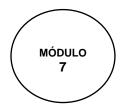




COMITÉ AMPLIADO



GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.

Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud.

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

Enero de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe Ministro de Salud y Protección Social

Carmen Eugenia Dávila Guerrero Viceministra de Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Direcciones

José Luis Ortiz Hoyos, Regulación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Luis Carlos Ortiz Monsalve, Desarrollo de Talento Humano en Salud
Martha Lucia Ospina Martinez, Epidemiologia y Demografía
Jose Fernando Arias Duarte, Prestación de Servicios y Atención Primaria
Elkin de Jesus Osorio Saldarriaga, Promoción y Prevención
Felix Régulo Nates Solano, Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del
Aseguramiento en Salud.

Oficinas

Germán Escobar Morales, Calidad Juan Pablo Corredor Ponguta, Promoción Social Dolly Esperanza Ovalle Carranza, Tecnología de la Información y la Comunicación TIC

Contenido

Αb	oreviati	ras		4
Int	troduce	ión		5
1	Ма	co de refere	encia	6
	1.1	Riesgo en	Salud	6
	1.2	Gestión Int	tegral del Riesgo en Salud	8
	1.2	1 Comp	oonentes de la gestión integral del riesgo en salud	8
		2 Grupo	os para la gestión integral del riesgo en salud y rutas integrales de a	tención
2	Pro	olemas del	actual modelo de aseguramiento en la gestión del riesgo en salud	11
3	Coi	texto norma	ativo y operativo en el que tiene lugar el problema	12
	3.1		n actual del SGSSS	
4	Alte		ra la gestión del riesgo en salud en el contexto actual	
	4.1	Gestión de	el Riesgo en Salud desde la Perspectiva de las Aseguradoras	16
		guradoras	uesta del proceso para la gestión del riesgo en salud por parte	18
	4.2 perspe	Validación ctiva del as	inicial del proceso para la Gestión Integral del Riesgo en Salud deseguramiento	esde la 21
	4.2	1 Princi	ipales hallazgos de la validación inicial	22
	4.3 asegu		para el fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud desde la perspec	
5	Coi	clusiones		29
6	Red	omendacio	nes	31
7	Ref	erencias Bil	bliográficas	32
8	Ane	xos		35
	8.1 rutas i	Anexo 1. l	Listado de Grupos de Riesgo y de Eventos priorizados para la elabora e atención específica.	ción de 35
	8.2 aterog	~	Ruta integral de atención específica para el grupo de riesgo cardio	
	8.3	Anexo 3. L	istado EPS participantes primera reunión de validación	36
	8.4	Anexo 4. F	richa "Propuesta para mejorar la Gestión Integral del Riesgo en Salud"	38
	8.5	Anexo 5. F	Respuestas por EPS a las preguntas incluidas en la ficha	39

Índice de Figuras

Figura 1 Interrelación de riesgos empresariales con el riesgo en salud	7
Figura 2 Grupo para la gestión del riesgo cardiovascular aterogénico	10
Figura 3 Problemas del actual modelo de aseguramiento para facilitar la gestión del riesgo en	
Figura 4 Alternativas para la gestión del riesgo en salud en el actual modelo de aseguramiento . Figura 5. Variables por las cuales el proveedor está en riesgo considerando diferentes mecande pago.	15 ismos
Figura 6 Proceso para la gestión del riesgo en salud desde la perspectiva de las aseguradoras.	

Abreviaturas

EAPB	Entidades A	Administradoras	de Planes	de Beneficios.

EPS Entidades Promotoras de Salud
GIRS Gestión Integral del Riesgo en Salud
MSPS Ministerio de Salud y Protección Social
PDSP Plan Decenal de Salud Pública
OMS Organización Mundial de la Salud.

POS Plan Obligatorio de Salud

PIC Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas.

SAR Sistema de Administración de Riesgos

SGSSS El Sistema General de Seguridad Social en Salud

UPC Unidad de Pago por Capitación

Introducción

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 25% en 1993 (MSPS, 2014d) a un 96% en el 2013, con una mayor participación de la población más pobre¹. 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 (MSPS, 2013b), la razón de mortalidad materna⁵ y la tasa de mortalidad infantil⁶.

A pesar de estos avances, existe una carga importante de la enfermedad ocasionada por enfermedades crónicas no transmisibles que coexisten con enfermedades transmisibles, carenciales, epidémicas emergentes y reemergentes, lesiones de causa externa (Resolución 1841 de 2013), con importantes diferencias regionales (MSPS, 2013b).

Si bien un porcentaje importante de la carga de enfermedad se puede evitar, la estructura de incentivos en el aseguramiento centrada en los efectos financieros del siniestro y la existencia de un modelo de atención fragmentado, con limitaciones en el acceso y la continuidad de la atención, generan situaciones que se traducen en un mayor aumento de la carga de la enfermedad potencialmente evitable, la insatisfacción de los usuarios y la ineficiencia en el uso de los recursos.

Para enfrentar esta situación, El Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, está trabajando en la consolidación de un modelo integral de atención que permita orientar la respuesta del sistema de salud, de tal forma que se articulen las acciones individuales y colectivas de carácter sectorial y extra sectorial. Estas acciones se realizan sobre individuos, familias, comunidades y entornos organizados, con el fin de consolidar una cultura saludable, mejorar o preservar el nivel de salud y bienestar y disminuir o mitigar las consecuencias desfavorables de la enfermedad (MSPS, 2014a). El marco estratégico del modelo lo constituyen la atención primaria, la gestión integral del riesgo en salud, la salud familiar y comunitaria, el enfoque diferencial y el contexto institucional para su aplicación.

El presente documento aborda la gestión integral del riesgo en salud desde la perspectiva del aseguramiento en el contexto del modelo de integral de atención en salud.

En la primera parte se establece el marco de referencia, definiendo el riesgo en salud y la gestión integral del riesgo en salud. En la segunda parte se describen los problemas del actual modelo de aseguramiento para

¹ En diciembre del año 2013, el 43 % de la población estaba afiliada al Régimen Contributivo, el 48 % al régimen subsidiado y el 5 % a los regímenes especiales y de excepción. Fuente: BDUA, Proyecciones de Población del DANE.

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.

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 1.22 años en el quinquenio 2010 a 2015.

⁵ La razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (NV) pasó de 104,94 en 2000 a 71.22 en el año 2011 (Así vamos en salud).

⁶ La tasa de mortalidad infantil pasó de 27 por mil NV en 1995 a 16 en 2010 (PROFAMILIA, ENDS 2010).

facilitar la gestión del riesgo en salud, y en la tercera y cuarta el contexto normativo y operativo en el que tiene lugar el problema y las soluciones para facilitar la gestión del riesgo en salud en el contexto actual. Se desarrolla específicamente el tema de gestión del riesgo en salud desde la perspectiva del aseguramiento, describiendo el proceso que deben adelantar las EPS para realizar la gestión del riesgo en salud y se reseñan los principales hallazgos de las reuniones realizadas con las EPS para identificar los aspectos a ser mejorados e iniciar un trabajo conjunto que permita la consolidación de la GIRS en el cuatrienio, teniendo en cuenta las estrategias y metas previstas por el MSPS y que están en proceso de discusión para su inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones, las cuales se relacionan con la necesidad de formular y presentar una propuesta para el diseño de la estructura de incentivos necesaria, avanzar en la consolidación del modelo integral de atención en salud, establecer un marco normativo para la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras, desarrollar los instrumentos requeridos y avanzar en la validación del proceso con los diferentes agentes del sistema.

1 Marco de referencia

1.1 Riesgo en Salud

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021, 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" (Resolución 1841 de 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 (incidencia), 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" (Resolución 1841 de 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 aseguramiento en salud, el riesgo desde la perspectiva epidemiológica se relaciona con el riesgo desde la perspectiva empresarial⁷, entendido este último como la probabilidad de generación de pérdidas económicas por la ocurrencia de un evento adverso derivado de las actividades propias del negocio (Resolución 1740 de 2008).

La situación de salud de los afiliados, la dinámica de la demanda de servicios, los cambios en la tecnología y la incidencia de eventos de alto costo entre otros, inciden en el riesgo financiero de las aseguradoras, quienes deben realizar acciones para contrarrestar su efecto. A su vez, los riesgos derivados de las actividades propias de las aseguradoras tales como procesos deficientes de atención, o la iliquidez y la falta de pago

_

⁷ El Sistema de Administración de Riesgos, SAR, establecido por la resolución 1740 de 2008 es voluntario para las EPS del régimen contributivo y Entidades Adaptadas de que trata del decreto 1698 del 2007. Las áreas de análisis y riesgos a considerar son: i) Administración de Riesgos en Salud (riesgo de concentración y hechos catastróficos, riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbilidad y de los costos de atención, riesgos de cambios permanentes en las condiciones de salud o cambios tecnológicos, riesgo de insuficiencia de reservas técnicas), ii) Administración del riesgo operativo (riesgo operativo, riesgo legal y regulatorio, riesgo reputacional), iii) Administración de riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito (riesgo estratégico, riesgo de crédito, riesgo de mercado, riesgo de liquidez). EL SAR no es el objetivo del presente estudio.

oportuno, pueden generar dificultades para el acceso de los afiliados y derivar en un aumento de la incidencia de algunas enfermedades, afectando así el riesgo en salud (Castaño, R, 2008).

En la figura 1 se presenta la interrelación entre riesgos empresariales y el riesgo en salud.

Características afiliados • Elementos demográficos • Perfil epidemiológico • Determinantes y factores de riesgo. • Dinámica de la demanda de servicios • Cambios en la tecnología Incidencia de eventos de alto costo . Salud y equilibrio financiero Riesgo de concentración y hechos catastróficos. Riesgo operativo Riesgo de incrementos • Deficiencias en recurso inesperados en los índices humano, procesos, RIESGO de morbilidad y de los tecnología, infraestructura. costos de atención. **EN SALUD** Riesgo de no tener modelo Riesgos de cambios de atención; red de servicios. permanentes en las Inadecuada gestión clínica ... condiciones de salud o cambios tecnológicos. Riesgo de insuficiencia de • Riesgo legal y regulatorio Riesgos generales reservas técnicas. Riesgo reputacional Riesgo de liquidez. Riesgo de crédito Riesgo de mercado.

Figura 1 Interrelación de riesgos empresariales con el riesgo en salud

Fuente: MSPS: Resolución 1740 del 2008, Circular Externa 045 del 2011.

Las Entidades Promotoras de Salud son responsables por la gestión del riesgo en salud de sus afiliados, la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y la administración del riesgo financiero derivado. Para el efecto el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, reconoce a cada EPS el valor de una prima por persona afiliada denominada Unidad de Pago por Capitación, UPC, (Artículo 182, Ley 100 de 1993), 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). 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 las aseguradoras. Una prima adecuadamente estimada es un requisito para el equilibrio financiero del sistema y la sostenibilidad del aseguramiento.

