EL RETO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DESDE MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS POST PANDEMIA

Maestrante. Jeyson Javier Salamanca Rincón
(Bogotá, Colombia)
Correo Electrónico: jjsalamanca@unbosque.edu.co

Resumen

La pandemia generada por el virus de la COVID-19 que hoy en día ha cobrado millones de vidas y que a su vez ha puesto a prueba los estados, gobiernos, políticas y modelos de atención en salud de todos los países del mundo, nos permite generar grandes cuestionamientos frente a la gestión del riesgo en salud y el cómo actuamos bajo este enfoque.

El presente artículo se concentra en diferentes componentes que buscan dar respuesta a dicha gestión, por lo anterior se parte de comprender cómo ha sido la evolución del modelo de atención en Colombia, qué resultados en salud se han obtenido, cómo fue el surgimiento de la pandemia a nivel mundial y en Colombia, cuáles han sido los resultados de las estrategias, programas, acciones, orientadas a dar respuesta eficiente a la pandemia, y donde se pretende realizar una reflexión de si estas acciones han sido bajo el manto de una gestión del riesgo.

Así mismo el cuestionamiento de, si la planificación y estructura de políticas públicas en salud, parten de un enfoque de riesgo e incluyen mecanismos de articulación entre los agentes encargados de la salud de las poblaciones, culminando de esta manera en la postulación de un modelo que permita operativizar la estrategia de gestión del riesgo definida en la política de atención en salud.

Abstract

The pandemic generated by the COVID-19 virus, which today has claimed millions of lives and which in turn has put to the test the states, governments, policies and health care models of all the countries of the world, allows us to generate great questions regarding health risk management and how we act under this approach.

This article focuses on different components that seek to respond to said management, therefore, it is based on understanding how the care model has evolved in Colombia, what health results have been obtained, how the pandemic emerged. worldwide and in Colombia, what have been the results of the strategies, programs, actions, aimed at providing an efficient response to the pandemic, and where it is intended to reflect on whether these actions have been under the mantle of risk management .

Likewise, the questioning of whether the planning and structure of public health policies are based on a risk approach and include coordination mechanisms between the agents in charge of the health of the populations, thus culminating in the postulation of a model that allows operationalizing the risk management strategy defined in the health care policy.

Palabras claves

Gestión del riesgo, Políticas Públicas, Acciones de Gobierno, Salud, Modelo de Atención, Sistema de Información.

Introducción

El desarrollo de la Salud en Colombia, ha demostrado a través del tiempo avances relevantes, así como problemáticas muy representativas que impactan en definitiva a la población en general. Una de las intenciones del documento es brindarle al lector una mayor comprensión del cómo se llegaron a dichos resultados, y cuál es la carta de navegación definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta la importancia de una gestión basada en riesgo, aún más bajo el estado actual de pandemia.

La estructura deliberada del presente artículo de reflexión, parte de hacer un corto recorrido dentro del marco normativo en salud de Colombia, tomando como inicio el año de 1975 donde la atención y prestación de servicios se desarrollaba bajo un Sistema Nacional de Salud (SNS), definiendo un camino y marco de referencia importante para Colombia.

Posteriormente, se presenta una revisión de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual es entendida como una acción de gobierno a cargo del estado, resaltando que estas acciones están dirigidas a lograr los objetivos no solo de la salud misma, sino también, de un bienestar social, de un desarrollo pleno del individuo y donde se requieren grandes esfuerzos de carácter financiero, tecnológico y de talento humano. Dicha política se ha concentrado en dos grandes estrategias, una primera, que corresponde a la Atención Primaria en Salud (APS), y la segunda, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), realizando así una descripción de esta segunda estrategia de forma detallada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 32)

Seguido de la revisión de la Política, se presenta cómo se ha estructurado un modelo de atención, actualmente operado a través de ocho líneas las cuales están dirigidas al fortalecimiento de la gestión territorial y el reconocimiento de las prioridades en salud, generando de esta manera grandes interrogantes los cuales se exponen a continuación:

I. ¿Se establecieron acciones preventivas y correctivas buscando la mitigación de la morbimortalidad de la población colombiana?
II. ¿Se cuenta con una estrategia de gestión del riesgo en salud eficiente que permita mitigar un impacto negativo?
III. ¿Las acciones de gobierno responden de forma eficaz a las necesidades sentidas de las poblaciones?

Si bien se resalta el trabajo realizado hasta el momento, es hito fundamental reconocer que aún existen grandes brechas y oportunidades para seguir fortaleciendo una atención a las poblaciones con calidad, con eficiencia, basado en una mirada holística la cual no solo se concentre en el evento negativo en salud, sino por el contrario, que parta de un enfoque de riesgo para la toma de decisiones, la cual este orientada a la ganancia en salud, disminución de la carga de la enfermedad y el logro del bienestar de las poblaciones objeto.

Continuando con la estructura del artículo, se expone el surgimiento de la pandemia por el virus de la COVID -19 y como se ha gestionado este evento en Colombia, identificando que muchas de

las estrategias implementadas y actividades realizadas se caracterizan por ser de corte reactivo y no preventivo, sumado a esto, una falta de planeación y articulación de los agentes en salud, ejemplo de lo mencionado: una aplicación deficiente de biológicos a la población (Naciones Unidas, 2021), el cierre de varios servicios de la baja complejidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020), posibilitando de esta manera la materialización del riesgo frente al aumento de la carga de la enfermedad y sus velocidades de incremento, unas metas desproporcionadas debido a que no se contó con las particularidades en las dispensaciones de los biológicos, así como las dinámicas de mercado mundial, y que a hoy, según la meta definida por Colombia, se pronostica incumplimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), por ende una situación de incertidumbre y exposición continua de las poblaciones.

Luego de exponer la evolución de los indicadores en salud, la PAIS, el MAITE y el desarrollo de la pandemia generada por la COVID-19, se hace un recorrido por la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), siendo esta una de las estrategias marco definida en salud y donde desafortunadamente a la fecha no se logra visibilizar de manera clara, como se gestionan los riesgos poblacionales e individuales, y ahora más, donde en un estado de pandemia es hito fundamental partir de esta estrategia para la protección de las personas.

Es imperativo tener claro, en qué punto se conectan las actividades y acciones, las cuales deben estar bajo una tutela de prevención y detección, permitiendo una gestión real y eficiente del riesgo, así mismo la importancia de identificar, en qué momento existe un dialogo y cohesión de dichas acciones, de las herramientas y de los instrumentos a cargo de cada uno de los agentes en salud, lo anterior, buscando el fortalecimiento y eficiencia de un modelo y política que permita garantizar el derecho fundamental a la salud (Congreso de la República de Colombia, 2015, p. 1).

Es en este punto donde se concentra el problema de investigación, la necesidad de contar con un modelo para la integración y articulación de los agentes en salud de cara a la gestión integral del riesgo, que permita garantizar el cumplimiento del objetivo definido en esta estrategia: 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018),

Dicho modelo deberá partir de una revisión de la literatura, lo cual permite dar cuenta de una base sólida y legítima, posteriormente, un mapeo de actores que posibilita una construcción conjunta, así como la recolección de las mejores prácticas realizadas hasta ahora, y donde se cuenten con mecanismos de participación científica y ciudadana. Igualmente la estructura de dicho modelo, deberá contar con instrumentos que reposen en una caja de herramientas, que permitan un diálogo permanente y un sistema de información eficiente, donde se garantice la calidad del dato, un seguimiento y monitoreo de los resultados, permitiendo de esta manera la toma de decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.

Marco teórico

Indicadores de salud y enfermedad en Colombia

Para la presentación de la evolución de los indicadores de salud y enfermedad, se tendrá en cuenta la estructura del Centro del Pensamiento Así Vamos en Salud (AVS), teniendo en cuenta los datos reportados para el año 2020. Este Centro de Pensamiento es un programa de seguimiento

desde la sociedad civil (Así vamos en salud, 2020, p. 6), donde se han concentrado en el análisis del sistema de salud de Colombia, permitiendo la toma de decisiones basadas en resultados, contribuyendo así, a la mejora del sistema de salud, por ende aportar a óptimos resultados en salud, mayor satisfacción de los usuarios y profesionales, sostenibilidad del sector, entre otros.

Este programa de seguimiento que nace a partir del año 2016, genera un índice sistémico que tiene como finalidad medir el desempeño del sistema de salud colombiano, mediante 72 indicadores, distribuidos en 16 dimensiones que a su vez se agrupan en 4 ejes. Para efecto del presente artículo reflexivo se tendrán en cuenta dos ejes; el primero basado en los resultados en salud y el segundo basado en el desempeño institucional.

Dentro del eje de resultados en salud se concentrará el análisis en la dimensión de "resultados en salud pública", esta dimensión recoge los eventos priorizados por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021). Allí se integra la salud mental, seguridad alimentaria, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y condiciones no transmisibles, además de enfermedades transmisibles y salud ambiental, para esto se tendrán en cuenta algunos resultados, los cuales se describen a continuación.

Con relación a la seguridad alimentaria (lactancia materna) y de acuerdo a los resultados entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social, tan solo el 56% de los recién nacidos en Colombia inician la lactancia materna en la primera hora, cifra muy baja teniendo en cuenta los altos porcentajes de partos institucionales y los beneficios que conlleva para el binomio madre-hijo (Universidad de la Sabana, n.d.).

Con relación a la prevalencia de bajo peso al nacer, se evidencia un problema importante en salud pública, Colombia reporta para el 2020 una prevalencia de 9,4%, lo cual es muy cerca al peor indicador del grupo de países de la OCDE (peor valor 11), reportado por Turquía, frente al mejor indicador que pertenece a Suecia (mejor valor 2), lo que traduce un gran reto para Colombia en materia de gestión del riesgo en población materno perinatal.

Antes de continuar con el análisis de los resultados en salud, es necesario mencionar que cada uno de los indicadores citados y seleccionados, comparten una característica particular, la cual corresponde a que los factores desencadenantes, son modificables; a través de una gestión basada en riesgo y calidad, y en la medida en que se intervengan estos factores modificables, se afectará de manera positiva los resultados en las poblaciones.

Por lo anterior otro de los indicadores que se puede mejorar a través de un enfoque de riesgo y que es de alto impacto para el país, es la razón de mortalidad materna, indicador que si bien logró demostrar grandes avances, desafortunadamente para el año 2020 se obtuvo un aumento del 38,4%, frente a las cifras de 2019; el registro corresponde a 414 muertes maternas (durante el parto o en la etapa posparto), y donde según las estadísticas del Instituto Nacional de Salud (INS), las primeras tres causas de los fallecimientos corresponden a: i) hemorragia obstétrica, con una representación del (17,9%); ii) trastorno hipertensivo relacionado con el embarazo, con una representación del (15,5%); y iii) neumonía causada por la enfermedad de COVID-19, con una representación del (13,5%), se evidencia que la aparición de la COVID-19, causo un "exceso" de la mortalidad, lo anterior debido a que antes de la pandemia, la neumonía no era una causa que aportara de manera significativa al indicador. Esto genera que Colombia a través de un ejercicio de comparación, se ubique como uno de los países con la peor cifra, lejos de las metas definidas por los Objetivos de

Desarrollo Sostenible (ODS), y donde se estableció para el 2030 la reducción de la mortalidad materna a 32 por cada 100.000 nacidos vivos.

