

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_

### ACTA DE REUNIÓN

Dependencia	Proceso
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	COVE DISTRITAL

#### ASISTENTES

[Anexo listado de asistencia a reuniones 114-MEC-FT-012](#)

Objetivo de la Reunión	Tema:COVE Distrital 8 Abril
Socializar el contexto general de gestión de riesgo en Colombia, su relación con la Salud Pública frente a la mirada de Ley Estatutaria, Plan Nacional de Desarrollo, Plan Decenal de salud Pública y la nueva resolución de Plan de Intervenciones Colectivas.	<b>Fecha de la Reunión: 08/04/2015</b>
	<b>Lugar: AUDITORIO PRINCIPAL SDS</b>
	<b>Hora: 8AM</b>
	<b>Notas por: ESE SAN CRISTÓBAL</b> <b>Segunda y tercera revisión Heydi Hidalgo</b>
	<b>Próxima Reunión: 6 MAYO 2015</b>
	<b>Quién cita: DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA</b> <b>ANALISIS Y GESTION DE POLITICAS EN SALUD PUBLICA –SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA</b>

<b>Temas tratados en la reunión</b>
-------------------------------------

1. Presentacion Agenda Heydi Hidalgo
2. Palabras de apertura Luz Adriana Zuluaga
3. Gestión del riesgo en redes integradas Arturo Rico Landazábal-Gerente Planeación Modelo de Atención en Salud- Compensar.
4. Sistema de Gestión del Riesgo y su aplicación al sector Salud Andrés Hernández Icontec.
5. Gestión del riesgo y salud pública en el marco normativo Colombiano. Alexander Gómez Rivadeneira Fundación Universitaria Unisanitas
6. Seguimiento a la Gestión del Riesgo Individual desde las Fuentes de información EAPB Luz Amanda Morales Pereira, Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

### Comentarios Relevantes en la reunión

**Heydi Hidalgo** presenta la agenda del COVE Distrital que invita revisar la gestión del riesgo en la información, en la prestación de servicios de servicios de salud y en el seguimiento de casos e igualmente a realizar una lectura minuciosa de la normatividad vigente en las que se destaca la Ley Estatutaria y la Resolución del Plan Intervenciones Colectivas.

Sin más preámbulos se le da la bienvenida a la Dra. Luz Adriana Zuluaga, Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública: La **Dra. Luz Adriana Zuluaga**, explica que la intención que tienen los COVE Distritales es trascendental dado que estos espacios sean escenarios de discusión con nuevos elementos mostrando los cambios en el país y que nos permita no solo interactuar como Bogotá sino armonizarnos con la tendencia actual en el país. De esta manera se realiza una construcción conjunta al reunirnos en estos espacios, para presentar avances y contextos en los que en los cuales se desenvuelve la vigilancia en salud pública y los actores del sistema en especial las aseguradoras que operan en el Distrito Capital.

El tema de hoy es el tema de gestión del riesgo, un tema que vamos a evaluar desde diferentes actores, cómo se gestiona la gestión del riesgo desde los aseguradores, desde el Ministerio desde el ente con toda la calidad como lo es ICONTEC vamos a dar una mirada de cómo se hace esta gestión del riesgo, con una estrategia trazadora.

Seguidamente continúa Arturo Rico Baltazar, Médico Cirujano de la Universidad Nacional, Especialista en gestión y economía de la salud y actualmente se desempeña como Gerente de Planeación de COMPENSAR EPS.

#### **1. GESTIÓN DEL RIEGO EN REDES INTEGRADAS (ARTURO RICO BALTAZABAR)**

**Arturo Rico Baltazar:** inicia dando agradecimientos por la invitación a este escenario en que todos los actores de salud tienen la oportunidad para aportarle al sistema.

Hace referencia a tener la oportunidad de contar con la presencia de delegados de instituciones que han estado en otros encuentros y menciona que la idea de hoy es presentar la experiencia que se ha tenido desde el aseguramiento en gestionar el riesgo y los inicios en trabajar en redes integradas.

Durante muchos años hemos estado trabajando desde frentes diferentes prestadores de servicios de salud y a las aseguradores y quizá con un nivel de polarización que finalmente termina afectando al usuario, afectando al afiliado y creo que poco a poco nos vamos dando cuenta de que ese no es el camino, que tenemos que empezar a demostrar todos los intereses para trabajar.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Se trabajara en el módulo de atención con un enfoque muy grande en gestión del riesgo. Plantea pilares que se convierten en una mitología de gestión del riesgo, de niveles de atención y de lo que se ha estado aprendiendo y una estrategia de gestión del riesgo que se ha determinado.

Compensar es una EPS, es una entidad con más de 20 años en sistema y cuenta con aproximadamente 1.100.000 afiliados.

De la pirámide poblacional resalta que es necesaria la comparación del año 2011 con el año 2013 y se observa un achatamiento en la base, eso quiere decir que se tenía más afiliados menores de 15 años en el 2011 que los que se tiene en el año 2013, es decir nuestra población está envejeciendo y que eso implica un reto para cambiar lo que se hacía 5 años y hoy se observa que el mayor porcentaje de población es a partir de los 50 años en adelante, presentando mayor porcentaje de población adulta y mayor.

