendo en cuenta grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo (MSPS, 2016a, p. 49).

Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. Para la definición de los grupos de riesgo, el MSPS desarrolló una metodología que partió de reconocer, a través de los análisis de carga de enfermedad disponibles en el país, los eventos con mayor incidencia (173 eventos), identificando a través de la revisión de la literatura los riesgos asociados a su presentación. Con la información recolectada de desarrollaron los siguientes pasos: i) construcción de la matriz de relaciones entre eventos, ii) análisis exploratorio de las relaciones entre eventos usando un algoritmo de agrupaciones (Girvan-Newman) y iii) establecimiento de conglomerados jerárquicos con algoritmo de Jonhson (MSPS, 2015b).

En la figura 1 se presenta como ejemplo una mirada integral al grupo de riesgo cardiovascular.

Figura 1 Grupo de riesgo cardiovascular.



Fuente: Comité ampliado MSPS, Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de ENT, MSPS, 2014. Adaptación cadena causal de exposición que conduce a enfermedad, OMS, 2002.

En el anexo 2 se presentan los 16 grupos de riesgo definidos por el MSPS para la gestión integral del riesgo en salud en concordancia con la PAIS (MSPS, 2015e), así como los eventos priorizados que los conforman. En el caso de la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular -metabólicas manifiestas los eventos priorizados son Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus,

Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio y Enfermedad Renal Crónica. Se elaboran RIAS para grupos de riesgo y para eventos priorizados, las cuales contienen intervenciones poblacionales, colectivas e individuales dirigidas a la identificación oportuna e intervención de factores de riesgo en el primer caso o a la realización del diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas en el segundo caso.

2.3 Gestión Integral del Riesgo en Salud.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

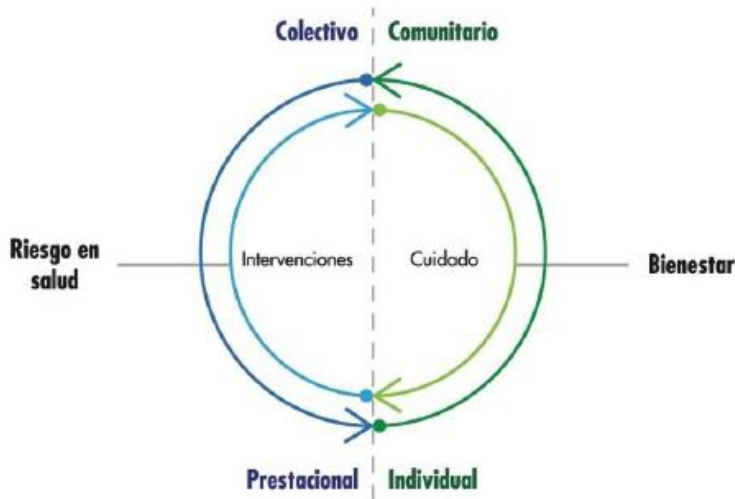
El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (MSPS, 2016a).

Avanzar en la consecución de este objetivo requiere: i) el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la coordinación de la agenda sectorial e intersectorial desde las prioridades establecidas en el plan territorial de salud y lograr la corresponsabilidad de los agentes del sistema de salud y otros sectores en el territorio, mediante la articulación e interacción de las intervenciones poblacionales y colectivas de su competencia con las intervenciones individuales a cargo de las Entidades Promotoras de Salud armonizadas con las intervenciones que realizan los prestadores de servicios de salud y las que realizan las personas, las familias y los cuidadores (MSPS, 2016a); ii) el mejoramiento progresivo de la calidad de la gestión por parte de todos los agentes del sistema de salud centrada en las personas y orientada al logro de resultados en salud y su sostenimiento en el tiempo, lo cual implica entre otros fortalecer la gestión por procesos que agregue valor a las personas, incentivar el trabajo en equipo, el quehacer colaborativo con otros agentes y garantizar la transparencia en la gestión de los recursos, iii) la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, dado que establecen las condiciones para asegurar la integralidad de la atención y orientan el quehacer sectorial e intersectorial para la realización de intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades (MSPS, 2016e) y iv) la generación de condiciones para involucrar a las personas en la toma de decisiones en todos los niveles del Sistema de Salud.

2.3.1 Componentes de la gestión integral del riesgo en salud.

La gestión integral del riesgo en salud tiene un componente colectivo a cargo de la entidad territorial y otro individual que es función primordial de la EPS, entrelazado con la gestión clínica que ejecutan los prestadores, organizados y conformados en la red integral de prestadores de servicios de salud y el cuidado por parte del individuo y su familia (MSPS, 2016a, p58). Los riesgos colectivos e individuales están interrelacionados, según se presenta en la siguiente figura

Figura 2 Interrelación entre riesgos colectivos e individuales



Fuente: MSPS, 2016a.

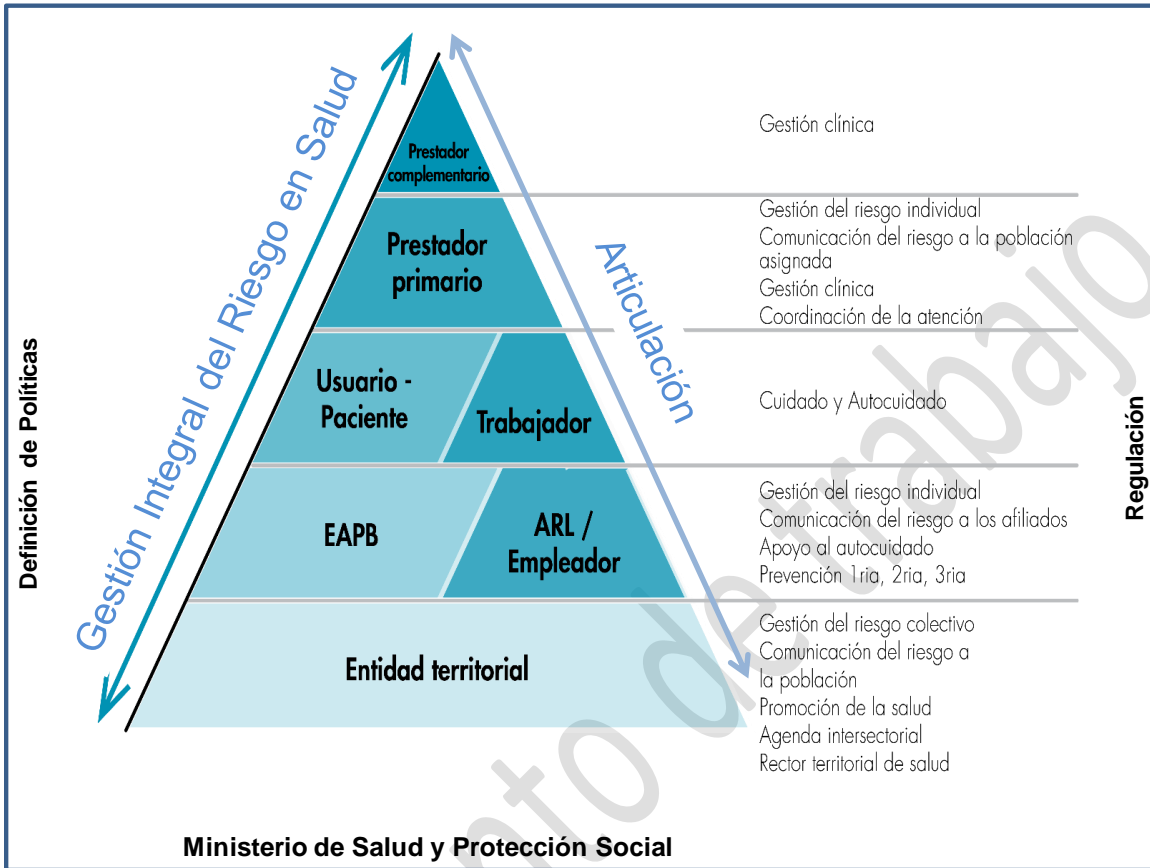
El componente colectivo integra las intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida; definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio, con el fin de actuar sobre algunos de los determinantes sociales de la salud, propiciar entornos saludables, desarrollar capacidades y disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad.

El enfoque individual involucra el análisis del impacto de los determinantes biológicos y sociales en la exposición y vulnerabilidad diferencial a riesgos, así como en las diferentes condiciones de vida y salud. Incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad. (MSPS, 2016a, pp. 41-42), así como el autocuidado por parte del individuo, extendido a su familia y la comunidad.

2.4 Participantes y roles en la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

La gestión integral del riesgo en salud implica la acción coordinada de los distintos agentes del Sistema de Salud (MSPS, 2016a) según se ilustra en la figura 3

Figura 3 Participantes GIRS



Fuente: Adaptado de MSPS, 2016a.

El Ministerio de Salud y Protección Social define políticas y un marco regulatorio que propicie el óptimo desempeño del sistema de salud y la coordinación de los agentes del sistema y de otros sectores para la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales orientadas a la promoción, mantenimiento y el logro de resultados en salud.

La Entidad Territorial -ET, tiene un rol fundamental, ya que, como entidad rectora, coordina la agenda intersectorial desde las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, articulando las acciones poblacionales y colectivas de su competencia con las que realizan los diferentes sectores para modificar las condiciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud e intervenir los riesgos.

Para la gestión del *riesgo colectivo* a su cargo, identifica, analiza, comunica e interviene los riesgos colectivos, principalmente a través de las intervenciones definidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las cuales se articulan con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecutan las entidades administradoras de planes de beneficio-EAPB y las ARL y los empleadores, armonizadas con las intervenciones que realizan los prestadores de servicios de salud y las que realizan las personas, las familias y los cuidadores (MSPS,

2016a). A su vez adelanta acciones de seguimiento y evaluación a los resultados en salud territoriales, así como a la gestión de los diferentes agentes participantes.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, son responsables por la gestión del *riesgo individual* de la población a su cargo, lo cual implica la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el cuidado de los afiliados y sus familias y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad.

Las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL, y los empleadores deben identificar y controlar los riesgos laborales en el ambiente del trabajo y generar condiciones y entornos favorables para la salud de los trabajadores, en el contexto del desarrollo de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo (Ministerio de Trabajo, 2014). Las EAPB y las ARL y empleadores deben estructurar planes de atención en torno al trabajador afectado por una enfermedad o un accidente de trabajo, de tal manera que desde sus competencias garanticen la atención integral y continua hasta lograr la reincorporación laboral del trabajador.

Los prestadores de servicios de salud apoyan la gestión del riesgo en salud de la población contratada por las aseguradoras, contribuyendo a la identificación, actualización y atención de los riesgos en salud. Ejecutan la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica, teniendo en cuenta los grupos de riesgo y las RIAS, siendo fundamental el papel integrador de la atención de los prestadores primarios de servicios de salud. Su labor se facilita cuando están organizados en redes integrales de prestadores de servicios de salud.

La persona, la familia y los cuidadores son responsables de propender al autocuidado, el cuidado de la familia, la comunidad y de los entornos donde viven, estudian, trabajan o se recrean. Para ello, deben contar con información que debe ser suministrada por los agentes institucionales del SGSSS y trabajar en estrecha colaboración con ellos en el territorio. Para tal fin se deben generar condiciones que involucren a las personas en todos los niveles del sistema de salud, comenzando por el fortalecimiento del autocuidado y la participación en las decisiones de la atención en salud requerida (Alderwick H et al, 2015). Los trabajadores en cumplimiento del principio de corresponsabilidad deben cumplir las normas y reglamentos de seguridad y salud en el trabajo y participar en los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo.

3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

La implementación de la GIRS en un territorio parte de las prioridades identificadas en el Plan Territorial de Salud – PTS, y de su intervención a través de la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que realizan los agentes del Sistema y otros sectores bajo la coordinación de la entidad territorial.

El Plan Territorial de Salud es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal

de Salud Pública, en consonancia con el plan nacional de desarrollo y el plan de ordenamiento territorial entre otros.

La operación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud implica:

1. El establecimiento de prioridades por la entidad territorial y su inclusión en el plan territorial de salud, teniendo en cuenta los riesgos y los determinantes de la salud que las generan.

En la elaboración del plan territorial de salud concurren el Análisis de la Situación de Salud bajo el modelo de los determinantes de la salud, la caracterización poblacional que realizan las EPS, demás EAPB y ARL, la priorización en salud pública y el componente estratégico y de inversión plurianual, según lo establecido en la resolución 1536 de mayo de 2015 (Artículo 7), por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

Para el efecto el MSPS desarrolló la *Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud, ASIS*, herramienta que permite la definición de perfiles territoriales de salud de la población y el establecimiento de prioridades (MSPS, 2014a) y la *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud*, que permite la priorización de las necesidades de los afiliados a cada EAPB (MSPS, 2016c). Con estos insumos las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud acorde al plan de desarrollo territorial (MSPS, 2016a), teniendo en cuenta los lineamientos conceptuales para la formulación del plan territorial de salud a través de la estrategia Pase a la Equidad en Salud (MSPS, SF).

Una vez establecidas las prioridades, las entidades territoriales orientan el trabajo articulado de los distintos agentes teniendo en cuenta el curso de vida de la población y los grupos de riesgo priorizados.

2. La realización de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales para las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, teniendo en cuenta las Rutas Integrales de Atención en Salud adoptadas por el MSPS.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades (MSPS, 2017c). Integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes agentes del Sistema de Salud dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, el MSPS definió tres tipos de RIAS (MSPS, Resolución 3202, 2016): la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la ruta integral de atención en salud de grupos de riesgo y la ruta integral de atención en salud para eventos específicos. El desarrollo de los dos últimos tipos de rutas responde a los grupos de riesgo definidos para el país y a los eventos específicos priorizados en cada agrupación.

