



Política de Atención Integral en Salud

Nuevos elementos para la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Retos y posibilidades

En enero de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el documento “Política de Atención Integral en Salud” (PAIS), cuyo lema es “un sistema de salud al servicio de la gente”.

Por **Carlos Edgar Rodríguez H., M.d.**, Director Acreditación en Salud de ICONTEC.

El documento se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un nuevo País” y se complementa con un marco de operación, el llamado “Modelo integral de atención en salud” (MIAS). Tanto la política, como el modelo mencionado han sido adoptados por el Gobierno Nacional en la Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 y complementados con la Resolución 1441 del 21 de abril 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.

Es evidente que estas directrices políticas y reglamentarias constituyen cambios estructurales y de mucho fondo en la orga-

nización de la prestación de los servicios de salud en Colombia. Dichos cambios deben estudiarse en detalle, sobre todo en sus implicaciones para los usuarios de los servicios de salud, pues nos afectan a todos como ciudadanos. A la vez, se deben difundir al público con claridad, de tal forma que se puedan aprovechar al máximo las posibilidades que la reorganización del sistema ofrezca y se presenten las observaciones correspondientes en el caso que se detecten riesgos de diseño, que afecten la ya bastante compleja situación de los prestadores de servicios de salud y, por tanto, la atención a los pacientes. Es claro además que estas propuestas deben incluir aspectos de calidad en la prestación de los servicios



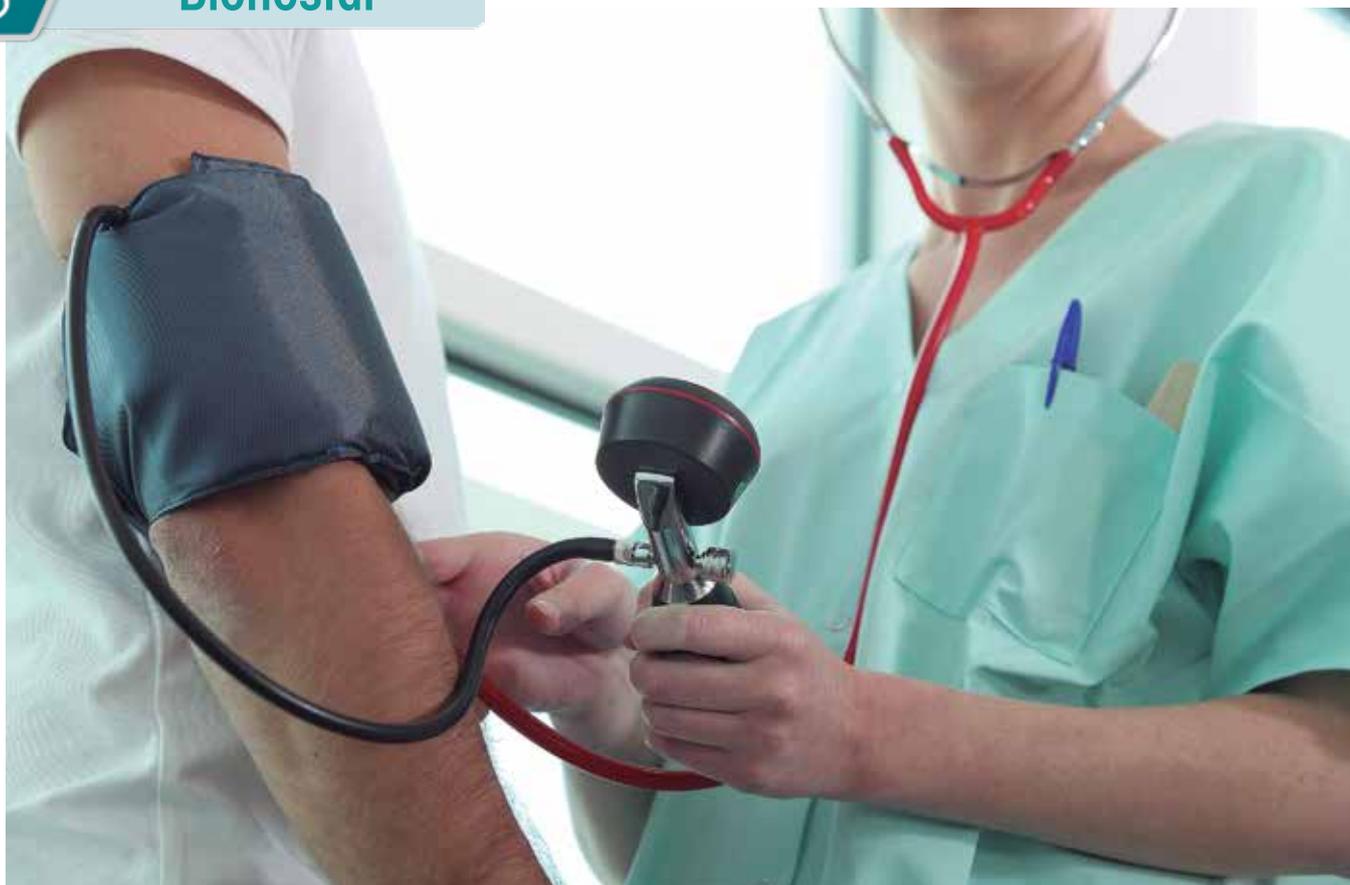
y se constituyen necesariamente en insumo de trabajo para aquellos que tenemos responsabilidades en la misma.