Entonces como asegurador tenemos un reto muy importante en seguir manteniendo financieramente viable el sistema de salud. El modelo de salud su objetivo principal es mantener y/o recuperar la salud del paciente, del afiliado, del usuario a través del auto cuidado, la prevención, la detección temprana de los riesgos, el tratamiento integral bajo estándares de calidad de la atención, que aseguren los mejores resultados en salud, el uso adecuado de los recursos y una experiencia satisfactoria para el usuario resaltando un poco el nivel de competencia.

Hace muchos años viene la tendencia de la triple meta que habla de servicios de calidad a un costo razonable pero dándole un énfasis a la experiencia satisfactoria. El modelo de Atención en Salud define las estrategias para gestionar el riesgo de la población afiliada, con el objetivo de alcanzar los mejores resultados en salud posibles, optimizando el uso de los recursos.

Si uno lo mira detenidamente creo que es lo que quiere cualquier asegurador y que debe ser el objetivo de todos los aseguradores, creo que la diferencia de lo que estamos haciendo está en el cómo, en ese modelo de atención que define las estrategias para definir el riesgo con el objeto de alcanzar los objetivos en salud.

Es en el cómo, donde nos podemos seguramente diferenciar con otras aseguradoras y digamos que ese modelo de salud se materializa en dos grandes líneas de trabajo lo que tiene que ver con gestión del riesgo y lo que tiene que ver con la utilización de los servicios, allí digamos que están enfocados todos nuestros esfuerzos en lograr tener un modelo de atención al riesgo y a su vez se esté prestando unos servicios articulados. Por ejemplo, uno ve que en el Ministerio de Salud, está trabajando muy fuertemente en el modelo de atención, se está planteando un modelo de atención que sea resolutivo y logre la atención diferenciando si son ciudades grandes o se trata de población dispersa eso es un apunte muy importante.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Por otro lado también se empezó a trabajar en redes integradas de atención desde la Ley 1438 de 2.011 y esos son esfuerzos son fundamentales. En una reunión con el señor Ministro de Salud se discutía sobre el dilema, si primero el modelo de atención o primero las redes integradas la respuesta es que es necesario simultáneamente porque un modelo de atención del riesgo implica una red, y dar respuesta a quién lo implementó y dónde se implementara?, También por otro lado se muestra la necesidad de tener una serie de actores articulados con un modelo de atención definido y de ahí la respuesta es trabajar simultáneamente.

En cuanto a la tarea de gestión del riesgo aparece como un constructo teórico que son los pilares de los modelos de atención. Los vamos a ver un poco más en detalle, estos son una metodología de gestión del riesgo para cualquier riesgo, sea obesidad, sea materno perinatal, cualquiera de los riesgos tiene que cumplir con esta lista de chequeo que permite tener integralmente gestionado el proceso y hay otra estrategia que son las Cohortes creo que la mayor diferencia con los riesgos priorizados en cualquier EPS o de cualquier institución en salud que este gestionado el riesgo está el riesgo cardiovascular, materno-perinatal, respiratorio, oncológico, osteomuscular, neurociencias que incluye neurocirugía oncológica y psiquiatría el alto costo y baja frecuencia en donde está el VIH la hemofilia y las enfermedades huérfanas como pueden ver estos riesgos participan entre el 60% 65% del costo del asegurador pero también si revisamos el resultado un estudio de carga de enfermedad de la Universidad Javeriana que plantea también las patologías que agrupan estos riesgos.

¿Qué se ha trabajado en la estrategia de cohortes?

En la estrategia de cohortes se haciendo el empoderamiento de los equipos para que respondan cada uno por ese tipo de riesgo, trabajando en gestionar cada uno de los pilares, pero que tengan poder en la toma de decisiones y tengan esa mezcla de planificador pero también de operador y alimentador y de ahí se va a que se planee el ciclo de atención pero también se interactúe con quienes se implementa que son los equipos de médicos de las instituciones enfermeras y todos los profesionales de la salud de las diferentes instituciones.

Estas cohortes tienen la responsabilidad de practicar, presupuestar, definir cómo se organizan los servicios, desarrollar la red de atención en donde podemos ver que cada uno de los riesgos están en una red específica de atención, de pronto se obtiene un mayor reto es la cuota de oncología que sabemos que son muchos servicios especializados y que no están todas las instituciones eso implica que uno de los diferentes actores del riesgo sean de las instituciones que participan en la atención integral del paciente con cáncer entonces como veíamos aquí transversalmente están los pilares, yo tengo que gestionar el riesgo desde la fábrica, es decir toda esa información que le damos al usuario y a los actores .

Hay una herramienta que más adelante se explicara que son las guías clínicas que es la definición de cómo y cuándo se deben prestar los servicios en cada una de las patologías que están agrupadas

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

en estos riesgos, lógicamente la promoción de estrategias teniendo equipos articulados es fundamental la explicación de modelos de atención por supuesto teniendo el seguimiento mensualmente de esos indicadores de proceso, indicadores de resultado pero también indicadores de impacto estos son los pilares que venimos desarrollando:

- Promoción de la salud y el autocuidado, ese es para nuestro afiliado que está sano o asintomático.
- El componente de identificación, adaptación y captación del riesgo es vital para lograr la cobertura de estos programas.
- El seguimiento y monitoreo de las cohortes, estas cohortes son cohortes de pacientes bien sea la corte de gestantes la corte de hipertensos la corte de diabéticos.
- Diseño e implementación de programas y sitios de atención la formación de competencias.
- Conformación de redes integradas de atención todo componente de sistema y contraferencia, es la red que utilizan las instituciones como el hardware y la de sistemas de referencia y lógicamente como siempre la gestión.