1.2 Gestión Integral del Riesgo en Salud.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud, GIRS, es una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de agentes 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 se vive, estudia, trabaja o recrea; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones; y el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas

El objetivo de esta 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, 2014a).

1.2.1 Componentes de la gestión integral del 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, teniendo en cuenta que existe un amplio rango de determinantes de la salud, que van desde los 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- (Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L, 2001), que interactúan para determinar la situación de salud de las personas.

Según el MSPS, la GIRS tiene un componente colectivo y otro individual (MSPS, 2014a). El colectivo integra las intervenciones preventivas que con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a grupos de población indivisibles con el fin de actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud y disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad, así como controlar la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud.

El enfoque individual para la gestión del riesgo involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud ... y los factores incrementales asociados a la enfermedad y discapacidad. Incluye acciones orientadas hacia la minimización de la exposición a eventos de interés en salud pública y del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad 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, 2014a, p.13).

La gestión colectiva del riesgo puede ser más costo-efectiva que la gestión individual ...Sin embargo, puede perder efectividad en la medida que el riesgo es poco frecuente o la idiosincrasia del riesgo, la enfermedad o el individuo tiene mayor peso. Cuando se manejan poblaciones mancomunadas alrededor de riesgos específicos lo más conveniente es que se deban combinar ambos enfogues. (MSPS, 2014a, p.13)

1.2.2 Grupos para la gestión integral del riesgo en salud y rutas integrales de atención específica.

El modelo de atención es el conjunto de acciones individuales y colectivas de carácter sectorial y extra sectorial, que se llevan a cabo de manera articulada sobre individuos, familias, comunidades y entornos organizados, con el fin de consolidar una cultura saludable, mejorar o preservar el nivel de salud y bienestar y disminuir o mitigar las consecuencias desfavorables de la enfermedad. La operación del modelo implica un rol activo de las entidades territoriales de salud, quienes a partir de la identificación de las necesidades y

problemas de la salud de la población, formulan el plan de salud territorial con las metodologías definidas por el MSPS (2013a, 2014b) y con la participación de diferentes sectores, instituciones y la comunidad.

En cada territorio se identifican grupos de personas con características sociales, económicas y demográficas similares expuestas a eventos y condiciones que aumentan su vulnerabilidad y pueden afectar su bienestar y desarrollo. Para estas personas se realizan intervenciones sectoriales y extrasectoriales de promoción de la salud orientadas a la generación de "capacidades y medios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio ... que permita lograr autonomía individual y colectiva" (Resolución 1841 de 2013, p. 51), y contribuir al mejoramiento del bienestar. Así mismo intervenciones sectoriales individuales y colectivas para la prevención y atención oportuna de las enfermedades (MSPS, 2014a), las cuales se ejecutan a través de grupos para la gestión integral del riesgo en salud.

Grupos para la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

Los Grupos de Riesgo constituyen la base para la gestión integral del riesgo en salud, y son definidos por el MSPS.

quien conforma los grupos para la gestión integral del riesgo en salud, los cuales responden a los grupos poblacionales priorizados, y corresponden a un conjunto de eventos de interés en salud pública que comparten: i) la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, ii) factores de riesgo etiológicos, y relacionados, iii) desenlaces clínicos similares y iv) formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

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 priorización de los grupos, el MSPS tiene en cuenta los siguientes criterios: la magnitud y la severidad de los eventos, la generación de carga de enfermedad, la evitabilidad la cronicidad, los intolerables y el costo para las familias y el SGSSS. Para estos se desarrollan rutas integrales de atención específica. (MSPS, 2014a, p. 26).

En la figura 2 el ejemplo el grupo para la gestión del riesgo cardiovascular aterogénico

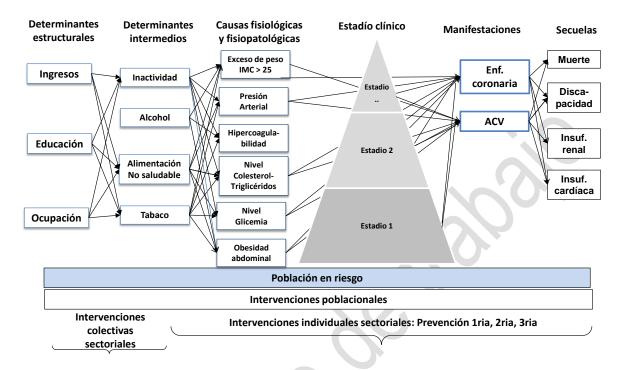


Figura 2 Grupo para la gestión del riesgo cardiovascular aterogénico

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.

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 individuales y colectivas 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.

En el anexo 1 se presentan los 16 grupos de riesgo establecidos por el MSPS para la gestión integral del riesgo en salud, así como los eventos priorizados que lo conforman. En el caso del grupo de riesgo Cardio-Cerebro-Vascular-Metabólico los eventos priorizados son Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio y Enfermedad Renal Crónica. Se elaboran rutas integrales de atención específica para el grupo de riesgo en su conjunto y para los eventos priorizados que lo conforman.

Rutas integrales de atención específica.

La ruta integral de atención es un instrumento que involucra la toma de decisiones y la organización del proceso de atención para los diferentes grupos de riesgo, sirviendo de referente para orientar y articular a los distintos agentes del SGSSS.

La ruta integral de atención incluye el conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales a ser efectuadas, los destinatarios, los entornos donde se realizan y el tipo de institución responsable por su ejecución, así como las principales decisiones de seguimiento y los hitos o hechos clave en las distintas etapas del proceso de atención (MSPS, 2014a). Contribuyen a vincular la evidencia con la práctica para condiciones específicas de salud, favoreciendo la obtención de resultados. Las rutas integrales de atención apoyan la traducción de las guías de práctica clínica en las acciones a ser realizadas (Rotter et al, 2010), lo cual las convierte en un instrumento eficaz para reducir la variabilidad no deseada y mejorar el rendimiento en el proceso de atención (R. Lenz et al, 2007).

Las principales características de una ruta integral de atención incluyen (E-P-A; 2014).

- una declaración explícita de los objetivos y elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas, así como las expectativas de los usuarios y sus familias.
- la coordinación del proceso de atención entre los diferentes agentes, mediante la armonización de las funciones y la secuenciación de las actividades de las instituciones que participan en la atención, los usuarios y sus familias
- la facilitación de la comunicación entre las instituciones que participan en la atención con los usuarios y sus familias.
- la documentación, monitoreo y evaluación de los resultados
- la identificación de los recursos apropiados en el proceso de atención.

Las rutas integrales de atención específica contribuyen a la estandarización y operativización del modelo de atención previsto, la estimación de las necesidades de oferta de servicios y de recursos, al fortalecimiento de las relaciones entre prestadores y aseguradoras, y a evaluar el desempeño y resultados de la atención por los diversos agentes del sistema. Todo lo anterior a efectos de garantizar no solo el ejercicio del derecho sino a lograr la legitimidad del sistema de salud por parte del ciudadano en una apuesta de Estado para el desarrollo de redes sociales de respuesta, participación ciudadana activa y constructiva para la Promoción de la salud y no solo de control social (MSPS, 2014a).

La aplicación de las rutas de atención específicas debe ser planteada por territorios y aseguradoras desde el momento de la caracterización dirigida a grupos para la gestión integral del riesgo en salud...con el fin de garantizar la integralidad de la respuesta durante su adopción, adaptación e implementación... Las entidades territoriales y / o las aseguradoras podrán elaborar otras rutas integrales de atención específica de acuerdo al perfil de riesgo de su población. (MSPS, 2014a, p.27).

Un ejemplo de la ruta integral de atención específica para el grupo de riesgo cardiovascular aterogénico se encuentra en el documento Lineamientos Generales para el Desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud para El Sistema General de Seguridad Social en Salud (MSPS, 2014a). Para efectos de la integralidad del presente informe la misma ruta se presenta en el anexo 2.

2 Problemas del actual modelo de aseguramiento en la gestión del riesgo en salud.

La estructura de incentivos en el aseguramiento centrada en los efectos financieros del siniestro y la existencia de un modelo de atención fragmentado, generan situaciones como la selección de riesgos (Castaño R, 2005; Gómez R, 2007), el no fomento de políticas de prevención por parte de las EPS y la limitación de la calidad de los tratamientos (Bardey, s.f), la limitación en el acceso a los servicios de salud y la pérdida en la continuidad de la atención, según se ilustra en la figura 3. Estas situaciones a su vez se

traducen en un mayor aumento de la carga de la enfermedad potencialmente evitable, afectando el cumplimiento de las metas del sistema de salud.

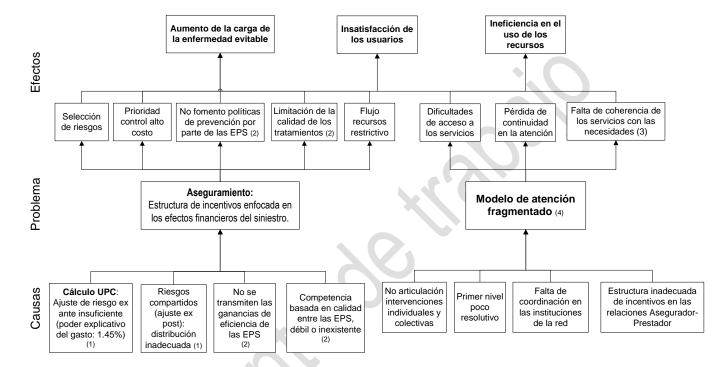


Figura 3 Problemas del actual modelo de aseguramiento para facilitar la gestión del riesgo en salud

Fuente: (1) (Riascos A, 2013); (2) (Bardey D et al, 2014; (3) (Ocampo Rodríguez et al, 2013); (4) (MSPS, 2014a).

En la raíz del problema se encuentran un ajuste de riesgo ex ante insuficiente en el cálculo de la UPC y una distribución inadecuada del ajuste ex post (Riascos, 2013, 2014). Además la competencia basada en calidad entre las EPS es débil o inexistente y no se transmiten las ganancias en eficiencia de las EPS hacia el Sistema (Bardey, s.f).

A la situación descrita se suma la existencia de un modelo de atención fragmentado, donde no se articulan las intervenciones colectivas e individuales entre las entidades territoriales y las aseguradoras, el primer nivel es poco resolutivo, las instituciones de la red no están ni articuladas ni coordinadas y existe una estructura de incentivos inadecuada en la relación aseguradoras – prestadores.

3 Contexto normativo y operativo en el que tiene lugar el problema.

El Sistema de Seguridad Social Integral Colombiano creado por la Ley 100 tiene como propósito "...proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad" (Preámbulo, Ley 100 de 1993). Para el efecto se organiza en cuatro subsistemas: El Sistema General de Pensiones, El Sistema General de Seguridad Social en Salud, El Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, regula el servicio público esencial de salud y crea condiciones de acceso de toda la población a los servicios de salud requeridos. Con tal fin se creó un régimen de beneficios que incluye el Plan Obligatorio de Salud, el Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas (antes Plan de Atención Básica), la cobertura para riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y la atención inicial de urgencias.

