

Implementación del Sistema de Administración de Riesgos (SAR) por Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo en Colombia 2008-2011.

► Gilberto Álvarez Uribe*
Sandra Roca Garavito**
María Alejandra Chau Donado***
Francy Yanira Pineda Granados****

Palabras clave
SAR; Gestión del riesgo; Fases de Implementación; Priorización

Resumen

La gestión del riesgo es una estrategia de las organizaciones que permite identificar los riesgos para minimizarlos, reduce la incertidumbre y facilita el logro de los objetivos de la organización. Este conjunto de procesos, procedimientos y tareas maximizan el buen desempeño empresarial generando valor para toda la sociedad. El Aseguramiento en salud exige la gestión del riesgo y es por esto que la implementación del Sistema de Administración del Riesgo (SAR), se convierte en una herramienta esencial, para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El objetivo de este artículo, es presentar el SAR, así como los niveles de implementación alcanzados por los actores del SGSSS durante los últimos tres años y formular recomendaciones que contribuyan a su consolidación y fortalecimiento.

Introducción

La gestión y administración de los riesgos cobran cada día más importancia, es por esto que las empresas buscan conocer el nivel de riesgo en el que están incurriendo en las diferentes áreas, tanto operativas como estratégicas de la Organización.

Es así como la normatividad nacional e internacional desde principios de los años noventa, ha definido la importancia de implementar este tipo de herramientas de control que permiten un mejor entendimiento de los procesos, anticiparse a los diferentes tipos de riesgo y facilitar la toma de decisiones gerenciales.

Dentro de la normatividad internacional se destacan el sistema Basilea I, II y III para riesgos financieros¹ el cual propone como beneficios globales: crear incentivos para mejorar los procedimientos de evaluación de riesgos, mejorar el sistema de gobierno corporativo, implementar nuevos modelos internos de evaluación de riesgo, lograr cambios culturales desde la alta dirección e innovar las herramientas de información con

grandes inversiones en tecnología. Todo lo anterior, conlleva a un importante reordenamiento del sector. Estos aspectos se encuentran reflejados en la normatividad adoptada por el Gobierno colombiano y son aplicables tanto al sector financiero como al sector salud.

Igualmente, la Ley Sarbanes Oxley de 2002², la cual introduce cambios corporativos y establece nuevos estándares para los consejos de administración y de dirección; así como estándares contables para las empresas que cotizan en bolsa de los Estados Unidos propone fortalecer la comisión reguladora del mercado de valores SEC (Securities and Exchanges Commission USA) y, el Estándar AS/NZS (Australian/New-Zeland Standard) 4360 de 2004, el cual es aplicable para cualquier tipo de empresa sin importar el sector, dado que suministra orientaciones genéricas para la gestión de riesgo. Estos desarrollos normativos fueron referentes para la formulación de la Ley 87 de 1993³, de la Norma Técnica de Gestión del Riesgo NTC 5254/2004 del ICONTEC⁴, de la Guía de administración de riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP de 2004⁵

* Superintendente Delegado para la Atención en Salud. Superintendencia Nacional de Salud. Médico. M. Sc. Gestión Hospitalaria.

** Directora de Aseguramiento. Superintendencia Nacional de Salud. Médico. M. Sc. Epidemiología. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud.

*** Asesora. Superintendencia Nacional de Salud. Odontóloga. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud.

**** Asesora Externa. Superintendencia Nacional de Salud. Bacterióloga. M. Sc. Infecciones y Salud en el Trópico. Especialista en Epidemiología.

1 GÓMEZ CASTAÑEDA, O.R. Basilea I y II en Observatorio de la Economía Latinoamericana N° 56, febrero 2006. Texto completo en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ve/>

2 LEKATIS GEORGE, President of the Sarbanes Oxley Compliance Professionals Association (SOXCPA) Introduction a la Ley Sarbanes Oxley (SOX). 2008

3 COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

4 ICONTEC. Manual directrices de gestión del riesgo, complementa la NTC 5254:2006. 2007.

5 COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA -

y del Decreto 1599 de 2005⁶, el cual reglamenta el Modelo Estándar de Control Interno MECI, para las instituciones del sector público nacional, entre otros.