En cuanto al pilar de promoción y autocuidado se puede decir que tiene un desarrollo muy importante ha sido el sitio Web que se encuentra en esta página de cómo me cuido.

Cómo me cuido: Es un sitio donde afiliado o no afiliado encuentra información en salud, donde pueda identificarse por ciclos vitales es decir que si yo soy un joven encuentro información específica para mi ciclo vital y para lo que estoy pidiendo pero también de algunas enfermedades principales como diabetes, como hipertensión como EPOC. Hay muchas herramientas para conocer información de muchas de mis condiciones.

Por otro lado, sabemos que el nivel de autocuidado de cada persona puede ser diferente, si es un joven de 20 años, aunque no presente ninguna enfermedad la diferencia es que su nivel de autocuidado puede ser menos exigente Pero si es un paciente de 60 años seguramente ese nivel de autocuidado es exigente y se le han creado módulos educativos para lograr pacientes se empoderen en sus prácticas.

Uno de nuestros pilares está centrado en la identificación, lógicamente el seguimiento a los pacientes que se encuentran en el programa. Se ha trabajado en el desarrollo de los algoritmos que nos permiten identificar pacientes sospechosos por algún examen paraclínico, por algún diagnóstico y es ahí en el que un sistema de información es una clave de que ese paciente es sospechoso.

Esos algoritmos son los que nos permiten mensualmente identificar pacientes a los que las IPS de atención primaria tiene a responsabilidad de gestionar la información para esa población Pacientes no se pueden quedar eternamente como sospechoso se confirman o se descartan, tenemos entonces la marcación del paciente sospechoso y la marcación del paciente confirmado.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Apenas el paciente se confirme ingresa a un programa y por otro lado el ingreso al programa requiere de una clasificación del riesgo, todos sabemos que tenemos recursos finitos y en las IPS se trabaja bajo el modelo de capital social donde los recursos sí que son finitos y se tiene que clasificar esa población dependiendo del tipo de evaluación de riesgo el camino es diferente. Se cuenta con un equipo profesional médico y de otras disciplinas que complementan la atención. Sabemos que el tiempo de consulta es 20 minutos y se requiere gestionar una enfermedad crónica. Los pacientes tienen un equipo interdisciplinario que cuenta en este caso con enfermera nutricionista y tiene el rol de instaurar desde hace 3 años un gestor del autocuidado tratando de darle más a ese paciente mediante contacto telefónico y presencial y que esté presente en actividades grupales para trabajar por el bienestar de esos pacientes.

El médico personal identifica qué paciente tiene riesgo y lo direcciona al gestor de autocuidado estos funcionarios pueden tener un perfil de psicólogo o de trabajador social o de enfermera con una capacitación técnica en la patología, así como también con una capacitación en coaching con el fin que el paciente cumpla las metas farmacológicas como no farmacológicas.

Se tiene componentes de seguimiento por cohortes, es decir en el seguimiento de esa población se identifica cuáles son los métodos terapéuticos, si ha tenido hospitalización y si ha asistido a urgencias. Y con el fin de complementar el estudio de cohortes, se adquirió un software aun en desarrollo que a permitirá saber cuáles son las actividades de acuerdo a la patología y al ciclo de atención que tiene el paciente para generar un sistema de alertas y se lo comunique al médico, o la persona que coordine el programa.

Los pacientes crónicos son diferentes a los pacientes agudos desde hace varios años se planteo atenderlos de una manera diferente porque las patologías agudas se hace un diagnóstico un tratamiento y dependiendo de la oportunidad el paciente se cura o fallece. El paciente crónico tiene la característica de que se controla y luego tiene recaídas, eso nos conduce a que se genere un mayor esfuerzo y se está implementando algo que no es nuevo en el mundo que lo hace el sistema inglés por ejemplo y es básicamente estratificar la población. De manera tal que cuando se hace un diagnóstico el porcentaje importante es el autocuidado.

El paciente con hipertensión o diabetes es quién pilotea el avión ya que el año viven 365 días con la enfermedad en el medida que se va avanzando con enfermedad y con las comorbilidades, se le van asignado funciones de silenciamiento de la enfermedad, eso para que cumpla una serie de metas farmacológicas y de actividades que le tengan controlada su enfermedad, pero si sigue avanzando con su enfermedad ya entra en rol principal y es el de gestión de gastos dado que requiere una individualización, ese paciente que tiene hipertensión ,diabetes ,EPOC, que ya requieren de una atención diferente para lograr servicios que estén más articulados. El paciente de cáncer es otro paciente que necesita gestión de gastos, porque tenemos que asegurar la oportunidad desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, y toda la continuidad de tratamiento para que se haga la quimioterapia, la cirugía, todo lo programado. El autocuidado es responsabilidad del usuario, pero cuando se aumenta la severidad y el compromiso del paciente en el autocuidado debe ser prestado

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

por un equipo de salud. De ahí la necesidad de un cuidador profesional, un gestor de gastos y un gestor de autocuidado.

El otro componente son las guías clínicas, durante varios años se pensó cuál era la mejor forma de implementar las guías de práctica médica y se considera que el Ministerio de Salud tiene un enorme reto en ese sentido dado que se deben implementar rápidamente debido a que en dos o tres años se desactualizan. Entonces ¿qué hicimos nuevamente? Se tuvo en cuenta que el NHS tiene unos flujogramas que permiten definir cuál es la atención al paciente, en esa guía médica está incluidos aspectos administrativos, técnicos y asistenciales para que el equipo pueda tener conocimiento que sigue con el paciente, entonces las guías clínicas se trabajan con las cohortes.