Las rutas son una herramienta orientadora que define a los integrantes del Sector salud (entidad territorial, aseguradoras, prestadores de servicios de salud) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se

esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación, según lo establecido en la resolución 3202 de 2016.

3. El fortalecimiento de la capacidad de gestión para la implementación de las RIAS a nivel territorial

La implementación de la gestión integral del riesgo en salud está íntimamente relacionada con la capacidad de gestión para la implementación de las rutas a nivel territorial. Para el efecto, la resolución 3202 de 2016 establece los siguientes criterios:

- La apropiación conceptual y metodológica de las RIAS por parte de los distintos agentes, teniendo en cuenta el ejercicio de la gobernanza (establecimiento y resolución de prioridades), la monitorización y evaluación del desempeño y la rendición de cuentas entre otros.
 - La planificación para la implementación de las RIAS y la identificación de facilitadores y barreras en el proceso. Se deben establecer acuerdos sectoriales para la gestión de las barreras identificadas, así como el desarrollo de los acuerdos intersectoriales que resulten pertinentes.
 - El plan territorial para la implementación de las RIAS debe estar compuesto por las actividades y roles que desarrollará cada actor (EPS y demás EAPB, Entidad Territorial y Prestadores de Servicios de Salud) y considerar los criterios para la adaptación de las RIAS.
- ### 4. El desarrollo de mecanismos para facilitar la articulación efectiva de las intervenciones colectivas e individuales a nivel territorial con el fin de garantizar la continuidad de la atención.
- Es fundamental fortalecer la canalización, la cual corresponde a un conjunto de actividades realizadas en el marco de ejecución procedimientos o intervenciones del PIC, orientadas a gestionar el acceso efectivo de los individuos, las familias y la comunidad a los servicios sociales y de salud (MSPS, Resolución 518, 2015).
 - La programación por parte de las entidades territoriales de las acciones de coordinación, asistencia técnica, gestión programática, vigilancia y seguimiento con las EPS y ARL, con el fin de realizar los ajustes que se requieran de manera oportuna.

En el anexo 3 se presenta un ejemplo de GIRS partiendo de las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, utilizando la estrategia PASE a la Equidad y en el anexo 4 un ejemplo de la armonización de las acciones para el control del tabaco en el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, considerando intervenciones poblacionales orientadas a la promoción de la salud e intervenciones colectivas e individuales para la gestión integral del riesgo en salud.

4 Gestión Integral del Riesgo en Salud desde la perspectiva del Aseguramiento.

El aseguramiento en salud es una estrategia de política pública diseñada para lograr el acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente y de manera sostenible de la población a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios (DNP, 2018), a través de la afiliación al SGSSS.

Las Entidades Promotoras de Salud –EPS, son responsables por la gestión del riesgo en salud de sus afiliados, la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud, la representación de los afiliados y la administración del riesgo financiero derivado (Ley 1122, 2007, Artículo 14). Para el efecto el SGSSS, reconoce a cada EPS el valor de una prima por persona afiliada denominada Unidad de Pago por Capitación, UPC, (Ley 100, 1993, Artículo 182), la cual permite la protección integral de las familias a la maternidad y cubre el riesgo de ocurrencia y tratamiento de la enfermedad general en la población afiliada.

Con el fin de garantizar que los servicios de salud requeridos estén cubiertos por los recursos disponibles, la UPC tiene en cuenta factores de ajuste para predecir el comportamiento del gasto en salud, de los cuales unos se aplican de manera ex ante (género, edad y zona geográfica) y otros de forma ex post, estos últimos para corregir distorsiones en la prevalencia de algunas enfermedades ruinosas y catastróficas (Decreto 2699 de 2007, incorporado en el Decreto 780 de 2016). Mientras mayor sea la capacidad de predicción del comportamiento del gasto en salud por los factores utilizados, menores serán los efectos indeseados, como por ejemplo la selección de riesgos que podrían hacer los aseguradores. Una prima adecuadamente estimada es un requisito para el equilibrio financiero del sistema y la sostenibilidad del aseguramiento.

4.1 Tipos de riesgos en un sistema de aseguramiento en salud.

Como entidades aseguradoras, las EPS están expuestas a variaciones inesperadas en la siniestralidad, explicadas por un aumento en el riesgo primario, en el riesgo técnico o en el efecto combinado de ambos tipos de riesgo, que lleven a que la UPC sea insuficiente para cubrir los costos de la atención en salud requerida por los afiliados. (Castaño R, 2015). A su vez están expuestas a riesgos relacionados con la operación y el desarrollo de las actividades para cumplir con las funciones del aseguramiento en salud tales como el riesgo financiero, el riesgo operacional, el riesgo reputacional y el riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos como empresa.

4.1.1 Riesgos relacionados con la prima de aseguramiento

La UPC debe ser suficiente para que las EPS cubran el riesgo de ocurrencia de condiciones individuales de salud en sus afiliados que requieran tratamiento y el costo derivado de su atención. El riesgo primario corresponde a la variación en la probabilidad de la ocurrencia de una condición individual de salud en un período de tiempo y en algunas ocasiones en su severidad (Castaño, 2014), cuando esta no es evitable. El riesgo técnico corresponde a la variación en el costo de la atención, explicado por factores relacionados mayormente con decisiones y conductas asumidas por el prestador en el tratamiento de una condición médica, no soportada por la evidencia científica (Castaño, 2014). El riesgo técnico a su vez depende del número de contactos que un afiliado realiza con los prestadores de

servicios de salud, de las tecnologías en salud utilizadas en cada contacto, del costo de estas y de los recursos que el prestador utiliza para su prestación. El nivel de siniestralidad de una EPS está determinado por las interrelaciones entre el riesgo primario y el riesgo técnico (Castaño R, 2015). La gestión de ambos tipos de riesgos por parte de las EPS es necesaria a fin de garantizar que los recursos recibidos por la prima sean suficientes para cubrir los costos derivados de la atención en salud de sus afiliados.

4.1.2 Riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento.

Desde el punto de vista empresarial, las EPS enfrentan un conjunto de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus funciones y objetivos y por ende los del SGSSS en su conjunto. La identificación y tratamiento oportunos de estos riesgos, así como su debido seguimiento, es fundamental para el logro de resultados para los afiliados, la organización, los trabajadores y la sociedad en general (MSPS, 2016d). Las EPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten en su operación, los cuales dependen de la discrecionalidad y organización de cada EPS. Sin embargo, para efectos de Inspección, Vigilancia y Control y de la supervisión basada en riesgos, la SNS definió categorías para “la identificación de potenciales riesgos de salud, financieros y operativos que enfrentan las entidades vigiladas, así como su capacidad para medir, gestionar y monitorear dichos riesgos” (SNS, 2018. P.5), tales como riesgo en salud, riesgo actuarial, riesgos financieros, riesgo operacional, riesgo de grupo, riesgo reputacional, riesgo de fallas del mercado de la salud y riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, los cuales se explican en detalle en el anexo 5.

4.1.3 Interrelación de riesgos.

Las características de los afiliados, los riesgos operativos de las EPS y los prestadores, las fallas del mercado en salud y los riesgos financieros entre otros afectan el riesgo en salud y la probabilidad de no obtener los resultados esperados. En este contexto, riesgos operativos de las aseguradoras tales como procesos deficientes de atención, o riesgos financieros como la iliquidez y la falta de pago oportuno, pueden generar dificultades para el acceso de los afiliados y derivar en un aumento de la incidencia o severidad de algunas enfermedades, afectando así el riesgo en salud. A su vez, un aumento en el riesgo en salud puede afectar otros riesgos como por ejemplo el financiero y el relacionado con los fallos del mercado de la salud y la dinámica de afiliación al SGSSS.

Figura 4 Interrelación de riesgos que afectan el riesgo en salud



Fuente: MSPS 2015, SNS 2018

Es importante señalar que los diferentes tipos de riesgos están interrelacionados y que su gestión incide en la gestión efectiva del riesgo en salud. En otras palabras, no se puede gestionar el riesgo en salud sin gestionar los otros riesgos incluidos en la figura.

4.2 Sistema de gestión de riesgos centrado en la gestión integral del riesgo en salud.

Un sistema de gestión de riesgos contribuye al mejoramiento continuo de los procesos para la gestión del riesgo en salud, de los riesgos económicos y operativos, así como la gestión del aseguramiento, a fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud por parte de sus afiliados y cumplir con los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los indicadores de la entidad. A su vez fomenta una cultura orientada a la gestión de riesgos en todos los niveles de la organización, fortalece la capacidad de las EPS para abordar los riesgos y oportunidades asociados con su contexto, funciones y objetivos, al tiempo que estimula la transparencia, la calidad y la preservación de la información, así como el mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad como insumo fundamental para la gestión de los diversos riesgos.

El punto de partida de un sistema de gestión de riesgos lo constituye la definición de los procesos y actividades requeridos para cumplir con las funciones del aseguramiento en salud, representados en la cadena de valor de la entidad. Los procesos se pueden clasificar como de planeación, operación, apoyo y seguimiento, aunque existen múltiples formas para hacerlo. El eje de planeación incluye los procesos para la orientación de la empresa y considera la planeación estratégica, la gestión integral del riesgo

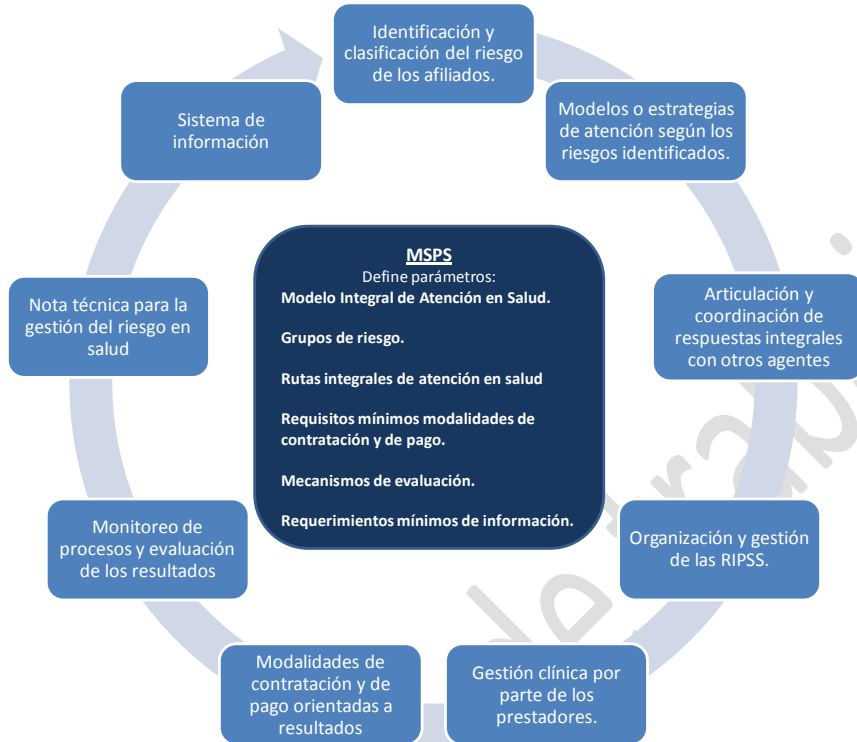
en salud, la representación del afiliado, la calidad de la gestión y la gestión financiera. El eje de operación incluye los procesos que se requieren para apoyar directamente la gestión integral del riesgo en salud, tales como la operación de la red de servicios, las autorizaciones, el sistema de referencia y contrarreferencia, la contratación de servicios de salud y la auditoría, así como los procesos requeridos para apoyar las funciones del aseguramiento, entre los que se encuentran las afiliaciones, la administración de novedades y la compensación. El eje de apoyo incluye procesos que soportan toda la organización, tales como recursos humanos y sistemas de información. El eje de seguimiento incluye el proceso y los procedimientos para la identificación, evaluación, calificación, mitigación y seguimiento de los riesgos y el control interno.

La gestión de los procesos que conforman la cadena de valor de la EPS y la capacidad para desarrollar las actividades que agregan valor a las personas y su sostenimiento en el tiempo, son dinámicas impulsadoras para el mejoramiento continuo de la gestión orientada a la excelencia (MSPS, 2016d), que a su vez facilitan la implementación de un sistema de gestión de riesgos que permita anticipar y gestionar los riesgos propios de la operación de las EPS que puedan afectar el funcionamiento de la entidad y el cumplimiento de los objetivos de la EPS y del SGSSS.

4.3 Modelo de atención como concreción de la gestión integral del riesgo en salud por parte de las EPS

La gestión integral del riesgo en salud por parte de las EPS se concreta en la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud para los afiliados, mediante la implementación de un modelo de atención, soportado en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad (MSPS, 2018b). El modelo de atención tiene en cuenta los parámetros definidos por el MSPS que se indican en el recuadro central de la figura y consta como mínimo de los siguientes elementos que se describen a continuación

Figura 5 Elementos del modelo de atención en salud de la EPS



4.3.1 Identificación y clasificación del riesgo de los afiliados.

La identificación, análisis y clasificación del riesgo de cada afiliado es el punto de partida para la gestión del riesgo en salud, que orienta la organización de la atención según los riesgos identificados, la organización de la red integral de prestadores de servicios de salud requerida y la articulación de las acciones individuales competencia de la EPS con las acciones colectivas y poblacionales que realizan las entidades territoriales y otros sectores.