Con relación a la mortalidad infantil, entendida como el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos, y que se presenta como uno de los indicadores de desarrollo poblacional y económico del país, Colombia obtuvo para el año 2020 una tasa de mortalidad del 3,07; es importante tener en cuenta que el peor resultado de los países que hacen parte de la OCDE es una tasa de 12, demostrando que Colombia está alejado de ser uno de los países con los peores resultados.

Los departamentos que presentan las cifras más deficientes, son los que se ubican en las zonas rurales, como lo es Vichada (9,3), Cauca (9,5), choco (6,9) y la Guajira (5,6) (Así vamos en salud, 2020, p. 35). Es acá donde se concentran los mayores retos en materia de seguridad infantil, para lo cual se hace necesario, garantizar acciones enfocadas en la prevención y detección temprana de factores de riesgo modificables, buscando mitigar el impacto negativo de las futuras poblaciones, teniendo en cuenta las capacidades de cada territorio, así como las características propias de las poblaciones atendiendo el enfoque poblacional y diferencial definido en la PAIS.

Ahora bien desde el eje de resultados institucionales. Se citara la dimensión de acceso, la cual incluye más que una óptima prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005, p. 13), alcanza parámetros tan importantes como lo es, el respeto de los derechos y deberes, la aceptabilidad de la atención por parte de los usuarios, la seguridad de la atención, la identificación temprana del riesgo individual, y donde se debe tener en cuenta la optimización del tiempo y lo recursos. Esta dimensión se mide a través de unos eventos trazadores, donde se citan algunos a continuación.

El primero a tener en cuenta, es el porcentaje de embarazadas que reciben atención médica prenatal, Colombia ha comprendido que la atención durante la gestación es hito fundamental para garantizar la disminución de los riesgos que se pueden presentar en el binomio madre-hijo. Poder acceder a los controles prenatales permite la identificación e intervención temprana de cualquier irregularidad.

El comportamiento de este indicador ha demostrado un incremento relevante en los últimos años, los resultados señalan que por lo menos el 97,5% del total de las gestantes, asistieron a una consulta de control prenatal, pese a que no es el esperado del número de controles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 21), lo anterior de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio; es una intervención que permite disminuir la materialización del riesgo.

Ahora bien en la medida que se logre incrementar el número de asistencias a los controles prenatales se podrá realizar la gestión e intervención de los diferentes factores de riesgo biopsicosociales de las gestantes. Al realizar un análisis comparativo de la cifra colombiana versus el grupo de países de la OCDE, se observa un resultado medio alto, teniendo como referente el peor país registrado (Letonia) y los mejores (Canadá, Alemania, Portugal, Suiza).

Otro de los indicadores que acompañan el desempeño institucional es la proporción de pacientes hipertensos controlados. Lo cual es una responsabilidad de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Para el año 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social estimo que cerca de 9000 personas fallecieron a causa de esta enfermedad (SISPRO, 2019), razón por la cual

se construyó un indicador que lograra evidenciar la efectividad de los controles realizados a las poblaciones que padecen de trastornos hipertensivos.

Según la Cuenta de Alto Costo (CAC) se establece como meta clínica terapéutica una tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg, y donde se espera controlar a más del 60% del total de la población. Colombia para el año 2019 logra aumentar 2,39 punto con relación a la vigencia anterior, esto significa que 62 de cada 100 pacientes que cursa con esta Enfermedad Crónica no Transmisible, logró cifras tensionales optimas, contribuyendo a una disminución en la materialización del riesgo, entendida como complicación clínica, la cual tiene la capacidad de afectar no solo la calidad de vida, o los años de vida potencialmente perdidos, sino también la afectación financiera del sistema de salud.

Lo anterior demuestra la importancia de contar con programas basados en gestión del riesgo, permitiendo cumplir con los objetivos planteados en el MAITE y la PAIS, ahora de cara a la gestión de la salud de las poblaciones, permite controlar el aumento de la carga de la enfermedad, así como brindar mayor calidad de vida. Como se mencionó con antelación, los indicadores citados pueden llegar a tener mejores resultados, en la medida que se realice intervención de manera eficaz a los factores de riesgo modificables.

Evolución del modelo de salud colombiano

Atendiendo a la referencia de los indicadores mencionados, así como los temas críticos en Salud Pública, continuaremos exponiendo el cómo se ha logrado consolidar a través del tiempo un modelo de salud en Colombia, para ello, realizaremos un recorrido normativo, citando particularidades en el desarrollo del modelo, haciendo un énfasis en la gestión del riesgo y sus avances.

Partiremos en el año de 1975 donde la atención y prestación de servicios se desarrollaba bajo un Sistema Nacional de Salud (SNS), allí las poblaciones podían tener asistencia sanitaria mediante tres modalidades, resaltando que este financiamiento y prestación tripartita, aportan a elementos como la suficiencia, la acción intersectorial, a un mejor abordaje de los determinantes de salud, a lograr la equidad en salud y una acción intersectorial, siempre basando la gestión en resultados (Mendes, 2013, p. 81).

Con relación a la primera modalidad que correspondía a la salud pública; esta cubría gran parte de la población, accediendo a los servicios a través de los hospitales públicos, y donde el estado asumía el costo de dicha atención, sin embargo bajo esta modalidad se destacan varias limitaciones, derivadas de la falta de recursos de los hospitales públicos, impidiendo una atención con criterios de calidad, seguridad y eficiencia.

La segunda modalidad corresponde a las personas que estaban afiliadas al Instituto de Seguro Social (ISS), donde se lograba una atención y prestación de servicios de la población, a diferencia de la anterior modalidad, este era financiado por el Ministerio del Trabajo, compensando de alguna manera la distribución de recursos en salud.

La tercera y última modalidad, que hacía referencia a un grupo muy pequeño de la población la cual contaba con capacidad adquisitiva y capacidad de pago, donde en el momento que se requiriera de la atención sanitaria, la prestación se realizaba a través de instituciones privadas. Dentro de las

características a resaltar en ese momento y bajo esta estructura, se evidencia una atención centrada en el evento agudo, un alto gasto de bolsillo (Ureña & Valvuena, 2015, p. 6), y una ausencia de estructura basada en gestión del riesgo y atención primaria en salud.

Para el año de 1990, bajo la tutela de la ley 10 se busca reorganizar el SNS, indicando que:

> La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales (Congreso de la República de Colombia, 1990, p. 1).

Allí se resalta una orientación a: i) definir la forma de prestación de servicios; ii) fijar los niveles de atención y grados de complejidad; iii) establecer cuáles eran los servicios básicos de atención, y iv) organizar y establecer las formas de participación en la prestación de servicios. Así mismo se establece que la asistencia en salud es función del estado, así como la obligación de prestar una atención inicial de urgencias, entre otras.

Si bien se evidencian unas intenciones claras de cara al mejoramiento del sistema y la asistencia sanitaria, aun se continuaba con un estructura y/o modelo que no daba cuenta de un enfoque preventivo, que tuviera como objeto principal la intervención y modificación de los factores de riesgo de las poblaciones a cargo, incrementando de esta manera los resultados negativos.

En el año 1991, nace la Constitución Política de Colombia, donde sus tres grandes objetivos en salud son la garantía de las prestaciones económicas en salud, la prestación de los servicios sociales y la ampliación de la cobertura donde se buscaba el acceso al sistema (Congreso de la República de Colombia, 1991). Para lo concerniente se cuenta con varios artículos entre ellos, 44, 48, 49, 365 y 366, y otros relacionados, en atención a la respuesta de la constitución, fue creado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el año 1993, donde su objetivo marco es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención.

Posteriormente dentro del marco normativo, se establece la Ley 715 de 2001, la cual es diseñada como una nueva herramienta de las finanzas intergubernamentales (Congreso de la República de Colombia, 2001). Dando como resultado, un cambio en responsabilidades de los municipios y departamentos frente al manejo de la educación y la salud pública y el sistema hospitalario, de esta manera su buscaba una mejor organización del sistema de salud, y donde nuevamente realizando un análisis de esta norma, se resalta la ausencia de la definición de responsabilidades de los actores frente a la gestión del riesgo.

Para el 2007 se crea la Ley 1122 primera reforma del SGSSS, donde se establece y se dan unas de las primeras orientaciones normativas frente a la gestión del riesgo en salud (Congreso de la República de Colombia, 2007), allí se define que al agente de aseguramiento, le corresponde la administración del riesgo en salud y financiero, incluyendo también la representación del afiliado ante el sistema, la articulación de los servicios la cual debe garantizar el acceso efectivo y la calidad en la prestación.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario, el cual debe ser mitigado bajo la implementación de acciones en relación a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo cual se sustenta una vez más la necesidad de contar con un modelo que logre operativizar la estrategia de gestión del riesgo y que busque una ejecución eficiente, no solo

del asegurador como directo responsable de la gestión del riesgo individual y poblacional, sino que por el contrario permita la participación de todos los agentes en salud en pro de la protección y bienestar de las poblaciones.

Continuando con el análisis de la primera reforma del SGSSS y lo concerniente a la gestión del riesgo, se identifica que para las enfermedades de alto costo, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deben responder directa y colectivamente por el riesgo de las poblaciones que presentan eventos de alto costo (Congreso de la República de Colombia, 2007, p. 9).

Lo anterior requiere que se realicen por parte de las EPS, ejercicios eficientes de caracterización poblacional, los cuales identifiquen qué tipos de riesgos son los que se están materializando, pero es necesario y fundamental, que se vincule dentro de esos ejercicios de caracterización, una actividad de categorización del riesgo identificado, lo anterior permite definir el nivel del riesgo el cual puede ser alto, medio o bajo, de esta manera se logrará contar con una priorización de actividades, así como de destinación de recursos, logrando eficiencia en la gestión.

Otro componente importante a tener en cuenta es el Plan Nacional de Salud Pública 2012 - 2021 el cual se define cada cuatrienio, y que ha definido la línea de gestión del riesgo en salud como:

> Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la 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 (Ministerio de Salud Y Protección Social, 2012, p. 90).

Para el cumplimiento de esta línea operativa del PNSP se incluyen actividades macro, que incluyen el Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial, la planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial, la modificación del riesgo, la vigilancia de la gestión del riesgo, la gestión de la calidad de la atención y la coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 91), entre otras más; éstas actividades deberán ser el marco de referencia del modelo, definiendo, los responsables, los entregables, los tiempos y las metas a lograr.

Continuando con los componentes relevantes que aportan a la gestión del riesgo se encuentra la Comisión de Regulación en Salud (CRES), donde algunas de sus funciones eran definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS), plan que debía ser garantizado por parte de las EPS de cara a la población que accedía a los servicios, así mismo otra de las actividades de la CRES era definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios, permitiendo un acceso a tecnologías en salud de manera oportuna y eficiente, lo anterior soportado en la mejor evidencia científica (Comisión de Regulación en Salud, 2010).