El Plan Obligatorio de Salud, POS, es un conjunto de intervenciones al que tienen acceso los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS, que permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general en todas sus fases y para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (Artículo 162, Ley 100 de 1993). Además de las intervenciones en salud, el POS cubre de manera transitoria los ingresos de las personas -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad en los afiliados cotizantes del régimen contributivo.

El Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas, PIC, (antes Plan de Atención Básica) es un conjunto de intervenciones que complementan el POS y están dirigidas a la colectividad o a los individuos pero tienen altas externalidades (Artículo 165, Ley 100 de 1993). La prestación de las intervenciones es obligatoria y gratuita y está a cargo de las entidades territoriales de salud. Su financiación se garantiza por recursos del Sistema General de Participaciones, complementada con recursos de los entes territoriales. Debe existir complementariedad y sinergias entre las intervenciones del POS y del PIC (Pinto D & Muñoz A, 2010).

La cobertura para riesgos catastróficos y accidentes de tránsito garantiza servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial como consecuencia de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas y en catástrofes naturales entre otros. En los casos de accidentes de tránsito, las prestaciones están a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito. Los demás riesgos serán atendidos con cargo a la subcuenta del fondo de solidaridad y garantía.

3.1 Orientación actual del SGSSS

La Ley 1438 del 2011 reforma y fortalece el SGSSS, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas de salud. En el modelo de prestación del servicio público en salud concurren las acciones de salud pública, las acciones individuales para el fomento de la salud, la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, las cuales se realizan a través de la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad.

La salud pública corresponde al conjunto de políticas que pretenden garantizar de una manera integrada la salud de la población, a través de la realización de acciones sanitarias individuales y colectivas, buscando contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida, al bienestar y al desarrollo del país. Las acciones se realizan bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Artículo 32, Ley 1122 de 2007). La Salud Pública se materializa en el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, el cual es la política de salud esencial del estado. El papel de las entidades territoriales es fundamental para asegurar la acción coordinada y efectiva de los diferentes agentes públicos y privados que operan en el territorio, armonizando las atenciones individuales en salud con las acciones sobre los determinantes de la salud realizadas por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros agentes del desarrollo. Las entidades territoriales a su vez ejecutan un conjunto de acciones sobre colectivos poblacionales, encaminadas a modificar los diferentes tipos de riesgos que inciden en la probabilidad de la pérdida de la salud (Resolución 1841 de 2013).

La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud (Artículo 14, Ley 1122 de 2007).

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 contenidos en el POS y la administración del riesgo financiero derivado. Operan en un mercado de competencia regulada, donde, teniendo en cuenta que el POS y la UPC están predeterminados, las EPS compiten por afiliados con base en la calidad de la atención (Pinto D & Muñoz A, 2010).

En la prestación de servicios de salud, la normatividad considera entre otros las redes integradas de servicios de salud, aspectos relacionados con la contratación y pago de servicios de salud a los prestadores, el programa de fortalecimiento de los hospitales públicos, la política farmacéutica de medicamentos e insumos médicos, el Instituto de evaluación Tecnológica en Salud, la política del talento humano y la calidad y los sistemas de información.

En la práctica, la coordinación de acciones entre las entidades territoriales con las aseguradoras se expresa en el plan de salud territorial, con la definición de acciones integrales que incluyen acciones colectivas definidas en el PIC y acciones individuales derivadas del componente de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud, POS (MSPS, 2014a).

4 Alternativas para la gestión del riesgo en salud en el contexto actual

Avanzar en un modelo de aseguramiento centrado en el usuario que contribuya a la disminución de la carga de la enfermedad potencialmente evitable, a la obtención de unos mejores resultados de atención en salud y una mejor experiencia de los usuarios en el proceso de atención, así como unos costos acordes a los beneficios ofrecidos, requiere de una estructura de incentivos enfocada en la gestión del riesgo en salud y en los efectos financieros del siniestro, así como el desarrollo de un modelo integral en atención en salud que mejore el acceso a los servicios de salud, garantice la continuidad en la atención y la disponibilidad de unos servicios coherentes con las necesidades de la población, según se presenta en la figura 4

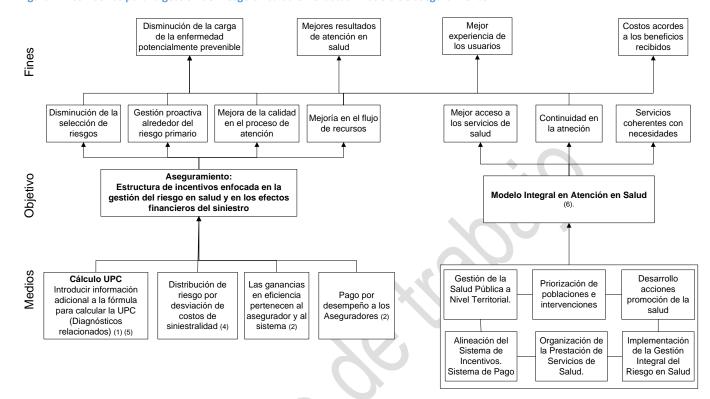


Figura 4 Alternativas para la gestión del riesgo en salud en el actual modelo de aseguramiento

Fuente: (1) (Riascos A, 2013); (2) (Bardey D, 2014; (3) (Ocampo R, 2013), (5) Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, MSPS; (6) (MSPS, 2014a).

Una estructura de incentivos enfocada en la gestión del riesgo en salud y en los efectos financieros del siniestro conlleva: i) introducir información adicional a la fórmula para calcular la UPC de tal forma que se fortalezca el ajuste ex ante y se mejore la distribución de riesgos por desviación de costos de la siniestralidad (Riascos A, 2013), ii) introducir el pago por desempeño a los aseguradores y iii) garantizar que las ganancias en eficiencia pertenezcan a la aseguradora y al sistema (Bardey D, s.f).

Así mismo, fortalecer la operación del modelo integral de atención en salud implica avanzar en la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, en la organización de la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades de la población y la alineación del sistema de incentivos entre los diferentes agentes del sistema, prestando particular importancia a los sistemas de pago entre las aseguradoras y los prestadores (MSPS, 2014a).

La operación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud parte de la conformación y priorización por parte del MSPS de grupos para la gestión integral del riesgo en salud, para quienes se definen rutas integrales de atención con intervenciones individuales y colectivas (basadas en la evidencia) que contribuyen a la estandarización y operativización del modelo de atención, a la estimación de las necesidades y organización de la oferta de servicios, al fortalecimiento de las relaciones entre entidades territoriales y otros agentes del desarrollo, aseguradoras y prestadores, y a evaluar el desempeño y resultados de la atención (MSPS, 2014a).

4.1 Gestión del Riesgo en Salud desde la Perspectiva de las Aseguradoras.

La gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras parte de reconocer que las condiciones de salud y los factores que la determinan, al igual que la forma en que organiza la prestación de servicios y son atendidos sus afiliados, genera la posibilidad de no lograr los resultados de atención en salud esperados, así como afectar la estabilidad financiera de la empresa. La caracterización de su población y la conformación de grupos de riesgo, el conocimiento de los factores de riesgo de cada afiliado, de sus condiciones en salud, de la historia familiar, del estilo de vida, y de los costos relacionados con el proceso de atención (Duncan, 2011), son necesarios para la puesta en marcha de programas y estrategias que permitan una adecuada gestión del riesgo en salud.

Por lo anterior, se hace necesario que las aseguradoras fortalezcan la capacidad de gestión del riesgo primario, del riesgo técnico y del riesgo financiero relacionado.

En el aseguramiento, *el riesgo primario* "corresponde a la variación en el número de condiciones médicas que ocurren en un período de tiempo y en algunos casos en su severidad" (Castaño, 2014, p 50) y en general depende de factores que están por fuera del control de las aseguradoras y los prestadores. El *riesgo técnico* corresponde a la variación en el consumo de recursos en el proceso de atención, 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). Ambos tipos de riesgo inciden en el costo por persona al año, considerando que este puede variar por un aumento en la incidencia de las condiciones médicas y/o un aumento en el consumo de recursos, relacionado con la habilidad del prestador para manejar las condiciones de los pacientes con calidad y eficiencia. Según Miller (2009), el costo per cápita de la atención de salud es impulsado por los siguientes factores: la prevalencia de condiciones médicas en los afiliados⁸, el número de episodios de atención por cada condición⁹, el tipo y número de servicios realizados en cada episodio¹⁰, el número de procedimientos y recursos utilizados por servicio¹¹ y sus respectivos costos¹², los cuales están relacionados con los mecanismos de pago utilizados.

La gestión del riesgo primario implica un trabajo coordinado con las entidades territoriales, quienes en cumplimiento de sus competencias realizan acciones sobre colectivos poblacionales indivisibles (de los que hacen parte los afiliados a las EPS), encaminadas a modificar la probabilidad de pérdida de la salud, y orientan las acciones de todos los agentes del sistema, "armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos" (Resolución 1841 de 2013, p 52). Las EPS deben desarrollar acciones específicas para disminuir la incidencia de las condiciones médicas y la severidad de los eventos cuando estos obedecen a circunstancias que están bajo su control, como por ejemplo el desarrollo de acciones para prevenir la obesidad en sus afiliados, disminuyendo la probabilidad de aparición de la diabetes (Castaño, 2014).

La gestión del riesgo técnico está intimamente relacionada con la gestión del proceso de atención, los mecanismos de pago y el modelo de contratación, y con el monitoreo a la utilización de los recursos (Castaño, 2008), los cuales deben estar alineados con el modelo de atención.

1. Gestión del proceso de atención.

⁸ Por ejemplo, el número de afiliados con enfermedades del corazón.

⁹ El número de infartos por afiliado con enfermedades del corazón.

¹⁰ Las diferentes formas de tratar un infarto: bypass de la arteria coronaria, Stent, angioplastia, cuidado médico hospitalario.

¹¹ El I tipo y número de Stent utilizados.

¹² El precio pagado por los procedimientos, los insumos y los medicamentos.

La gestión del proceso de atención puede estar enfocado en diferentes agentes y áreas de utilización con diferentes objetivos de intervención (Duncan, 2011). Puede estar encaminada a la coordinación del cuidado (coordinación de la atención y planificación de las altas hospitalarias, revisión concurrente), a la gestión de las condiciones en salud de los afiliados (grupos de riesgo, autocuidado) y a la gestión de los prestadores (revisión concurrente, autorizaciones previas, atención domiciliaria, pago por desempeño).