Se cuenta con 14 o 15 guías y lo importante de esta es que están en las historias clínicas de los equipos de salud, que permite eso, que no tengo que leerme la guía práctica que puede tener entre 80 y 100 páginas, yo me puedo leer al entrar a la parte de diagnóstico o la parte de tratamiento y ver exactamente qué necesita, y lo mejor de todo es que están hechas en colaboración con los prestadores, el cardiólogo el pediatra, el internista, entre otros y es responsabilidad de las IPS adoptar eso que ya esté en la literatura.

¿Por qué trabajar con redes? desde hace algunos años nos preguntándonos por qué algunos indicadores que son buenos no se pueden mejorar aún más y es seguramente por esas causas de fragmentación de la atención, es decir el esfuerzo individual no es suficiente por ejemplo se salva la vida a un paciente y después de su egreso no continua con la atención, También puede darse la situación que se detecta en atención primaria y se envía al especialista y allí requiere atención necesaria. Es fundamental para evitar la fragmentación de servicio el horario dado que horarios limitados requieren que se contraten más profesionales especialistas que aun no logran cumplir con la oportunidad y podrían mejorar por un periodo de tiempo y recaer.

También se ha observado quizá redundancia de servicios cuando encontramos pacientes que tienen 5 resonancias al año o 5 hemoglobinas, es claro que si un médico no cuenta con acceso a esos resultados su acción inmediata es ordenarlos nuevamente. Esa es la razón para decir que para la atención con calidad es necesario tener el acceso a la información, a la continuidad y a la calidad de los servicios tal y como está planteado desde la Organización Mundial de la Salud. Es necesario prestar los servicios de salud de tal forma que los usuarios tengan un continuo servicio y eso es lo que es más importante, con promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, curación de enfermedades, cuidados paliativos, la prestación de la salud, son todos los servicios.

De esta manera, el objetivo de las redes integrales de servicios de salud RISS es la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

	<p><b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b></p> <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b></p> <p>Código: 114-MEC-FT. 01 V.03</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG</p> 
---	---	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

En alguna reunión en el cancerológico se discutía sobre redes integrales al alcance y ese decía que todas las redes están al alcance y queda el interrogante si verdaderamente si las instituciones del país tienen todo los servicios a su alcance y que implica la prevención y el diagnóstico temprano, Se esperaría que las redes locales se conviertan en redes territoriales. Se considera que algunas patologías superan el alcance de los servicios de salud que necesitan y esa situación hace necesario contar con redes sanitarias.

Cuáles son las premisas de la OPS que consideran necesario la atención en redes que implica tener una población y territorios definidos eso es lo más importante, segundo implica también tener un mecanismo de coordinación asistencial a lo largo de territorio que las articule, tener en la gestión integrada sistema de apoyos clínicos de tipo administrativo y logístico, es decir gestión de la información para una red es absolutamente importante ,qué es el nivel de atención primaria y el nivel hospitalario tanto el especialista tenga la información disponible y ese es un esfuerzo muy grande, necesitamos un primer nivel de atención interdisciplinario resolutivo que logre resolverle la mayoría de las necesidades del usuario y una prestación de servicios especializados que tenga claro cuál es su papel.

Muchas veces nos encontramos que el especialista simplemente vende una interconsulta y se desliga del paciente por eso es importante tener una red de especialistas que tengan claro su rol y se involucren en el contexto hospitalario, obviamente la red comienza desde el usuario, Comienza por ejemplo desde que una mamá identifique signos de alarma o el médico personal o los equipos de salud que ayuden a resolver necesidades. Qué servicio me dice a mi si como red tengo capacidad de reacción, por ejemplo las urgencias y la atención hospitalaria dada la capacidad de intervenir un infarto antes de 6 horas y estar operando una apendicitis antes de 2 horas.

En el caso Bogotá, ciudad con problemas de movilidad y con una división por zonas, cuatro zonas: una zona centro, una zona norte, una zona sur oriente y una zona sur occidente, con XX IPS desde Usaquén hasta Ciudad Bolívar y que por los servicios y su complejidad, se debe contar con XX sitios de alta complejidad en Bogotá.

Y por último el componente de modalidad de contratación. Es importante resaltar que en primer lugar se planteo de mejorar la confianza entre actores, luego de la importancia de alinear objetivos, de tener un modelo de atención y por último el tema económico. Atraves del tiempo se comprende que la forma de pago influye y esa manera desagregada de pago también influye para mitigar el riesgo e implica trabajar en forma de redes articuladas. Aquí tenemos una forma desagregada de contratación y una forma agregada que nos ayuda a comparar en algo en cuanto a la gestión de riesgo, que seguramente por la forma de contratación agregada me ayuda a disminuir y compartir el riesgo, si la eficiencia la tengo contratada por evento seguramente lo que les va a resultar más importante es la productividad, tener más consulta y más hospitalización , que si cambio a la contratación agregada, muy seguramente mejora la calidad, y nos ayuda a consolidar la red de servicios.