Es así como llega la segunda reforma del SGSSS, ley 1438 de 2011, donde su intención apunta a fortalecer el SGSSS, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), siendo esta una estrategia que se orienta de manera franca con estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, pero donde también es necesario definir el alcance de cada una de las dos estrategias, preguntándonos así el ¿en qué punto se encuentran estas estrategias y como se contribuyen?, vemos que sus metas más relevantes son: la disminución de la mortalidad materna, enfermedades de

interés en salud pública, la intervención de manera prioritaria de las enfermedades crónicas, así como mejorar el acceso efectivo al sistema (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Ahora bien, parte de las estrategias que contribuyen a esta Ley y sus intenciones, es el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), donde se enmarcan las metas de: alcanzar la equidad, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida. Nuevamente se genera una reflexión de cara a lo indicado a la segunda reforma del SGSSS y a la gestión del riesgo y es, ¿que tanto se logra identificar los alcances de las estrategias de APS y GIRS?, ¿cómo una puede contribuir a la otra a través de las acciones realizadas?, es fundamental que bajo estas estructuras establecidas, se cuenten con modelos que permitan soportar y demostrar cuales son las acciones de cada estrategia, sus alcances, sus entregables, los mecanismos de seguimiento y que de acuerdo a los resultados obtenidos, se realicen las modificaciones y ajustes necesarios para el alcance de los objetivos planificados.

Es así como entramos al año 2015 donde se crea la Ley 1751 Estatutaria en Salud, la cual establece la salud como derecho fundamental (Congreso de la República de Colombia, 2015), entendiendo que los derechos fundamentales requieren del resguardo y la garantía por parte del Estado. Igualmente se requiere comprender el paso de gestionar la salud como servicio público a derecho fundamental.

En la medida que se busca garantizar la vida, la salud, la dignidad humana y la libertad, un enfoque basado en la gestión del riesgo permite aportar al cambio eficiente en el servicio público, debido a que en la medida que se gestiona la salud como servicio público, necesariamente se deben contemplar objetivos mercantilistas; la administración de los recursos económicos y costos empleados, se convierte en un factor de decisión, pero en la medida que se cambia el enfoque a garantizar la salud como derecho fundamental, las variables a contemplar son diferentes, emerge el cuidado por la vida, el bienestar de las poblaciones, sin que el factor económico sea el marco de decisión, por el contrario es la protección de las poblaciones el punto de partida.

Lo anterior puede ser un alto en el camino para las aseguradoras, actuales responsables de la administración del riesgo, sobre todo desde el frente de la administración de los recursos económicos, según lo expuesto por Holzmann y Jorgensen,

> El MSR (Manejo Social del Riesgo) se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (como terremotos, inundaciones y enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra) (Jorgensen & Holzmann, 2003, p. 5).

De acuerdo a la cita anterior y en estricto sentido, las aseguradoras deberían contar con mecanismos que permitan identificar los riesgos desde todas las esferas del ser, y no únicamente lo relacionada con salud, migrando de un enfoque clínico asistencialista a enfoque social y participativo.

Cuando tenemos en cuenta un sistema de protección social se reconocen grandes desafíos que se deben afrontar, según lo indicado en el documento Crecimiento, equidad y ciudadanía (Hacia un nuevo sistema de protección social), en manejo del riesgo debe considerarse desde varios aspectos, no debe focalizarse en una sola línea; invita a reconocer las capacidades de las personas y el cómo ellos mismos pueden administrar sus riesgos, pero para lo anterior se requiere

crecimiento económico incluyente, una protección de su entorno, una garantía de sus derechos, entre otros,

> construir sistemas de protección social que sin abandonar el manejo del riesgo enfaticen en la necesidad de tener un crecimiento económico incluyente; diseñar políticas fiscales y de gasto público que lleven a superar las grandes desigualdades sociales que tiene el continente; establecer vínculos entre la protección social y la ciudadanía, es decir, el reconocimiento de que se trata derechos sociales y no favores que se otorgan a la población pobre; y configurar un sistema de focalización que llegue rápidamente a la universalización de la protección (Salazar & Bonniec, 2006).

Para el cumplimiento de lo anterior, el Estado debe garantizar que todas sus políticas públicas estén dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, de las inequidades, de los diferentes grados de vulnerabilidad en los cuales viven las poblaciones. Partir de una gran sombrilla denominada políticas sociales que incluyan el Manejo Social del Riesgo (MSR), y que a su vez den cuenta, de cómo se armonizan con las políticas en salud existentes, articulando acciones e intenciones que finalmente aportarán no únicamente a la gestión integral del riesgo en salud, sino que a su vez darán cuenta de la intención de la Ley Estatutaria y lo que significa el derecho fundamental a la salud.

Para el año 2015 bajo la ley 1753, se define el Plan Nacional de Desarrollo (PND), donde específicamente en el Art. 65 se define que: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la Política en Salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano (Departamento Nacional de Planeación , 2014).

Es por lo anterior que se adopta mediante la Resolución 429 de 2016 la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, la cual contiene tanto un marco estratégico, como un marco operativo; para el primero que corresponde al marco estratégico, se integran las siguientes estrategias: i) Atención Primaria en Salud - APS; ii) Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS; iii) cuidado; iv) enfoque de salud familiar y comunitario y v) el enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 2).

Ahora bien con relación al marco operativo de la política, se establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), donde su objetivo está dirigido a generar mejores condiciones de la salud de la población, así como la regulación de las intervenciones de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. Ésta política y modelo exigen la interacción coordinada entre las entidades territoriales, la gestión de la salud pública, las EAPB y los prestadores de servicios de salud (Ruiz, 2016), y donde a la fecha no se logra evidenciar con claridad esta interacción y como da respuesta eficiente a las necesidades de las poblaciones.

El MIAS se desarrolla a través de diez componentes; los cuales se exponen a continuación: i) Caracterización poblacional, la cual busca organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas; ii) Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) las cuales son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención; iii) Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), intervenciones que están dirigidas

a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos del individuo, prevenir las enfermedades, los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad; iv) Delimitación territorial del MIAS, donde la operación debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios; v) Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) quienes buscan garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud; vi) Redefinición del rol del asegurador, donde se incluyen las funciones generales del aseguramiento social en salud; vii) Redefinición del esquema de incentivos, aquí se busca orientar los incentivos hacia los resultados esperados en salud; viii) Requerimientos y procesos del sistema de información, el cual busca un sistema de salud centrado en el ciudadano, lo cual implica recolección, análisis y disposición de la misma, de tal forma que permita integrar los requerimientos de información de los diferentes agentes involucrados en la atención integral en Salud, que aporte a la toma de decisiones; ix) Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS), en este componente se deben desarrollar acciones a nivel de cuatro ejes: a) la formación del RHS; b) la armonización del RHS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; c) el fortalecimiento del RHS responsable de la planeación y gestión territorial en salud y d) gestión, planificación y mejoramiento de condiciones laborales del RHS a nivel nacional y territorial. Finalmente el último componente x) Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento, donde se asume el reto de la innovación bajo el establecimiento de estrategias efectivas para la rectoría, prestación de servicios de salud, fortalecimiento de los sistemas de información y del recurso humano en salud; así como una apuesta a mejorar el acceso equitativo a las nuevas tecnologías en salud.

Posterior y con el cambio de gobierno, para el año 2019 se establece la resolución 2626, por la cual se modifica la PAIS tanto en el marco estratégico, como en el marco operativo. Frente al marco estratégico la modificación corresponde a un paso de cuatro estrategias las cuales se citaron en el apartado anterior, a dos estrategias APS y GIRS y de cara al marco operático se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, el cual contiene ocho líneas mínimas de desarrollo que subsumen lo planteado en el MIAS, entendidas como: i) Línea de aseguramiento, acá se concentra la gestión del riesgo en salud y financiero, la afiliación de la población, la interacción con todos los agentes y la garantía del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), de cada uno de sus prestadores que conforman la red; ii) Línea de salud pública, donde se especifican las prioridades en salud a atender por parte del gobierno nacional y los territorios, En consecuencia, esta línea de acción contiene y amplía lo trabajado frente a la (GIRS), partiendo de un ejercicio de priorización de eventos en salud e incluyendo la línea de salud ambiental; iii) Línea de prestación de servicios; la cual se enfoca en ser garante de la optimización de los recursos y el acceso a los servicios bajo la tutela de lo indicado en el SOGCS; iv) Línea de talento humano en salud; esta línea se concentra en la dignificación, calidad, suficiencia y disponibilidad del talento humano en salud, contribuyendo al bienestar individual y la consolidación| de equipos de alto desempeño, igualmente considera aspectos de apropiación del conocimiento y fortalecimiento de la investigación; v) Línea de financiamiento, la cual busca garantizar una gestión eficiente y sostenible a través del seguimiento y disponibilidad de recursos; vi) Línea de enfoque diferencial, concentrada en reconocer las diferencias y particularidades de cada población, y donde se deberá garantizar las condiciones de aceptabilidad, accesibilidad y calidad; vii) Línea de articulación intersectorial; concentra los aspectos del sistema de información de la PAIS lo cual deberá definir objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior del sector salud y finalmente viii) Línea de Gobernanza, donde su objetivo es el fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Se podría llegar a considerar que un cambio tan prematuro del marco operativo de la política, puede llegar a confundir los diferentes territorios, a distorsionar los avances frente a la implementación del modelo en los diferentes territorios, a desdibujar las responsabilidades asignadas, a un ambiente de reprocesos continuos por parte de los entes reguladores, para este caso en particular el Ministerio de Salud. Si bien la justificación del MAITE se basa en las brechas en el desarrollo del MIAS, es relevante indicar que puede llegar a no ser oportuno realizar un cambio en tan corto tiempo, lo cual contribuye a generar confusión entre la tripartita que gestiona la salud en el país.

Se presenta a continuación una línea de tiempo que describe la evolución normativa frente a la gestión del riesgo en salud en Colombia.

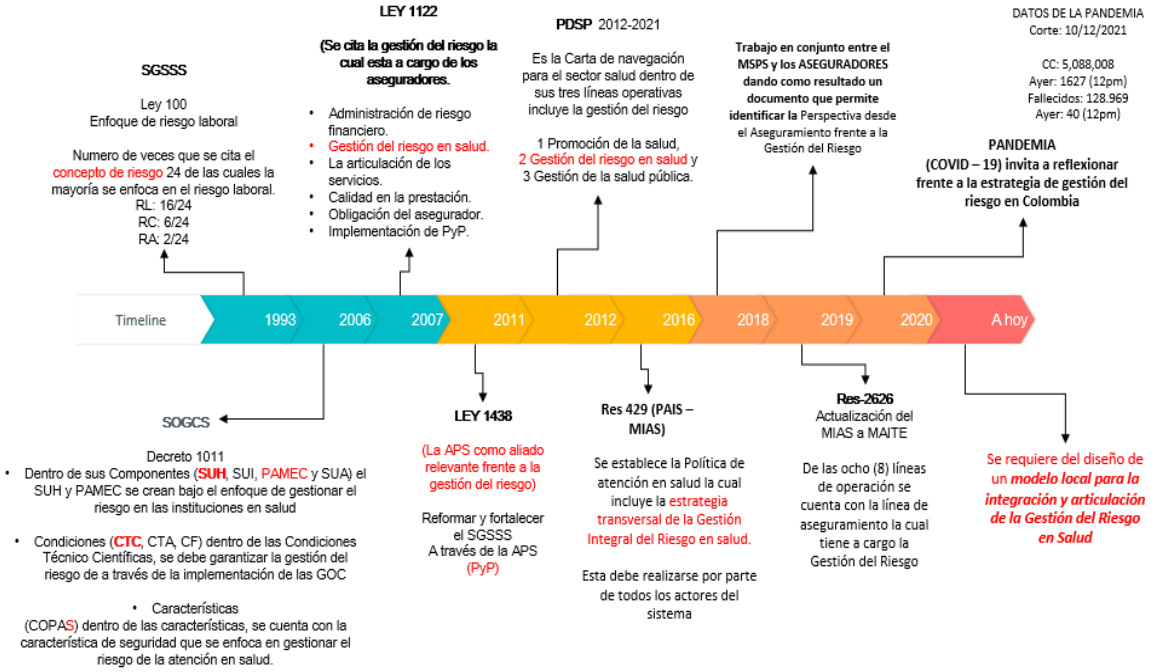

Figura 1. Línea de tiempo normativa relacionada con la gestión del riesgo

Vemos como están claramente definidos los grandes avances, desarrollos y evoluciones que ha tenido la salud en Colombia, pero ahora se realizará un repaso de manera breve de la otra cara de la moneda.