En el caso de las instituciones acreditadas o en proceso de obtener la acreditación, es necesario conocer en detalle las implicaciones del nuevo diseño de política, analizar puntos de encuentro y mecanismos de articulación entre las prescripciones de la acreditación y las propuestas políticas. Es nuestra obligación analizar y presentar estos cambios y dar nuestra propia perspectiva, y no pretender con ello que se esté fijando una postura definitiva o que se pretenda trazar la línea en un tema que evidentemente contiene elementos claros, pero también otros de alta incertidumbre, cuyo futuro dependerá de la intervención de todos. Del análisis inicial de los documentos mencionados, es claro que hay importantes elementos del diagnóstico situacional del sector y se plantean estrategias generales de intervención, el detalle es más bien cómo ser lo suficientemente propositivos en la implementación, tarea que corresponde desde luego a todos los actores participantes del sistema.

Dada la magnitud de los cambios mencionados, en el presente número esbozaremos algunos de los componentes de este nuevo marco político, en especial, los principios generales que se pueden extraer de una lectura inicial y daremos una mirada de mayor detalle a las propuestas de gestión del riesgo en la prestación de servicios, que a nuestro modo de ver ameritan un análisis minucioso

y el planteamiento de algunos retos evidentes de implementación, en complemento a las directrices que hemos fijado sobre el tema, en otros números de la revista.

Para comenzar, es importante precisar que la política de prestación de servicios de salud pretende desarrollar el mandato de la Ley 1753 de 2015, Ley del Plan Nacional de Desarrollo, que en su artículo 65 estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política en salud que recibirá la población, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud. Este mandato se plantea para dar cumplimiento, a su vez, a lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud, la Ley 1751 de 2015. Aparte vale la pena resaltar la obligación constitucional y legal que deriva de los dos mandatos, es importante preguntarse por dos serias implicaciones de dicho ordenamiento. Por una parte, deben entenderse en detalle dos conceptos que no significan lo mismo: "la política en salud" y "la política de prestación de servicios de salud", pues es claro, al menos para nosotros, que se trata de dos conjuntos diferentes, de los cuales el primero resulta ser un universo mayor y el segundo una parte de este. La observación es relevante porque confundir los dos conjuntos puede generar distorsiones en el abordaje de la política. A la vez cabe preguntarse si el alcance en materia de instituciones, puede ser tan amplio como se propone en la política y en su reglamentación, pues cubre a todos los integrantes del SGSSS y



a todas las instituciones que tengan a su cargo acciones de salud, sin aclarar el alcance para instituciones privadas, que como se sabe han sido objeto de regulaciones que las incluyen para fines generales. Por ejemplo, los requisitos mínimos de la calidad, pero no para asuntos que trascienden el ámbito de sus intereses, lo cual plantea un debate de fondo sobre la participación de capital privado, por ejemplo, en la conformación y el funcionamiento de redes de prestación de servicios.