	<p><b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b></p> <p><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b></p> <p>Código: 114-MEC-FT. 01 V.03</p>	<p>Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG</p> 
---	---	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

El riesgo financiero va disminuyendo para el pagador en la medida que se contratan servicios agregados, y va aumentando para el prestador, por eso es importante encontrar un punto medio, llámese pagos por evento, presupuestos, pago dual prospectivo, algo que no sea capital puro sin tener en cuenta el pago por desempeño ni por otro lado el evento.

Estos son algunos de los resultados de las cohortes que quería compartir con ustedes, que es nuestra principal estrategia de reducción del riesgo, la Mortalidad infantil por IRA que hemos logrado ir disminuyendo con un 74%, teniendo al año 2014 como un año excepcional, al igual que la tasa de uso de oxígeno en un 10% de año 2012 a 2014. En algunos de los resultados cardiovasculares, donde se ve el aumento de la marcación de pacientes hipertensos y diabéticos, se traduce en cobertura y estamos en el 86% de la continuidad de los pacientes que continúan adheridos a los programas, el control y las asistencias terapéuticas en el 89%, el control de pacientes con tensión arterial controlada en diabetes e hipertensión arterial en un 71% y para el control de hemoglobina glicosilada en 57,7%.

En cuanto a perinatal se observa disminución de la tasa de hospitalización neonatal hasta llegar a un 3%, en el análisis por trimestre se comprueba que el año 2014 ha sido un buen año, demostrando una disminución dramática.

En cuanto a la detección temprana del cáncer de mama sabemos que para el año 2019 el país tiene una meta del 60%. En este sentido se ha mejorado esa detección al 37,6% que difiere en cáncer de cérvix. Los tiempos de inicio de tratamiento de cáncer de mama, que probablemente en el año 2012 se tenía 180 días, desde que se hace la mamografía, hasta que se inicia el tratamiento, se cambio a pasar a 41 días.

Estos son nos de los indicadores del año 2011 y es importante resaltar las bondades del SISPRO que nos cambiara la vida a todos en el sistema de salud dado que permite comparar unos indicadores a nivel Colombia vs la población Compensar, que permitirá evidenciar unas mejores condiciones. Se tiene un menor índice de natalidad y una mayor edad promedio al morir. Es de resaltar que en el caso la mortalidad infantil que para el país está en 17,1 y para la Aseguradora es de 9,81.

En el caso de la Esperanza de vida al nacer alcanza los 75 años para el país y 84 para los afiliados a Compensar.

**Andrés Hernández Velandia** de ICONTEC, Medico Bacteriólogo de la Universidad Javeriana, MsC y actualmente profesional de normalización del sector salud en el ICONTEC, quien presenta el siguiente tema:

**2. GESTIÓN DEL RIESGO Y SU APLICACIÓN AL SECTOR SALUD**

Andrés Hernández, explica que representa al Organismo Nacional de Normalización ICONTEC e invita a que se participe activamente en los talleres técnicos de normalización que se realizan dentro del ICONTEC. También explica que el proceso de normalización nacional es voluntario y sin costo. En

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

el cual se requiere la participación de las instituciones en salud IPS, EPS y los diferentes organismos del sector salud. Informa que cuenta Icontec con comité de laboratorio clínico, comité de banco de sangre, comité de seguridad paciente, de vigilancia en salud pública, gestión de salud, son múltiples comités integrales que hacemos de manera conjunta con el Ministerio de Salud para las normas y reglamentos básicos, dentro de la página de internet encontrarán el link de acceso a todos estos. Comités como el de banco de sangre donde estamos actualizando la norma que pueden ser de gran interés.

Inicia haciendo énfasis que en ICONTEC se manejan dos proyectos de normas técnicas colombianas: una que es el manual de habilitación par laboratorios clínicos, para que tengan un estándar en cuanto a la gestión de calidad, adicionalmente también estamos trabajando en la actualización de la norma 1571 en cuanto a bancos de sangre, todo eso tiene que ver finalmente con el estudio y aplicación de la gestión del riesgo.

Se aclara que la gestión de los riesgos un tema transversal, la gestión del riesgo como organización, se realiza con base a la norma técnica ISO 31000. Inicio con una frase de Graham: “No todos los riesgos pueden ser eliminados de una manera accesible. Las organizaciones tienen que evaluar cuidadosamente cuánto tiempo y esfuerzo están dispuestos a poner en la mitigación del riesgo”.

La gestión del riesgo en salud es definida como el esfuerzo organizado transversal de diferentes sectores de las instituciones prestadoras de servicio, de las aseguradoras, para ir a las diferentes instancias y organismos actores que participan dentro del sistema de salud. Más aún cuando instituciones de salud que están acreditadas saben que es manejo que sea con un enfoque con énfasis en gestión del riesgo, los riesgos se tienen que evaluar ya que nuestro interés es reducirlos tanto para los pacientes como para los usuarios, el personal asistencial y para la infraestructura donde se estén desarrollando el servicio. El riesgo lo debemos considerar como una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias.

Es importante tener claro la diferencia entre eficiencia y eficacia, nosotros hablamos de gestión del riesgo eficiente a partir de una evaluación previa en la que hemos podido categorizar y priorizar el riesgo de diferentes maneras según la ISO 31000, las actividades coordinadas para disminuir y controlar con respecto al riesgo, lo primordial y lo más importante de cualquier entidad de salud definir la política para la gestión de riesgo es lo primero que se evalúa.

La política para la gestión de riesgo es la declaración de la Alta Dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión de riesgo.