La caracterización poblacional se enmarca en el proceso de planeación integral para la salud. Es una metodología de análisis para la identificación de riesgos por parte de las EPS, la priorización de poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y la visión inicial de las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos (MSPS, 2015). La metodología se encuentra descrita en la guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (MSPS, 2016c), la cual permite realizar para los afiliados la caracterización poblacional y demográfica, la caracterización de la mortalidad y de la morbilidad, así como la de los determinantes sociales. Como salida para la gestión, la metodología permite la identificación de personas por características (sexo, edad), la identificación de personas basada en antecedentes personales de uso de servicios y la estimación de la población objetivo para gestantes, recién nacidos, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y tuberculosis, así como el reporte de los grupos de riesgo definidos dentro del MIAS.

Para apoyar el desarrollo de la caracterización de la población afiliada a las EAPB, el MSPS desarrolló un conjunto de anexos integrados por plantillas y sus instructivos, los cuales se encuentran dispuestos en un archivo WinZip que el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso en el link:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/caracterizacion-de-la-poblacion-afiliada-a-las-EAPB.aspx>

La organización de los afiliados por momentos del curso de vida permite a las EPS la realización de las intervenciones incluidas en la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud. La organización de los afiliados por grupos de riesgo facilita a las EPS la articulación de las acciones propias de la gestión individual del riesgo en salud de su competencia con las acciones colectivas que son competencia de la entidad territorial según lo establecido en las demás rutas, y la definición de modelos para la gestión de la atención de los afiliados según los riesgos identificados.

4.3.2 Definición de modelos o estrategias de atención según la estratificación de los riesgos identificados.

La estratificación de los riesgos en salud identificados para los afiliados permite definir en primera instancia los modelos y estrategias para su atención. Por ejemplo, la gestión de riesgos de las condiciones crónicas prevalentes implica el conocimiento del nivel de riesgo de los afiliados (bajo, medio, alto) para identificar el tipo de atención requerida. Mientras para los afiliados en general es necesario avanzar en la demanda inducida y en la prevención de factores de riesgo modificables tales como el tabaquismo, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo inadecuado del alcohol, para los afiliados en riesgo bajo se requieren intervenciones orientadas principalmente hacia el fortalecimiento y apoyo al autocuidado por parte de los pacientes y sus familias. A su vez, para los afiliados en riesgo medio se desarrolla un programa de gestión de la enfermedad y para los afiliados en riesgo alto, con comorbilidades asociadas y alto uso de recursos, una atención personalizada que coordine los cuidados domiciliarios, ambulatorios y hospitalarios (MSPS, s.f; Nueva EPS, 2018).

Teniendo en cuenta los grupos de riesgo priorizados por la entidad en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, la estratificación de los riesgos y las Rutas Integrales de Atención en Salud, las EPS deben adoptar y adaptar las rutas teniendo en cuenta los lineamientos definidos para el efecto⁹ (MSPS, 2016e). La estratificación de los riesgos en salud identificados y las RIAS son el insumo básico para la planificación y organización de la red de servicios, considerando las intervenciones incluidas. La implementación de las rutas permite centrar la atención en las personas y en el desempeño y los desenlaces esperados o resultados en salud. En todo caso se deben generar condiciones para involucrar a las personas, las familias y los cuidadores para el fortalecimiento del autocuidado y la participación en las decisiones de la atención requerida.

La autorización integral de servicios de salud una de las principales herramientas para la GIRS, favoreciendo la continuidad e integralidad de la atención de las condiciones de salud agudas o crónicas

⁹ Resolución 3202 de 2016, Numeral 3.10. PASO 10: Implementación, página 41

para las cuales existan rutas o tengan establecidos protocolos de atención. Sus principales características se presentan en el **anexo 6**.

4.3.3 Articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud, en particular con las direcciones territoriales de salud.

La articulación de la respuesta con otros agentes se da en función de las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, los grupos de riesgo y las RIAS priorizadas por la entidad territorial. En la práctica se materializa en la articulación de las intervenciones individuales y colectivas especificadas en las RIAS priorizadas por la entidad territorial, participando en las actividades de coordinación y evaluación definidas por ésta para el efecto.

Dado que la entidad territorial contrata con el componente primario de la red la mayoría de las intervenciones, procedimientos y actividades del plan de intervenciones colectivas, se deben especificar en los contratos los criterios para una adecuada canalización, así como el seguimiento de las actividades realizadas. En este sentido también es importante definir las estrategias para garantizar el tránsito de los afiliados desde lo individual hacia las intervenciones del plan de intervenciones colectivas.

4.3.4 Organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.

La red se organiza y gestiona a partir de las necesidades y problemas de salud de los afiliados, atendiendo a los riesgos en salud identificados y estratificados y a la organización territorial definida por la entidad.

La asignación de los afiliados a un prestador del componente primario de la red de servicios por parte de las EPS tiene en cuenta los riesgos identificados y las estrategias definidas para su atención.

La resolución 1441 de 2016 define las redes integrales de prestadores de servicios de salud como un conjunto de prestadores u organizaciones funcionales de servicios de salud, ubicados en un ámbito territorial con las condiciones establecidas en el MIAS con una organización que incluye un componente primario y uno complementario, así como unos procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, “con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud” (MSPS, 2016f, p.4).

Garantizar la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención de los afiliados según los riesgos identificados implica la definición de reglas relacionadas con la utilización de la historia clínica, la operación del sistema de referencia y contrarreferencia, la autorización de servicios, la auditoría y el manejo de la información entre otros.

4.3.5 La gestión clínica por parte de los prestadores.

Los prestadores del componente primario y complementario de la red de servicios ejecutan la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica. Para el efecto deben desarrollar un modelo de prestación de servicios teniendo en cuenta los riesgos en salud de la población contratada, fortaleciendo a los equipos de trabajo para que involucren a los pacientes y sus familias durante la atención, realizando las intervenciones más efectivas, seguras y eficientes, acordes con la información científica disponible y que hayan demostrado capacidad para cambiar de modo favorable el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida (Segú Tolsa JI, 2011; AsturSalud, 2011). Las EPS deben desarrollar estrategias para fortalecer la capacidad de gestión clínica de los prestadores de su red.

4.3.6 Modalidades de contratación y de pago por la prestación de servicios de salud orientadas a resultados.

La utilización de modalidades de contratación y de pago por la prestación de servicios de salud centradas en las necesidades de las personas y la obtención de resultados en salud, son necesarias para la implementación del modelo de atención en concordancia con el MIAS. Estas modalidades deben incentivar la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores y el trabajo colaborativo en redes, así como la optimización del flujo de los recursos financieros del sistema.

Esto implica pasar de modalidades que privilegian el volumen tecnologías en salud como el pago por servicio (fee for service) o la capitación parcial para servicios de baja complejidad, a modalidades que reconozcan una suma fija por los servicios y tecnologías en salud que se requieran para el tratamiento de una condición o condiciones individual de salud específicas durante un período definido de tiempo. A este último grupo pertenecen i) el pago de una suma fija por episodio de atención para el tratamiento de una condición individual de salud durante un período determinado de tiempo en el cual se establece con claridad el principio, el curso evolutivo y el fin de la atención, como por ejemplo el tratamiento de un infarto agudo de miocardio y ii) el pago integral por grupo de riesgo, en el cual se reconoce una suma fija por persona incluida dentro de un grupo de riesgo dado para la atención integral de su condición o condiciones individuales de salud durante un período determinado de tiempo. Es importante señalar que para las personas incluidas en esta modalidad no es posible delimitar con claridad el principio y el fin de la atención, como es el caso de los pacientes con EPOC u otras enfermedades crónicas.

Una ventaja de estas dos últimas modalidades de contratación y de pago es que permiten trazar para condiciones individuales de salud o episodios de atención específicos, las actividades que ocurren y su ubicación a lo largo del ciclo de atención, incentivando la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores. Contribuyen a la disminución en la variabilidad de los costos en los episodios de atención, a la disminución de episodios evitables por condición médica y al seguimiento a los resultados de la atención, al tiempo que facilita comprometer a los pacientes y sus familias en el proceso de atención. El riesgo primario (incidencia) permanece en el asegurador y el riesgo técnico en el prestador.

En el Pago Global Prospectivo o PGP, las aseguradoras y los prestadores comparten el riesgo primario (incidencia y severidad) y el riesgo técnico en la atención de una población con riesgos conocidos. En

esta modalidad se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, los servicios y tecnologías en salud requeridas para la atención a una población predefinida dentro de un área geográfica, con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. La atención puede pactarse por episodios de atención, grupos de riesgo o especialidades médicas entre otras. La unidad de pago es el valor esperado del gasto por la atención de esa población, el cual es convenido entre las partes.

Con el ánimo de garantizar la calidad de la atención de los afiliados al utilizar estas modalidades de contratación y de pago, es importante introducir medidas de protección frente al riesgo financiero de los prestadores por variaciones importantes e inesperadas de los costos que escapan a su control. Para el efecto es necesario (Miller, 2009a)

1. Separar el riesgo primario del riesgo técnico, de tal forma que el asegurador retenga el riesgo primario (una mayor incidencia o una mayor severidad que no es evitable) y el prestador sea responsable por el riesgo asociado a mayores costos por la prestación de servicios innecesarios o por errores de confirmación en el diagnóstico o tratamiento de una afección particular cuando esta no está soportada en la evidencia científica.
2. Introducir medidas de protección frente al riesgo financiero de los prestadores por costos que éstos no puedan controlar o influenciar significativamente, tales como:
 - El ajuste de riesgo¹⁰, mediante la cual se realizan pagos diferenciales hacia arriba o hacia abajo teniendo en cuenta la severidad y el consumo de recursos de los pacientes
 - El establecimiento de límites a los riesgos introduciendo medidas tales como i) el pago por desviaciones extremas del costo medio (outliers), o ii) la instauración de franjas de riesgo que permitan la realización de pagos adicionales a los prestadores cuando el costo total de tratar a un grupo de pacientes exceda significativamente el nivel de pago acordado o la participación de las EPS en los ahorros cuando los costos de tratar a los pacientes estén muy por debajo del nivel de pago acordado.
 - La exclusión de riesgos cuando en lugar de utilizar fórmulas de ajuste de riesgo u otros cálculos complejos, simplemente los riesgos se excluyen de la responsabilidad del prestador.
 - Arreglos contractuales arbitrados.

Finalmente, la estimación de la suma a reconocer por modalidad de contratación y de pago tiene efectos en la calidad, la eficiencia y puede generar comportamientos indeseables en el prestador. Mientras montos infravalorados conducen a la selección de riesgos, a una disminución en la provisión de servicios o a pérdidas financieras por parte del prestador, los montos sobrevalorados conducen a un aumento en la provisión de servicios no requeridos y es un desincentivo a la eficiencia.

¹⁰ Ajuste del pago hacia arriba o hacia abajo teniendo en cuenta el grupo de riesgo y las particularidades de los pacientes. Se realizan pagos más altos para la atención de pacientes que requieren un mayor consumo de recursos que no dependen del desempeño del prestador, como por ejemplo una mayor severidad de la condición de salud al inicio de la atención.

4.3.7 Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.

El seguimiento de los usuarios a lo largo del ciclo de atención (incluyendo procesos de apoyo y costos), de los indicadores para la gestión de riesgos atendiendo a los grupos de riesgo y las RIAS priorizadas, así como a indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados en salud y de la calidad en salud, son fundamentales para el mejoramiento continuo y la garantía del acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud. Para el efecto, las EPS deben utilizar como mínimo los instrumentos de política desarrollados por el MSPS.

Las RIAS adoptadas por el MSPS especifican los hitos y los desenlaces esperados o resultados en salud. Mientras los hitos corresponden a resultados de la gestión y del proceso de atención tales como cobertura, accesibilidad o pertinencia técnica y cultural, los desenlaces esperados atañen a “una mejora medible de los servicios de salud y del estado de salud” de las personas que conforman los distintos grupos de riesgo o de pacientes con condiciones clínicas específicas y “a cambios esperados en cada momento del curso de vida”, en las familias y comunidades en el corto, mediano y largo plazo que son atribuibles a las intervenciones incluidas en las RIAS (MSPS, 2016e).

Es así como la información nominal proveniente de los RIPS y de los reportes relacionados con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (Resolución 4505 de 2012), facilita el seguimiento de las atenciones en salud que recibe cada persona durante el curso de vida y la evaluación de la integralidad de la atención y favorece la generación de alertas que orienten la acción oportuna de las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud. Finalmente, la Resolución 256 de 2016, facilita el monitoreo de la calidad en salud, permitiendo a los agentes el monitoreo de la implementación las intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud, la medición del desempeño y resultados de las aseguradoras y los prestadores, así como promover acciones de mejoramiento de las acciones realizadas.

No sobra decir que el monitoreo y evaluación desde el sistema de gestión de riesgos de la entidad a los procesos que apoyan la gestión integral del riesgo en salud, tales como referencia y contrarreferencia, autorizaciones, gestión de la red integral de prestadores de servicios de salud, son fundamentales para la operación del modelo de atención.

4.3.8 Nota técnica para la gestión del riesgo en salud

La gestión eficiente de los recursos mediante la utilización de la Nota Técnica permite relacionar las atenciones en salud con los recursos financieros utilizados, los cuales se deben ver reflejados en los resultados para lograr el punto de equilibrio e impactar en la situación financiera de la entidad y del sector.

La nota técnica en salud es una herramienta que permite a las EPS reflejar el comportamiento de los riesgos y de los costos (Zulibán R, Naranjo, C, s.f) derivados de la atención de los afiliados organizados por momento de curso de vida y grupos de riesgo. Contiene información estadística de una población expuesta e información matemática con las probabilidades de utilización de tecnologías en salud (frecuencia) y el costo unitario de su atención. La frecuencia depende entre otros de variables

relacionadas con los grupos de riesgo y sus determinantes, de la facilidad de acceso a los servicios de salud, de la organización de la red de servicios y de los incentivos generados por las modalidades de contratación y de pago utilizadas entre las EPS y los prestadores de servicios de salud (Marín, F, 2018). Los costos unitarios utilizados como referencia se obtienen de los precios y las tarifas promedio de los servicios y las tecnologías en salud utilizadas.