La política de atención integral en salud (PAIS) "recoge el marco de los determinantes sociales adoptados en el Plan Decenal de Salud Pública, reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticas que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. La política además supone la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios".

Con base en esta orientación, la política define cuatro estrategias:

1. La atención primaria en salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria.

2. El cuidado de la salud.

3. La gestión integral del riesgo en salud.

4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

Dada la importancia que la acreditación en salud ha dado a la gestión integral del riesgo, considerándolo uno de los ejes del sistema, haremos en el presente texto una revisión del enfoque de gestión de riesgo planteado en el nuevo modelo. Sobre el particular, debe tenerse en cuenta que buena parte de las propuestas legales de orientación al sistema de salud han considerado el enfoque de riesgo como un aspecto clave de mayor o menor interés y desde luego de variable importancia para los ejecutores políticos.

La gestión del riesgo no es, desde luego, un tema novedoso en las propuestas de reforma a los modelos de salud; debe recordarse que la Ley novena de 1979, contenía un abordaje de factores de riesgo, especialmente orientados a la salud pública; la ley 100 de 1993 contempló en el diseño del sistema un enfoque basado en riesgo, que incluía varios aspectos, por ejemplo, la definición de una Unidad de Pago por Capacitación (UPC), acorde con los riesgos de la población, definió que la función principal



de las EPS era la administración del riesgo y estableció para el Ministerio, como mandato, la obligación de dictar normas para el control de los factores de riesgo. Más recientemente, la Ley 1122 de 2007 ratificó la administración del riesgo como la función clave del aseguramiento y dio lugar a las exigencias sobre el particular, reglamentadas en los decretos 574 y 1698 de 2007, en los que se definió con mayor detalle el tipo de riesgos (aseguramiento en salud, operativo, de mercado de las inversiones) aspectos a los que se dio alcance en la Resolución 1740 de 2008 que reglamentó el Sistema de Administración del Riesgo de las aseguradoras (SAR). En el año 2011, la Ley 1438 introdujo el concepto de corresponsabilidad, ordenó las responsabilidades, en materia de rendición de cuentas y el concepto de monitoreo al riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado, elementos básicos para el abordaje integral del riesgo. Aparte de estos antecedentes, las leyes 1751 y 1753 de 2015 ratifican los conceptos de corresponsabilidad y la obligatoriedad para las instituciones, de construir enfoques de gestión basados en riesgo.

Todos estos elementos, se suman a otros abordajes de gestión de riesgo, por ejemplo, los establecidos por el Departamento Administrativo

de la Función Pública (DAFP) o los intentos, en su momento, por establecer el Ministerio de la Protección Social, tema sobre el cual cabe debatir los avances reales en cobertura para poblaciones vulnerables y el enfoque de riesgo en el que se desenvuelve el ideario de la protección social que, evidentemente, trasciende el ámbito de la atención en salud.

Un antecedente de singular importancia, incluido como componente clave de la política de prestación, es la propuesta de gestión del riesgo definida en el Plan Decenal de Salud Pública, reglamentado en la Resolución 1841 de 2013, en la que se plantea la línea de gestión del riesgo en salud como: "El conjunto de acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la posibilidad 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".

Por su parte, la política de atención integral en salud define la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) como "una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extra sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas".

La GIRS tiene en el enfoque de la nueva política dos componentes:

Colectivo: ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulado con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión del riesgo individual que ejecuta el asegurador, integrando acciones preventivas con base en evidencia, que se puedan aplicar de manera efectiva a conglo-

merados de población indivisibles, para actuar sobre algunos de los determinantes de la salud, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud.

Individual: es responsabilidad primaria del asegurador, involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud; parte de los factores biológicos, los determinantes sociales, su estilo de vida, el impacto de los entornos institucionales y sociales con los que interactúa y los factores incrementales asociados a la enfermedad y la discapacidad; incluye las acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado. 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 la multi enfermedad.