¿Usted como organización ha definido una política para la gestión del riesgo? Que finalmente es una declaración de la Ata Dirección y representa finalmente a la organización en la cual se ve claramente

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

la intención de generar las acciones correctivas en cuanto los riesgos que esta tenga. En la ISO 31000 que es la norma técnica colombiana para la gestión de riesgo es global y que la ISO 9000 aplica para cualquier sector de la industria obviamente aplica para el sector de la salud y aplica para EPS, IPS y otras.

El compromiso que debe tener el Director de una institución determinada con el tratamiento del riesgo, hay unos requisitos. Al observar figuras es muy similar al ciclo PHVA. Se considera que la gestión del riesgo inicia con planteamiento de la Política y Gestión del riesgo así que inmediatamente se plantearan los objetivos del plan del riesgo. Para el diseño del marco de referencia para la gestión de riesgo se debe: a) entender a la organización y su contexto, b) establecer la política para la gestión de riesgo) rendición de cuentas, d) integración de los procesos de la organización, e) recursos, f) establecer mecanismos para la comunicación interna y la presentación de informes y g) establecer mecanismos para la comunicación externa y la presentación de informes.

Históricamente se inició en el tema del riesgo con salud ocupacional y seguridad industrial. Este tipo de normas implantaron algún tipo de evaluación de riesgo dónde termina peligro de algún tipo exposición , Cuando estamos hablando en términos farmacológicos cuál es la respuesta el grado de toxicidad para poder hacer una caracterización del riesgo todo esto finalmente en que concluía la evaluación del riesgo es un método sistemático, la cual debe estar acoplada a los sistemas habilitación, acreditación si lo tiene implementados y los sistemas regulatorios para estimar y comparar para la carga de morbilidad y traumatismos diferentes y todas los factores que se encuentran puntualmente debido a diferentes riesgos.

Principios guía entrada que se tiene que hacer dentro de una institución cuando se habla de gestionar: diseñar un sistema de seguridad avanzada, servicio de salud transparente de manera bilateral tanto en pacientes como en personal asistencial, administración de la incertidumbre, vamos a conocer el sistema de gestión cuando nuestra política de gestión del riesgo no está funcionando y si ha pasado en papel a la práctica no vamos a poder obtener todos los valores de los factores de incertidumbre y los factores de riesgo en cada uno de los servicios que estamos prestando maximizar los valores de protección y creación prácticas avanzadas en la administración empresarial de riesgo y adhesión qué es el término actual que se está utilizando para los sistemas de gestión del riesgo teniendo como premisa que cualquier institución es realmente una empresa uso de métricas para la evaluación del riesgo.

La ISO 31000 nos propone la evaluación del riesgo debe hacerse pensando en una escala métrica qué debe ser cuantitativa, la idea no es simplemente asignar un número al riesgo peso determinado sino tener claro matemáticamente ese riesgo qué consecuencia está teniendo una vez haya sucedido tenemos unos requisitos de entrada que son todo lo que acabo de mencionar para luego hacer una identificación, una evaluación y un control de los riesgos que se han encontrado frente a la organización finalmente medición evaluación y mejora.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

La gestión macro del riesgo es dar contexto a las claridades que tiene mi institución, es decir saber a qué población está dirigida y con qué población voy a tener una tasa de riesgo y cómo los riesgos tiene unos dominios para poderlos clasificar y estudiar ya que son muchos desde la parte asistencial y administrativa gerencial de la organización una vez hayamos establecido el contexto, ejemplo una E.P.S se puede hacer el proceso de identificación del riesgo la guía ISO 31000.

El punto de partida es que no todo es riesgo y no se puede organizar cuando finalmente lo que se está haciendo es planificando un riesgo. El riesgo es inminente en todo el proceso de la prestación del servicio y una vez hecho este paso de análisis crítico e identificado el riesgo que va desde lo que podría ser la pérdida de reputación de la institución por deficiencia en la prestación del servicio. La opción podría ser análisis americano asignando un valor determinado a partir de esos a ver qué probabilidad se tiene en una situación de riesgo. Son muchos los indicadores de gestión que tenemos que tener en cuenta.

Qué tan satisfecho está en mis pacientes o usuarios tasa indicador gestión de la parte administrativa, para finalmente tener un análisis de consecuencias y poderle asignar un valor numérico riesgo que se ha identificado luego de ver cuáles son los riesgos con valores altos y medios organización determine o los clasifiquen, es ahí cuando hay que tener en cuenta la ISO 31000 o la ISO 31010 y se pueden adaptar en cualquier momento.

La Alta Dirección de la organización de tener una cultura de la implementación de la evaluación del riesgo y no se trata sólo de hallar las no conformidades, ya que eso pasa a segundo plano sino estas inconformidades no se reportan. La cultura organizacional del riesgo es la que va desde la entrada de la institución y si es funcionario está cumpliendo su labor hasta la funciones que cumplen los altos directivos, debido a que toda la organización debe estar comprometida para disminuir el riesgo y cada organización va a escoger cómo garantizar y validar cada uno de sus procesos de disminución del riesgo. Por tal razón, es importante dar la capacitación, lo que quiere decir que hay que escoger una estrategia clara de objetivos infograma de gestión del riesgo que es tarea implícita y claramente concordantes con el propósito de la institución ya que a partir de ésta existen riesgos implícitos acorde a la ISO 9001. La cultura organizacional debe estar encaminada y adherida a la gestión permanente del riesgo, desde la planeación hasta la identificación de oportunidades de mejora.