Encontramos entonces que la gestión del riesgo tiene la finalidad de buscar el equilibrio apropiado entre el reconocimiento de oportunidades para obtener ganancia y reducir las pérdidas. Es parte integrante de las buenas prácticas de gestión y esencialmente es un elemento fundamental de buen gobierno corporativo.

Los beneficios de la gestión del riesgo están centrados en la estandarización de la práctica de control de los riesgos identificados en las diversas áreas de las empresas; en el establecimiento de mecanismos de revisión de procesos, de evaluación y control de riesgos; en el acceso a información estratégica para mejorar la toma de decisiones, en la planificación y el establecimiento de prioridades, mediante una visión integrada y estructurada del control de los eventos adversos y de la reducción de los costos provenientes de los riesgos para todos los procesos corporativos⁷.

De la misma manera, optimiza la eficiencia operacional y la sostenibilidad, protege y mejora los activos, además de la imagen de la organización⁸. La gestión del riesgo es un factor de éxito, que reduce tanto la probabilidad de fallo, como la incertidumbre y acerca la consecución de los objetivos generales de una empresa.

En la administración pública colombiana hay algunos antecedentes cercanos de la gestión del riesgo al Modelo Estándar de Control Interno y al Sistema de Gestión de la Calidad. Con el Decreto 1537 de 2001, el Estado colombiano había ordenado la práctica de la gestión del riesgo en las entidades públicas colombianas. Así mismo, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que rige la prestación de los servicios de salud, están presentes los indicadores para la gestión del riesgo en el proceso de habilitación y acreditación en salud, orientadas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las Entidades Promotoras de Salud⁹.

El Aseguramiento en salud en Colombia a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993¹⁰, estableció como campo de acción para las EPS el instaurar mecanismos de agrupamiento del riesgo entre sus afiliados, con el fin de facilitar la gestión del mismo y garantizar la mejora y el estado de salud de la población afiliada.

Así mismo, la Ley 1122 de 2007¹¹, concibió la gestión del riesgo en salud y la consecuente administración del riesgo financiero como aspectos inherentes al Aseguramiento. Con la expedición de los Decretos 574¹² y 1698 de 2007, se establecieron criterios financieros, como

requisitos de habilitación para empresas administradoras del Régimen contributivo y Entidades Adaptadas; por los cuales estas deberán mantener y acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), un monto de patrimonio técnico superior al monto de margen de solvencia, pero adicionalmente la norma otorga como incentivo a la implementación de los sistemas de administración de riesgo un ajuste gradual al valor del factor de riesgo, para el cálculo del respectivo margen de solvencia, definido por el Decreto 1698 de 2007 en el 10%¹³.

Por último, la Ley 1438 de 2011¹⁴ en su artículo 24 ratifica como requisito para el funcionamiento de las EPS, demostrar un número mínimo de afiliados que garantice los escales necesarios para la gestión del riesgo y una capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.

En concordancia con la normatividad descrita, el Sistema de Administración de riesgos para el Sector Salud (SAR) se establece a través de la Resolución 1740 de 2008 del Ministerio de la Protección Social (MPS)¹⁵, como el conjunto de procesos, procedimientos y tareas sistemáticas para planear, hacer, verificar y actuar frente al riesgo. Define la gestión del riesgo como un proceso cuyo objetivo es minimizar el impac-

DAFP. Guía Administración del Riesgo.

6 COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA – DAFP. Decreto 1599 del 20 de mayo del 2005. Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno – MECI para el Estado colombiano.

7 INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN, ICONTEC. Manual Directrices de gestión del Riesgo. Colombia. 2008. Editada por ICONTEC. Completa la NTC 5224:2006. ISBN 978-958-9383-70-4.

8 FEDERATION OF EUROPEAN RISK MANAGEMENT ASSOCIATION. Estándares de Gerencia de Riesgos. airmic, alarm, irm: 2002, translation copyright ferma: 2003, p 1-16.

9 COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 1599 del 2005. Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno – MECI para el Estado colombiano.

10 COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

11 COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

12 COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 574 de 2007. Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilidadación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

13 COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1698 de 2007. Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilidadación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

14 COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

15 COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1740 de 2008. Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilidadación, Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones.

to de los factores que pueden incidir negativamente en el desempeño de una empresa y maximizar sus ganancias potenciales¹⁶⁻¹⁷.