- 2. Mecanismos de pago y el modelo de contratación,
- Los mecanismos de pago y el modelo de contratación, deben tener las siguientes características:
- La visualización del desempeño y los resultados esperados en el proceso de atención.
- El riesgo compartido entre las aseguradoras y prestadores, teniendo en cuenta que mientras los primeros son responsables por el riesgo primario (una mayor incidencia de enfermedades), los segundos lo hacen por el riesgo técnico, el cual depende de su habilidad para manejar la calidad y eficiencia en el proceso de atención, según se ilustra en la siguiente figura.

Costo por Costos por Número de Número de Número / tipo de No de persona condiciones episodios de servicios por procesos proceso médicas por atención por episodios de por servicio. persona condición atención Pago por servicio Pago integral por episodio de atención Pago prospectivo integral por grupo de riesgo. Capitación tradicional

Figura 5. Variables por las cuales el proveedor está en riesgo considerando diferentes mecanismos de pago.

Fuente: (Miller, 2009). Traducción libre.

Riesgo del aseguramiento

Mientras con la capitación tradicional el riesgo lo asume totalmente el prestador, con el pago por servicio el riesgo permanece en la aseguradora. Con las otras dos formas de pago descritas el riesgo primario (riesgo del aseguramiento) permanece en la aseguradora y el riesgo técnico en el prestador.

Riesgo técnico

- La introducción de mecanismos de pago que cubran la atención integral de los servicios requeridos en la atención de los diferentes grupos de riesgo, bien sea por episodio integral de atención o por períodos de un año como por ejemplo para pacientes con enfermedades crónicas (Miller, 2009).
- El pago está debidamente ajustado (ajuste de riesgo) teniendo en cuenta que tan sana o enferma se encuentra la población. Un prestador recibirá un mayor pago si tiene pacientes más enfermos o que requieren una atención más compleja.
- Los prestadores son autónomos para decidir cuales servicios deben ser proporcionados en el episodio de atención, en lugar de estar limitados a los servicios específicamente autorizados como sucede en el pago por evento (Miller, 2009). Los sistemas de pago incorporan incentivos para eliminar las intervenciones o servicios innecesarios ya que cubren la totalidad de los servicios requeridos en la atención.

• El monto a pagar en estos mecanismos de pago es concertado entre las aseguradoras y prestadores, teniendo en cuenta los costos y los resultados esperados de la atención.

La introducción del pago por desempeño entre aseguradoras y prestadores debe considerar los principios y los criterios establecidos por el MSPS para el pago por desempeño a las aseguradoras y tiene como objetivo poder establecer contratos en donde la remuneración esté en "función de indicadores que miden la calidad de los procedimientos y tratamientos recibidos por los pacientes" (Bardey, s.f). Este sistema de pago se puede utilizar para fortalecer la implementación de las rutas integrales de atención que sirven para operativizar el modelo integral de atención en salud, visibilizando el cumplimiento de los hitos o hechos clave en las distintas etapas del cuidado y las instituciones responsables de la intervención.

3. Seguimiento a los costos de atención.

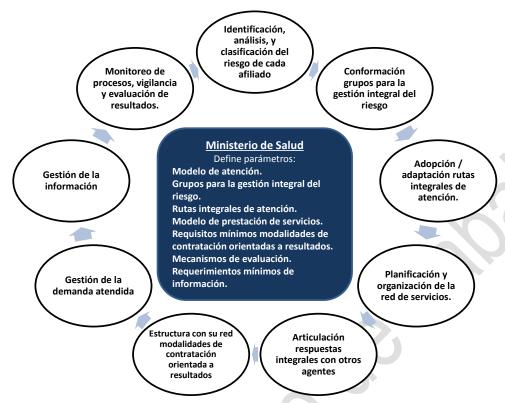
El seguimiento a los costos de la atención, teniendo en cuenta la frecuencia y severidad de las condiciones médicas, el comportamiento del costo medio por afiliado y del costo total y su relación con los recursos financieros disponibles, es fundamental para entender el riesgo financiero de la EPS y facilitar la toma de decisiones, teniendo en cuenta que las EPS tienen el doble papel de "cuidar los recursos del sistema de salud y ofrecer buenos servicios de salud a sus afiliados" (Bardey, s.f) .

4.1.1 Propuesta del proceso para la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras.

En la figura 6 se presentan los elementos a ser tenidos en cuenta por las aseguradoras para una adecuada gestión del riesgo en salud, considerando los parámetros definidos por el MSPS que se indican en el recuadro azul de la figura¹³

Para una descripción detallada ver: Ministerio de Salud y Protección Social en Salud. (2014a) Lineamientos Generales para el Desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud para El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Colombia, 2014. Comité Ampliado. Documento borrador versión Julio del 2014

Figura 6 Proceso para la gestión del riesgo en salud desde la perspectiva de las aseguradoras.



Elementos para la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras.

Identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado.

La identificación, análisis y clasificación del riesgo de cada afiliado implica utilizar diferentes fuentes de información.

De un lado, el MSPS desarrolló la guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (MSPS, 2014b), 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. A su vez se establecen los criterios para la priorización de los eventos en salud. Como salida para la gestión la metodología permite la identificación de personas por características (sexo, edad) que determinan riesgos universales, la identificación de personas basada en antecedentes personales de uso de servicios y declaratoria del estado de salud y la estimación de la población objetivo para gestantes, recién nacidos, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y tuberculosis. 14

De otro lado, el formulario para la declaración del estado de salud, el registro de las autorizaciones y de la prestación de servicios por parte de los afiliados, contribuyen a la identificación y clasificación del riesgo de los afiliados.

19

¹⁴ Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2014. Presentación en POWER POINT.

Conformación de grupos para la gestión integral del riesgo en salud.

Con la información anterior, las EPS asocian cada uno de sus afiliados a los diferentes grupos para la gestión integral del riesgo priorizados por el MSPS, así como a los grupos para la gestión del riesgo priorizados por la EPS de acuerdo al perfil de riesgo de su población.

Adopción / adaptación rutas integrales de atención.

Las rutas integrales de atención son elaboradas por el MSPS para los grupos para la gestión integral del riesgo priorizados a nivel nacional. Las EPS deben adoptar y adaptar las rutas establecidas, las cuales son el insumo básico para la planificación y organización de la red de servicios y para la operacionalización del modelo de atención previsto. La elaboración de rutas específicas de atención para otros eventos en salud es realizada por el asegurador en forma conjunta con los prestadores, teniendo en cuenta los criterios establecidos para el efecto por el MSPS.

Planificación y organización de la red de servicios.

Partiendo de las rutas integrales de atención para los distintos grupos para la gestión integral del riesgo en salud, las aseguradoras planifican y organizan la red de servicios conforme a los requerimientos establecidos en las rutas.

• Articulación de respuestas integrales con otros agentes.

La articulación de la respuesta con otros agentes se da en función de los grupos para la gestión integral del riesgo en salud, considerando que en las rutas integrales de atención específica se incluyen las acciones poblacionales y colectivas (basadas en la evidencia), a ser realizadas. En la práctica, la coordinación de acciones entre las entidades territoriales y las aseguradoras incluye acciones colectivas definidas en el PIC y acciones individuales derivadas del componente de promoción y prevención del POS (MSPS, 2014a).

Estructura con su red modalidades de contratación orientada a resultados.

La implementación de la estrategia para la gestión integral del riesgo en salud en el contexto de las aseguradoras y prestadores requiere la conformación de grupos para la gestión integral del riesgo para los cuales se especifican las rutas integrales de atención y los hitos o hechos clave en las distintas etapas del proceso de atención, así como las instituciones responsables de la intervención.

La visualización de los resultados esperados de la atención por grupos para la gestión integral del riesgo en salud, del cumplimiento de los hitos o hechos clave de las rutas integrales de atención específica y de la calidad de las intervenciones realizadas, deben ser incluidos en los acuerdos contractuales entre los aseguradores y los prestadores.

La introducción de contratos en los cuales la remuneración de los prestadores esté en función del desempeño y la calidad obtenida, puede ser complementaria a los mecanismos de pago existentes, y debe considerar el uso de enfoques alternativos tales como la complementariedad de los incentivos no financieros, la regulación de la calidad y acreditación, y los incentivos a los pacientes o afiliados (Pope, 2011).

Gestión de la demanda

Las rutas integrales de atención específica incluyen los criterios de atención por parte de los distintos prestadores, así como la toma de decisiones teniendo en cuenta la estratificación del riesgo de los usuarios y las reglas para su referencia y contrarreferencia. En este contexto es posible iniciar el camino para pasar de un sistema de atención basado en las autorizaciones a un sistema de notificaciones, teniendo en cuenta los hitos y los puntos de decisión en el proceso de atención integral de los diferentes grupos de riesgo.

Gestión de la información

El sistema de información debe permitir realizar la clasificación de riesgo de cada afiliado, facilitando el conocimiento de la historia familiar, del estilo de vida, de factores de riesgo asociados a determinantes de la salud intermedios, así como de 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 y su conocimiento es importante para entender la variabilidad en el costo de la atención y para la formulación y ajuste de diferentes alternativas de sistemas de pago. Igualmente, el sistema de información debe permitir realizar un seguimiento a los resultados obtenidos en el proceso de atención.

Monitoreo de procesos, vigilancia y evaluación de resultados.

En las rutas integrales de atención específica se enumeran los hitos, que corresponden a hechos claves y fundamentales dentro del proceso de atención, los cuales sirven como puntos de control para el cumplimiento de las rutas y el análisis de las desviaciones que se producen durante la atención. A su vez, el seguimiento a la coordinación de las actividades realizadas por los diferentes agentes y la obtención de los resultados en el proceso de atención, se constituyen en los insumos para el desarrollo de este elemento de la gestión del riesgo en salud.

4.2 Validación inicial del proceso para la Gestión Integral del Riesgo en Salud desde la perspectiva del aseguramiento.

Los días 29 y 30 de Octubre de 2014 se realizaron reuniones con EPS de los regímenes contributivo y subsidiado con el fin de presentar la propuesta para la estrategia Gestión Integral del Riesgo en Salud, identificar los aspectos a ser mejorados e iniciar un trabajo conjunto que permita la consolidación de la GIRS en el cuatrienio, teniendo en cuenta las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014 a 2018. En el anexo 3 se presenta el listado de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y del número de participantes que asistieron a la reunión.

Posterior a la presentación del modelo se entregó la ficha "Propuesta para mejorar la Gestión Integral del Riesgo en Salud", para ser diligenciada por cada una de las EPS participantes, y cuyas respuestas, al igual de que los comentarios realizados en las reuniones, sirven de insumo para esta sección¹⁵. Las preguntas incluidas en la ficha se encuentran en el anexo 4 y son las siguientes:

- Proceso Gestión del Riesgo en Salud: Su EPS tiene un proceso establecido para la Gestión del Riesgo SÍ NO . Describalo brevemente.
- Frente a los pasos que se proponen ¿Qué tanto se modifica su proceso para la Gestión del Riesgo en Salud?
- ¿Qué aspectos enfatizaría en cada uno de los pasos qué se proponen?
- ¿Cuál es el aspecto más crítico para fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud en su EPS?
- ¿Frente a los pasos que se proponen, qué otros pasos deberían incluirse?
- ¿Frente a los pasos que se proponen, qué pasos deberían eliminarse?