Cuando se la nota técnica se usa para la definición del valor de una prima, el producto de la frecuencia de los eventos por su costo unitario se denomina margen de riesgo, a cuyo valor se le suman los costos probables de la operación, administración y utilidad dados unos resultados esperados (Marín, F, 2018).

Además de su importancia para la definición de la UPC por parte del MSPS, la nota técnica en salud tiene diferentes usos gerenciales por parte de las EPS y de los prestadores de servicios de salud, entre los cuales se destacan

- La formulación de presupuestos por Grupos de Riesgo.
- La evaluación y seguimiento del costo médico o siniestralidad (Marín F, 2018).
- La determinación de desviaciones del costo derivado de patologías evitables mediante modelos de atención integral, enfocados en la gestión del riesgo en salud (Marín F, 2018).
- La contratación de servicios de salud entre las EPS y los prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta las modalidades de contratación y pago utilizadas.
- La determinación de las necesidades de la red de servicios por grupos de riesgo.
- La realización de modelos predictivos de riesgo en salud, teniendo en cuenta las situaciones que pueden generar la prestación de servicios de salud, las cuales pueden o no ser intervenibles por acciones explícitas de las EPS. El conocimiento de su magnitud e impacto en el gasto en salud es fundamental para hacer las previsiones financieras correspondientes.

4.3.9 Sistema de información

La gestión del riesgo en salud debe estar soportada por Sistemas de Información -SI, centrados en las personas, que permitan la trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención, incluyendo los procesos de apoyo, los administrativos, los costos y los resultados financieros, de tal forma que se facilite la gestión del riesgo en salud y la oportunidad en la toma de decisiones. Para el efecto los SI deben facilitar el proceso continuo para la clasificación y estratificación del riesgo de cada afiliado, teniendo en cuenta la historia familiar, el estilo de vida y los factores de riesgo asociados a determinantes de la salud, así como las condiciones médicas y los costos derivados del proceso de atención.

VARIABLES como el diagnóstico principal, las complicaciones y comorbilidades, la edad, el sexo, los procedimientos realizados, los medicamentos utilizados y el prestador donde se realizan los servicios, pueden incidir en la intensidad del uso de recursos. Su conocimiento es importante para i) entender la variabilidad en los costos de atención y ii) la formulación y ajuste de diferentes alternativas de modalidades de contratación y de pago. Igualmente, el SI debe permitir realizar un seguimiento a los resultados de la atención (salud y costos) y facilitar la elaboración de la nota técnica, la cual es un instrumento para apoyar la GIRS, como por ejemplo, la formulación de modelos predictivos de riesgo.

Para el funcionamiento óptimo de un SI es relevante la historia clínica unificada en los prestadores como mínimo del componente primario y la interoperabilidad de información con los prestadores del componente complementario de la red.

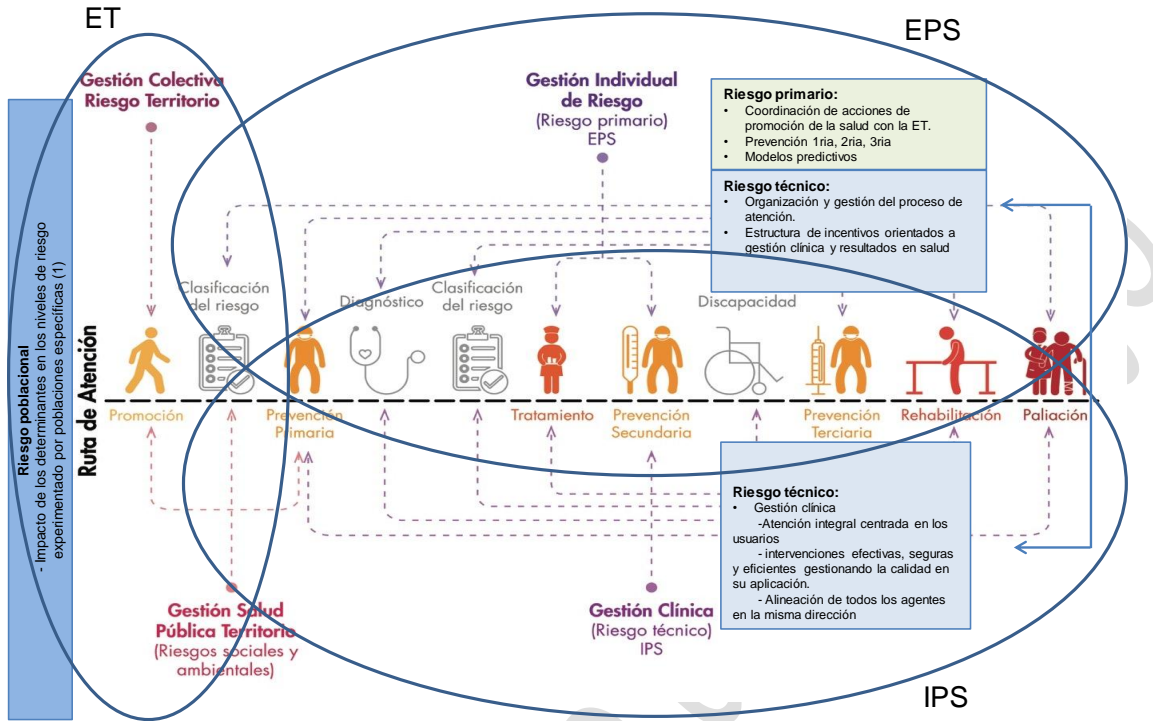
4.4 Gestión del riesgo primario y del riesgo técnico en la práctica por parte de las EPS.

El riesgo en salud de las EPS está relacionado con i) la probabilidad de que sus afiliados desarrollen una condición individual de salud que requiera tratamiento, ii) con la variación en la probabilidad de la ocurrencia de las condiciones individuales de salud en un período de tiempo y en algunas ocasiones en su severidad y iii) los costos derivados de la atención y su relación con los ingresos recibidos por la prima. La gestión del riesgo primario y del riesgo técnico por parte de las EPS es primordial para una adecuada gestión integral del riesgo en salud.

La gestión del riesgo primario parte de reconocer que existen condiciones individuales de salud prevenibles que están influenciadas por determinantes sociales más generales, como por ejemplo el nivel de ingresos, el nivel educativo, las condiciones de vida y de trabajo y la disponibilidad de alimentos, cuya intervención depende en gran medida de las acciones poblacionales y colectivas que realiza la entidad territorial en cumplimiento de sus competencias. Estas acciones deben articularse con las que desarrolla la EPS orientadas a la disminución de la incidencia y severidad de condiciones individuales de salud cuando estas obedecen a circunstancias que están bajo su control, como por ejemplo las acciones orientadas a fomentar el autocuidado y estilos de vida saludables (hábitos alimenticios, peso adecuado, hábito de fumar) para prevenir por ejemplo el riesgo cardiovascular.

La articulación del trabajo entre las EPS y las ET y la realización de acciones para la detección temprana y el tratamiento oportuno de las condiciones individuales de salud prevenibles y no prevenibles, son necesarias para garantizar la oportunidad y la integralidad de la atención, con el fin de mejorar el nivel de salud de sus afiliados, su experiencia en el proceso de atención y contrarrestar los efectos financieros no deseados derivados del proceso de atención.

Figura 6 Gestión del riesgo primario y el riesgo técnico por parte de las aseguradoras.



Fuente: Adaptación MSPS, 2016a.

El riesgo técnico está relacionado con la variación en el costo de la atención por decisiones y conductas asumidas por el prestador durante el tratamiento de una condición individual de salud, no soportadas por la evidencia científica. El riesgo técnico tiene varios componentes (Castaño R, 2015): i) el número de episodios de atención que requiere una condición individual de salud una vez se presenta, ii) el consumo de servicios y tecnología en salud durante cada episodio de atención, iii) los procesos, insumos o factores de producción que se utilizan para prestar el servicio y iv) las tarifas y precios que los prestadores cobran a las EPS por los procesos, insumos o factores de producción.

La gestión del riesgo técnico está vinculada con la organización de la atención de los afiliados según los riesgos identificados, con el modelo para la gestión de estos riesgos y con la organización de la red de servicios para su intervención, definiendo los mecanismos y las reglas para garantizar la oportunidad, integralidad y continuidad en la atención, tales como la autorización integral de servicios de salud y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. También son relevantes el apoyo a la gestión clínica de los prestadores y la utilización de modalidades de contratación y de pago orientadas a resultados que impliquen riesgo compartido entre aseguradores y prestadores e incentiven en estos últimos el desarrollo de modelos de prestación orientados a la gestión del riesgo en salud.

5 Los prestadores de servicios de salud y la gestión del riesgo en salud.

La gestión integral del riesgo en salud tiene un componente colectivo a cargo de la entidad territorial y uno individual que es función primordial de las EPS, entrelazado con la gestión clínica que ejecutan los prestadores conformados y organizados en redes integrales de prestadores de servicios de salud y el cuidado por parte del individuo (MSPS, 2016a). En los prestadores de servicios de salud, la GIRS se concreta en la orientación de su modelo de prestación hacia la gestión de los riesgos en salud de la población de su territorio y de la población contratada por las ET y los aseguradores, contribuyendo a la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud, para lo cual las EPS deben entregar caracterizada su población.

Los prestadores del componente primario de la red contratan con las entidades territoriales intervenciones del PIC y con las EPS la prestación de servicios individuales de salud para la población contratada, jugando un papel importante en la articulación de ambos tipos de intervenciones, las cuales se requieren para la implementación de las RIAS. A su vez, en la ejecución del PIC y en virtud de la canalización, estos prestadores realizan un conjunto de actividades orientadas a gestionar el acceso efectivo de los individuos, las familias y la comunidad a los servicios sociales y de salud. Para que la canalización sea efectiva, deben estar definidos los mecanismos de gestión y coordinación de la entidad territorial con las aseguradoras, las ARL y los prestadores de servicios de salud, de tal forma que se garantice el acceso efectivo de la población canalizada.

Los prestadores primarios gestionan el riesgo en salud partiendo de los riesgos inherentes por momento del curso de vida de su población y de las necesidades de los distintos grupos de riesgo, para identificarlos y tratarlos oportunamente. Las atenciones se realizan según los lineamientos establecidos en las RIAS, remitiendo oportunamente a los prestadores del componente complementario de la red los pacientes que requieren servicios que escapan a su capacidad de resolución y manteniendo controlados los pacientes contra- referidos para su manejo y seguimiento.

Según se mencionó en el aparte 4.3.2 del presente documento, mientras para los afiliados en general es necesario avanzar en la demanda inducida y en la prevención de factores de riesgo modificables tales como el tabaquismo, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo inadecuado del alcohol siguiendo los lineamientos establecidos en la ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud, para la población con riesgos conocidos se requieren modelos específicos de prestación de servicios de salud que consideren la estratificación de esos riesgos, como es el caso de las enfermedades crónicas prevalentes, atendiendo los lineamientos de las RIAS.

Los prestadores del componente primario y complementario de la red de servicios ejecutan la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica, la cual tiene como objetivo garantizar la atención integral, coordinada y centrada en el paciente, realizando las intervenciones más efectivas, seguras y eficientes, acordes con la información científica disponible y que hayan demostrado capacidad para cambiar de modo favorable el curso clínico de la enfermedad y la calidad de vida (Segú Tolsa JI, 2011; AsturSalud, 2011).

Avanzar en la implementación del modelo de prestación implica reconsiderar la organización interna de los prestadores para la atención integral según las necesidades de su población objeto,

fortaleciendo a los equipos de trabajo multidisciplinarios (clínicos y administrativos) a fin de orientar su quehacer hacia la obtención de resultados en salud, la realización de intervenciones basadas en la evidencia y la utilización eficiente de los recursos contribuyendo a un costo óptimo de la atención, al tiempo que involucran a los pacientes, familias y cuidadores durante la atención haciéndolos partícipes de las principales decisiones (Alderwick H, 2015).

La medición de resultados en salud y costos por paciente teniendo en cuenta la totalidad del ciclo de atención, la articulación de los prestadores en el funcionamiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud, la utilización de modalidades de contratación y de pago orientadas a resultados y el desarrollo de sistemas de información que permitan la trazabilidad de los usuarios a lo largo del ciclo de atención, incluyendo los procesos de apoyo y los costos (Porter M, 2010), son también requisitos para una adecuada gestión del riesgo en salud.

Avanzar en modalidades de contratación y de pago de riesgo compartido por parte de los prestadores y las aseguradores, implica reconocer que como resultado del modelo de prestación orientado a la gestión de riesgos en salud, los prestadores pueden contribuir a la disminución de la incidencia de condiciones individuales de salud o a severidad que son evitables, a la obtención de resultados en salud, a mejorar la experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y a la utilización eficiente y óptima de los recursos. Existen modalidades de contratación y de pago que bien utilizadas y consensuadas entre las partes, generan incentivos para la gestión de riesgos por parte de los prestadores, donde los aseguradores conservan la mayor parte del riesgo primario y los prestadores son los responsables por el riesgo técnico de la atención, buscando siempre el bienestar de los afiliados y la obtención de resultados en salud.