La reglamentación expedida promueve en los actores del SGSSS el autocontrol, el comportamiento responsable frente a los riesgos en salud y la pertinencia sobre la prestación de los servicios aspirando de esta manera, a salvaguardar la situación de solvencia del sector. Igualmente, fortalece la inspección, vigilancia y control proactivos, asociando estos criterios a indicadores de impacto en la salud.

El objetivo de este artículo es presentar el SAR, así como los niveles de implementación alcanzados por los actores del Sistema durante los últimos tres años y formular recomendaciones que contribuyan a su consolidación y fortalecimiento.

Metodología

Las actividades que se llevaron a cabo a lo largo del proceso durante los años 2008 a 2011 fueron:

- La Resolución 1740 de 2008, en el Artículo 11, designó a la

Superintendencia Nacional de Salud la competencia de calificar las firmas consultoras y/o auditoras con reconocido prestigio nacional e internacional para adelantar la evaluación del SAR. En consecuencia emite la Resolución 814 de 2008¹⁸ que definió criterios de evaluación de experiencia y representatividad. La Superintendencia Nacional de Salud realizó selección de firmas externas, este proceso inició con la convocatoria pública por medio de la página web de la SNS, para la inscripción de las firmas, una vez realizada la evaluación, estas se habilitaron de acuerdo a los criterios establecidos en la Resolución 814 de 2008.

- En un primer momento, la Superintendencia Nacional de Salud socializa las firmas habilitadas para que cada EPS pueda escoger libremente la firma que realiza la evaluación de la metodología de cuantificación de riesgos y de la implementación del SAR en cada una de las fases, la cual debe estar operando para el final de cada vigencia, a partir del 2008 hasta el 2011.

- A su vez, cada EPS seleccionó una firma para la verificación de la implementación del SAR durante la vigencia correspondiente, al final de la cual estas últimas remiten concepto a la SNS frente del cumplimiento de las condiciones establecidas por norma.
- La SNS evalúa la respectiva documentación y emite las observaciones con el fin de que se realicen los ajustes correspondientes antes del 15 de abril de cada año.

De esta forma, tanto las firmas como la Superintendencia Nacional de Salud emiten un pronunciamiento definitivo del resultado de la fase antes de mayo de cada año subsiguiente. Este cronograma se ha cumplido y las EPS y EA en la actualidad se encuentran en elaboración de los modelos que contienen la información exigida para la Fase IV del SAR.

Cada una de las fases supone la adopción plena y a satisfacción por parte de la SNS de la etapa anterior. La Tabla 1 presenta los objetivos y criterios a evaluar y que fueron cumplidos en cada una de las fases de implementación del SAR.

Tabla 1. Objetivos Relevantes de Evaluación por cada una de las Fases del Sistema de Administración de Riesgos-SAR. 2008-2011

Fase	Año	Objetivo Relevante
Fase I	2008 - 2009	Plan de implementación del Sistema SAR.
		● Formular políticas de implementación.
		● Determinar objetivos generales y específicos puntualizando el alcance de la gestión de riesgos.
		● Fijar metas, conformar equipos, asignar recursos financieros y físicos.
		● Establecer las metodologías y herramientas necesarias para la identificación de riesgos críticos; cronograma de implementación y el proceso para informar a la organización acerca del plan.
		● Adecuación del sistema de información, se incluyó un análisis de la situación de salud, capacidad instalada de la red contratada y descripción de las rutas de acceso a los servicios con un enfoque de riesgo.
		● Desplegar y socializar el sistema en los diferentes niveles organizacionales.
		Esta etapa significó cambios en la cultura organizacional, enfoque de los procesos y procedimientos hacia la identificación y control de los riesgos en salud.

16 STANDARDS AUSTRALIA, STANDARDS NEW ZEALAND. HB 436:2004, Risk management guidelines - companion to AS/NZS 4360:2004. 2004.