Se podría citar en este artículo reflexivo un listado extenso de las problemáticas en salud, lo cual no es propósito del presente, solo se tendrán en cuenta algunas y de las más relevantes, como lo son: la no articulación de los agentes en salud (Marín, Gómez, & Oquendo-Lozano, 2018, p. 3), la no evidente gestión del riesgo en el marco de una pandemia (A, 2020), el crecimiento desordenado de la cobertura de servicios generando un desequilibrio financiero; un aumento de la cobertura pero sin financiación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), un crecimiento de las deudas de las entidades territoriales, la igualación de planes de beneficios sin el correspondiente análisis de la efectividad de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, la falta de acceso efectivo a los servicios de baja, mediana y alta complejidad, entre otras. Pero en este artículo, el propósito va más allá de describir o sobre diagnosticar las fallas; es de tratar de responder a los grandes interrogantes

planteados, donde a la fecha, es uno de los hitos más relevantes en la atención en salud, así como en el desarrollo de una política pública en salud.

Como se ha mencionado con antelación, la importancia de tener en cuenta en el marco del modelo de gestión de riesgo que se pretende construir, el que se contemplen aspectos sociales del riesgo, permite dar cuenta del reconocimiento de variables como pobreza, vulnerabilidad, inequidad, así como las capacidades de los territorios, saliendo del esquema básico y lineal de salud, orientando de esta forma, las acciones a una mirada más completa, si bien el modelo de Protección Social colombiano se sustenta en el concepto de Manejo Social del Riesgo (Reina, 2011), se reconoce el largo camino que Colombia debe recorrer, teniendo siempre en cuenta que una adecuada identificación y manejo del riesgo permite el aprovechamiento de los recursos.

Este recorrido nos muestra que las transformaciones y avances se enfocan de manera franca en el positivismo, en lo lineal, en una medicina tradicional occidentalista, encaminada solamente en la cura de la enfermedad de la población (Watts, 2006), y no a un enfoque y gestión del riesgo, donde se tengan en cuenta los factores de riesgo y la causa raíz desde lo social, ya que es en este punto donde reposa la cotidianidad de la vida humana y su comportamiento (Betancourt, 2013).

Teniendo en cuenta que esto es uno de los aspectos más complejos de comprender, se hace imperativo su análisis y discusión partiendo del conocimiento y experiencia adquirida a través del tiempo, quizá esto nos puede brindar una posible luz a las soluciones que requiere el sistema. Es fundamental entender, que no podemos establecer unos ideales irreales en salud en el marco de un modelo fragmentado, atomizado, desarticulado, perverso, e indolente, que no tiene en cuenta su entorno, el cómo se conecta el ser con la vida (Cardozo, 2011), el cómo ésta fluye para sobrevivir y como se adapta a las diferentes etapas de cada ser humano.

Estado de pandemia por el virus de la COVID-19 en Colombia

Para una comprensión frente a la evolución acelerada de la pandemia a causa de la COVID 19 a nivel mundial y en Colombia, se realiza un recorrido de los hitos que marca esta enfermedad, partiendo del día 31 de diciembre del año 2019 donde la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) despliega una notificación correspondiente a un conglomerado de casos de neumonía en dicho territorio.

A la postre y bajo los inicios de investigaciones científicas, se determina que estas neumonías son causadas por un nuevo tipo de coronavirus alertando a las autoridades sanitarias. Subsecuente la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el correspondiente Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes en los tres niveles de la Organización los cuales son la Sede principal, las sedes regionales y los países, poniendo así a la Organización en estado de emergencia para abordar el brote.

Durante el mes de enero de 2020 La OMS informa a través de las redes sociales de la existencia de un conglomerado de casos de neumonía en Wuhan (provincia de Hubei); realizando publicaciones sobre brotes epidémicos relativos al nuevo virus, identificando una publicación en particular de referencia técnica para la comunidad mundial de investigación y salud pública. El documento contiene una evaluación del riesgo y una serie de recomendaciones (Organización Mundial de la Salud, 2020), incluye información sobre el estado de los pacientes en China y cómo, desde el marco de Salud Pública se ha dado respuesta al número de casos reportados.

Para el mes de marzo y bajo una sensación de preocupación alarmante debido a los niveles de propagación de la enfermedad y por su gravedad, la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia.

En Colombia siendo el día 6 de marzo del 2020 tres meses después del inicio del brote, se realiza la publicación del primer caso diagnosticado en el país, una joven de 19 años procedente de Italia - Milán, que hizo conexión en París y donde llevaba varios días en la ciudad de Bogotá, había consultado al servicio de urgencias en una de las IPS complementarias de la ciudad capital, luego de que una amiga mexicana con la que compartió varios días dio positivo para Sars-CoV-2 en su país.

Con esos pocos datos Colombia da inicio oficialmente a su pandemia por un virus que en 365 días ha causado 60.000 muertes confirmadas, más que cualquier otra enfermedad en tan poco tiempo en la historia reciente y que a corte de octubre de 2021 se cuenta con la identificación de 4.973.325 casos, 126.655 muertes y 4.816.568 recuperados. Para dicho corte Colombia cuenta con 13.974 positivos activos (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Según la distribución de coronavirus por departamento en Colombia, Bogotá reporta un total de 1.451.584 casos, manteniéndose como la región más afectada, con una ocupación por COVID-19 del 44.6%. Con relación a la distribución de casos por sexo, de los 4.973.325 casos en Colombia, el 47.5% (2.362.489) es atribuible a hombres y el 52.5% (2.610.836) son atribuibles a mujeres. Con relación al número de fallecidos, el 61.03% fueron del género masculino y el restante 38,97% fueron del género femenino (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Es relevante tener en cuenta que más allá de las pérdidas de las vidas humanas se suma las enormes pérdidas sociales, económicas, en salud mental y de la vida misma que se solía llevar, antes de la pandemia. Llegando así a otras de las preguntas establecidas ¿en el marco de la pandemia generada por la COVID-19, ¿se establecieron acciones preventivas y correctivas buscando la mitigación de la morbimortalidad de la población colombiana?.

Evidentemente Colombia ha implementado y avanzado en algunas actividades dando cuenta de una gestión del riesgo y como estas, están orientadas a la mitigación de los efectos de una pandemia, pero a su vez es ineludible recalcar que se contó con tiempo necesario para poder establecer acciones preponderantes para una intervención más eficiente.

Muchas de las actividades definidas por el gobierno nacional en el marco de la pandemia corresponden actividades de tipo correctivo y de tipo reactivo, entendidas como un aislamiento social y donde claramente no se realizó un ejercicio previo de conciencia social y sensibilización, para que se adaptara y acogiera de la mejor manera este tipo de estrategias, donde en definitiva se requería, el tener en cuenta que este tipo de decisiones limitarían el desarrollo económico, así como las dinámicas sociales, dando como consecuencia uno de los resultados tangibles que fue el no respeto y la no adherencia por parte de las poblaciones, aumentando así el riesgo, ya que las necesidades de la población superan este tipo de decisiones.

Cuando nos basamos en una estructura de gestión de riesgo es necesario partir de la identificación del mismo, esto es denominado como, riesgo inherente (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020, p. 38), posterior a esta identificación, se debe realizar el establecimiento de acciones (puntos de control), que estén orientados y permitan la mitigación, la contención y la paliación. Estas acciones entendidas como puntos de control, deben basarse en un ejercicio eficiente y efectivo de la identificación de la causa raíz, para así, poder lograr un efecto

real. Posterior a esto, se realiza el monitoreo y seguimiento de los puntos de control, para finalmente y de manera deliberada, realizar una nueva evaluación del riesgo entendida como, riesgo residual (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020, p. 49), es allí donde se dará cuenta si las actividades que se establecieron tienen la efectividad, la eficiencia y la calidad para mitigar el riesgo.

Ahora bien es relevante indicar que si desde un inicio no se tienen identificados los riesgos, todo un país queda a disposición del comportamiento de la enfermedad y sus impactos, generando unas pérdidas no solamente de vidas humanas como se refirió anteriormente, sino pérdidas de la producción económica del país y por ende, como daño colateral: afectación en: i) la gestión y resultados de las acciones de gobierno, ii) aumento en el gasto de bolsillo percapita, según el Boletín de prensa No 923 de 2020, generado por el MSPS:

> Uno de los avances a destacar que siempre ha tenido el sistema de salud colombiano es el de la protección financiera de los hogares y las personas derivado de los riesgos de salud que se le puedan presentar y de las eventualidades en salud que puedan surgir (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 1).

Continuando con los daños colaterales, el iii) aumento de la tasa de desempleo y por ende aumento de la pobreza multidimensional, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (Portafolio, 2020), la pandemia generó un aumento de la pobreza monetaria en 6,8 puntos, dando como resultado un ascenso al 42,5% en 2020, lo cual significa que 21 millones de personas están en dicha condición en ese periodo, así mismo el DANE frente a la pobreza extrema concluyo un ascenso del 15,1% lo que demostró un incremento de 5,5 puntos frente a 2019, es importante resaltar que dichos incrementos varían dependiendo la ubicación geográfica de las personas, a mayor ruralidad mayores niveles de pobreza, nuevamente en este apartado se sustenta la importancia del reconocimiento de un Modelo Social del Riesgo eficiente. iv) incremento de la carga en la enfermedad, Y finalmente v) un sinnúmero más de eventos negativos entendidas como muertes evitables, que como se mencionó en párrafos anteriores a corte de octubre de 2021 se cuenta con la identificación de 4.973.325 casos positivos y 126.655 muertes, donde se invita a la reflexión a través de una pregunta y es: ¿cuántas de estas muertes eran evitables?.

Otro punto a resaltar en el marco de la pandemia en Colombia, es el no alistamiento, contención y cuidado de las instituciones prestadoras de servicios de salud desde el componente financiero y económico, actualmente en el país se están realizando cierres masivos de servicios como estrategia de contención del costo (Alcaldía de Bogotá, 2020), buscando así la supervivencia de la institución, esto a causa de que la atención se ha concentrado en pacientes con evento COVID, y escudándose bajo el decreto 457 del 22 de marzo de 2020, dejando de lado aspectos como: la atención de grupos de riesgo, el aumento en la carga de la enfermedad, el incremento en la tasa de desempleo ya que ha esto se suman los profesionales de la salud.

Actualmente existen grandes desafíos para la salud en Colombia, partiendo de una estructura, que abarque el componente prestacional, el componente de aseguramiento, siendo fundamental contar con una línea técnica precisa, la cual debe ser entregada desde los entes reguladores, así como el acompañamiento a cada uno de los territorios, que busque guiar y garantizar acciones bajo el estado de pandemia, orientando de mejor manera la protección específica de las poblaciones en riesgo y generando un impacto positivo, permitiendo el desarrollo de los individuos, familia y comunidad, teniendo en cuenta siempre los determinantes sociales de la salud.