¹⁵ De las 15 EPS invitadas del régimen contributivo, asistieron 13 a la reunión, (86.7%), de las cuales 7 (53.8%) respondieron la ficha. De las 35 EPS invitadas del régimen subsidiado, asistieron 19 a la reunión, (54.3%), de las cuales 5 (26.3%) respondieron la ficha.

• ¿Qué experiencias en Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene su EPS que deban ser conocidas por el Ministerio de Salud y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

4.2.1 Principales hallazgos de la validación inicial

A continuación se presenta el resumen de las principales respuestas. En el anexo 5 se presentan las respuestas enviadas por las 12 EPS que diligenciaron la ficha.

Proceso actual para la Gestión del Riesgo en Salud.

Todas las EPS del régimen contributivo que respondieron la ficha (7), describen el proceso actual para la gestión del riesgo en salud, mientras que de las 5 EPS del régimen subsidiado, 2 describen el proceso actual y 3 refieren que está en construcción, según se observa en el anexo 5.

Para efectos de comprender las diferencias en los componentes del proceso para la gestión del riesgo en salud propuesto por el MSPS y el que actualmente realizan algunas EPS del régimen contributivo, a continuación se presentan los componentes reportados por las EPS 2 y 3.

Para la EPS 2, el proceso de gestión de riesgo tiene el propósito de caracterizar los riesgos en salud de la población afiliada, con el fin de priorizar las intervenciones que permitan el gerenciamiento de los programas y servicios para el cuidado de la salud.

Los subprocesos que contemplan son:

- Caracterizar, monitorear y controlar los riesgos en salud: Caracterizar la población afiliada, con el fin de priorizar las intervenciones que permitan el gerenciamiento de los programas, el control y mitigación de los riesgos en salud.
- Modelo de atención en salud: Busca definir y mantener actualizados los lineamientos del modelo de atención en salud de la EPS con el propósito de divulgarlo, implementarlo y velar por el cumplimiento del enfoque de riesgo en salud de la población afiliada a POS, PAC y Atención Primaria en Salud APS.
- Suficiencia de red: Calcular, analizar y evaluar la suficiencia de red de servicios POS de baja, media y alta complejidad cuyos resultados aportan para la toma de decisiones sobre la planeación, organización y estructura de la red de servicio de salud de la EPS nivel nacional.
- Evaluación de Resultados en Salud: se hace monitoreo de los resultados en salud a través de indicadores por grupos de riesgo teniendo en cuenta el costo y las tasas de incidencia, prevalencia y frecuencias de uso.
- Retoma de Casos: identificados los riesgos se gestiona la retoma de casos para hacer una gestión individual de riesgos para enrutarse al modelo de atención definido.

Para la EPS 3 el Modelo de Gestión del Riesgo en Salud, que incluye los siguientes componentes:

- Apropiación de Referentes: consiste en la definición del marco lógico del problema y en la definición de las mejores prácticas con base en la evidencia científica - Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y en la normatividad vigente.
- Caracterización de la Población: hace referencia a la identificación y reconocimiento de la población con unas características en común en un momento determinado, con el fin de definir los niveles de riesgo y determinar su direccionamiento respecto a los programas de atención y la prestación de los servicios de salud.
- Estructuración y Adecuación de la Red: hace referencia a la serie de procesos necesarios para definir, gestionar y garantizar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a la población afiliada de acuerdo a los aspectos identificados durante su caracterización.

- Captación: hace referencia a la búsqueda, identificación y captación de usuarios con características específicas que cumplen criterios de ingreso a determinados programas, incluso en población sana como se describen más adelante.
- Gestión de la demanda y aseguramiento: hace referencia a un modelo autorizador con enfoque de riesgo y establecimiento de las estrategias específicas de gestión, que incluyen el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativo para el mejor cuidado de los enfermos y está en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas.
- Vigilancia: hace referencia al ejercicio de verificar el funcionamiento de las estrategias definidas para cada riesgo con el fin de ejercer control sobre el mismo, identificar fallos y oportunidades de mejora y realizar planes de mejoramiento, siempre basada en el comportamiento de los indicadores de salud de los protegidos.

Frente a los pasos que se proponen ¿Qué tanto se modifica su proceso para la Gestión del Riesgo en Salud?

El objetivo de la pregunta es identificar, frente a los pasos que se plantean en el numeral 4.2.3 "Proceso para la gestión del riesgo en salud propuesto", que tanto se modificaría el proceso que actualmente aplican la EPS. Si bien en varias respuestas se especifica que no se afectaría el proceso, a continuación se presenta un resumen de las principales modificaciones reportadas por algunas EPS, según se presenta en el anexo 5.

La identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado podría modificar el proceso, en la medida que se establezcan grupos de riesgo diferentes a los que se están manejando en el momento (EPS 5). A su vez, la conformación de grupos para la gestión integral del riesgo depende de una serie de criterios, que en la medida en que sean muy complejos, la información disponible no facilitaría su construcción (EPS 5). En la actualidad hay grupos conformados, pero bajo criterios propios de las EPS (EPS 12).

Con respecto a la adopción / adaptación rutas integrales de atención, las modificaciones pueden ser sustanciales, debido a la articulación requerida para poder llevar a cabo las diferentes intervenciones, y dado que la ruta parte desde el asegurador, es posible que los prestadores no consideren interesante entrar en un cambio radical en sus modelos de atención basados en sus propias guías de atención (EPS 5). Así mismo existen modelos de atención para la atención de pacientes según su condición de salud o enfermedad (EPS 7) y frente al modelo propuesto es determinante que la claridad frente a las competencias de la participación de los diferentes actores que intervienen en el proceso de atención (EPS 8).

Al considerar la planificación y organización de la red de servicios, es posible generar controversia con los modelos de prestación de servicios de cada prestador. Puede llegar a darse que no se tenga un prestador idóneo para prestar los servicios requeridos en la ruta, bien sea por no disponibilidad en la zona geográfica o por no disposición a trabajar con el asegurador (EPS 5). Así mismo el modelo propuesto requiere de una articulación fuerte de respuestas integrales con otros actores, lo que requeriría modificaciones importantes, en especial en los modelos de contratación y de los incentivos que se utilizarán para logar las metas que se establezcan (EPS 5).

Para avanzar en las modalidades de contratación orientadas a resultados, es necesario incorpora la gestión del riesgo compartido, con el fin de promover el autocontrol en el prestador del riesgo técnico y moral, para así limitar a su mínima expresión los controles externos de la aseguradora, incluidos los procesos de autorizaciones y auditoría concurrente (EPS 1). Requiere que estos tipos de contratación sean aceptados por los prestadores, que en general no los han querido utilizar y por las dificultades que se tiene en definir los resultados deseados y la manera de cuantificarlos (EPS 5). En la medida que estos modelos de contratación se desarrollen, el proceso de autorizaciones se reducirá a su mínimo expresión (EPS 1). Las

modificaciones que se requiere son altas, dado que la propuesta implica un cambio en el modelo de atención y se da un énfasis sobre los resultados en salud (EPS 5).

Finalmente, con respecto al monitoreo de procesos, vigilancia y evaluación de resultados, las modificaciones son grandes ya que se definirán nuevos grupos de riesgo, y se requerirá un sistema de información robusto que debe incluir una historia clínica única donde se recojan las variables necesarias para poder hacer una evaluación adecuada de los resultados en salud (EPS 5).

¿Qué aspectos enfatizaría en cada uno de los pasos qué se proponen?

Identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado

- Garantizar que la información para la caracterización de la población afiliada sea oportuna y confiable (EPS 1), considerando que la clasificación del riesgo depende del conocimiento de los factores de riesgo de cada afiliado, de sus condiciones médicas, de la historia familiar, del estilo de vida, y de los costos relacionados con el proceso de atención (Duncan, 2011). Además de las variables para el sistema de clasificación de riesgos, se deben especificar los criterios para su actualización y el aseguramiento de la información requerida (EPS 2, 3, 4, 5, 12).
- Teniendo en cuenta que la información reportada por los usuarios al momento de la afiliación muchas veces no es suficiente y que un porcentaje importante no entra en contacto con los puntos de atención de las aseguradoras (EPS 1), es importante que la declaración del estado de salud al momento de la afiliación se estandarice a nivel nacional, y que las variables que contenga apoyen el sistema para la clasificación de riesgos.
- La necesidad de garantizar la disponibilidad de información relacionada con la clasificación de riesgos del afiliado, teniendo en cuenta el traslado entre distintas EPS (EPS 11).
- La importancia de determinar el impacto que la selección adversa de los afiliados y la selección de riesgo de otras aseguradoras tienen sobre la carga de la enfermedad de la aseguradora (EPS 1).

Conformación de grupos para la gestión integral del riesgo

- Si bien es claro que deben definirse grupos para la gestión integral del riesgo en salud de tal forma que se facilite la articulación de actividades individuales y colectivas entre las aseguradoras y las entidades territoriales de salud, también es cierto que las aseguradoras pueden tener su propia priorización, por lo cual la metodología para la conformación de grupos de riesgo debe ser clara y precisa para que todos los actores puedan implementarla en los diferentes escenarios (EPS 3).
- Para el efecto, debe disponerse de un sistema de clasificación de riesgos que permita, partiendo de los grupos de riesgo priorizados por el MSPS, conformar grupos de riesgo adicionales teniendo en cuenta el problema de salud que origina la atención (diagnóstico principal) y los factores de riesgo relacionados, las enfermedades coexistentes, las características propias de las personas (edad y sexo entre otras), los procedimientos realizados y los insumos utilizados en el proceso de atención, de tal forma que se conformen grupos de riesgo que tengan coherencia clínica y sean relativamente homogéneos en el consumo de recursos (Palmer & Reid, 2001). Los grupos así conformados se utilizan desde dos perspectivas complementarias: orientar la gestión del proceso de atención y servir de marco de referencia para el pago por la prestación de servicios, priorizando las modalidades de pago prospectivas.
- Además de los criterios para la conformación de grupos de riesgo, se deben especificar las reglas para su actualización y el aseguramiento de la información requerida, considerando la información disponible en la historia clínica (EPS 5).
- La conformación de grupos de riesgo facilitará dirigir acciones hacia la búsqueda de riesgos o situaciones de salud específicas. Al tener un lineamiento nacional, con posibilidad de enfoque diferencial será posible una gestión del riesgo en salud más efectiva y clara (EPS 8). Es necesario diseñar estrategias para que los afiliados en los distintos grupos de riesgo participen activamente en las actividades diseñadas para su atención (EPS 5).