Una política para la gestión del riesgo adecuada para la organización, debe ser clara, concisa y entendible a cada uno de los niveles de la organización en promover un marco que visualice fácilmente la administración del riesgo y maximizar valores de la gestión del riesgo, también lograr articular los planes y programas que se desarrollan dentro de la organización. Por lo que se debe entender como una política transversal donde ingresan los riesgos clínicos y que no está solamente relacionado con los pacientes, ¿qué pasa cuando todos los estamentos de organización que no tienen clara la política de riesgo?, ¿cuando una secretaría no sabe que su actividad incide en la prestación del servicio y que puede afectar la organización?, o ¿un procedimiento que afecte la oportunidad del mismo?

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Cuando se hace auditoría de gestión del riesgo no es lógico encontrar un sistema ISO 9001, sistema de habilitación, un sistema de acreditación y otro de gestión del riesgo y eso implica lo que podría denominarse “formatis de papeles para las instituciones”, que no es viable para lo que se busca. Si se tiene un sistema de gestión del riesgo que ha escalado todos los niveles de la organización, que el programa de gestión del riesgo y esta difundido, puede estar incluido dentro de sus otros ISO e incluso en proceso de acreditación con enfoque en riesgo en vez de procesos..

Las descripciones del programa gestión del riesgo debe contener un marco de referencia que incluye a toda la organización con perspectiva a futuro que sea de fácil comprensión robusto y estructurado donde se integren diversas áreas de la organización, debe tener en un valor de protección que se divide en dos: unas que son fundamentales dentro lo que es un programa de gestión del riesgo y que es el valor protección y también el valor creación logo de protección solo de reducir el hombre la variabilidad, proteger los activos, hacer un uso eficiente de los recursos, que los resultados sean con calidad y que todas las prácticas sean seguras en cuanto al valor creación incremente el Market share como ventaja competitiva.

Contar con fortaleza financiera general incrementado muestra el respeto constante por la organización y cada vez será mejor su reputación, aumentara en el sector de la administración la incertidumbre, reducirá los riesgos, eliminara las pérdidas. El mover la normalización es disminuir la variedad de procesos y entender la teoría del caos que se resume en una sola palabra que depende que me falta?, si me falta en un componente financiero?, si me falta talento humano?, si me falta una persona en un servicio de salud ¿puedo tener teoría del caos y minimizar la pérdida de oportunidades.

La Estrategia debe ser clara con objetivos y con una estrategia definida y segura para la administración del plan general de riesgo, el cuál debe planificar a largo plazo para alcanzar un grupo de objetivos determinados de cumplimiento, contemplar un comité de gestión del riesgo y una estrategia organizacional acoplada a misión, visión, metas y objetivos.

En la actualidad se está utilizando la metodología SMART por sus siglas en inglés, lo que significa que los objetivos deben ser específicos, medibles, realizables, reales y en función del tiempo, cada cuánto voy a realizar mis objetivos , lo que nos permite generar un indicador de gestión, es así que se deben establecer parámetros y niveles de riesgo donde se ubiquen los elementos clave del PGR para realizar una lista de riesgos identificables estableciendo un mecanismo normalizado para la evaluación y cuantificación de los mismos. Es importante no permitir que surjan inclinaciones hacia una parte de la organización como por ejemplo “recostar” los riesgos sólo a la parte asistencial.

Establecer parámetros y niveles de riesgos de la ISO 31000 tiene bastantes anexos al final de norma en donde se pueden consultar las medidas, metodologías y estrategias para realizar la evaluación dependiendo de cada una de las organizaciones todo el tiempo planteada dentro de la norma ISO donde uno puede evaluar un riesgo frente a la frecuencia impacto clasificación del riesgo baja, media, alta.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Las técnicas de evaluación de riesgo, en términos generales, las técnicas adecuadas deberían presentar las siguientes características: deberían ser justificables y adecuadas para la situación o la organización en cuestión, deberían suministrar resultados en una forma que mejore la comprensión de la naturaleza del riesgo y de la manera en que se puede tratar y deberían poderse utilizarse de una manera repetible, verificable y a la que se pueda hacer seguimiento.

Realizar lista de riesgos identificados, establecer mecanismos de normalizado para la evaluación y cuantificación del riesgo para todas las áreas de la organización. A todas las áreas se les da un valor de cuantificación y un tratamiento específico a cada una, la evaluación debe estar justificada y para eso debe tener una técnica valida, esto resultados pueden aportar resultados para mejorar la competencia de la organización.

En la ISO 31010 se pueden ejemplificar los procesos, la estructura del Plan de Gestión de Riesgo debe estar desde la Alta Dirección para que de manera conjunta debe diseñar, estructurar, implementar y supervisar un plan de gestión de riesgo con base en la información recopilada en la identificación y evaluación de riesgos. Previamente se deben ejemplificar donde se identifiquen los roles y la responsabilidad de los actores, los comités núcleos para el análisis de la información coherencia y política de gestión del riesgo y objetivos medibles. El multivariable la matriz de riesgos por cada uno de los dominios presentados.

A la hora de evaluar el plan de riesgo es con información preexistente no con supuestos ni hipótesis por lo que es el contexto, debo identificar por nombre a cada uno de los responsables de cada riesgo, por ejemplo comités de vigilancia epidemiológica, comités de seguridad del paciente, comités de dispositivos médicos y otros que estén dentro de la evaluación de riesgos, programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia y otros.