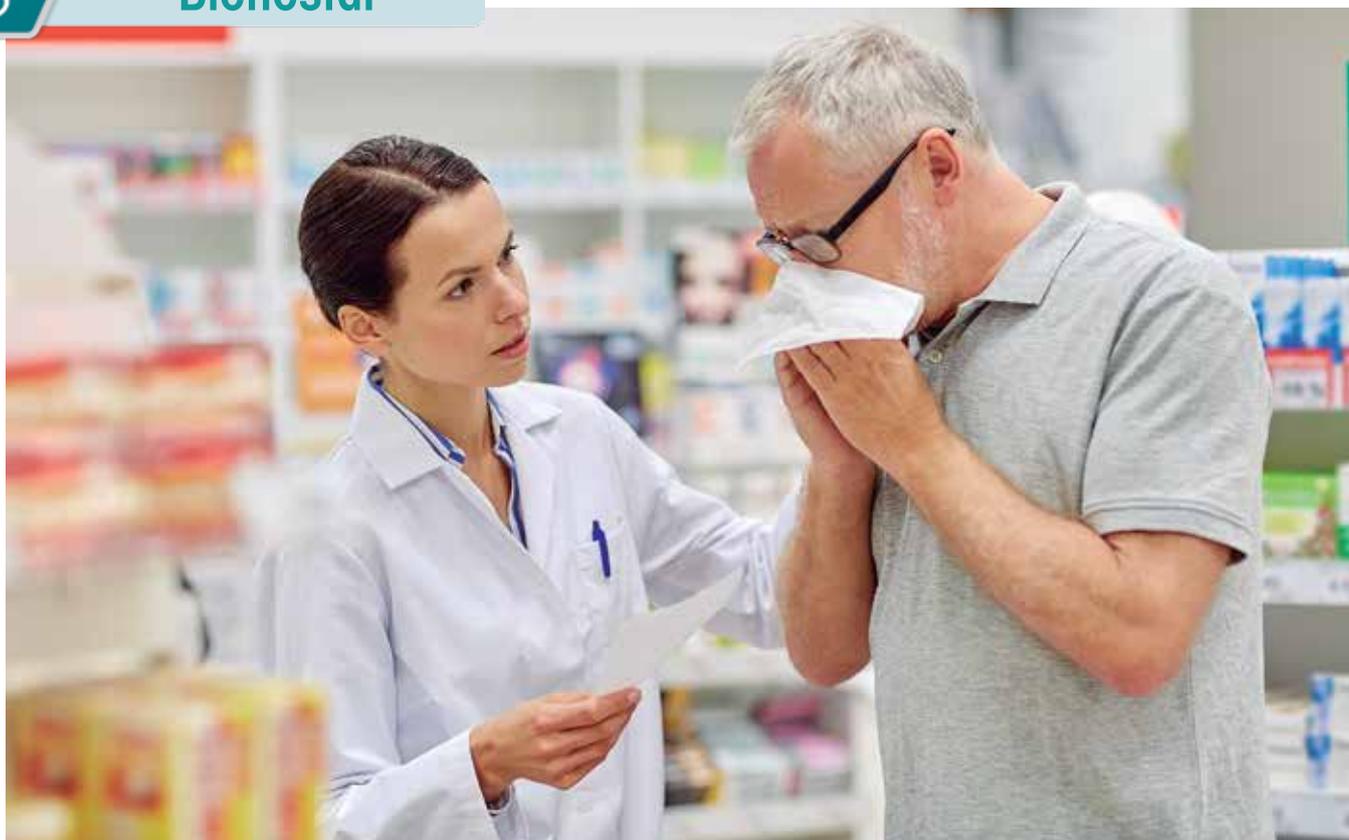
De acuerdo con el documento de la política, se definen dos tipos de riesgos: el riesgo primario, estudio de la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y de su severidad y el riesgo técnico, relacionado con la organización y la gestión del proceso de atención y de las estructuras de incentivos orientados a la gestión clínica y los resultados.

Los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo en salud son:

- Tamización, identificación y seguimiento de personas en riesgo de enfermedad.
- Conformación de cohortes para seguimiento de personas de acuerdo con riesgos de enfermedad.
- Análisis de riesgos de la población, con enfoque diferencial.
- Caracterización y clasificación del riesgo de las personas.
- Conformación de grupos de riesgo.
- Planeación de la atención, según grupos de riesgo con enfoque diferencial.
- Implantación de intervenciones hacia la apropiación social del riesgo.
- Intervención sobre la apropiación individual del riesgo.