- Es necesario resaltar la importancia de la unificación de grupos o núcleos familiares en una misma EPS (EPS 11).

Adopción / adaptación rutas integrales de atención.

- La conformación de rutas de atención implica la alineación estratégica de todos los actores del sistema en todos los niveles y escenarios de atención en torno a las guías de atención adoptadas (EPS 1).
- En la implementación y ajuste de las rutas debe considerarse la georreferenciación del usuario y la disponibilidad y capacidad de respuesta de la red (EPS 2).
- La definición clara de la ruta integral de atención, ya que el termino puede tener diferentes interpretaciones y por lo tanto diferentes alcances según la visión de cada actor. Los temas que sean eminentemente asistenciales deben estar soportados con metodología de medicina basada en la evidencia y estudios de costo efectividad para la realidad del SGSSS en Colombia (EPS 3). Es importante incluir el componente de autocuidado y corresponsabilidad de los usuarios (EPS 8).
- Las rutas integrales de atención deben contar con un marco normativo que posibilite su implementación, teniendo en cuenta las expectativas de los prestadores y el período de adaptación requerido para su implementación (EPS 5).
- La importancia de la capacitación y entrenamiento de recurso humano, previa coordinación interinstitucional (EPS 9).
- Incluir metodología de rutas de navegación de pacientes que son exitosas para algunas patologías específicas, revisión y validación de rutas que están bajo normatividad en Colombia (EPS 12).

Planificación y organización de la red de servicios.

- La conformación de la red debe responder a las rutas integrales de atención definidas, de acuerdo a las guías de atención adoptadas que pueda responder a la demanda de servicios que se generen con la oportunidad y calidad esperada en un escenario de relacionamiento o basada en la transacción de servicios si no en el objetivo común del gerenciamiento y cuidado de la salud de los usuarios asignados (EPS 1).
- El análisis de suficiencia de la red es fundamental en esta etapa del proceso, así como la definición de los ámbitos ambulatorios y hospitalarios. Es necesario avanzar en redes integradas en salud (complementariedad), con esquema de gestión en IPS primaria, centros especializados y centros de excelencia (EPS 2).
- Debe incluir la red en todos los niveles de atención que sean necesarios para la atención integral del grupo de riesgo (EPS 3).
- Se debe enfatizar como se haría esta planificación en los municipios donde solo se cuenta con un solo prestador o donde hay limitaciones por disponibilidad de especialidades. Lo anterior, de acuerdo con las coberturas definidas en la norma en cuanto a servicios y traslados de usuarios y acompañantes (EPS 5).
- Es importante considerar la norma que obliga para el régimen subsidiado la contratación de al menos el 60% del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (Artículo 16, Ley 1122, 2007), condición que dificulta la oportunidad, calidad, exigencia en el reporte de información y disponibilidad de sistemas de información, entre otras (EPS 8).

Articulación respuestas integrales con otros sectores

- Se debe propender por la alineación de las visiones de todos los sectores, la generación de espacios de discusión y construcción colectiva para la formulación de acciones inter y transectoriales de cara a la intervención de los determinantes distales de la salud, con el fin de reducir eficazmente el riesgo primario (EPS 1).
- Es necesario implementar y afinar la estrategia desde el asegurador en relación a la atención Primaria en Salud, mejorando la eficiencia en la Comunicación con Entidades Territoriales y en el manejo de la referencia y contra referencia entre sectores y actores (EPS 2).

- Es preciso definir de manera muy clara las competencias de cada uno de los actores dentro del proceso de la respuesta integral, para garantizar el cumplimiento de lo establecido.
- Es un paso indispensable para intervenir condiciones de la población que no comprometen solamente la atención individual. No se puede "asegurar" la atención en salud, si no se intervienen factores ambientales y sobre todo sociales, políticas, entre otros determinantes.(EPS 3)
- Se requiere el trabajo articulado de las intervenciones incluidas en el PIC y en el POS, así como otros actores del sistema, a través de rutas de atención claramente definidas y con acciones específicas que no se conviertan en reprocesos (EPS 11).
- Se debe enfatizar en los sistemas de información y la necesidad de disponer de información clínica que permita la interacción y la evaluación en resultados en salud (EPS 5).

Estructura con su red modalidades de contratación orientadas a resultados

- La construcción de modelos de contratación implica la disponibilidad de información de calidad, la construcción de indicadores de resultado y la alineación de visiones entre las aseguradoras y los prestadores para la formulación de estos modelos (EPS 1).
- La importancia de introducir los resultados de atención al considerar las diferentes formas de pago. Por ejemplo avanzar en la contratación por eventos supervisados con pago por resultados, la capitación con estructuras por resultados. Así mismo generar la regulación requerida en la contratación orientada a resultados entre las IPS y las EAPB (EPS 2).
- La contratación enfocada a resultados requiere que sean muy claros cuales son los resultados a evaluar, pero también debe quedar establecido el tema de la calidad de la atención de manera explícita (EPS 3).
- Establecer desde el modelo de supervisión basado en riesgos la obligatoriedad en el reporte de la información definida de común acuerdo entre los actores, para evaluar la gestión alcanzada sobre los riesgos de salud (EPS 4).
- Al igual que la "habilitación de las EPS" se debe garantizar que la red pública realmente cuente con requisitos mínimos de atención de calidad (EPS 8).
- Pensar en la posibilidad de incentivos a los usuarios (EPS 8).
- Existe posición dominante de parte de algunos prestadores, quienes imponen tarifas sin tener en cuenta calidad en la atención (EPS 10).
- Conocer las metodologías que tienen que implementar las EPS para estructurar modalidades de pago por desempeño. Identificar cuáles podrían ser los resultados que efectivamente pueden ser incluidos bajo esta modalidad y revisar posibles sesgos al implementar la metodología que deben ser controlados desde el diseño (EPS 12).
- Idealmente el pago por desempeño debe estar apoyado por el ministerio con políticas definidas que apalanquen el esfuerzo institucional de trabajar en esta línea (EPS 12).

Gestión de la demanda atendida

- Incrementar la capacidad resolutiva del nivel básico de atención y garantizar los procesos de contra referencia desde los niveles o escenarios especializados (EPS 1).
- Es un tema muy amplio, que hay que bajar a la realidad de los diferentes niveles de atención definiendo que es gestión a la demanda y que se espera por cada actor involucrado en la misma (EPS 12). Requiere definiciones explicitas de lo que se considera necesario para dar cumplimiento a esta gestión (EPS 3).
- Enfatizar en los procesos de demanda inducida y en las obligaciones y responsabilidades de los afiliados en cuanto a su estado de salud (EPS 5).
- Enfatizar la glosa por no pertinencia en su nivel de complejidad (EPS 9).
- Seguimiento permanente a través de indicadores de impacto y procesos (EPS 11).

Monitoreo de procesos, vigilancia y evaluación de resultados.

- Concertar y conciliar las fuentes, intención y extensión de los datos a gestionar entre prestadores, aseguradores y entes de control (EPS 1).
- Métodos de monitoreo de procesos, definición de indicadores enfocados a los resultados, como medirlos y criterios de evaluación de los resultados previamente definidos (EPS 12).
- Indicadores trazadores claros sobre lo cual se monitoreara el resultado de las rutas y del riesgo identificado (EPS 2).
- Concertar y dejar muy claros cuales serían los resultados a evaluar, como sería el proceso de monitoreo y cuáles serían las repercusiones y/o beneficios ante los niveles de cumplimiento (EPS 3).
- La forma de monitoreo, vigilancia y evaluación deben ser coherentes con las definidas en el modelo de supervisión basada en riesgos del ente de control (EPS 4).
- Enfatizar en disponer de la información necesaria para el monitoreo y de la necesidad de contar con sistemas estructurados donde el prestador registre los datos de las variables requeridas (EPS 5).
- Generar el modelo desde la intervención en el proceso de atención, no solo en los resultados (EPS 8).
- Insistir en la corresponsabilidad de los individuos y su salud (EPS 8).
- Un indicador generalmente plantea cifras no impactos. En salud siempre se miden indicadores cuantitativos, se deben integrar indicadores cualitativos, mas con el enfoque diferencial EPS 8).
- Frecuencias de medición acorde a los tipos de intervención (EPS 11)

• ¿Cuál es el aspecto más crítico para fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud en su EPS?¹6

- La implementación de políticas públicas de promoción de la salud con enfoque inter y transectorial, así como el desarrollo de sistemas de alertas tempranas desde las aseguradoras.
- Las dificultades de seguimiento a la gestión realizada, por falta de definición de indicadores clínicos que evalúen la gestión alcanzada, el no reporte de información por parte de los prestadores y las debilidades del sistema de información de la EPS y del sistema.
- El sistema de información unificado para que la información que se recauda por diferentes niveles de complejidad (red de IPS contratadas) alimente el sistema de identificación de riesgos en salud. objetivos y sistema de información integrado para hacer trazabilidad y análisis
- La movilización social y despliegue de una cultura saludable. La percepción social e individual del riesgo.
- La alineación de los sistemas de información del asegurador, prestadores y entes de control y la generación de información con calidad y oportunidad (RIPS). Disparidad en el avance en los procesos sistematizados y automatizados de los prestadores. Multiplicidad de formatos de historias clínicas. Estandarización de codificaciones de servicios, medicamentos e insumos de uso obligatorio en todos los actores.
- La articulación de la red de prestadores (públicos y privados) en el logro de los objetivos y sistema de información integrado para hacer trazabilidad y análisis
- La articulación integral de la red, incluyendo la integración con otros actores, para lograr cambios en estilos de vida y completar el ciclo de demanda inducida que requieren los modelos de gestión. Estandarización de guías, protocolos de atención de obligatorio cumplimiento en el país. Hay puntos críticos como la red pública, los determinantes sociales de la población subsidiada que genera condiciones de difícil intervención, el presupuesto asignado para la atención, el crecimiento de las enfermedades de alto costo, el impacto de los medios de comunicación, entre otros.
- La certificación del talento humano en la gestión del riesgo.

_

¹⁶ Resumen de todas las EPS.

- La construcción de confianza entre prestadores y aseguradores, desarrollando modelos de relacionamiento contractual que permitan la gestión de riesgo compartido para garantizar resultados por el Sistema.
- La dispersión geográfica de la población.

• ¿Frente a los pasos que se proponen, qué otros pasos deberían incluirse?