Es importante señalar que un prestador de servicios de salud está en riesgo financiero cuando el pago recibido por la atención es inferior a los costos incurridos y esta situación no puede ser determinada con anterioridad (Miller, 2009c), lo que puede afectar la calidad de la atención y la presencia de situaciones no deseables como por ejemplo la selección de riesgos por parte de los prestadores. El riesgo primario se presenta por situaciones resultantes del estado de salud u otros factores que escapan al control del prestador, por ejemplo, la presencia de un mayor número de los esperados de condiciones individuales de salud o episodios que requieren atención; o una severidad mayor a la esperada que no es evitable. El riesgo técnico está asociado a la presencia de factores que están bajo el control del prestador y que aumentan el costo de la atención, tales como el desarrollo de infecciones asociadas a la atención, la presencia de episodios de atención que pudieron haberse evitado o la realización de intervenciones no soportadas por la evidencia científica.

6 Las personas y la gestión integral del riesgo en salud.

Al considerar las personas, centro y finalidad del sistema de salud, la GIRS se concreta en las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad realizan para mantener su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente, articuladas con las acciones de los agentes del sistema de salud, tanto desde el punto de vista prestacional dirigidas al individuo como colectivas dirigidas a la comunidad (MSPS, 2016a).

Desde el punto de vista prestacional, los agentes del sistema de salud deben propiciar la generación de espacios colaborativos para el intercambio de información relevante y generar condiciones para

involucrar a las personas en todos los niveles del sistema de salud, comenzando por el fortalecimiento del autocuidado y la participación en las decisiones de la atención requerida a lo largo del ciclo de atención (Alderwick H et al, 2015), con el fin de desarrollar capacidades para el cuidado de su salud, al tiempo que se apoya la participación efectiva y la toma de decisiones en la formulación de políticas y de los planes territoriales de salud, la inclusión o exclusión de servicios o tecnologías en salud del Plan de Beneficios y en las instancias de seguimiento del sistema de salud (Ley 1751 de 2015, Artículo 12).

7 Conclusiones.

- 1 La Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) situó el derecho irrenunciable a la salud en lo individual y colectivo en el ámbito del Sistema de Salud, articulando las acciones del SGSSS con las acciones intersectoriales requeridas para afectar los determinantes sociales, resaltando la importancia de las intervenciones que propenden por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población. En este contexto, el autocuidado es el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de su familia y la comunidad.
- 2 En cumplimiento de la Ley Estatutaria, la **Política de Atención Integral en Salud** está orientada a resolver los retos en materia de acceso oportuno y efectivo, superponiendo el interés de las personas sobre el interés de los agentes. La política se hace operativa a través del **Modelo Integral de Atención en Salud**, el cual se basa en la Gestión Integral del Riesgo en Salud como hilo conductor para articular las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que realizan los distintos agentes del sistema de salud, quienes deben propender por la humanización del sistema, centrando su atención en las personas, el mejoramiento de la calidad de su gestión, el trabajo colaborativo con otros agentes y la gestión de recursos y alianzas externas para la obtención de resultados para las personas, la sociedad, las organizaciones y los trabajadores (MSPS, 2016d).
- 3 La Entidad Territorial, como ente rector, tiene un rol fundamental en la gestión integral del riesgo en salud, dado que coordina la agenda sectorial e intersectorial desde las prioridades establecidas en el plan territorial de salud, así como la articulación de las intervenciones que realizan otros sectores, las intervenciones colectivas de su competencia y las intervenciones individuales a cargo de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, armonizadas con las intervenciones que realizan los prestadores de servicios de salud y las que realizan las personas, las familias y los cuidadores (MSPS, 2016a).
- 4 En la Entidad Territorial la GIRS se concreta a través de la modificación de los determinantes sociales que inciden en los riesgos en salud de las comunidades o colectivos y que afectan las condiciones de salud priorizadas en el plan territorial de salud, la generación de condiciones favorables para la salud, la modificación de riesgos colectivos y en la articulación de las intervenciones que realizan los agentes del sistema de salud y otros sectores para el abordaje de las prioridades establecidas.

La formulación del plan territorial de salud se fundamenta en la estrategia PASE a la Equidad (MSPS, 2014b), la cual permite priorizar respuestas y definir objetivos y metas para cada una de

las dimensiones del PDSP en los territorios, teniendo en cuenta las líneas operativas de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública previstas en el PDSP, así como la proyección de recursos, fuentes y responsables del plan territorial de salud.

- 5 En la Entidad Promotora de Salud, la GIRS se concreta en la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud para los afiliados, mediante la implementación de un modelo de atención en salud, soportado en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad, con el fin de garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios y el logro de resultados en salud, avanzando en la autorización integral de servicios de salud soportada por modalidades de contratación y de pago orientadas a resultados que consideren la totalidad del ciclo de atención. El modelo de atención considera las particularidades de los territorios donde opera.

El desarrollo de un Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, que integre todas las políticas, procesos y procedimientos que permitan la identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos que puedan afectar el funcionamiento de la entidad, es necesario para fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos para la gestión integral del riesgo en salud, de los riesgos económicos y operativos y de la gestión del aseguramiento, a fin de cumplir los objetivos de las EPS y del SGSSS en su conjunto.

- 6 En los prestadores de servicios de salud, la GIRS se concreta en la orientación de su modelo de prestación hacia la gestión de los riesgos en salud de la población contratada por las EPS, contribuyendo a su identificación, prevención, tratamiento, seguimiento y control, incursionando en modalidades de contratación y de pago de riesgo compartido. Para el efecto, las EPS deben entregar caracterizada su población.
- 7 Desde el punto de vista de las personas, os afiliados, la GIRS se concreta en las “decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea” (MSPS, 2016a, p.38), trabajando estrechamente con todos los agentes del sistema en el territorio para fortalecer el autocuidado, la participación en las decisiones de la atención en salud requerida (Alderwick H et al, 2015) y en las decisiones para la formulación de políticas y el seguimiento al desempeño del sistema.

8 Recomendaciones

1. Orientar la asistencia técnica por parte del MSPS para el fortalecimiento de la gestión de todos los agentes del sistema de salud, centrados en la obtención de resultados para las personas, la sociedad, las organizaciones y los trabajadores, en consonancia con el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Plan estratégico 2016-2021.
2. Fortalecer la capacidad de gestión de los distintos agentes del sistema de salud para la implementación de las RIAS y la formulación del plan para su implementación a nivel territorial, teniendo en cuenta los roles de los distintos agentes.

3. Realizar asistencia técnica por parte del MSPS para el desarrollo o fortalecimiento del Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud por parte de las EPS, particularmente en el régimen subsidiado, a fin de avanzar en el cumplimiento de sus objetivos como empresa y en los del SGSSS en su conjunto.
4. Ajustar el marco regulatorio mínimo para las modalidades de contratación y de pago que fortalezcan las relaciones entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud, enfatizando la obtención de resultados en salud.
5. Definir los lineamientos de política y realizar la asistencia técnica requerida la consolidación de modelo de prestación de servicios orientados a la gestión del riesgo en salud, soportado en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de los prestadores de servicios de salud, principalmente los públicos.
6. Fortalecer los procesos de participación ciudadana en las decisiones del sistema de salud, considerando todos los agentes del sistema de salud.

Documento de trabajo

9 Referencias Bibliográficas.

Acharya A, Vellakkal S, Kalita S, Taylor F, Satija A, Burke M, Masset E, Tharyan P, Ebrahim S. (S.F). Do Social health insurance schemes in developing country settings improve health outcomes and reduce the impoverishing effect of healthcare payments for the poorest people? [Protocol]. Cochrane Database of Systematic Reviews [Year], Issue [Issue].

Alderwick H, Robertson R, Appleby J, Dunn P, Maguire D. (2015). Better value in the NHS, The role of changes in clinical practice. The Kings Fund. Ideas that change health care.

AsturSalud 2012.
http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.a118308bf4790567dbdfb51020688a0c/?vgn_extoid=484f15b3fb010110VgnVCM1000008614e40aRCRD

Castaño, Ramón. (2014). Mecanismos de pago en salud, Anatomía, fisiología y fisiopatología, ECOE EDICIONES. (Ciencias de la Salud. Administración en Salud).

Castaño, Ramón. (2015). Riesgo primario, riesgo técnico y riesgo operacional: Elementos básicos y definiciones. Revista Conexión, Año 4, número 8, Enero-Abril 2015, ACEMI.

Decreto 2699 de 2007, por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Departamento Nacional de Planeación. <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/aseguramiento.aspx> Consultado en Enero de 2018.

Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O, (2013). “Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews”, Health Policy 110 (2013) 115– 130

Ellis R, Martins B, Miller M. (2015). Provider Payment Methods and Incentives. Heggenhougen, H.K. and Quah, S.R. (eds.) International Encyclopedia of Public Health (Second edition).

Giedion U, Ávila A, Flórez C, Pardo R. (s.f). Financiamiento de la Salud y Gasto de los hogares en Salud. El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera; Financiamiento en Salud y Protección Social en América Latina. LANet, LARed. Tomado de <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Colombia%20sistemico.pdf>

Krewski D, Hogan V, Turner M, Zeman P, McDowell I, Edwards N, Losos J. (2007). An integrated framework for Risk Management and Population Health. Human and Ecological Risk Assessment, 13:1288-1312.

Lalonde M. (1981). A New Perspective on the Health of Canadians. Working Document. Minister of Supply and Services Canada. Cat. No. H31-1374. ISBN 0-662-50019-9-

Ley 100, Colombia (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 789, Colombia (2002). Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo

Ley 1122, Colombia (2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438, Colombia. (2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1751, Colombia (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Marín F. (2018). Nota técnica para el aseguramiento en salud. Documento de trabajo.

Miller H. (2009a). "From Volume To Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs", NHRI Healthcare Payment Reform Series: A Primer On Healthcare Payment Reform.

Miller H. (2009b). "From Volume to Value: Better Ways To Pay For Health Care". Health Affairs-Volume 28, Number 5.

Miller H. (2009c). The Payment Reform Glossary. Definitions and Explanations of the Terminology Used to Describe Methods of Paying for Healthcare Services. Center for Healthcare Payment Reform.

Miller H. (S.F). Setting Payment Levels. Paths to Healthcare Payment Reform. Center for Healthcare Payment Reform.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (S.F). Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2012). Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2013). Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014a). Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo ASIS.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014b). Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos Conceptuales; Dirección de Epidemiología y Demografía & Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD - Guia Conceptual.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014c). Cifras Financieras del Sector Salud. Gasto en Salud de Colombia: 2004-2011. Boletín bimestral No. 2. Enero-Febrero de 2014. Dirección de Financiamiento Sectorial, Colombia, ISSN 2357 – 5999.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2015a). Resolución 1536 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2015b). Metodología para la definición de Grupos de Riesgo. Documento de trabajo.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2015c). Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud, Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos, ISBN: 978-958-8903-45-3

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016a). Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016b). Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia 2016. Dirección de Epidemiología y Demografía, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016c). Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud; Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Versión 3.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016d). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Plan estratégico 2016-2021.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016e). Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016f). Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2017a). Boletín del Aseguramiento en Salud, Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2017.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2017b). Presentación Planeación territorial. Plan Decenal de Salud Pública. Capacitación en PASE a la Equidad en Salud. Dirección de Epidemiología y Demografía.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2018a). Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para Promoción y Mantenimiento de la salud. Dirección de Promoción y Prevención.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2018b). Resolución 2515, por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento.

Ministerio de Trabajo, Colombia (2014). Decreto 1443 de 2014

Mújica OJ. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(6):433-41.

Nueva EPS. (2018). Presentación Gestión Integral del Riesgo en Salud Nueva EPS. Jornadas Cuéntanos tu experiencia en Gestión del Riesgo en Salud, MSPS.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe Sobre La Salud En El Mundo 2002 - Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana.

OMS. (2008). MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. 1. Tabaquismo – prevención y control. 2. Trastorno por uso de tabaco- prevención y control. 3. Cese del uso del Tabaco. 4. Política de salud. I. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 3599663 1.

Pope G. (2011). “Overview of Pay for Performance. Models and Issues”, en Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches”, RTI International, March 2011.

Segú Tolsa, JL. (2011). “Gestión del medicamento en los sistemas de salud.”, Barcelona School of Management.

Superintendencia Nacional de Salud, Colombia. (2018). Resolución 4559 de 2018, por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Trisolini M. (2011). “Overview of Pay for Performance. Models and Issues”, en Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches”, RTI International, March 2011.

Zulibán R, Naranjo C. (s.f). Principios para la gestión integral del riesgo del aseguramiento en salud.

10 Anexos

Anexo 1. Cómo se genera el riesgo en salud.

Identificar y entender los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad a nivel individual y colectivo es fundamental para una adecuada gestión del riesgo en salud. Se han desarrollado varios modelos para explicar los determinantes de la salud, los cuales han evolucionado a través del tiempo.

En el modelo propuesto por Lalonde (1981), los principales determinantes de la salud se agrupan en factores relacionados con la biología humana¹¹, el medio ambiente¹², los estilos de vida¹³ y los servicios de salud¹⁴, los cuales interactúan para determinar la situación de salud de las personas. Basado en este modelo, Dever (1976) estableció una correlación entre la contribución potencial a la reducción de la morbilidad de cada uno de los factores y los recursos destinados a ellos, evidenciando como si bien la mayor cantidad de los recursos se destinan a los servicios de salud (90%), su contribución a la reducción de la morbilidad es apenas del 11%.