- Definición de rutas integrales de atención en salud para los diferentes grupos de riesgo.
- Modificación del riesgo, a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud y prestadores de servicios.
- Clasificación y seguimiento, según métodos de diferenciación de riesgo y tipo de intervención clínica.
- Monitoreo y seguimiento de intervenciones y sus efectos.
- Orientación del gasto hacia la prevención efectiva.
- Vigilancia de la gestión del riesgo.
- Gestión de la calidad de los procesos de atención.





- Coordinación administrativa – técnica de los servicios.

El documento de política hace operativa la gestión integral de riesgo, mediante una serie de acciones complejas, que desde el punto de vista teórico resultan claras, pero que en la realidad práctica, proponen múltiples retos, algunos de los cuales se presentan a continuación del respectivo enunciado.

“La identificación y ponderación de los riesgos de salud pública existentes en cada ámbito territorial, la priorización de grupos de riesgo y eventos de atención, planeación en el territorio y armonización de la intervención entre el ente territorial, las EAPB y las redes de IPS; cada uno de ellos dentro de sus respectivas funciones y competencias”.

Retos:

- 1.** Armonizar las intervenciones en riesgo de cada uno de los actores citados. Deben evaluarse las dificultades que representa para la gestión del riesgo, el cruce entre poblaciones asignadas pertenecientes a las diferentes entidades aseguradoras y las poblaciones asignadas, mediante contrato a los prestadores de servicios. Los aspectos

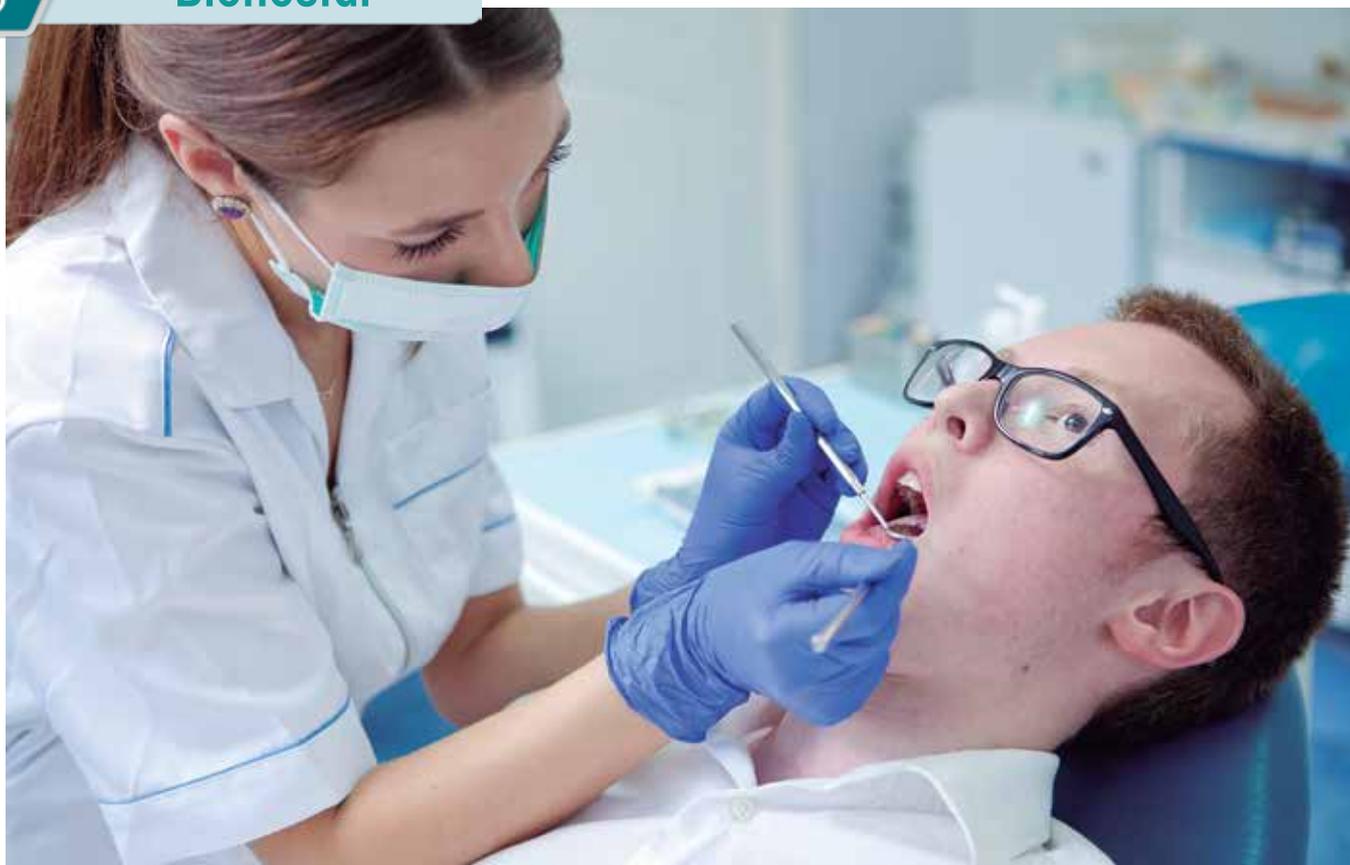
de identificación y ponderación de los riesgos, requieren además orientaciones metodológicas precisas.