Generalidades de la gestión del riesgo en salud en Colombia.

Partiendo de lo definido por Tecabens en el año 2011 frente al concepto de riesgo y sus implicaciones:

> El riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo (Tocabens, 2011)

Nace otra de las reflexiones a los cuestionamientos planteados, ¿Se cuenta con una estrategia de gestión del riesgo en salud eficiente que permita mitigar un impacto negativo?. De acuerdo al modelo de atención en salud colombiano y como se mencionó en el apartado "Evolución del modelo de salud colombiano", el país cuenta con una estrategia que busca gestionar el riesgo de manera coordinada con los agentes en salud, donde se ha definido este enfoque como una estrategia transversal en el marco de la PAIS, para impactar de manera eficiente en las poblaciones.

Desafortunadamente a la fecha no se logra visibilizar de manera clara como se gestionan dichos riesgos, en qué punto se conectan las actividades, en que momento existe un dialogo y cohesión de los agentes para la sinergia y eficiencia de un modelo y política en salud, que han sido una acción y esfuerzo del gobierno colombiano, sumado a esto un estado de pandemia que permitió identificar que no hay una gestión de riesgo de corte preventivo, sino por el contrario más de tipo reactivo, lo que supone que las decisiones parten del hecho que el riesgo ya se materializó.

En las últimas dos décadas, los conceptos e ideas desarrollados en torno al riesgo han sufrido una evolución paradigmática, por lo menos desde el punto de vista científico- académico. La identificación y conocimiento de las causas de ocurrencia (causa raíz) de cierto tipo de amenazas que pueden desatar una consecuencia negativa, es una de las áreas en la cual la ciencia moderna ha realizado avances importantes.

En la actualidad, en un gran número de enfermedades se tiene la posibilidad de conocer la causa raíz, al momento de realizar los análisis correspondientes, se ha podido identificar que para que dicha enfermedad se haya presentado, se tuvieron que conjugar una serie de eventos y factores, los cuales no solo se pueden atribuir a aspectos biológicos.

En la medida que estos eventos son polifacéticos, no es oportuno sesgar y reducir su análisis a la perspectiva que hace predominar el conocimiento natural o tecnológico, ya el concepto de riesgo parte de una caracterización y categorización social (Lavell, 2001). Por lo anterior, es primordial indagar los procesos sociales que inciden y se conjugan con los desencadenantes de dichos eventos, que generan consecuencias importantes, lo cual en la actualidad se denomina determinantes sociales de la salud.

En Colombia, se cuenta con el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP el cual se planifico para los periodos 2012-2021, allí se ha definido 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 (Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en salud, 2015, p. 6).

Dichos riesgos son generados por diferentes causas y factores que pueden requerir de varios años para su configuración, ejemplo de ello son los hábitos de vida saludable específicamente alimentación, la falta de actividad física, el consumo indiscriminado de bebidas alcohólicas y/o sustancias psicoactivas, entre otros.

Y es aquí donde para establecer medidas poblacionales efectivas y acciones de gobierno que mitiguen los riesgos, se debe obligatoriamente conocer la distribución y dinámica de estos factores. En estricto sentido, los individuos que comparten ciertas características y/o condiciones de vida comunes de exposición, pueden ser distribuidas en grupos de riesgo, lo que se denomina caracterización poblacional, donde deben ser abordados de forma integral y particular para que dicha disposición a múltiples factores se puedan mitigar y controlar.

De acuerdo a la estructura de la atención en salud en Colombia, los riesgos pueden clasificarse en tres tipos i) primarios; ii) técnicos; y iii) sociales o ambientales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Como se demuestra en la siguiente figura.

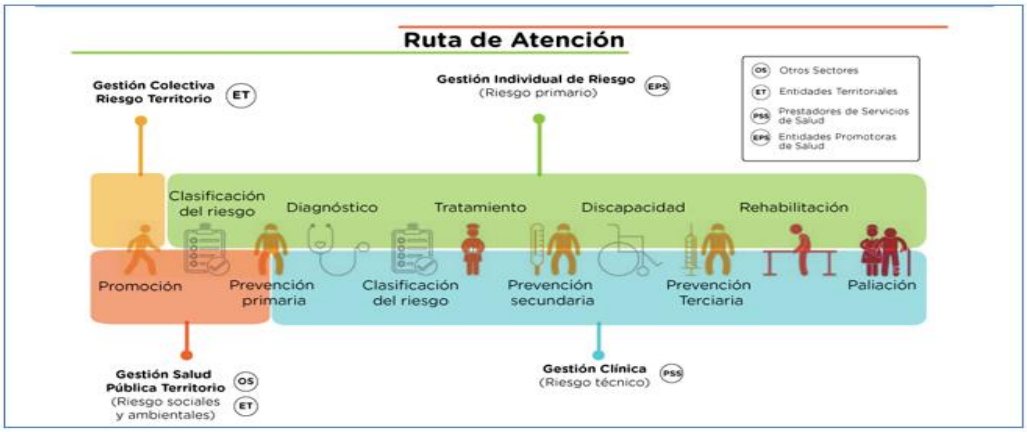

Figura 2: Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, página del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Disponible en Ministerio de Salud y Protección Social > Protección social > Gestión Integral del Riesgo en Salud.

El primer riesgo se define como riesgo primario, el cual se refiere a la incidencia de una enfermedad, así como su complicación; el segundo definido como riesgo técnico éste se refiere al derivado de "errores de atención en los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad"; los terceros y últimos son los riesgos propios del entorno en el que la vida de las personas transcurre (ver figura 2)

Para armonizar los alcances de las acciones frente a la gestión integral del riesgo, el sistema de salud colombiano ha definido como se mencionó una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual es la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) buscando identificar oportunamente los eventos y/o problemas de salud para que éstos no se presenten, o se detecten y se traten de manera temprana para impedir, acortar o mitigar su evolución y/o consecuencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 32).

Dentro de la estructura de la estrategia GIRS, se cuenta con un componente de gestión colectiva, la cual es la encargada de los riesgos sociales y ambientales, así mismo un componente de gestión individual del riesgo, encaminada a los riesgos técnicos/operativos y primarios que se citaron con anterioridad y que se encuentran a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y los Prestadores de Servicios de Salud tanto primarios como complementarios (Ver Figura 2).

Como lo indica la PAIS, la gestión colectiva del riesgo evidencia ser mucho más costo-efectiva que la gestión individual, ya que el alcance de las actividades es generalmente más amplio dando un mayor espectro en relación con los recursos que se destinan; sin embargo, es necesario indicar que estas acciones pueden disminuir en efectividad, ejemplo de ello es cuando el riesgo que se quiere mitigar, ocurre muy pocas veces (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 42).

Para responder otro de los interrogantes planteados ¿las acciones de gobierno responden de forma eficaz a las necesidades sentidas de las poblaciones?, es necesario establecer acciones que se puedan realizar partiendo de las capacidades territoriales (capacidad financiera, capacidad técnica, capacidad administrativa, capacidad científica, capacidad del talento humano y capacidad tecnológica).

Por lo anterior se postula que para la mitigación de los riesgos primarios se deben fortalecer las acciones de: i) promoción de la salud a través del fortalecimiento de la gobernanza (Organización Panamericana de la Salud, 2018), entendida esta como la forma de administrar y cuidar el sistema de salud, lo cual se caracteriza por la articulación y participación de los agentes en salud; del cómo se toman decisiones y del cómo se implementan políticas públicas bajo un objetivo en común y en pro del beneficio de las poblaciones (Universidad de Antioquia, 2021). Adicional a la acción de promoción de la salud, se debe realizar la implementación de zonas que permitan un mayor desarrollo de la salud, como por ejemplo lo son: parques, zonas verdes, zonas nutricionales, lo anterior permite fortalecer la intención de la promoción de la salud, así como aportar a la vida de las poblaciones.

Otra de las acciones ii) es el análisis de riesgo de las poblaciones con enfoque diferencial y la caracterización y clasificación del riesgo de cada uno de los individuos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 43), esto genera la identificación temprana de factores modificables lo cual requiere una intervención inmediata, brindando una gestión del riesgo oportuna, donde se deben definir actividades de prevención, detección y control. Otra acción, iii) es la tamización, identificación y seguimiento de los individuos con riesgo de enfermedad, siendo necesario la identificación temprana de factores, para la definición de actividades de control.

Con relación a la mitigación de los riesgos técnicos-operativos es necesario garantizar actividades de: i) Modificación del riesgo a través de acciones costo-efectivas aplicadas por el personal de salud y prestadores de servicio (Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en salud, 2015, p. 47)., estas deben realizarse a través de la monitorización y seguimiento continuo de los requerimientos mínimos definidos en calidad, buscando siempre el contribuir a un enfoque seguro; ii) Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS para cada uno de los 17 grupos de riesgo definidos en la Política y Modelo de atención, allí es importante garantizar los recursos financieros, técnicos y del talento humano en salud para la operativización de dichas rutas; iii) estructurar un sistema de incentivos orientado a los resultados en salud, donde se tenga en cuenta la garantía no únicamente de indicadores de resultado o proceso, se hace preciso incluir indicadores de impacto.

Todo las acciones y actividades descritas y planteadas, requieren partir y ser lideradas desde el aseguramiento en salud, con el apoyo estratégico de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y bajo la línea técnica de las Entidades Territoriales (ET), tanto distritales como departamentales. De esta manera se incluyen las necesidades de las poblaciones y se articulan acciones y responsabilidades de cada uno de los agentes en salud.

Es necesario que los aseguradores enfoquen sus esfuerzos a la gestión del riesgo a través de la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud para los afiliados (riesgo inherente, riesgo residual y riesgo retenido) (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020), implementando puntos de control en el marco del modelo de atención los cuales deben estar basados en las mejores prácticas y con el talento humano en salud adecuado.

Si bien inicialmente se consideraba la GIRS como una disposición encaminada a optimizar el uso de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, la cual se debe garantizar a cada aseguradora, desde inicios del 2020 y con la entrada en vigor de los Presupuestos Máximos, el gobierno busca estimular una gestión del riesgo por parte de las aseguradoras, basada en la integralidad.

En un orden de ideas, los modelos de contratación de servicios que acuerden las aseguradoras deben contemplar estrategias, programas y acciones que les permitan optimizar los recursos, con la particularidad de que se debe propender por los mejores resultados en salud y basados en un enfoque de riesgo demostrable.

Casos que afianzan la postulación anterior son las actividades que se realizan en: i) los programas de control del riesgo Cardio-metabólico, fortalecidos y articulados con actividades de promoción de hábitos de vida saludable, los cuales no generen una carga financiera adicional para los pacientes tanto de los regímenes contributivo como subsidiado; ii) el programa materno perinatal orientado al control y seguimiento del binomio madre/hijo que está orientado a disminuir los riesgos durante el embarazo y el parto, ii) los programas dirigidos al ciclo de vida de joven, donde se tiene énfasis en la salud sexual y reproductiva, la salud mental y los hábitos de vida saludable, iii) las actividades orientadas a la salud mental en toda la población afiliada, con énfasis en poblaciones en condición de vulnerabilidad: niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, pacientes crónicos y personas víctimas de los diferentes tipos de violencia , donde esta última actividad es vital bajo el estado de pandemia y que requiere de un fortalecimiento y donde es imperativo hacer énfasis en los trabajadores de la salud.