Dahlgren y Whitehead (1991) desarrollaron un modelo con un amplio rango de determinantes de la salud, desde aquellos asociados a factores biológicos, individuales y comunitarios (determinantes proximales) hasta los relacionados con el acceso a los servicios de salud, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales (determinantes distales), los cuales interactúan en forma de capas concéntricas alrededor de los determinantes individuales, según se ilustra en la siguiente figura

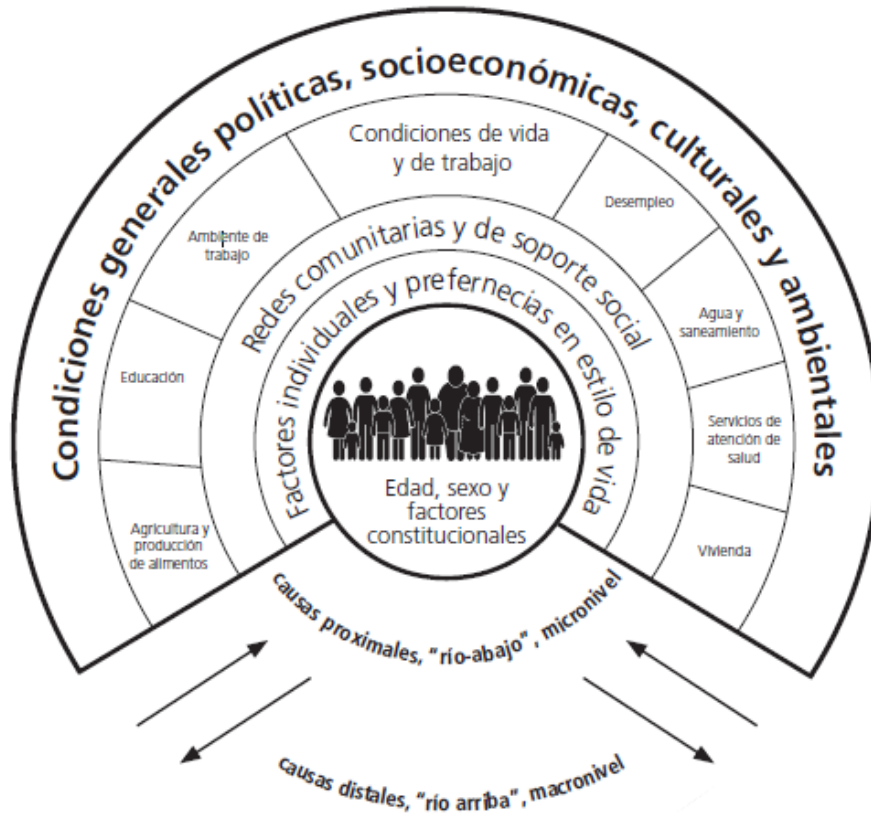
¹¹Factores genéticos, el proceso de crecimiento y envejecimiento susceptibilidad y resistencia a la enfermedad, entre otros.

¹²Disponibilidad y calidad del agua y los alimentos, calidad del aire, disposición de desechos sólidos y líquidos...

¹³Hábitos dietéticos y alimenticios, ejercicio, consumos de sustancias psicoactivas,

¹⁴Calidad, disponibilidad, acceso...

Figura 7 Modelo Dahlgren y Whitehead de determinantes de la salud

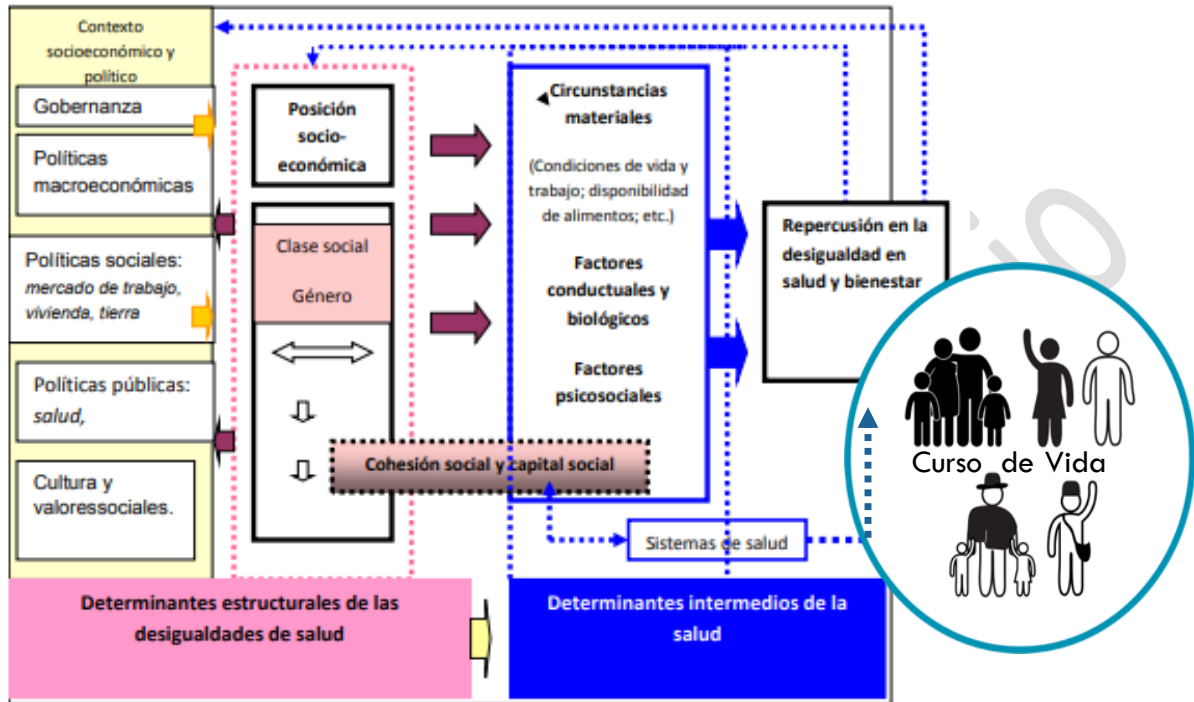


Fuente: Mújica O, 2015.

El estudio de la salud y la enfermedad tiene en cuenta que la exposición a experiencias y entornos desfavorables y su acumulación a lo largo de la vida, aumentando el riesgo de enfermar y morir prematuramente (OMS, 2002). El enfoque de curso de vida analiza cómo los factores biológicos (incluyendo los genéticos), de comportamiento y sociales a lo largo de la vida, y a través de las generaciones, actúan para influir en la salud. El propósito de la epidemiología del curso de vida es construir y poner a prueba los modelos teóricos que vinculan las exposiciones durante las diferentes etapas de desarrollo de la vida con los resultados de salud. La duración de estas exposiciones puede influir en el riesgo de enfermedad de diferentes maneras, teniendo en cuenta los períodos críticos en que se realiza la exposición, las interacciones con exposiciones posteriores, la acumulación de riesgos y la secuencia de acontecimientos vinculados.

El modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead, avanzó en su concepción por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS en el año 2010, haciendo visibles las inequidades en salud y en el bienestar como resultado de la dinámica e interacción entre los determinantes estructurales e intermedios, según se ilustra a continuación

Figura 8 Modelo Determinantes Sociales de la Salud

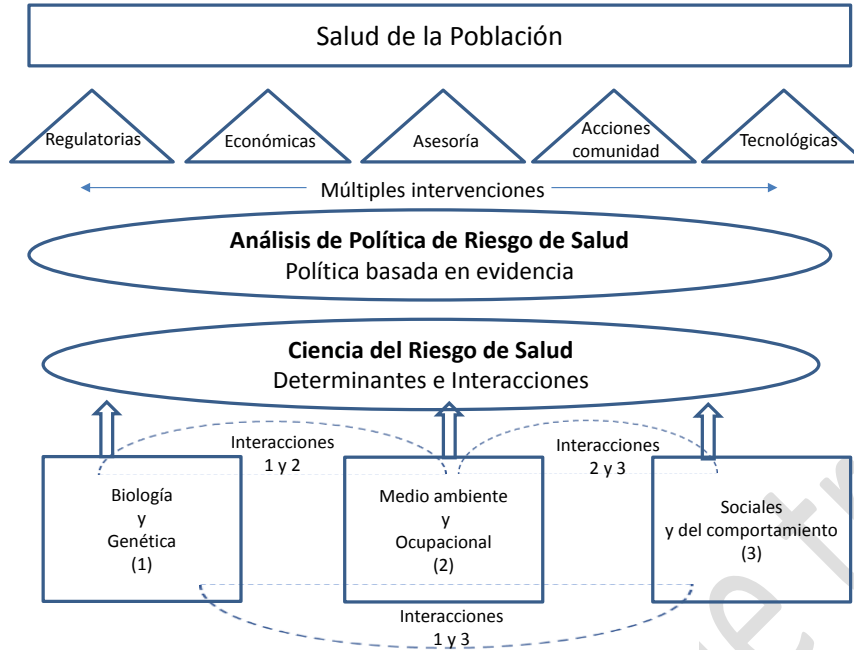


Fuente: Adaptación OMS, 2010.

De manera complementaria, Krewiski (2007) desarrolla un modelo donde la evaluación del riesgo para la salud de la población se basa en el análisis del impacto de los determinantes y sus interacciones en el nivel de riesgo colectivo e individual y se concentra principalmente en los determinantes que se expresan a nivel poblacional¹⁵, según se presenta en la siguiente figura

¹⁵ <http://riskcom.ca/framework/determinants/index.shtml>

Figura 9 Un marco integrado para la salud de la población y la gestión del riesgo



Fuente: Kreuwski D et al, 2007. "An Integrated Framework for Risk Management and Population Health".

La evaluación del riesgo en salud es la base para el análisis de políticas y la formulación de estrategias costo efectivas basadas en la evidencia. La gestión del riesgo en salud de la población es un proceso que incluye la identificación y análisis de opciones para la intervención del riesgo, el desarrollo e implementación de estrategias para su gestión, el monitoreo y evaluación de la efectividad de las estrategias, y la información y comunicación de los riesgos y la toma de decisiones. El proceso evalúa el riesgo integralmente y utiliza estrategias para su gestión, incluyendo la regulación y la definición de políticas, la realización de acciones con la comunidad o el desarrollo de intervenciones tecnológicas, entre otras.

El marco propuesto parte de la agrupación de los determinantes sociales en tres categorías y sus interacciones: biología y genética¹⁶, medio ambiente y ocupacional¹⁷ y sociales y del comportamiento¹⁸, los cuales incluyen la mayoría de los factores que afectan la salud de la población. Mientras la primera categoría se expresa a nivel individual, los dos restantes se expresan a nivel poblacional.

En este modelo, el énfasis de la promoción de la salud es la afectación positiva de los determinantes sociales y la generación de una cultura saludable que empodere a la población

¹⁶ Dotación genética, funcionamiento de los sistemas corporales, proceso de desarrollo y envejecimiento, entre otras

¹⁷ Medio ambiente, empleo y condiciones de trabajo, entre otras

¹⁸ Nivel de ingresos, redes de apoyo entre otras.

para la realización de acciones saludables. La gestión del riesgo en salud se concentra en la evaluación del impacto de los determinantes sociales en el nivel de riesgo en salud que experimentan las poblaciones. La promoción de la salud y la gestión del riesgo en salud constituyen un marco integrado para abordar temas relacionados con la salud y para el desarrollo las intervenciones requeridas para reducir los riesgos en salud y mejorar el nivel de salud y el bienestar de la población.

Documento de trabajo

Anexo 2. Listado de Grupos de Riesgo y de Eventos priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención específica.

Grupo de Riesgo (1)	Eventos priorizados (2)
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.
Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas.	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma
Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	Desnutrición en menores de 5 años, Anemia en menores de 5 años y Obesidad
Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Uso de sustancias psicoactivas.
Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, Epilepsia, Espectro Autista, Ansiedad, Trastornos del comportamiento en los niños, Demencia.
Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.	Caries, Fluorosis, Edentulismo.
Población con riesgo o presencia de cáncer.	Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel.
Población materno perinatal.	Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.
Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zika, Chagas, Malaria. • Tuberculosis • Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda (Neumonía) en menores de 5 años. • Infecciones de transmisión Sexual: Sífilis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis B y C.

Grupo de Riesgo (1)	Eventos priorizados (2)
Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente Rábico y Ofídico.
Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.	Enfermedad y accidentes laborales (general)
Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	Violencias: por conflicto armado, de género, conflictividad social. Trauma Craneoencefálico y Raquimedular.
Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente.	Hace parte de la RIAS para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
Población con riesgo o enfermedades huérfanas.	Hemofilia, Fibrosis Quística, Enfermedad de Depósito Lisosomal, Hipotiroidismo Congénito.
Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Trastornos visuales: Defectos de Refracción, Catarata, Glaucoma, Retinopatía del Prematuro, Baja Visión. Trastornos auditivos: Otitis, Hipoacusia, Vértigos y Trastornos de Habla y Lenguaje.
Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	Artritis Reumatoidea y Enfermedades Neurológicas.

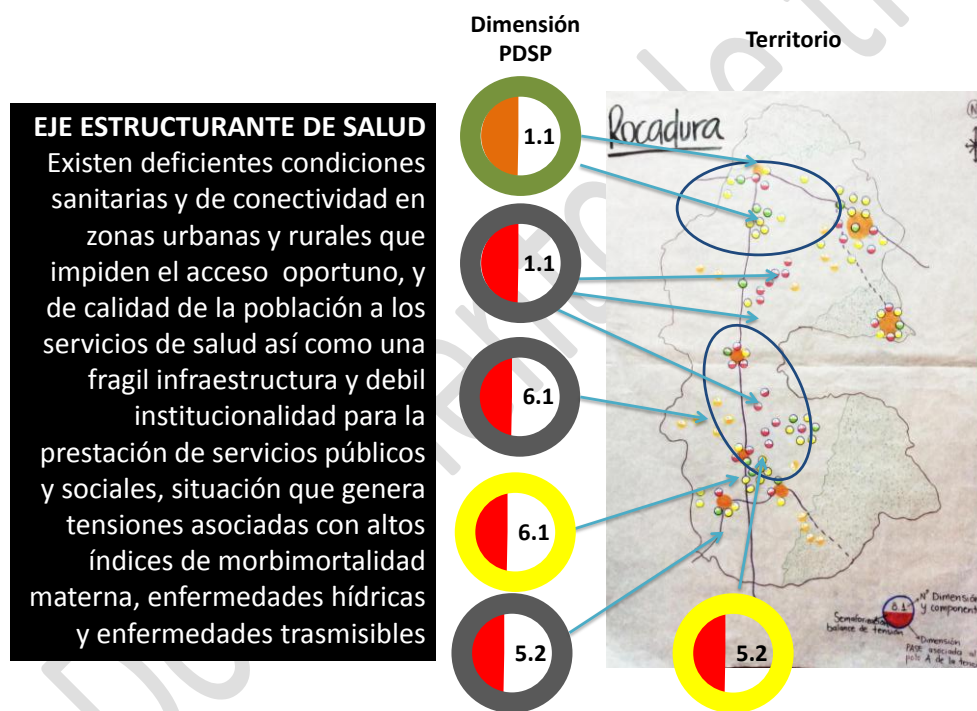
Fuente: (1) MSPS, Resolución 3202 de 2016; (2) Equipo Técnico Dirección de Promoción y Prevención, 2018.