- 2.** Articular la gestión del riesgo en el ámbito de cada actor, con la planeación de la atención primaria en salud, la promoción de la salud y la medicina familiar, con enfoque preventivo y participativo de las comunidades y usuarios.

“La recolección, el análisis y la sistematización de evidencia sobre las potenciales acciones para la detección del riesgo, los condicionamientos de severidad de la enfermedad y el monitoreo de las intervenciones colectivas y de gestión clínica que se implementen para la reducción del riesgo o la gestión adecuada de la enfermedad”.

Retos:

- 3.** Articular las intervenciones colectivas que son, por esencia, territoriales y las acciones individuales de gestión clínica en cabeza de EPS y de la red de prestación que contraten. Debe evaluarse en detalle la experiencia de diferentes grupos de trabajo multidisciplinario implementados por los entes territoriales, en casi todas las regiones



del país, para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y su relación con las acciones de gestión clínica que se puedan adelantar, a fin de descongestionar la atención institucional especialmente en la alta complejidad.

- 4.** Coordinar y supervisar la gestión del riesgo entre las diferentes organizaciones responsables de la atención, mediante la integración eficiente de recursos y servicios, que garantice las rutas integrales de atención salud, la responsabilidad de los proveedores y la corresponsabilidad de los usuarios.

“El desarrollo, implementación y adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), protocolos y sistemas de monitoreo y atención, a lo largo de los procesos de gestión clínica en las redes integrales de servicios”.

Retos:

- 5.** Implica un nuevo abordaje de las guías de manejo clínico, que habrá que diseñar bajo el concepto de atención en red. Debe realizarse una difusión amplia del objetivo y alcance de las RIAS.

- 6.** Monitorear que los puntos críticos y alertas establecidos en las RIAS, garanticen que cada prestador de las redes integradas de prestación de servicios, activen oportunamente el flujo de pacientes entre los prestadores.

“La identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad de carácter individual y colectivo, o referidas al entorno donde se vive, trabaja o deambula”.

Retos:

- 7.** Deben precisarse las responsabilidades de esta actividad para cada actor del sistema. Cabe preguntarse cómo se involucrarán las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

- 8.** Garantizar que la información recolectada por cada actor es compartida y utilizada oportunamente, para implementar intervenciones efectivas.

“La clasificación de las personas que se pueden afectar por las circunstancias y condiciones detectadas”.

Retos:

9. Deben definirse con precisión los criterios de clasificación, incluyendo aspectos éticos que eviten cualquier forma de discriminación.

10. Implementar estrategias de información y comunicación suficiente y comprensible a las personas clasificadas, según tipo de riesgo, que consientan participar y ser sujetos de intervenciones dirigidas para la minimización de los riesgos.