17 ICONTEC. Manual directrices de gestión del riesgo, complementa la NTC 5254:2006.2007.

18 COLOMBIA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, RESOLUCIÓN 814 DE 2008. Por la cual se establecen los criterios y condiciones mínimas que deben cumplir las firmas

consultoras o auditoras que adelantarán el estudio a los sistemas de Administración de riesgos de las entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

Tabla 1. Objetivos Relevantes de Evaluación por cada una de las Fases del Sistema de Administración de Riesgos-SAR. 2008-2011

Fase	Año	Objetivo Relevante
Fase II	2009 - 2010	<p>Despliegue del sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lograr difusión interna y externa de los objetivos del Sistema. ○ Establecer análisis de la situación de salud, capacidad instalada de la red contratada y descripción de las rutas de acceso a los servicios con un enfoque de riesgo. ○ Medir avances a partir de actividades ya existentes y ampliándolas a grupos priorizados de riesgos para los cuales se debe llegar a la gestión individualizada del riesgo. ○ Iniciar esquemas cualitativos de medición del impacto. <p>Esta etapa implicó la identificación y priorización de los riesgos generales en salud, así como el establecimiento de indicadores cualitativos frente al impacto de estos riesgos y de la gestión individualizada del riesgo.</p>
		<p>Ampliación del sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Incluir el área Operativa y Financiera. ○ Evaluar el Ambiente interno frente del reconocimiento del sistema y el avance del plan de implementación original. ○ Establecer la Gestión de riesgos compartidos. ○ Definir el Mapa de Riesgos a partir del Mapa de Procesos. <p>Criterios específicos Área Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medición cuantitativa de riesgos priorizados. ○ Proporción de población afiliada por grupo de riesgo priorizado. ○ Indicadores de control de riesgo para condiciones clínicas por los grupos priorizados. ○ Seguimiento al impacto en la Gestión de Riesgos, Medición de impacto de intervenciones y Evaluación de la pertinencia. <p>Área Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar riesgos en Gestión de Planeación, Comercial y Operaciones, Gestión Información al usuario y Gestión tecnológica. ○ Riesgo legal y riesgo reputacional. ○ Riesgos relacionados con la seguridad del paciente. <p>Área Financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar Riesgo Estratégico, Riesgo de mercado y Flujo de caja. ○ Análisis del portafolio de inversiones. ○ Determinar requerimientos de liquidez de la Entidad. ○ Identificar riesgos de crédito de deudores y de inversiones de la Entidad. <p>Esta etapa permite el inicio de la consolidación del sistema dado que avanza a mediciones cuantitativas de los impactos de la gestión de riesgos en salud, además involucra las áreas operativa y financiera dentro del mapa de priorización para definir herramientas de control de estos.</p>
Fase IV	2011 - 2012	<p>Consolidación del sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En el área de salud: Verificar la manera sistemática de aplicación del ciclo de planear, hacer, verificar y actuar frente al riesgo. ○ En el área operativa: Documentar la gestión de riesgo existente en la organización, adicionando a la fase anterior los demás riesgos del área operativa, complementar el mapa de procesos críticos, clasificando según su riesgo inherente e iniciar esquemas cualitativos de medición de impacto. ○ En el área de riesgos generales del negocio, documentar el control de riesgo del mercado y de crédito propio del Sector Salud. ○ En esta etapa se espera que la mayoría de las entidades establezcan la trazabilidad en los indicadores cuantitativos de gestión de riesgos en salud e inicien la medición del impacto de la misma. Además, se asegure el despliegue de la implementación de controles medibles en el mapa de riesgos operativos y financieros.

Fuente: Resolución 1740 de 2008 y Documentos de trabajo. Dirección General de Aseguramiento y Dirección General de Calidad - MPS.

Resultados

1.1 Firmas habilitadas por la SNS

Una vez realizada la convocatoria a las firmas, se evaluaron según los criterios

establecidos en la Resolución 814 de 2008, encontrando en el inicio una importante respuesta con la presentación de seis firmas; sin embargo se concentró el cumplimiento integral de los criterios de calificación solamente en dos,

los cuales han evaluado de manera consecutiva las tres primeras fases. Así mismo, se observó concentración, especialmente para la Fase II del número de EPS y EA, en una sola de ellas. Tablas 2 y 3 y grafica 1.

Tabla 2. Principales características de las firmas habilitadas para cada Fase del SAR.