Anexo 3 PASE a la Equidad y Gestión Integral del Riesgo en Salud

La formulación del plan territorial de salud se fundamenta en la estrategia PASE a la Equidad (MSPS, 2014b), la cual desarrolla una secuencia metodológica para la planeación integral en salud a partir de la interacción de componentes poblacionales, ambientales, sociales y económicos, reconociendo las condiciones básicas de salud y las tensiones en salud a partir de la situación actual de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP. Posterior a la identificación y comprensión de las tensiones de salud¹⁹, se priorizan las respuestas definiendo objetivos y metas de intervención por dimensión, teniendo en cuenta las líneas operativas de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública previstas en el PDSP, así como la proyección de recursos, fuentes y responsables del plan territorial de salud.

Partiendo de las tensiones en salud, se identifican ejes estructurantes²⁰ que sirven de base para orientar las intervenciones en salud según se presenta en la figura 10

Figura 10 Ejemplo eje estructurante de salud en un territorio



Fuente: MSPS, 2017b.

¹⁹ Una tensión corresponde al “conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población”. (MSPS, 2014b).

²⁰ Un eje estructurante corresponde a un eje articulador en el cual confluyen un número significativo de tensiones.

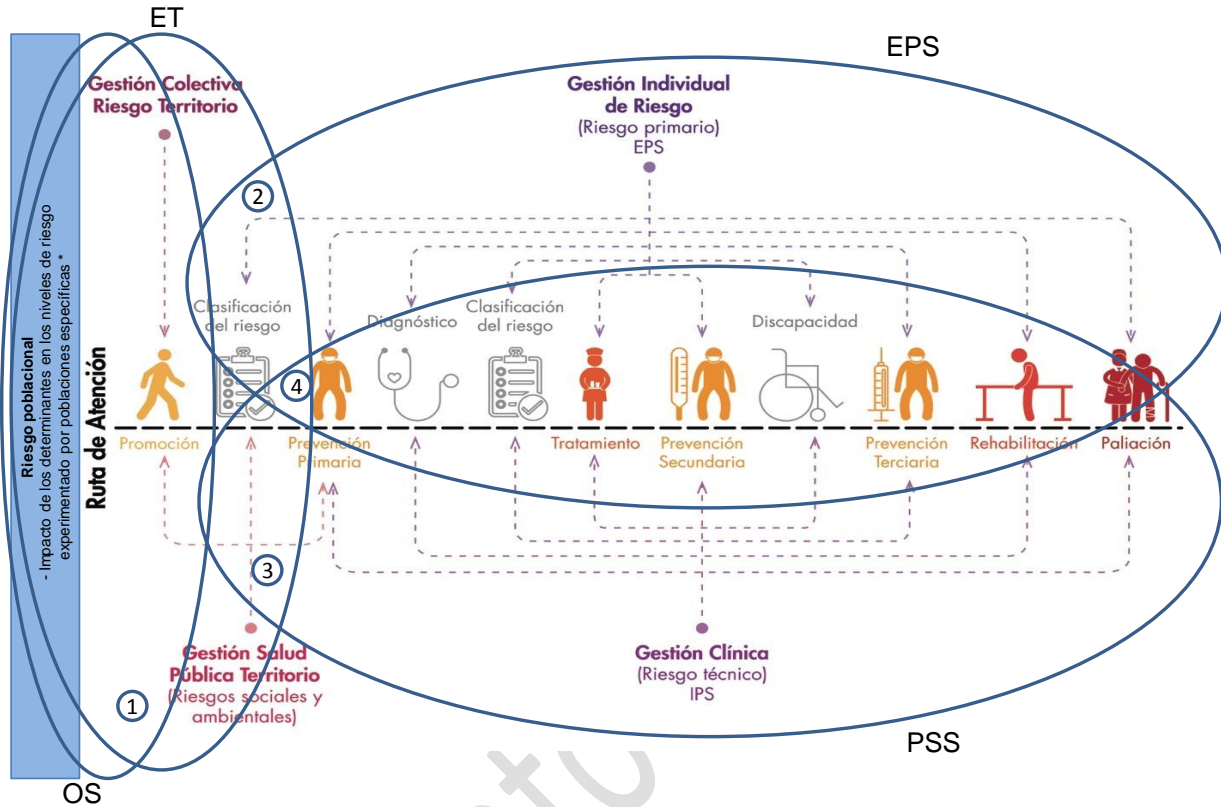
El eje estructurante descrito se relaciona con las dimensiones y componentes del PDSP. Al considerar las debilidades para la prestación de servicios públicos, el no funcionamiento de la planta de potabilización del agua y la insuficiencia del alcantarillado (1.1 Dimensión Salud ambiental componente hábitat saludable), éstos propician la presencia de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en todos los grupos etarios con mayor incidencia en niños y niñas menores de cinco años²¹, lo que incide en las consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias y la presencia de problemas nutricionales y retraso en el crecimiento y desarrollo (MSPS,2015c).

En este contexto, la entidad territorial debe poner en funcionamiento sistemas de suministro de agua segura y avanzar en la suficiencia de las redes de alcantarillado, a través de acciones de gestión de la salud pública y de las intervenciones del PIC como por ejemplo la educación y la comunicación para la salud, la desparasitación masiva y la realización de jornadas de salud, a las que convoca a las EPS y a los prestadores del componente primario de la red de servicios para realizar las intervenciones individuales del Plan de Beneficios que actúen sobre las condiciones de salud evidenciadas tales como la valoración del crecimiento y desarrollo y la disposición de salas de rehidratación oral (MSPS, 2014b), acciones que no sólo contribuyen a la intervención de la problemática actual sino a la prevención de efectos adversos posteriores en otros momentos del curso de vida y al aumento del riesgo para sufrir otras enfermedades que están relacionadas con las tensiones en salud.

Las ET, fortaleciendo la gobernanza en el ejercicio de la descentralización, realizan un trabajo coordinado con los agentes del sistema de salud y con los otros sectores para orientar y armonizar las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en el territorio hacia el logro de resultados en salud, partiendo de las prioridades establecidas en el PTS, según se indica en la siguiente figura

²¹ Según los datos del ASIS, se presentan tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles con mortalidad de 58.96/100.000 y morbilidad de EDA de 72,1 para menores 5 años y 54.2% de casos de consulta por parasitarias en infancia- (MSPS, 2015c).

Figura 11 Implementación de la GIRS



(*) Krewiski, D et al., 2007.

ET= Entidad Territorial, OS= Otros Sectores, EPS= Entidades Promotoras de Salud, PSS: Prestadores de servicios de salud.

Fuente: Adaptación MSPS, 2016a.

Las intersecciones en el quehacer de los agentes del Sistema de Salud y otros sectores, identificadas con los numerales 1, 2, 3 y 4 encerrados entre círculos en la figura, son relevantes para la implementación de las RIAS, que materializan la gestión integral del riesgo en salud en el territorio.

El trabajo de la ET con OS (1) tiene como finalidad afectar positivamente los determinantes de la salud o, cuando sea el caso, mitigar su impacto en los niveles de riesgo de la población. Las ET y las EPS (2) articulan las intervenciones colectivas e individuales incluidas en las RIAS, definiendo las reglas para la integralidad y continuidad de la atención y los criterios para el trabajo conjunto alrededor de las intervenciones del PIC, como por ejemplo la programación y participación en las jornadas de salud. La ET contrata con el componente primario de la red un conjunto de las intervenciones del PIC (3), especificando las reglas de la canalización para garantizar el flujo permanente de las personas entre las intervenciones colectivas e individuales. Los prestadores del componente primario de la red (4) realizan las intervenciones colectivas y las individuales incluidas en las rutas y contratadas por las EPS, refiriendo al componente complementario de la red del asegurador, según las condiciones pactadas.

Los agentes del Sistema de Salud, acorde a sus competencias, deben generar espacios colaborativos y participativos, así como las condiciones que involucren a las personas, las familias y los cuidadores para el fortalecimiento y apoyo del autocuidado y la participación en las decisiones de la atención requerida, con el fin de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud.

Al considerar el plan territorial de salud en su conjunto, las intervenciones en salud se realizan para grupos poblacionales en los entornos de vida cotidiana o por grupos de riesgo, una vez se identifican factores de riesgo o se desarrolla la enfermedad. Las intervenciones se especifican en las RIAS, las cuales están constituidas por tres tramos: ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud, rutas integrales de atención para grupos de riesgo y rutas integrales de atención específica para eventos (MSPS, 2016e).

Documento de trabajo

Anexo 4 Plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo

La OMS (2008) propuso un plan de medidas con eficacia probada para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo, denominada MPOWER. Según esta organización “El tabaco es la causa singular de mortalidad más prevenible en el mundo de hoy en día, y mata hasta la mitad de quienes lo consumen. Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año”.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido trabajando en el posicionamiento intersectorial de una serie de acciones de política pública para el control del tabaco, en el entendido que se debe trabajar con todas las entidades del Gobierno Nacional y la sociedad civil para lograr el cumplimiento efectivo que Colombia ha asumido como Estado parte del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco (CMCT de la OMS).

Ejemplo de ello lo constituyen, la serie de medidas estructurales de carácter legislativo, judiciales y administrativas que se han implementado en el país y el consecuente posicionamiento del tema en la agenda gubernamental, especialmente en el sector salud.

La siguiente gráfica presenta las seis intervenciones establecidas en el CMCT de la OMS, que son consideradas por este organismo como las más costo-efectivas (Plan de medidas MPOWER) y que han venido siendo aplicadas por el país a partir del año 2008:

Figura 12 Intervenciones MPOWER

Monitor / Vigilar

- Vigilar el consumo del tabaco y las políticas de prevención.

Protect / Proteger

- Proteger a la población del humo del tabaco

Offer / Ofrecer

- Ofrecer ayuda para dejar el tabaco

Warn /Advertir

- Advertir de los peligros del tabaco

Enforce / Hacer cumplir

- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Raise / Aumentar los impuestos

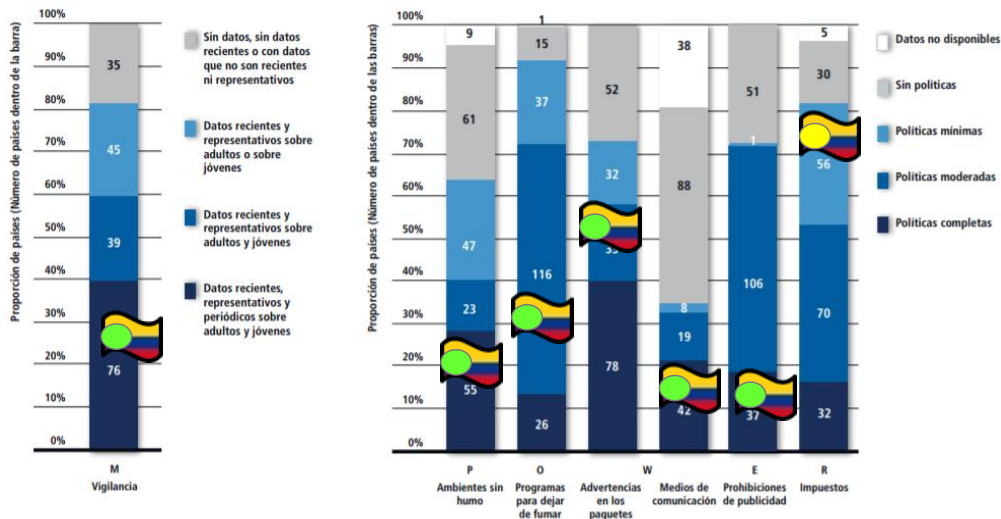
- Aumentar los impuestos sobre el tabaco.

Fuente: OMS, 2008.