- Enfatizar que se debe acompañar el modelo de la gestión de políticas públicas saludables y la implementación y desarrollo acciones de promoción de la salud inter y transectoriales, así como el desarrollo del sistema de información del sistema (EPS 1).
- Incluir dentro de la gestión del riesgo la determinación del impacto social y financiero de las enfermedades (EPS 4).
- Retroalimentación a los entes de control y de dirección del sistema a fin de contar con una normatividad ajustada a las necesidades del sector (EPS 7).
- Se debe incluir como primer paso la contextualización que permitirá conocer y comprender el ambiente interno y el entorno en el que se desenvuelve la organización con el fin de identificar nuevas herramientas que apoyen el proceso (EPS 12).
- En enfoque debe separar el Riesgo primario (probabilidad de ocurrencia del evento o de la patología) y el riesgo técnico (variabilidad clínica y manejo de estos eventos—se debe enfocar a evitar los desenlaces que no deben aparecer en la patología) (EPS 12).
- Focalizar la Gestión del riesgo individual y gestión del riesgo poblacional de acuerdo a los niveles de responsabilidad de los actores del sistema (EPS 12).
- Incluir la retroalimentación a los involucrados en el proceso de gestión del riesgo para afinar estrategias (EPS 12).

• ¿Frente a los pasos que se proponen, qué pasos deberían eliminarse?

Ninguna EPS sugiere la eliminación de pasos.

Experiencias en Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene su EPS que deban ser conocidas por el Ministerio de Salud y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- EPS 1: El modelo de atención y gerenciamiento de riesgo del programa materno infantil.
- EPS 2: La implementación de QUALYS como indicador de resultado en salud según años de vida con calidad por riesgo identificado.
- EPS 3: La gestión integral del riesgo de los pacientes con riesgo cardiovascular, las mujeres en estado de gestación, los pacientes con Hemofilia, los pacientes con VIH y los niños menores de cinco años.
- EPS 4: Gestión de las patologías de alto impacto.
- EPS 5: Gestión del riesgo en la mujer gestante, programa de atención integral de Hemofilia, programa de Artritis Reumatoide
- EPS 6: Modelo atención integral en cáncer (ATICA), atención reumatológica integral (REUMAVIDA), modelo atención integral cardiovascular (ATICARV).
- EPS 7: Gestión de enfermedades de la Cuenta de Alto Costo.
- EPS 10: Programa de Hemofilia.
- EPS 12: Modelo de Cáncer de cérvix y Programa de Protección Renal, ambos en implementación, Programa Canguro- implementado y con resultados.

4.3 Propuesta para el fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud desde la perspectiva del aseguramiento.

Una de las estrategias previstas por el MSPS a ser desarrollada en el período 2014-2018 buscando aumentar el acceso y mejorar la calidad en la atención en salud apunta a la consolidación de la cobertura universal del aseguramiento en salud. Para el efecto se requiere cerrar las brechas de cobertura para ciertos grupos de población que presentan dificultades para la afiliación en salud, avanzar en el fortalecimiento del aseguramiento en términos de la operación de la afiliación, la competencia entre aseguradores y las capacidades transaccionales, y realizar los arreglos institucionales necesarios para eliminar la fragmentación del aseguramiento (MSPS, 2014d, p.9).

La Gestión Integral del Riesgo en Salud desde la perspectiva del aseguramiento, en el contexto del modelo integral de atención en salud, apunta al fortalecimiento de la competencia entre aseguradores (MSPS, 2014d), y facilita entre otros la introducción de mecanismos de contratación y pago orientados a resultados.

Para avanzar en el desarrollo de la estrategia se requieren realizar las siguientes actividades en el año 2015:

- Concertación final con las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado de los componentes mínimos del proceso para la gestión integral del riesgo en salud, con el fin de unificar los criterios que permitan, además de consolidar el modelo de atención y orientar el sistema hacia la obtención de resultados en salud, establecer los criterios para la habilitación y permanencia de las EPS en el mercado. Esto debido a las diferencias entre los componentes planteados por el MSPS y los componentes reportados por algunas EPS.
- Elaboración del diagnóstico de la forma como las diferentes EPS realizan el proceso para la gestión integral del riesgo en salud, el cual servirá de base para la formulación del plan de asistencia técnica que permita su fortalecimiento.
- Si bien se considerarán todos los componentes del proceso, se prestará particular atención a la situación actual de las relaciones contractuales entre aseguradoras y prestadores, como un paso previo para avanzar hacia la introducción de mecanismos de contratación y pago orientados a resultados.
- Diseñar y realizar una prueba piloto en coordinación con otras dependencias del MSPS, que incluya al menos dos EPS del régimen contributivo y dos EPS del régimen subsidiado, para avanzar en la consolidación del proceso para la gestión integral del riesgo en salud.
- Realizar reuniones periódicas con las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, con el fin de compartir las experiencias en gestión integral del riesgo en salud y fortalecer la cooperación horizontal.
- Iniciar contactos con Universidades, Centros de Investigación y los Ministerios de Salud de otros países, con el fin de identificar experiencias de contratación y pago de servicios en salud que puedan ser utilizados en Colombia.
- Avanzar en la introducción de mecanismos de pago orientados a resultados.

5 Conclusiones.

- a) La gestión integral del riesgo en salud debe realizarse en el contexto del modelo integral de atención en salud, integrando las acciones para la gestión del riesgo en salud desde la perspectiva epidemiológica con las acciones para la gestión del riesgo desde la perspectiva empresarial.
- b) Avanzar en un modelo de aseguramiento centrado en el usuario, que contribuya a la disminución de la carga de la enfermedad potencialmente evitable y a la mejor experiencia de los usuarios en el proceso de atención, con unos costos acordes a los beneficios ofrecidos, requiere de una estructura adecuada de incentivos que contribuya a la disminución de la selección de riesgos, al fomento de políticas de

- prevención por parte de las EPS (Bardey. s.f) y al mejoramiento de la calidad de los tratamientos. Así mismo es necesario avanzar en la consolidación de un modelo de atención que mejore el acceso a los servicios y la continuidad de la atención.
- c) Una estructura de incentivos enfocada en la gestión del riesgo en salud y en los efectos financieros del siniestro implica: i) introducir información adicional a la fórmula para calcular la UPC de tal forma que se fortalezca el ajuste ex ante y se mejore la distribución de riesgos por desviación de costos de la siniestralidad, ii) introducir el pago por desempeño a los aseguradores y iii) garantizar que las ganancias en eficiencia pertenezcan a la aseguradora y al sistema EPS (Bardey, s.f).
- d) Fortalecer la operación del modelo integral de atención en salud requiere avanzar en la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, en la organización de la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades de la población en su contexto territorial y la alineación del sistema de incentivos entre los diferentes agentes del sistema, prestando particular importancia a los sistemas de pago entre las aseguradoras y los prestadores
- e) Gestionar el riesgo primario es fundamental para las aseguradoras y para las entidades territoriales de salud, lo cual acarrea la necesidad de coordinar acciones. Consolidar un modelo donde se privilegien el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades como eje de la atención en salud, articulando la realización de acciones individuales y colectivas entre las entidades territoriales y las EPS, no significa para estas últimas la pérdida de la condición de aseguradores.
- f) La gestión del riesgo en salud por parte de las EPS parte de reconocer que la situación de salud y la forma en que son atendidos los afiliados pueden poner en riesgo su estabilidad financiera. Para su aplicación es necesario la caracterización de su población y la conformación de grupos de riesgo, el conocimiento de los factores de riesgo de cada afiliado, de sus condiciones médicas, de la historia familiar, del estilo de vida, así como de los costos derivados del proceso de atención.
- g) Para una adecuada gestión integral del riesgo en salud, es importante tener en cuenta el riesgo primario y el riesgo técnico, con el fin de orientar las acciones requeridas para su intervención. Mientras el riesgo primario implica la variación en la probabilidad de ocurrencia de un evento (incidencia) y su severidad, el riesgo técnico o de desempeño está relacionado con la probabilidad de ocurrencia de eventos debidos a la variabilidad en la práctica clínica.
- h) Avanzar en la gestión integral del riesgo en salud desde la perspectiva del aseguramiento implica el desarrollo de una serie de instrumentos relacionados con (MSPS, 2014a): i) lineamientos para la conformación de Grupos para la Gestión Integral del Riesgo en Salud, ii) definición de rutas integrales de atención específica para los grupos de riesgo priorizados, iii) lineamientos de resultados de atención en salud, iv) la generación de un marco regulatorio mínimo para las modalidades de contratación orientadas a resultados que fortalezcan las relaciones entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud, v) lineamientos de incentivos y pago por desempeño entre las aseguradoras y los prestadores, que fortalezcan entre otros la implementación de las rutas integrales de atención y vi) el establecimiento de requisitos para la habilitación técnica de las aseguradoras.
- i) Los lineamientos señalados en el párrafo anterior con los numerales i, ii, y iii son competencia del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, y los numerales iv, v y vi del Viceministerio de Protección Social. El trabajo coordinado entre los dos Viceministerios del MSPS es fundamental para garantizar la implementación de la estrategia para la gestión integral del riesgo en salud.
- j) El establecimiento de requisitos para la habilitación técnica de las aseguradoras debe tener en cuenta las condiciones para su operación y mantenimiento, considerando entre otros los procesos para la definición e implementación de planes de mejoramiento de la gestión del riesgo en salud. Estos deben incluir la identificación, análisis y clasificación del riesgo en salud de los afiliados, la organización de acciones de fomento de la salud, protección específica, búsqueda activa, detección precoz, tratamiento básico y complementario, la organización de la red de prestadores básicos y prestadores complementarios, la articulación de acciones individuales con acciones colectivas, así como la estructuración de un sistema

de información y pagos que incentive el desempeño y la obtención de resultados de atención en salud y el monitoreo y evaluación de resultados a su red prestadora (MSPS, 2014a).

6 Recomendaciones

- a) Formular y presentar una propuesta de la estructura de incentivos que se requiere para avanzar en el modelo de aseguramiento centrado en el usuario, teniendo en cuenta los elementos descritos en el presente documento.
- b) Trabajar en forma articulada con el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios para el desarrollo de los instrumentos que se requieren para avanzar en la gestión integral del riesgo en salud desde la perspectiva del aseguramiento.
- c) Establecer un marco normativo para la gestión del riesgo en salud, que establezca requisitos para la entrada, las condiciones de operación y el mantenimiento de las aseguradoras, teniendo en cuenta la identificación y clasificación del riesgo de los afiliados, la conformación de grupos de riesgo, la adopción de las rutas integrales de atención específica, la planificación y organización de la rede servicios, así como la estructuración del pago por desempeño con su red de prestadores y el monitoreo de procesos y la vigilancia y evaluación de resultados.
- d) Avanzar en la validación del proceso propuesto para la gestión del riesgo en salud desde la perspectiva de las aseguradoras.
- e) Definir i) el marco regulatorio mínimo para las modalidades de contratación orientadas a resultados que fortalezcan las relaciones entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud, ii) los lineamientos de incentivos y pago por desempeño entre aseguradores y prestadores, que fortalezcan entre otros la implementación de las rutas integrales de atención y iii) los requisitos para la habilitación técnica de las aseguradoras.
- f) Avanzar con EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en la adopción y adaptación de las rutas integrales de atención para los grupos de riesgo materno e infantil y riesgo cardiovascular, evaluando sus implicaciones para la organización, contratación y seguimiento de la atención integral de los grupos para la gestión integral del riesgo en salud.
- g) Realizar una reunión entre los Viceministerios de Protección Social y el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios con el fin articular esfuerzos y ajustar los enfoques propuestos.
- h) Avanzar con la propuesta de pasos a seguir, según se enuncia en el numeral 4.3.