Fase	Vigencia	Firmas Habilitadas	Características
I	2008-2009	Ernst & Young UT Horwath Synergia Consultar	
II	2009-2010	Ernst & Young UT Horwath Synergia Consultar	Experiencia Nacional e Internacional en actividades de auditoría y gestión de riesgos superior a 5 años.
III	2010-2011	Ernst & Young UT Horwath Synergia Consultar	Recurso humano con experiencia superior de 5 años en finanzas, economía de la salud o gestión del riesgo. Disponibilidad de un patrimonio mínimo de 5.000 SMLMV
IV	2011-2012	C&M Consultores Ernst & Young Interaudit S.A. UT Horwath Synergia Consultar	Cuentan con tecnología blanda y dura, aplicaciones estadísticas y de gestión de riesgo.

Fuente: Superintendencia Delegada para la Atención en Salud. 2008-2011

Tabla 3. EPS por firma consultora – Fases I, II, III y IV

Fase	Firma Consultora	EPS
I	Horwath Synergia Consultar (HSC)	Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Coomeva, EPM Medellín, Humana Vivir, Multimédicas, Red Salud, Salud Vida, Salud Colombia, Salud Total y Solsalud
	Ernst & Young (HSC)	Famisanar, Golden Group, Nueva EPS, Sanitas y Sura
II III	Horwath Synergia Consultar (HSC)	Cafesalud, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Coomeva, Cruz Blanca, EPM Medellín, Famisanar, Golden Group, Humana Vivir; Red Salud, Salud Vida, Salud Colombia, Saludcoop; Salud Total; Solsalud, SOS y Sura
	Ernst & Young (E&Y)	Nueva EPS y Sanitas EPS
IV	Horwath Synergia Consultar (HSC) Ernst & Young (HSC) C & M Consultores INTERAUDIT	En proceso de definición por las Entidades

Fuente: Superintendencia Delegada para la Atención en Salud - Informes técnicos modelos de evaluación. 2008-2011

Para la evaluación de la Fase IV, se amplía el espectro definiéndose cuatro firmas lo cual permite mayor posibilidad de escogen-

cia para las EPS, para cumplir la evaluación de la última fase de implementación. Además, esto es un aporte inicial para consolidar la

ampliación de la capacidad técnica del país en experticia de evaluación de herramientas de Control de Gestión.

1.2 Empresas Administradoras de planes de beneficios - (EAPB) en Evaluación

El universo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, autorizadas para administrar el Régimen Contributivo, corresponde a 24 entidades, se presentaron para acoger la normatividad de manera voluntaria e iniciar la implementación del SAR 20 entidades, que corresponde al 83% del universo, de las cuales en la actualidad 15 Entidades cumplieron con los requisitos para implementar las tres primeras fases del SAR. Gráfica 2.

En la primera fase se presentaron 17 EAPB, de las cuales 15 cumplieron con los requisitos establecidos para esta fase, en la segunda se presentaron 20 EAPB y cumplieron en su totalidad los requisitos requeridos para esta fase, en la tercera, se presentaron 20 EAPB, de las cuales cumplieron los requisitos establecidos 15 EAPB. Gráfica3.

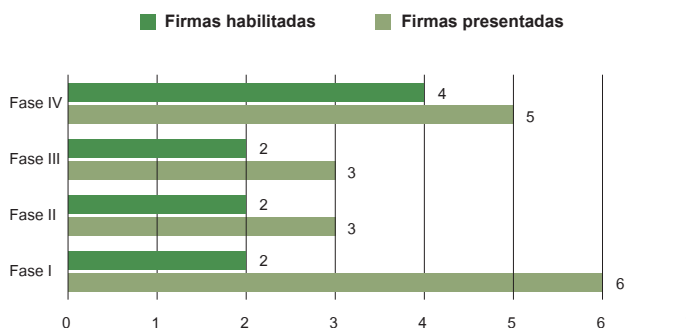
1.3 Principales resultados por Fase de Implementación

1.3.1 Fase I: 2008-2009

En esta fase se logró que las EAPB formularan políticas encaminadas a iniciar la implementación del SAR, con un clara determinación de objetivos generales y específicos; así mismo, puntualizaron el alcance de la gestión de riesgos, a través de establecer metas, definir y asignar los recursos humanos, financieros y físicos necesarios, demostrar metodologías y herramientas específicas para la identificación de riesgos críticos. Se obtuvo un cronograma de implementación y la selección de una estrategia de difusión en la organización al respecto.