Pese a los logros y avances evidenciados y teniendo en cuenta las experiencias exitosas que se identifican en algunos programas de gestión integral del riesgo, aún persisten grandes retos relacionados con el incremento de la capacidad para administrar y gestionar el riesgo en las zonas rurales y rurales dispersos; así mismo el fortalecimiento de la sinergia entre los Entes Territoriales, EAPB e IPS; y el avance hacia modelos de contratación orientados a resultados en salud que contemple la medición del impacto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 30).

Ahora bien bajo el estado de pandemia y haciendo la claridad que una pandemia es imposible de prever, en Colombia, es importante fortalecer acciones que estén orientadas a la prevención proactiva y no, que las acciones sean producto de la reactividad consecuente a la materialización del riesgo.

El incremento en las muertes, el aumento de la carga de la enfermedad en pacientes con enfermedades transmisibles y no transmisibles, son fundamento necesario para comprender que

cada acción que se realice debe partir de las necesidades de las poblaciones, contemplado las capacidades técnicas de cada territorio y buscando en todo momento la identificación de la causa raíz para impedir la materialización del riesgo.

Hasta acá, se hace evidente que el sistema de salud desde la mirada de riesgos, presenta brechas importantes en su gestión, visibilizándose aún más en un estado de pandemia, permitiendo realizar reflexiones desde la estructura misma de la política, de cómo se estructuro la estrategia y que mecanismos permiten operativizarla, como por ejemplo la existencia de un modelo, que garantice la sinergia de los actores, la identificación de factores de riesgo, la prestación de servicios bajo un continuo y eficiente enfoque del riesgo. Así mismo que cuente con diferentes instrumentos para realizar seguimiento continuo, identificado oportunidades de mejora que permitan avanzar en el objetivo definido tanto en la estrategia como en la política.

La importancia de una política pública basada en riesgo.

Las políticas públicas en salud están presentes en todos los escenarios, preocupa a los responsables públicos y privados poniendo en movimiento tanto a las ciencias sociales, las ciencias económicas y las ciencias fácticas. En cuanto a investigación, se refiere que las políticas públicas se caracterizan por la atención que se pretende en su estudio a un tema de gran importancia, el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad pública o gubernamental (Gavilanes, 2009).

Dicho trabajo abarca múltiples aspectos que van desde la definición y selección de prioridades de intervención, hasta la toma de decisiones administrativas y de evaluación, los hacedores de política cuentan con una variedad de instrumentos y herramientas que van desde los gravámenes, hasta la comunicación, desde la reglamentación hasta la creación de instituciones, el trabajo gubernamental es fundamental en este aspecto, ya que sus decisiones generan gran repercusión en la sociedad.

Pero ¿qué se entiende por política pública?, para dar respuesta a este interrogante, es necesario remitirse a mediados del siglo XX donde en el contexto norteamericano a través del análisis y la investigación, se separa conceptualmente el concepto de política. Lo anterior por su término en inglés, Diferenciando tres términos, el primero corresponde a Polity, en el cual se enmarca el ejercicio político como tal, el segundo corresponde a Politics, donde se desarrollan todas las actividades políticas orientadas al control del poder político y por ultimo Policy, lo cual son las actividades que se realizan para cumplir los objetivos establecidos en el marco de una Politica y que pueden ser ejecutadas por gobiernos, grupos o personas, ahora bien el conceoto de política pública indica el curso de acción puesto en marcha por autoridades, gubernamentales en particular (Deubel, 2010).

Posteriormente debido al interés de investigación frente a las Políticas Púbicas, se identifican múltiples definiciones ejemplo de ello, “trabajo de las autoridades investidas de legitimidad publica o gubernamental” (Tohenig, 1997), o en el contexto colombiano, “conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemicas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables” (Vargas, 2020), ahora bien, para efectos del presente documento se tendrá en cuenta la siguiente definición.

> Un conjunto conformado por uno o varios objetos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones, que son tratados, por lo menos

> parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (Tassara, 2013).

Otro de los aspectos a tener en cuenta son los criterios de calidad que debe tener una política pública (Melo, 2013) dentro de los cuales se identifican i) la capacidad de resolución y ejecución, está se debe poner en marcha y tener alcance en el cumplimiento obligatoriamente, Asimismo encontramos otro criterio de calidad cómo es, ii) la estabilidad, entendida como la capacidad de mantener estable en el tiempo y en la dirección para la cual fue diseñada, evitando sus oscilaciones en un término prematuro, por otra parte, iii) la adaptabilidad la cual debe estar siendo monitorizada para determinar los cambios necesarios y realizarse los ajustes en los momentos que se requiera, finalmente, iv) la coherencia y coordinación, dónde deben ser compatibles a los programas y los proyectos institucionales con la finalidad de evitar duplicidad y conflicto entre ellos. Finalmente las políticas deben ser apropiadas por las diferentes organizaciones y servir como marco de referencia para establecer y revisar los objetivos, basarse en elementos estratégicos y partir de la prioridad de las necesidades de las poblaciones, siendo una guía política y una buena práctica gubernamental, esta debe ser documentada comunicada y revisada periódicamente, siendo susceptible de modificación y ajustes.

Aunque existen diferentes autores que referencian los ciclos de políticas públicas, estas no deben verse en un orden inamovible o estricto, con unas etapas condicionadas y dependiente la una de la otra, pero si es necesario establecer una línea base estructural. Para efectos del presente documento se tendrá en cuenta lo indicado en la guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales (Alcaldía de Bogotá, 2018). Acá se comprenden cinco fases, la primera, elaboración de la agenda pública, donde se realiza la identificación de la situación, potencialidad o problema a intervenir: valoración de factores críticos; la segunda fase, la formulación, donde se realiza la selección de alternativas posibles, la decisión de política y plan de acción; una tercera fase, donde se realiza la adopción de la decisión; la cuarta fase, que corresponde a la implementación, realizando las acciones planificadas en el plan de trabajo, y una última y quinta fase, que corresponde a la evaluación, allí se realizan las mediciones y análisis de los resultados obtenidos por la gestión.

Partiendo de este ciclo de política pública referenciado y enmarcado en el objeto de este artículo, es fundamental que en la primera fase del ciclo de la política entendido como elaboración de la agenda pública, se realice en primera instancia una identificación del contexto externo e interno de las poblaciones, así como una caracterización poblacional que contenga un alto rigor metodológico, y donde se aplique de manera inmediata la categorización del riesgo tanto de las poblaciones caracterizadas, como el riesgo de no intervenirlas o realizar acciones que contengan dicho problema.

Con relación a la caracterización poblacional debe comprender cinco pasos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pp. 27 - 28), el primer paso el análisis geográfico; el segundo paso, es análisis territorial donde se realice examinen de los entornos en los que viven los individuos; el tercer paso, el análisis de la morbilidad; el cuarto paso, el análisis de la mortalidad; es aquí donde se permite dar paso a la identificación de los focos y problemáticas a atender específicamente en salud; y finalmente el quinto paso que corresponde a la priorización de acuerdo a las necesidades

de los individuos, familia y comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 51),, es importante tener en cuenta no únicamente los aspectos biológicos.

Referente a la categorización del riesgo, es un ejercicio que sumado a la caracterización, posibilita identificar el nivel del riesgo en el que se encuentran las poblaciones, permitiendo así, dar paso, a ejercicios eficientes de priorización de los diferentes riesgos identificados. Este ejercicio de priorización se puede basar en variables como: i) mayor frecuencia, y ii) mayor probabilidad, para que posterior a esto, se establezcan acciones preventivas que permitan mitigar la materialización del riesgo identificado, a continuación se presenta un esquema que explica lo expuesto.

Figura 3: Actividades de gestión del riesgo en fase de Política Pública (Agenda Pública), Elaboración propia.

Ahora bien para la segunda fase que corresponde a la formulación y donde se parte de la problemática identificada y priorizada, se sugiere contemplar un enfoque del riesgo en el marco de la formulación de las posibles alternativas, esto permite que la decisión política contemple una miranda más completa y no se concentre únicamente en el problema, sino por el contrario en los múltiples factores que pueden estar asociados. Cada una de las actividades planificadas en las políticas públicas para Colombia, deben partir de la identificación de los factores de riesgo de las poblaciones, y sus determinantes sociales, así mismo se debe tener en cuenta las capacidades de cada uno de los territorios, lo anterior aporta a contar con acciones mucho más eficientes y efectivas (ver Figura 4).

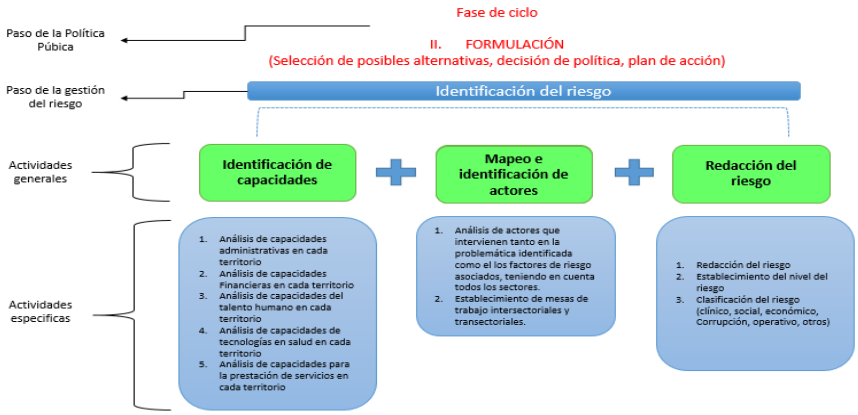

Figura 4: Actividades de gestión del riesgo en fase de Política Pública (Formulación), Elaboración propia.

Con relación a la tercera fase que corresponde a la Adopción de la decisión, es necesario contar con metodologías que permitan realizar el análisis y evaluación de los riesgos, para esto Colombia cuenta con diferentes metodologías, que permiten establecer actividades entendidas como puntos de control, donde se sugiere que sean actividades que busquen prevenir, detectar y corregir las posibles amenazas o materializaciones de riesgo (ver Figura 5).

Figura 5: Actividades de gestión del riesgo en fase de Política Pública (Adopción de la decisión), Elaboración propia.

Para la cuarta fase que corresponde a la implementación de la política, es imperativo realizar acompañamiento a los agentes en salud para un óptimo desarrollo tanto de la política pública como de la gestión del riesgo, buscando garantizar la adherencia de las actividades establecidas, esto permite aportar a la garantía del cumplimiento de las metas y objetivos definidos, (ver Figura 6)

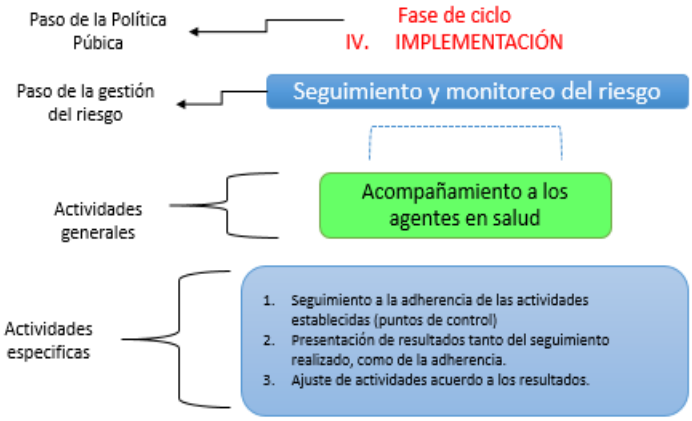

Figura 6: Actividades de gestión del riesgo en fase de Política Pública (Implementación), Elaboración propia.