“El seguimiento de cohortes de grupos de riesgo, con el objetivo de monitorear el adecuado manejo y aplicación de las RIAS, minimizar el riesgo de eventos de enfermedad o la gestión de los casos según la clasificación”.

Retos:

11. Deben definirse con precisión los métodos para la definición de cohortes y los parámetros de seguimiento.

12. La implementación de estrategias para la implantación de intervenciones acordadas, continuidad y adherencia de las personas clasificadas, según grupos de riesgo, que impacte en los resultados de las cohortes.

“La selección y puesta en marcha de acciones para eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias o condiciones”.

Retos:

13. Deben definirse los mecanismos de coordinación de las acciones con el fin de evitar duplicaciones.

14. La sinergia de acciones entre los diferentes prestadores, en los diferentes ámbitos, enfocadas a la intervención efectiva de los grupos de riesgos y personas.

“El desarrollo del conocimiento sobre los riesgos de la población, la efectividad de las intervenciones, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos

de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la Red, así como en el manejo e interoperabilidad de la información sobre los agentes del sistema”.

Retos:

15. Deben definirse con precisión los indicadores y la información requerida para cada actor del sistema y evaluar si las disposiciones sobre sistema de información vigentes son suficientes o se requieren nuevos elementos. Debería tenerse en cuenta la necesidad de contar con herramientas que agrupen los diagnósticos, para poder comparar la efectividad de las intervenciones.

16. La puesta en conocimiento y despliegue de la información entre los actores, grupos de riesgo y población, de los principales riesgos que inciden en su situación de salud, así como de las mejores prácticas de intervención.

17. Implementar mecanismos efectivos y eficientes para la interacción continua de los diferentes actores y la disponibilidad oportuna de información a ser utilizada, según ámbito de responsabilidad.





Una vez terminado, de manera general, este balance del enfoque de riesgo en el nuevo marco de referencia de la política de prestación de servicios, se plantean algunos retos prácticos operativos (numerados anteriormente) que pueden servir como elemento de juicio en el proceso de implementación. Es evidente la necesidad de que cada actor del sistema analice sus responsabilidades y participación en el modelo, las implicaciones técnicas, económicas, administrativas, éticas, entre otras y se tomen, con base en dicho análisis, las decisiones que correspondan, para lo cual puede ser de apoyo el amplio volumen de información que la gestión de la calidad dispone sobre el riesgo. También es importante analizar, en detalle, las relaciones entre las directrices para la gestión del riesgo, planteadas en la nueva política y las orientaciones dadas hasta ahora en la Acreditación en Salud, en las que desde hace

años se promueven exigencias para la gestión del riesgo primario, del riesgo técnico y del riesgo operativo. Deben igualmente evaluarse las responsabilidades de los diferentes agentes en la gestión integral del riesgo y analizar sus avances a la fecha, conformar una línea de base con los avances y las mejores prácticas disponibles.

Para terminar, es evidente que el planteamiento político es congruente con las necesidades de la población y promueve una orientación más eficiente del uso de los recursos, pues parte de la necesidad de solucionar en el nivel de atención primaria muchos de los problemas de salud de la población, para lo cual es indispensable avanzar hacia una gestión inteligente de los riesgos. Los retos principales incluyen la articulación entre los múltiples quehaceres de las diferentes instituciones que conforman el sistema, la definición precisa de responsabilidades, el diseño y la utilización de herramientas técnicas acordes con los objetivos propuestos; el análisis sobre las implicaciones en el flujo de recursos, las instancias de coordinación, los controles que se requiere implementar y los demás aspectos operativos tienen enorme importancia para garantizar el éxito de la implementación.

Los avances de las instituciones acreditadas, en materia de gestión de riesgo pueden ser útiles como mejores prácticas y deben ser conocidos y compartidos. Es claro que las instituciones acreditadas también tendrán que hacer esfuerzos de adaptación a este nuevo esquema. Nos corresponde a todos apoyar en lo posible los lineamientos y, sobre todo, llevarlos a la práctica de la mejor manera posible.

REFERENCIAS:

1. Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Enero de 2016.
2. Modelo Integral de Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Noviembre de 2015.
3. Resolución 1841 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Resolución 518 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Resolución 1441 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Resolución 429 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo.
8. Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria de Salud.