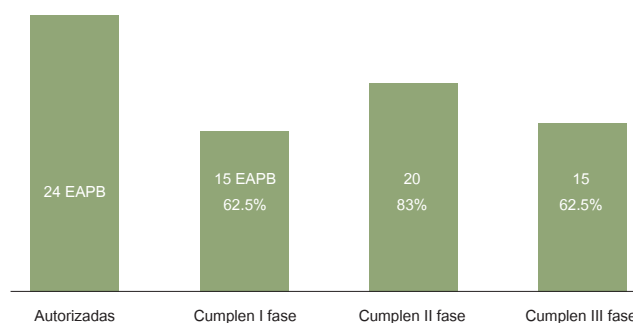
En cuanto al área de salud se implementaron herramientas para la adecuación del sistema de información, se incluyó un análisis de la situación de salud, de la capacidad

Gráfica 1. Número de firmas presentadas y habilitadas para cada Fase del SAR 2008 - 2011



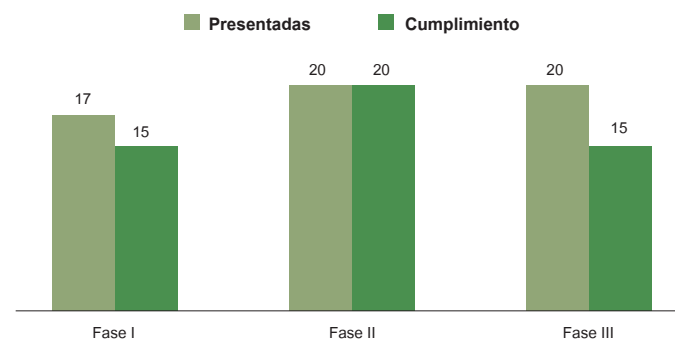
Fuente: Superintendencia Delegada para la Atención en Salud. 2008-2011

Gráfica 2. Proporción de Entidades con Implementación del SAR.



Fuente: Superintendencia Delegada para la Atención en Salud- Informes técnicos modelos de evaluación. 2008-2011

Gráfica 3. Número de Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), que se presentaron y que cumplieron las características requeridas por cada fase para la Implementación del SAR 2008-2011



Fuente: Superintendencia Delegada para la Atención en Salud - Informes técnicos modelos de evaluación. 2008-2011

instalada de la red contratada y la descripción de las rutas de acceso a los servicios con un enfoque de riesgo. Esta etapa significó cambios en la cultura organizacional enfocando sus tareas, procesos y procedimientos hacia la identificación de los riesgos en salud.

1.3.2 Fase II: 2009-2010

En esta fase se evidenciaron avances en el despliegue interno e inicio en la difusión externa de los objetivos y estrategias del SAR. A partir de actividades existentes se definió el perfil epidemiológico y el respectivo análisis de la situación de salud, se priorizaron los grupos de riesgo y se inició la gestión individualizada del riesgo, aplicando esquemas cualitativos de medición del impacto.

1.3.3 Fase III: 2010-2011

Para esta fase se obtuvieron avances significativos y medición cuantitativa en el área de Salud a través de Indicadores de resultado para condiciones clínicas en grupos priorizados que monitorean el desempeño del control del riesgo, la proporción de población afiliada que se encuentra dentro de los grupos de riesgo priorizados, el seguimiento al impacto en la Gestión de Riesgos, la medición del impacto de intervenciones y evaluación de la pertinencia.

Para el área Operativa se inició la identificación de riesgos en la gestión de planeación, la gestión comercial, la gestión de operaciones, la gestión de Información al usuario, la gestión tecnológica y de procesos, de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente. Igualmente, del riesgo legal y del riesgo reputacional. Además, se involucró el Área Financiera con la Identificación de los riesgos estratégicos, los riesgos de mercado, el análisis del portafolio de inversiones, y la determinación del flujo de

caja y requerimientos de liquidez de la Entidad, así como de los riesgos de crédito de inversiones y de deudores de la Entidad.