Finalmente para la quinta fase, la cual corresponde a la evaluación, es necesario realizar la valoración del riesgo nuevamente (riesgo residual), permitiendo validar si las acciones establecidas

cumplieron con los objetivos definidos, culminando en el reconocimiento de lecciones aprendidas y la definición de oportunidades de mejora para la gestión en futuras vigencias (ver Figura 7).

Figura 7: Actividades de gestión del riesgo en fase de Política Pública (Evaluación), Elaboración propia.

Este capítulo permite identificar la importancia de una política pública basada en riesgo, así mismo las figuras expuestas buscan generar un aporte en el marco de la planificación, ejecución y evaluación de las Políticas Públicas en salud de Colombia. Así mismo busca generar en el lector, una reflexión frente a la importancia de vincular la gestión del riesgo en todas las acciones dirigidas a las poblaciones. A continuación se presenta una tabla que identifica las actividades frente al planteamiento de vincular un enfoque de riesgo en las Políticas Públicas en salud (Ver Tabla 1).

Tabla 1: *Actividades para operar la gestión del riesgo desde el marco de política pública.*

Fase del ciclo de política publica		actividades para operar el riesgo en el marco de las políticas publicas en salud					
		Paso de la gestión del riesgo		Actividad General		Actividades especificas intersectoriales o transectoriales	
1	ELABORACIÓN DE LA AGENDA PÚBLICA	1.1	Establecimiento del contexto	1.1.1	Caracterización Poblacional	1.1.1.1	Análisis de características demográficas
						1.1.1.2	Análisis de características territoriales
						1.1.1.3	Análisis del perfil de morbilidad
						1.1.1.4	Análisis del perfil de mortalidad
						1.1.1.5	Análisis de determinantes sociales en salud
						1.1.1.6	Análisis de las dinámicas de las poblaciones
						1.1.1.7	Listado de problemáticas identificadas
				1.1.2	Categorización	1.1.2.1	Clasificación de problemáticas por tipo (Social, Salud, Económicos, otros)
						1.1.2.2	Ejercicio de priorización (aplicación de variables de impacto y probabilidad a cada problemática identificada)
						1.1.2.3	Identificación del nivel riesgo (alto, medio, bajo)
2	FORMULACIÓN	2.1	Identificación del riesgo	2.1.1	Identificación de capacidades	2.1.1.1	Análisis de capacidades administrativas en cada territorio
						2.1.1.2	Análisis de capacidades Financieras en cada territorio
						2.1.1.3	Análisis de capacidades del talento humano en cada territorio
						2.1.1.4	Análisis de capacidades de tecnologías en salud en cada territorio
						2.1.1.5	Análisis de capacidades para la prestación de servicios en cada territorio
				2.1.2	Mapeo e identificación de actores	2.1.2.1	Análisis de actores que intervienen tanto en la problemática identificada como el los factores de riesgo asociados, teniendo en cuenta todos los sectores.
						2.1.2.2	Establecimiento de mesas de trabajo intersectoriales y transectoriales.
				2.1.3	Mapeo e identificación de actores	2.1.3.1	Redacción del riesgo
						2.1.3.2	Establecimiento del nivel del riesgo
						2.1.3.3	Clasificación del riesgo (clínico, social, económico, Corrupción, operativo, otros)
3	ADOPCIÓN DE LA DECISIÓN	3.1	Valoración del riesgo	3.1.1	Análisis de los	3.1.1.1	Establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias
				3.1.2	Establecimiento de Actividades	3.1.2.1	Establecer actividades preventivas (Actividades antes del inicio de la política
						3.1.2.2	Establecer actividades de detección y búsqueda (actividades durante la ejecución de toda la política).
						3.1.2.3	Establecer actividades de corrección (actividades posterior a la materialización del riesgo)
				3.1.3	Evaluación de los riesgos	3.1.3.1	Buscar confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a las actividades establecidas (puntos de control) Con el fin de determinar la zona de riesgo final (Riesgo Residual)
4	IMPLEMENTACIÓN	4.1	Seguimiento y monitoreo del riesgo	4.1.1	Acompañamiento a los agentes en salud	4.1.1.1	Seguimiento a la adherencia de las actividades establecidas (puntos de
						4.1.1.2	Presentación de resultados tanto del seguimiento realizado, como de la adherencia.
						4.1.1.3	Ajuste de actividades acuerdo a los resultados.
5	EVALUACIÓN	5.1	Evaluación y comunicación	5.1.1.	Evaluación de la Gestión	5.1.1.1	Revaloración del riesgo
						5.1.1.2	Toma de decisiones
						5.1.1.3	Identificación de oportunidades de mejora
						5.1.1.4	Lecciones aprendidas
						5.1.1.5	Comunicación y presentación de los resultados de gestión a todos los actores y agentes.

Elaboración propia.

Ahora bien con relación a la Política de Atención Integral en Salud definida para Colombia y en pro de aportar a una de las estrategias transversales denominada Gestión Integral del Riesgo, se

presenta la postulación de un modelo que permite contribuir al desarrollo de dicha estrategia, el modelo postulado tiene como objetivo primordial la articulación de los agentes en salud a través de actividades enfocadas en la gestión del riesgo.

Se espera que este escrito se traduzca en una invitación a reflexionar frente al cómo actuar en el sector salud bajo un enfoque de riesgo, en el cómo se toman decisiones, en lo que se debe considerar al momento del análisis de problemáticas en salud y la definición de acciones. Por lo anterior se persiste en la necesidad de diseñar un modelo que permita la integración y articulación de los agentes en salud y que aporte a generar un impacto positivo en las poblaciones a cargo (ver Figura 9).

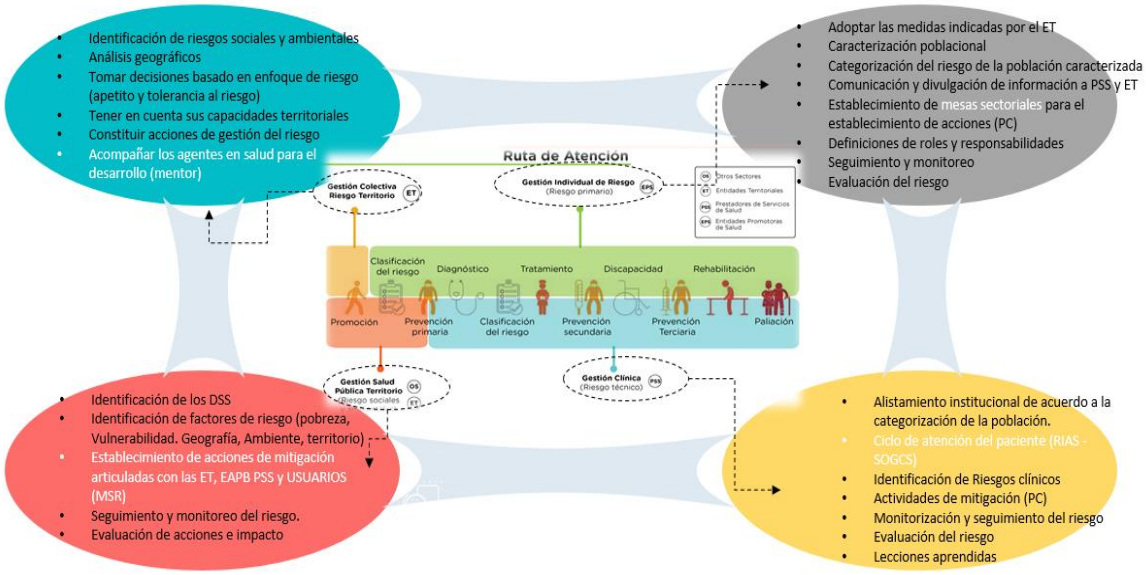

Figura 9: Actividades para operar la estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud., Elaboración propia.

El modelo expuesto cuenta con 4 puntos de articulación a través de actividades, el primer punto corresponde a la gestión colectiva, donde se desarrolla el riesgo territorial, allí se sugiere tener en cuenta actividades hito como: i) identificar las capacidades de los territorios, ii) identificación de riesgos sociales; iii) análisis de la geografía y territorio iv) análisis de riesgo ambiental, y v) análisis de las dinámicas y comportamientos poblacionales, entre otras. Si bien la gestión del riesgo territorial está a cargo de las Entidades Territoriales, es necesario que se cuente con mecanismos de acompañamiento por las Instituciones que dan la línea de mando, como por ejemplo, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres UNGRD, la Corporación Autónoma Regional CAR, el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros, Buscando orientar las mejores acciones para el alcance de objetivos.

El Segundo punto de articulación se encuentra en la gestión en salud pública, ésta es una fuente de armonización transectorial muy relevante, es en éste punto donde se sugiere el desarrollo de actividades como: i) mesas de trabajo sectorial que busque la identificación conjunta de los DSS, así como la identificación de factores de riesgo que acrecienten la pobreza, vulnerabilidad. Entre otros, ii) establecimiento de acciones de mitigación articuladas con las ET, EAPB PSS y USUARIOS lo anterior permite un enfoque de Modelo Social del Riesgo, iii) Seguimiento y

monitoreo del riesgo por parte de cada sector; y iv) la evaluación de acciones y el impacto positivo generado.

El tercer punto de articulación es la gestión clínica, donde reposa el riesgo clínico, en este punto se sugiere realizar actividades como: i) Alistamiento institucional de acuerdo a la categorización de la población; ii) definir el ciclo de atención para los pacientes, teniendo en cuenta lo definido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, así como lo definido en el Sistema Único de Habilitación SUH y el Sistema Único de Acreditación, lo anterior garantiza una prestación de servicios con calidad, seguridad y bajo la mejor evidencia científica disponible; iii) Identificación de Riesgos clínicos generados de la interacción del médico y el paciente. En esta actividad se deberán establecer puntos de control como por ejemplo listas de chequeo, seguimiento de adherencia a guías de práctica clínica, entre otras; y iv) análisis de casos entre las IPS, EAPB, y ET, para garantizar una gestión clínica eficiente y segura.

Finalmente el cuarto punto de articulación es la Gestión individual del riesgo. Allí se deben adoptar por parte de todos los agentes de salud, las indicaciones y línea técnica brindada por instituciones como el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), teniendo en cuenta los comportamientos de las poblaciones, permitiendo realizar ajustes a nivel territorial de acuerdo a los resultados alcanzados, otras actividades que se sugieren en este punto son: i) Ejercicio de caracterización poblacional que cuente con la participación de las IPS y ET; iii) Categorización del riesgo de la población caracterizada; iv) Comunicación y divulgación de información a todos los prestadores de servicios de salud y entidades territoriales; v) establecimiento de mesas sectoriales para la definición de acciones preventivas y correctivas, definiendo el rol, alcance y responsabilidades de cada actor, y finalmente vi) seguimiento, monitoreo y evaluación del riesgo, identificando oportunidades de mejora y lecciones aprendidas.