7 Referencias Bibliográficas.

Bardey D, Durán J, Franco C, Giedion U, Ortiz JL; Paez N. Rueda A. (s.f). ¿Por qué se necesita reformar el sistema de salud en Colombia? ¿Qué se debe hacer y cómo proceder?, Documento de trabajo.

Castaño, R, Zambrano A. (2005). Biased Selection Within the Social Health Insurance Market in Colombia. *Centro Editorial Universidad del Rosario*. Bogotá

Castaño, R, (2008). Modelos de Gestión de Riesgo en Salud. Revisión de Conceptos y Recomendaciones para el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Colombia; *Universidad del Rosario*, Grupo de Investigación de la Facultad de Economía.

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

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.

Duncan I. (2011). Healthcare Risk Adjustment and Predictive Modeling, ACTEX Publications, Inc. Winsted, CT.

E-P-A, European Pathway Association; Clinical / Care Patways; http://www.e-p-a.org/clinical---care-pathways/index.html; consultado en noviembre de 2014

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%20 sistemico.pdf

Gómez-Suárez, R. E. (2007) Cream-skimming and risk adjustment in Colombian health insurance system: The public insurer case. Archivos de Economía, Departamento Nacionalde Planeación. Colombia.

Guerrero, I. (2010). Assising the Economic Value of Public Health Programs Based on Risk: The Case of the Cancer Plan in France, Value in Health, Volume 13, Number 5.

Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

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.

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

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). 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. (2013b). Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía, Colombia, 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social en Salud. (2014a) Lineamientos Generales para el Desarrollo del Modelo Integral de Atención en Salud para El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Colombia, 2014. Comité Ampliado. Documento borrador versión Julio del 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud; Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía

Ministerio de Salud y Protección Social. (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. (2014d). Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento borrador, versión 59.

Mishra G, Cooper R, Kuh D. (2010). A Life Course Approach to Reproductive Health: Theory and Methods; *Maturitas* 65 p.p 92–97

Ocampo MV, Betancourt V, Montoya J, Bautista D. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12 (24): 114-129, enero-junio de 2013

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

Palmer G, Reid Beth. (2001). Evaluation of the performance of diagnosis-related groups and similar casemix systems: Methodological issues", Health Services Management Research; London; Volume: 14, Issue: 2, May.

Pinto D, Muñoz A. (2010). Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011-2014. División de Protección Social en Salud. Notas Técnicas. # IDB-TN – 246.

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.

Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

R. Lenz, R. Blaser, M. Beyer, O. Heger, C. Biber, M.Baumlein, M. Schnabel. (2007). IT support for clinical pathways—Lessons learned; *International journal of medical informatics* 7 6 S , S397–S402.

Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Riascos A, Villegas E, Romero M. The Performance of Risk Adjustment Models in Colombian Competitive Health Insurance Market. Bogotá: *Ediciones Uniandes*; 2014. .

Riascos Villegas ÁJ. (2013) Mecanismos de compensación complementarios al ajuste de riesgo prospectivo en el SGSSS en Colombia y la Cuenta de Alto Costo. Desarrollo y Sociedad. p.p 165-91.

Rodríguez, M. (2012). Desigualdades en salud y equidad en la financiación y utilización de los servicios sanitarios. Barcelona School of Management, Universidad Pompeu Fabra. Notas de clase. Unidad 4. Máster en Economía de la Salud y del Medicamento.

Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review); *The Cochrane Collaboration*, Issue 7.

Seguimiento a Sector Salud en Colombia. Así vamos en salud. (http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/9). Consultado Diciembre del 2014.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. (2001). Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective; in Challenging Inequities in Health Care: from Ethics to Action. New York: *Oxford University Press*; p.p 309-322

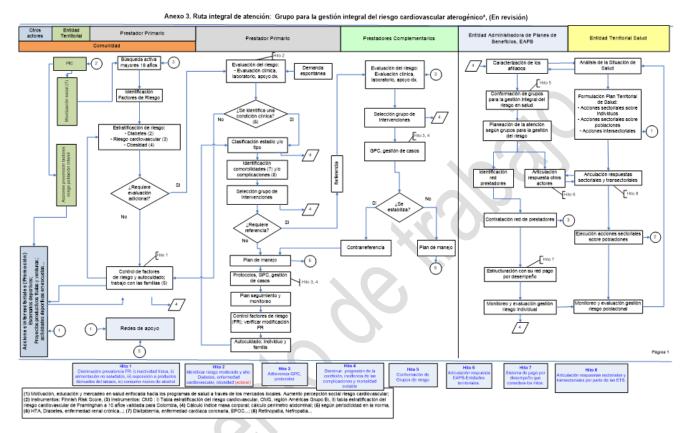
8 Anexos

8.1 Anexo 1. Listado de Grupos de Riesgo y de Eventos priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención específica.

Grupo de Riesgo	Eventos priorizados
Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Alteraciones nutricionales	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Desnutrición, Déficit de Micronutrientes, Sobrepeso -
Aiteraciones nutricionales	Obesidad
Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Adicciones
Trastornos psicosociales y del	Trastorno de la Alimentación, Intento de Suicidio,
comportamiento	Enfermedad Psicógena, Trastornos del Aprendizaje y el Desarrollo; Autismos, Trastornos Psicóticos.
Salud bucal	Caries y Fluorosis , Enfermedad Periodontal y Edentulismo
Cáncer	Leucemias Pediátricas, Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix; Cáncer de Colon, Cáncer de Próstata, Melanoma, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago.
Materno perinatal	Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio; Interrupción Voluntaria del Embarazo; Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas; Trastornos del Recién Nacido.
Enfermedades infecciosas:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Infección Respiratoria Aguda y Neumonía, Infecciones de Transmisión Sexual, Tuberculosis, Piodermitis, Infección de las Vías Urinarias; Hepatitis, Enfermedad Diarreica Aguda
Zoonosis y agresiones por animales	Dengue, Malaria, Accidente Rábico y Ofídico
Enfermedad y accidentes laborales	Enfermedad y accidentes laborales (general)
Agresiones, accidentes y trauma	Trauma Craneoencefálico y Raquimedular, Abuso Sexual, Violencia Intrafamiliar, de Género y Abandono
Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente (ruta general)
Enfermedades raras	Hemofilia, Fibrosis Quística, Enfermedad de Depósito Lisosomal, Hipotiroidismo Congénito
Trastornos visuales y auditivos	Trastornos visuales y auditivos (ruta general)
Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Enfermedades Neurológicas, Enfermedades del Colágeno, Artrosis.

Fuente: Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, MSPS, 2014.

8.2 Anexo 2. Ruta integral de atención específica para el grupo de riesgo cardiovascular aterogénico.



Fuente: (MSPS, 2014a)

8.3 Anexo 3. Listado EPS participantes primera reunión de validación

EPS POR TIPO DE RÉGIMEN	No. PERSONAS	FICHA
EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	Sí
COMPENSAR E.P.S.	1	
COOMEVA E.P.S. S.A.	1	Sí
CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	
COMFENALCO VALLE E.P.S.	1	
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	2	Sí
GOLDEN GROUP S.A. EPS	1	
LA NUEVA EPS S.A.	3	Sí
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A EPS S.O.S. S.A.	1	Sí
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	3	Sí

EPS POR TIPO DE RÉGIMEN	No. PERSONAS	FICHA
E.P.S. SALUDCOOP	1	
SALUDVIDA S.A .E.P.S	1	
E.P.S. SANITAS S.A.	1	Sí
SUBTOTAL	18	7
EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO		
ANASWAYUU EPSI	1	
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	2	
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI	2	
CAPITAL SALUD	3	Sí
CAPRECOM EPS	1	7-7
CAPRESOCA EPS	1	
COLSUBSIDIO	2	Sí
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	3	
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	1	Sí
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	2	
EPS CONVIDA	3	Sí
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	2	
ECOOPSOS	2	
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1	
MALLAMAS	1	
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	2	
PIJAOS SALUD EPSI	1	
SAVIA SALUD	1	Sí
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	1	
SUBTOTAL	32	5

Resumen de asistencia: De las EPS 15 EPS invitadas del régimen contributivo, asistieron 13 a la reunión, (86.7%), de las cuales 7 (53.8%) respondieron la ficha. De las 35 EPS invitadas del régimen subsidiado, asistieron 19 a la reunión, (54.3%), de las cuales 5 (26.3%) respondieron la ficha.

8.4 Anexo 4. Ficha "Propuesta para mejorar la Gestión Integral del Riesgo en Salud".

Ficha: Propuesta para mejorar la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

1. Nombre de la EPS:				
Datos de la persona que responde Nombre: Correo electrónico	_ Cargo _ Teléfono			
 3. Proceso Gestión del Riesgo en Salud. Su EPS tiene un proceso establecido para la Ges Descríbalo brevemente. 	tión del Riesgo SÍ NO			
4. Frente a los pasos que se proponen ¿Qué tanto se modifica su proceso para la Gestión del Riesgo en Salud?				
Pasos	Modificaciones			
Identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado				
Conformación de grupos para la gestión integral del riesgo				
Adopción / adaptación rutas integrales de atención.				
Planificación y organización de la red de servicios.				
Articulación respuestas integrales con otros actores				
Estructura con su red modalidades de contratación				
orientadas a resultados				
Gestión de la demanda atendida				
Monitoreo de procesos, vigilancia y evaluación de resultados.				
5. ¿Qué aspectos enfatizaría en cada uno de los pasos qué se proponen?				
Pasos	Aspectos a enfatizar			
Identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado				
Conformación de grupos para la gestión integral del riesgo				
Adopción / adaptación rutas integrales de atención.				
Planificación y organización de la red de servicios.				
Articulación respuestas integrales con otros actores				
Estructura con su red modalidades de contratación orientadas a resultados				
Gestión de la demanda atendida				
Monitoreo de procesos, vigilancia y evaluación de resultados.				
outdate.				

6.	¿Cuál es el aspecto más crítico para fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud en su EPS?
7.	¿Frente a los pasos que se proponen, qué otros pasos deberían incluirse?
8.	¿Frente a los pasos que se proponen, qué pasos deberían eliminarse?
9.	¿Qué experiencias en Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene su EPS que deban ser conocidas por el Ministerio de Salud y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

8.5 Anexo 5. Respuestas por EPS a las preguntas incluidas en la ficha.

Ver archivo en Excel: GIRS-ANEXO 5.RESPUESTA FICHA