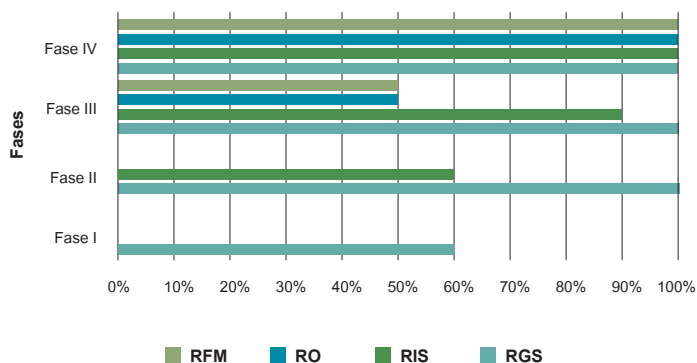
En síntesis, esta etapa permitió el inicio de la consolidación del sistema, dado que permite el avance a mediciones cuantitativas de los impactos de la gestión de riesgos en salud, además de involucrar las áreas operativa y financiera dentro del mapa de priorización para definir herramientas de control de estos.

Los principales criterios evaluados por fase se sintetizan en cua-

tro dimensiones de riesgo a saber: Riesgos Generales en Salud (RGS), Riesgos Individuales en Salud (RIS), Riesgos Operativos (RO) y Riesgos Financieros y de Mercado (RFM); los respectivos avances para cada una de las fases, según la evidencia aportada por las firmas consultoras, se muestran en la gráfica 4.

Una vez finalizada la fase III, se pudieron observar resultados cualitativos y cuantitativos en el área Salud con los riesgos priorizados por las EAPB que implementaron el SAR. Tabla 4.

Gráfica 4. Porcentaje de cumplimiento por criterio de evaluación Fases I a IV SAR 2008-2011



Fuente: Superintendencia Delegada para la Atención en Salud - Informes técnicos modelos de evaluación. 2008-2011

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de Riesgos Priorizados por las Entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) que implementan el SAR. Fase III. 2011

Riesgo Priorizado	Frecuencia	Porcentaje
Población con Riesgo Cardiovascular	16/20	80%
Grupo Gestante/Alto Riesgo Obstétrico / Morbimortalidad perinatal	16/20	80%
Población con VIH / Sida	16/20	80%
Población con Enfermedad Renal Crónica	15/20	75%
Atención Integral de las Enfermedades prevalentes de la Infancia- AIEPI / Infección respiratoria Aguda / Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años	15/20	75%
Población Enfermedades Articulares Degenerativas / Artritis Reumatoidea	11/20	55%
Población con diagnóstico Hipertensión arterial-HTA	10/20	50%
Población con diagnóstico Diabetes Mellitus	9/20	45%
Población con diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC	9/20	45%

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de riesgos Priorizados por las Entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) que implementan el SAR. Fase III. 2011

Riesgo Priorizado	Frecuencia	Porcentaje
Población con diagnóstico cáncer de Mama y Cérvix	9/20	45%
Población con Otros tipos de Cáncer	7/20	35%
Caries y Enfermedad Periodontal	6/20	30%
Población con Hemofilia	6/20	30%
Población con Tuberculosis-TBC	5/20	25%
Población con Sífilis Gestacional	5/20	25%
Población con Dengue / Malaria / Leishmaniasis / Parasitosis	4/20	20%
Enfermedades de Transmisión Sexual-ETS	2/20	10%
Hipo – Hipertiroidismo	2/20	10%

Fuente: Modelos SAR por EPS y EA para Fase III Superintendencia Delegada para la Atención en Salud. 2011

Se evidenció que el 80% de las entidades priorizaron el riesgo cardiovascular y el grupo de gestantes o de alto riesgo obstétrico. Siendo el riesgo cardiovascular una representación de enfermedad cerebro vascular y del infarto agudo de miocardio, además, tiene implícito un alto consumo de servicios de salud de alta complejidad a través de las unidades de cuidados Intensivos, medicamentos e insumos costosos, así como de alta tecnología diagnóstica. Estos riesgos generan una de las principales causas de incapacidad, muerte y pérdida de años de vida saludables. Los resultados de priorización son consistentes con algunas de las causas de morbilidad y mortalidad del país, según la Encuesta Nacional Demografía y Salud, 2010¹⁹.

Al observar otros eventos priorizados se incluyeron el VIH/Sida, los riesgos de enfermedades crónicas y degenerativas como artritis, las enfermedades denominadas como de alto costo (Insuficiencia Renal Crónica, Hemofilia, Cáncer de mama, de cérvix y otros tipos de cáncer), enfermedades trazadoras de la infancia,

algunas infectocontagiosas como la tuberculosis, la malaria y el dengue.