A continuación se evidencian los avances de país en las seis intervenciones precitadas, así:

Figura 13 Estado de avance de implementación del Plan de medidas MPOWER en Colombia

SITUACIÓN DE DETERMINADAS POLÍTICAS DE CONTROL DEL TABACO EN EL MUNDO, 2016



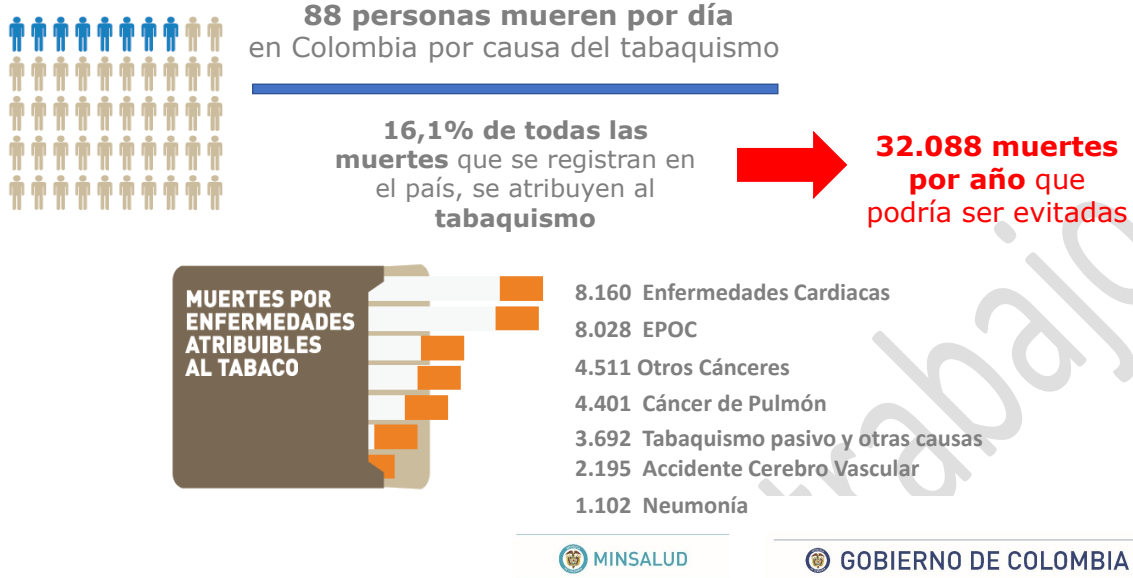
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la Epidemia de tabaquismo, 2017

La importancia del control del tabaco radica en que según la OMS “El tabaco es la causa singular de mortalidad más prevenible en el mundo de hoy en día, y mata hasta la mitad de quienes lo consumen. Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año”.

Por esta razón, el control del tabaco requiere compromiso político y el compromiso de la sociedad civil. Así las cosas, y con los instrumentos normativos y de política existentes, se ha logrado reducir la prevalencia de consumo de tabaco en población adulta y población escolar. En la población, la prevalencia de consumo actual bajó del 8,3% al 7,0%, entre el año 2016 y el año 2017²²

²² Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta de Calidad de Vida. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>

Figura 14 Mortalidad atribuible al consumo y exposición al humo de tabaco



Fuente: IECS & IETS (2016). Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Colombia.

A su vez, el costo directo en el sistema de salud se presenta en la siguiente figura

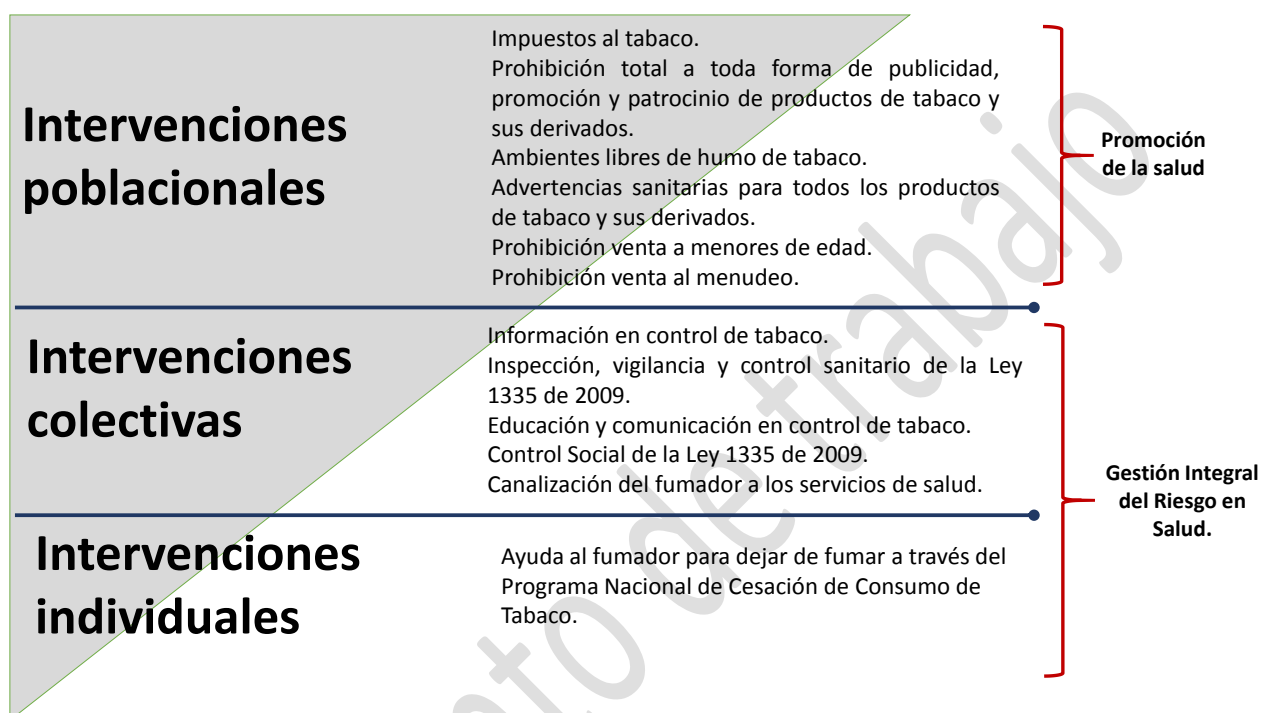
Figura 15 Costos del tabaquismo



Fuente: IECS & IETS (2016). Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Colombia.

La armonización de las acciones para el control del tabaco en el Modelo Integral de Atención en Salud incluye intervenciones poblacionales para la promoción de la salud e intervenciones colectivas e individuales para la gestión integral del riesgo en salud, según se ilustra en la figura 16

Figura 16 Armonización de las acciones para el control del tabaco en el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS



Fuente: Elaboración propia

En las RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud se contemplan acciones para la caracterización y descripción de los entornos y en las rutas para los eventos priorizados del riesgo cardiovascular, en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y en los tumores malignos asociados al tabaquismo, se contemplan intervenciones para reducir la exposición y el consumo de productos derivados del tabaco, tales como

- La promoción del cumplimiento de procedimientos de inspección vigilancia y control relacionado con la prohibición de patrocinio de eventos masivos por parte de la industria del tabaco
- La promoción del cumplimiento de la prohibición del consumo de productos de tabaco y sus derivados en sitios públicos, promoviendo ambientes 100% libres de humo. Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), la ley 1335 de 2009 y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.
- La promoción del cumplimiento de procedimientos de inspección vigilancia y control relacionado con la prohibición de patrocinio de eventos masivos por parte de la industria del tabaco.

En el PIC existen intervenciones para la información, educación y comunicación del control del tabaco, así como la canalización del fumador a los servicios de salud. La consejería es una intervención individual que se considera en las RIAS, así como las acciones para ayudar al fumador en la cesación del consumo del tabaco.

Documento de trabajo

Anexo 5. Categorías de riesgo Superintendencia Nacional de Salud.

Categoría de riesgo SNS (1)	Definición SNS (1)
Riesgo en Salud	<p><i>La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, la ocurrencia de la enfermedad / traumatismos o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados (Definición del Plan Decenal de Salud Pública del MSPS)</i></p>
Riesgo Actuarial	<p><i>La posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos, por ejemplo</i></p> <p>Riesgo de concentración y hechos catastróficos: <i>corresponde a la probabilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de los riesgos, bien sea por género, franjas de edades, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados.</i></p> <p>Riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbilidad y en los costos de atención: <i>corresponde a la probabilidad de pérdida de un periodo contable que se genera como consecuencia de diferencias apreciables entre las condiciones de morbilidad asumidas y las actuales, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.</i></p> <p>Riesgos de cambios permanentes en las condiciones de salud o cambios tecnológicos: <i>corresponde a la probabilidad de que ocurran cambios permanentes en las condiciones de salud de la población objeto o derivados de la disponibilidad e incorporación al plan de beneficios de nuevas tecnologías, que requieran ajustes en la financiación de este plan de beneficios.</i></p>
Riesgo de liquidez	<p><i>La probabilidad que una entidad no tenga la capacidad financiera para cumplir sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).</i></p>
Riesgo de crédito	<p><i>Es la probabilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia de que sus deudores no cumplan sus obligaciones en los términos acordados.</i></p>
Riesgo de mercado de capitales	<p><i>Corresponde a la probabilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte cualquier elemento de los estados financieros de la entidad.</i></p>

Categoría de riesgo SNS (1)	Definición SNS (1)
Riesgo operacional	<i>Es la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el talento humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.</i>
Riesgo de grupo.	<i>La probabilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Éste se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos, iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante el daño a la reputación.</i>
Riesgo reputacional.	<i>El riesgo reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación.</i>
Riesgo de Fallas del mercado de la salud	<i>La posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopolístico u oligopólico, prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros)</i>
Riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo.	<i>Es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas”.</i>

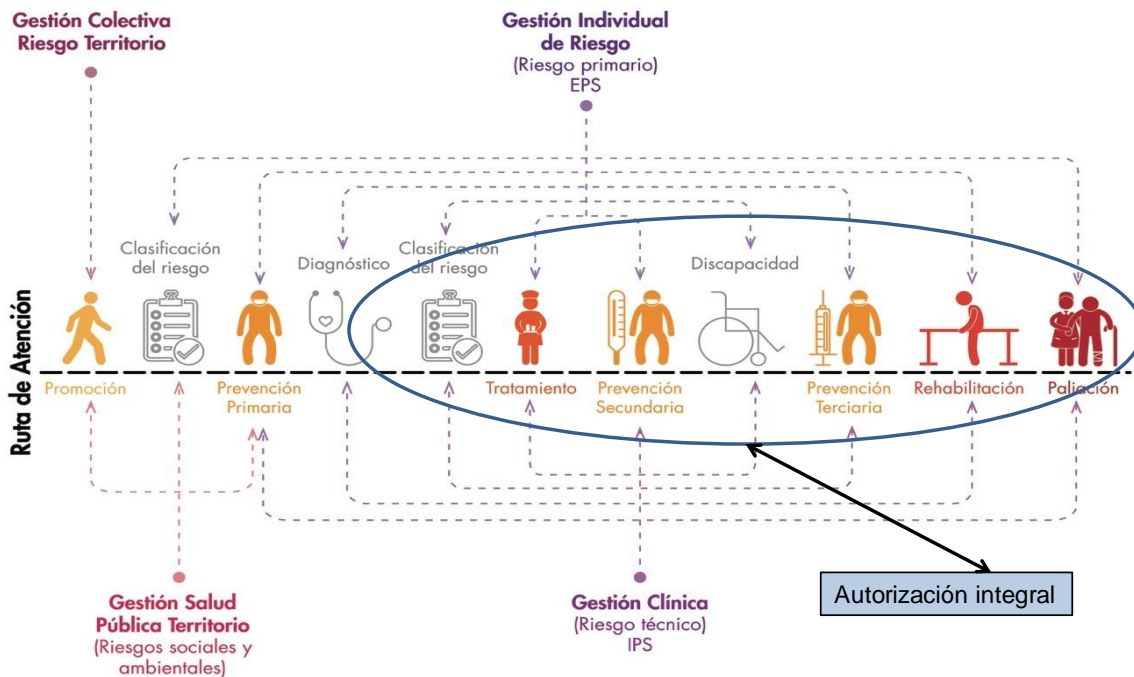
(1) Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 4559 de 2018

Anexo 6. Autorización integral de servicios de salud.

La redefinición del esquema de incentivos previsto en la PAIS parte de reconocer la necesidad de redefinir la unidad de atención y prestación alrededor de la integralidad del proceso de atención. Esta redefinición involucra las RIAS, las cuales comprenden el continuo de la atención desde la promoción hasta la paliación de acuerdo con el curso de vida y los grupos de riesgo, teniendo en cuenta las diferencias existentes entre la atención de condiciones individuales de salud agudas y crónicas (MSPS, 2016a).

La autorización integral de servicios de salud tiene como punto de partida la persona y una dimensión temporal ex-ante, ya que implica la autorización de intervenciones individuales para condiciones agudas y crónicas que pudieran llegar a requerirse en una ruta, tal como se indica en la siguiente figura

Figura 17 Ruta de atención y autorización integral de servicios de salud



Fuente: Adaptado MSPS, 2016^a

La autorización integral de servicios de salud es competencia de las Aseguradoras, quienes deben establecer los mecanismos para su aplicación teniendo en cuenta:

1. La autorización se realiza por persona, para que, en el contexto de una ruta integral de atención en salud, se le realicen todas las intervenciones que llegaren a requerirse.
2. La autorización integral se realiza para condiciones de salud agudas o crónicas, para las cuales existan rutas o tengan establecidos protocolos de atención.

3. La existencia de modelos para la gestión de la atención de los afiliados según los riesgos identificados, los cuales consideran la puerta de entrada al sistema de salud y su articulación con los prestadores del componente complementario de la red, en el contexto de una red integral de prestadores de servicios de salud.
4. Las reglas del sistema de referencia y contrarreferencia, el sistema y los soportes de información requeridos y la definición y seguimiento de los indicadores de desempeño y resultados asociados a la atención.
5. La utilización de modalidades de contratación cuya unidad de pago esté relacionada con la integralidad de la atención, como por ejemplo episodio de atención y pago integral por grupo de riesgo, así como la existencia de mecanismos de riesgo compartido entre la aseguradora y el prestador.
6. La existencia de relaciones basadas en la confianza - reglas claras y cumplimiento de los contratos de servicios de salud.
7. La correspondencia con la reserva técnica
8. La autorización integral de servicios de salud es una de las principales herramientas para la GIRS, favoreciendo la continuidad e integralidad de la atención.

Documento de trabajo