Conclusiones

1. Es necesaria la articulación de todos los agentes en salud frente a la gestión del riesgo que permita una armonización de acciones y un diálogo permanente.
2. Se requiere identificar cual es el mecanismo hito que permita la articulación de los agentes en salud
3. Es fundamental partir de una caracterización y categorización poblacional, permitiendo identificar las prioridades en salud, donde no solamente se concentre en una atención al evento agudo, sino por el contrario la atención de toda la población en general, buscando una ganancia en salud en todos los ciclos de vida.
4. Se requiere definir el alcance de cada una de las responsabilidades de los agentes que hacen parte del sistema, siendo esto hito fundamental en aras de contribuir a una operación coordinada y que permita brindar las mejores y más eficientes acciones para la contención de la morbimortalidad generada por la covid-19.
5. Las políticas públicas en salud en su fase de planificación, deben contar con una estructura orientada a la gestión del riesgo.
6. Se requieren instrumentos que le permitan a los agentes, gestionar actividades de cara a las poblaciones y que se tenga en cuenta siempre en los conceptos el esquema de falla sistémica, aportando así de manera eficiente a la salud de las poblaciones.
7. Es necesaria la reestructuración del modelo de atención en salud para Colombia partiendo de un enfoque de riesgo y que cada una de las actividades planificadas y acciones destinadas

a las poblaciones se presten bajo marcos de calidad propendiendo por el disfrute y el goce efectivo de la salud no sólo el individuo sino de la familia y la comunidad.

8. Las RIAS son pilar fundamental de la estrategia GIRS, aportando a la ganancia en salud y disminución de la carga de la enfermedad
9. Los servicios de salud implican una respuesta a eventos que, en muchos casos, son impredecibles y en los que el potencial de pérdidas, tanto financieras como de bienestar, es alto.
10. Los prestadores de servicios de salud y aseguradoras deben ser conscientes de los riesgos que enfrentan para poder gestionarlos oportunamente y prevenir el posible daño tanto para los pacientes como para su propia sostenibilidad.
11. Las políticas públicas en salud en su fase de planificación, deben contar con una estructura orientada a la gestión del riesgo
12. Se requiere de un Modelo que permita operar la estrategia definida en la PAIS denominada Gestión Integral del riesgo en Salud.
13. Se hace evidente que el sistema de salud desde la mirada de riesgos, presenta brechas importantes en su gestión, visibilizándose aún más en un estado de pandemia, permitiendo realizar reflexiones desde la estructura misma de la política, de cómo se estructuro la estrategia y que mecanismos se requieren.
14. Existen grandes desafíos para la salud en Colombia, desde la prestación de los servicios de salud, la gestión del aseguramiento y la línea técnica y operativa por parte de las entidades territoriales y nacionales.
15. Se requiere avanzar en investigación orientada en la gestión del riesgo y la posibilidad de armonización de actores.

Bibliografía

A, G. M. (2020). *Opinión&Salud.com Revista Digital*. Recuperado el 3 de Enero de 2022, de http://www.opinionysalud.com/2021/03/12/pandemia-por-covid-19-confirma-fracaso-de-la-gestion-del-riesgo-en-salud-por-parte-de-las-eps-y-del-estado/

Alcaldía de Bogotá. (2018). *Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales.* Bogota, Colombia. Obtenido de http://www.sdp.gov.co/gestion-socioeconomica/politicas-sectoriales/guia-de-politica-publica

Alcaldía de Bogotá. (2020). *Reporte de novedades al registro especial de prestadores de servicios de salud.* Recuperado el 11 de Diciembre de 2021, de https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/reporte-de-novedades-al-registro-especial-de-prestadores-de-servicios-de-salud

Así vamos en salud. (2020). *Indice Nacional de Salud.* Bogota. Obtenido de https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/indice_asi_vamos_en_salud_2020_final_vf_1.pdf

Así vamos en salud. (2020). *Índice nacional de salud.* Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/indice_asi_vamos_en_salud_2020_final_vf_1.pdf

Betancourt, W. (2013). *La filosofía como forma de conocer.* Cali, Colombia: Universidad del Valle. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/pafi/n37/n37a02.pdf

Cardozo, M. (2011). Las ciencias sociales y el problema de la complejidad. *Argumentos Mexico, 24*, 15-35. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-57952011000300002&lng=es&nrm=iso

Comisión de Regulación en Salud. (2010). *Resolución 150.* Bogota, Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%200150%20de%202010.pdf

Congreso de la República de Colombia. (1990). *Ley 10.* Bogota, Colombia. Obtenido de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6486.pdf

Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de la República de Colombia.* Bogota, Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715.* Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122.* Bogota, Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122.* Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438.* Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751.* Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria.* Bogotá, Colombia.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2020). *Guia para la adiministración del riesgo y el diseño de controles para instituciones públicas.* Bogota, Colombia. Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/34316499

Departamento Nacional de Planeación . (2014). *Plan Nacional de Desarrollo.* Bogotá, Colombia.

Deubel, A. N. (2010). *Enfoque para analisis de políticas públcias.* Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de file:///C:/Users/IETS-PROBOOK03/Downloads/EnfoquesparaelAnlisisdePolticasPblicas-Roth2010.pdf

Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en salud. (2015). *GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud.* (M. d. Social, Ed.) Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf

Gavilanes, R. V. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública". 1-39. Obtenido de file:///C:/Users/IETS-PROBOOK03/Downloads/433-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1513-1-10-20100319.pdf

Instituto Nacional de Salud. (1 de Octubre de 2021). *COVID 19 en Colombia*. Recuperado el Noviembre de 2021, de https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx

Jorgensen, S., & Holzmann, R. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social. (U. d. Antioquia, Ed.) *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 21*.

Lavell, A. (2001). Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacía una Definición. (O. P. Salud, Ed.) *Allan Lavell, 4*, 1-22.

Marín, G. M., Gómez, A. R., & Oquendo-Lozano, T. (Junio de 2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. *Salud Pública*, 1-7. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n3/286-292/

Melo, J. T. (2013). *ntroducción a las Políticas Públicas: Conceptos y Herramientas Desde la Relación Entre Estado y Ciudadanía.* Bogotá, Colombia: Universidad Nacional. Obtenido de http://posgradoscienciapolitica.bogota.unal.edu.co/historico/documentos/detalle/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=144&cHash=144e3a94a0885c90b4d1db1b5cada74f

Mendes, E. V. (2013). *LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD.* Brasilia DF, Brasil: Organización Panamericana de la Salud – Representación Brasil. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1

Mendoza, O. B., & Celis, M. S. (2012). *Gestión integral de riesgos.* Obtenido de https://books.google.com.co/books?id=gnv-tgAACAAJ

Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud Y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública.* Bogota, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud.* Bogota, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 429.* Bogota, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de*

Beneficios de Salud (EAPB). Bogotá. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia_caracterizacion_EAPB%20version%2021072014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (13 de Septiembre de 2018). *Balance y equilibrio los retos que impone el sistema a MinSalud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Balance-y-equilibrio-los-retos-que-impone-el-sistema-a-MinSalud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Gestión Integral del Riesgo en Salud*. Recuperado el 1 de Octubre de 2021, de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (9 de Julio de 2018). *Nuevo Coronavirus mas información aquí*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2021, de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (13 de Noviembre de 2020). *Desde la salud también hay protección financiera para los colombianos*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Desde-la-salud-tambien-hay-proteccion-financiera-para-los-colombianos.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de Septiembre de 2021). *Nuevo coronavirus mas información aquí*. Recuperado el 11 de Octubre de 2021, de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-acompana-a-18-territorios-para-mejorar-velocidad-de-vacunacion.aspx

Naciones Unidas. (25 de Junio de 2021). *Naciones Unidas Colombia*. Recuperado el 13 de Octubre de 2021, de https://colombia.un.org/149229-covid-19-el-problema-no-es-la-distribucion-deficiente-el-problema-es-que-no-hay-vacunas

Organización Mundial de la Salud. (27 de Abril de 2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. Recuperado el 21 de Diciembre de 2021, de https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19

Organización Panamericana de la Salud. (19 de Diciembre de 2018). *Renovando la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2021, de https://www.paho.org/es/noticias/19-12-2018-renovando-promocion-salud-contexto-objetivos-desarrollo-sostenible

Organización Panamericana de la Salud. (17 de Junio de 2020). Recuperado el 13 de Octubre de 2021, de https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no

Portafolio. (2020). *Por pandemia, la pobreza monetaria en Colombia subió a 42,5% en 2020*. Recuperado el 12 de Octubre de 2021, de https://www.portafolio.co/economia/dane-revela-impacto-de-la-pandemia-en-la-pobreza-del-pais-551470

Reina, G. A. (2011). Propuesta de una matriz para el manejo social del riesgo. *Movimiento Científico*, 94 -103. Obtenido de https://doi.org/10.33881/2011-7191.%x

Ruiz, F. (2016). *Presentaciones Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).* Recuperado el 12 de Septiembre de 2021, de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/presentaciones-modelo-integral-atencion-salud-mias.aspx

Salazar, Ó. R., & Bonniec, Y. L. (2006). *Crecimiento equidad y ciudadanía "Hacia un nuevo sistema de protección social"* (Vol. 2). Bogota: Universidad Nacional. Obtenido de http://www.fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/catalogo/Libros_Digitalizados/O_Crecimiento_Equidad_Ciudadania_2006a.pdf

SISPRO. (2019). *SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2021, de Sistema Integral de Información de la Protección Social: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarReferenciaBasica.aspx

Tassara, C. (Septiembre de 2013). *Políticas públicas, cohesión social y desarrollo local: La experiencia europea y los aportes de la cooperación euro–latinoamericana*. (U. d. Antioquia, Editor) Obtenido de chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%

Tocabens, B. E. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. (E. y. Instituto Nacional de Higiene, Ed.) *Revista Cubana de Higiene y Epidemiologia*, 12. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf

Tohenig, J. C. (1997). *Política Pública y Acción Pública.* Francia.

Universidad de Antioquia. (2021). *Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud*. Recuperado el 6 de Enero de 2022, de https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/!ut/p/z0/fY5Ni8JADIb_Sj14LFPr4uqxlEUQTy6IzkXSmdDN7jSpzSjir3d0T4J4SfLkzcdrrNkZy3CmFiIJQ0i8t7PDfFGXk-qjWC83q7qoZnX19fm9XZfz0qyMfT-QLtDv8WgrY51wxEs0u16GCOHkEcYF6DP9SIf_NfEZNSYvjkZuOmqmPC7a4dSLZh6z

Universidad de la Sabana. (s.f.). *El lactario*. Recuperado el 25 de Octubre de 2021, de https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/sello-sabana/el-lactario-un-emprendimiento-que-apoya-los-procesos-de-lactancia-materna/#:~:text=En%20Colombia%2C%20de%20cada%20100,reci%C3%A9n%20nacidos%20recibe%20leche%20materna.

Ureña, G. J., & Valvuena, A. S. (2015). *Documento de trabajo sobre econimía regional.* Cartagena: Banco de la República.

Vargas, C. S. (13 de Marzo de 2020). *60 definiciones de política pública*. Recuperado el 6 de Diciembre de 2021, de https://carlosalazarvargas.org/60-definiciones-politica-publica-usted-masson-bienvenidas/#:~:text=%E2%80%9CSon%20el%20conjunto%20de%20sucesivas,Vargas%2C%201999%3A%2057).&text=(18).-

,%E2%80%9CUna%20acci%C3%B3n%20gubernamental%20dirigida%20hacia%20el%20log

Watts, D. (2006). *Seis grados de separación La ciencia de las redes en la era del acceso.* Barcelona, España. Obtenido de https://docplayer.es/30397816-Duncan-watts-seis-grados-de-separacion-la-ciencia-de-las-redes-en-la-era-del-acceso-barcelona-paidos-seleccion-de-capitulos.html