Se encuentran otros riesgos priorizados con menor frecuencia como enfermedades huérfanas, enfermedades digestivas, traumas y accidentes y violencia intrafamiliar, entre otras.

Discusión y conclusiones

Un sistema de salud correctamente administrado, más aun si tiene como eje fundamental el Aseguramiento, debe tener clara la presencia del riesgo en salud como proceso misional, dado que es este, el que al fin y al cabo asegura. Además, debe satisfacer los objetivos de todas las partes interesadas, aseguradores, pacientes, Gobierno y proveedores, para lo cual, se requiere un enfoque consistente y coordinado.

Quizás no todas las Aseguradoras como actores principales en la administración y organización de la atención en salud en nuestro Sistema, aplicaban los esquemas de gestión de riesgos a su propia estructura, situación que los entes reguladores tuvieron en cuenta, dadas las condiciones del mercado, para la elaboración de normas que permitieran fortalecer este aspecto. Es así

como aparece una normatividad que promueve, aunque de manera voluntaria hasta hoy, la implementación de un esquema de gestión de riesgos, como herramienta que permite vislumbrar las condiciones adversas tanto internas como externas que pueden afectar el sistema y con ello, diseñar estrategias para mitigarlas.

La Gestión del Riesgo como cultura organizacional constituye un eje transversal e integrador en los diferentes procesos, tiene por objetivo garantizar el desarrollo y las condiciones óptimas de seguridad posible, donde la atención y las acciones desplegadas promuevan el mismo desarrollo del sector salud, involucrando etapas como la identificación, la priorización, la mitigación de los riesgos y la mejora del estado de salud de la población como impacto social.

Esta gestión requiere de la participación de los diferentes actores del sector y la sociedad, en general. En este sentido la definición, claridad y difusión de una serie de conceptos básicos en la temática de la gestión del riesgo es importante y necesaria para un común entendimiento. Así mismo, el fortalecimiento de las competencias y la capacidad técnica de las aseguradoras, como de los organismos de evaluación y control se constituyen en el factor crítico de éxito.

Con la experiencia adquirida durante tres años de evaluación de los diferentes grados de desarrollo en la implementación de sistemas de gestión de riesgo en una buena parte de las entidades administradoras de salud en nuestro país, es factible vislumbrar los ejes de avance y la dirección necesaria para la sostenibilidad del sistema.

Se desarrollaron métodos para el análisis del riesgo a través de un enfoque participativo utilizando mejoras en los sistemas de información. Igualmente, se instrumentaron para la identificación y la priorización de los riesgos, además de la estimación del

¹⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, PROFAMILIA, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-USAID. ENDS. Encuesta Nacional Demografía y Salud 2010.

costo-beneficio como base de las decisiones de inversión y en la medición de la eficacia y la efectividad de la gestión del riesgo como en el perfeccionamiento del sistema de monitoreo y evaluación de este.

Sin embargo, es necesario consolidar aún más el enfoque de la administración de riesgos a nivel nacional a fin de incrementar la adherencia de las entidades y la difusión de los avances logrados. Para este fin, son importantes los siguientes aspectos continuar el fortalecimiento a nivel nacional de instituciones competentes e idóneas, interiorizar el tema en los colaboradores, en los planes y las estrategias de trabajo y

lograr la integración de este tema en las políticas y programas sectoriales relevantes.

Las conclusiones que se puedan obtener de la IV y última fase de consolidación del SAR, como herramienta de control de gestión, serán para el sector insumo fundamental para normalizar temas vitales para la operación eficiente del sistema, tales como requisitos obligatorios de habilitación y permanencia para las administradoras de planes de beneficios, constitución de redes integradas de servicios de salud y gestión de riesgos compartidos que, por último, garanticen la gestión permanente de los indicadores

trazadores de atención y aseguren el impacto en la situación de salud del país.

Este artículo presenta conceptos y definiciones relevantes en la gestión del riesgo con el propósito de que las diferentes entidades vinculadas al Sector Salud, así como los tomadores de decisión, funcionarios públicos y privados, medios de comunicación, tengan información que oriente y facilite la comprensión de estos conceptos dentro de su quehacer institucional en función de la prevención de los riesgos, como eje de sostenibilidad, competitividad e impacto en los niveles de salud de la población.