El análisis multivariado de la matriz de riesgo es donde se evidencia que se ha considerado múltiples factores de la organización, segregar los riesgos para evitar un millar de categorías y para esto agruparlas por medio de una ficha técnica que facilite el trabajo.

Dominio 1 operacional van todos lo directamente relacionados con su operación, Las empresas dedicadas a la administración, prestación de servicios de salud, deben contemplar los factores de riesgo como: falla de procesos internos, personal, software, documentación, desviaciones operacionales.

Dominio 2. Seguridad clínica del paciente, Riesgos asociados con el servicio de salud: fallas en adhesión a Guías de Atención Clínica, infecciones nosocomiales, fallas en la atención clínica que afecta la seguridad del paciente.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Dominio 3 estratégico, Riesgos asociados con el foco y dirección de la organización. (Riesgos impredecibles): pérdida de reputación, competencia, falla en adaptación al cambio, relaciones comerciales, administración organizacional.

Dominio 4. Decisiones que afectan la sostenibilidad financiera de la organización: costos asociados a la no calidad, estructura del capital, instalaciones, equipamiento, facturación y contratos de servicios.

Dominio 5. Talento humano, Riesgos en la fuerza de trabajo: selección y contratación, retención, perfil, compensación, (salud y seguridad en el trabajo).

Dominio 6. Asuntos legales. Riesgos asociados con las fallas en la identificación, administración y supervisión de asuntos regulatorios para el ámbito de servicio. (Habilitación, acreditación, importación, uso, distribución).

Dominio 7. Tecnología. Riesgos presentes en máquinas, instrumentos, equipos y herramientas con fines tecnológicos. Manejo de la información, fin previsto, uso según la demanda, entrenamiento, actualización.

Domino 8. Peligros asegurables. Instalaciones, capital, desastres naturales y demás prevenibles.

Principios de la gestión del riesgo: Crea y protege el valor, Es una parte integral de todos, los procesos de la organización, es parte de la toma de decisiones, aborda explícitamente la incertidumbre, Es sistemática, estructurada y oportuna, Se basa en la mejor información disponible, está adaptada, toma en consideración los factores humanos y culturales, es transparente e inclusiva, es dinámica, reiterativa y receptiva al cambio, facilita la mejora continua de la organización.

La valoración del riesgo es el proceso total de identificación del riesgo, análisis del riesgo y evaluación del riesgo. Se debería identificar las fuentes de riesgo, las áreas de impacto, los eventos, causas y consecuencias potenciales. El análisis del riesgo implica el desarrollo y la comprensión del riesgo. Este análisis brinda una entrada para la evaluación del riesgo y para las decisiones sobre si es necesario o no tratar los riesgos.

El propósito de la evaluación del riesgo es facilitar la toma de decisiones, basada en los resultados de dicho análisis, acerca de cuáles riesgos necesitan tratamiento y la prioridad para la implementación del mismo. Equilibrio entre los costos y los esfuerzos de implementación frente a los beneficios derivados con respecto a los requisitos legales, reglamentarios y otros (responsabilidad social, protección del ambiente).

El monitoreo y revisión debe garantizar que los controles sean eficaces y eficientes tanto en el diseño como en la operación, obtener información adicional para mejorar la valoración del riesgo e identificar los riesgos emergentes.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

La gestión integral de riesgos en organizaciones del sector salud beneficia de manera bilateral al paciente y al prestador:

- ✓ Disminución de costos de no calidad
- ✓ Aumento de la seguridad del paciente
- ✓ Tasa de satisfacción global significativa
- ✓ Interacción de sistemas de gestión

Se continúa con el Doctor Alexander Gómez Rivadeneira, Docente Especialización en gestión de la salud pública. Fundación Universitaria Sanitas.

### 3. GESTIÓN DEL RIESGO Y SALUD PÚBLICA EN EL MARCO NORMATIVO COLOMBIANO

El tema a trabajar está relacionado con los cambios normativos recientes relacionados con la gestión del riesgo en salud y exige la utilización de conceptos y herramientas de la salud pública para su apropiada comprensión e implementación.

En las entidades del sector salud se han realizado grandes avances por adaptar y adoptar el tema de gestión del riesgo en sus instituciones, ese tema no siempre logra articular de forma efectiva sino que funciona como un sistema aislado y a veces no tenemos todo el apoyo que quisiéramos tener pero poco a poco hemos ido avanzando.

Tenemos avances normativos recientes relacionados con la gestión del riesgo, concepto de la salud pública y plantea tres momentos: primero cuáles son esos cambios, luego ver un poco de cuáles son los sistemas y las herramientas que se pueden aportar desde la salud pública para la implementación de tal forma que cuando se requiera estén listos incluso cuando nos visitan los organismos de control.

En cuanto a cambios normativos, los cambios normativos recientes están relacionados con la gestión del riesgo: primero quiero hablar de la Ubicación, lo segundo es sobre la Ley Estatutaria, luego del Plan Nacional de Desarrollo discusión en este momento en el Congreso de la República vamos a ver qué pasa, Plan de Salud Pública, Intervenciones Colectivas el Ministerio de Salud firmó Resolución 518 en febrero de este año y aun está muy reciente y hay una serie de inquietudes sobre todo en cuanto a las EPS y finalmente una síntesis .

La ubicación implica la revisión de la estructura jerárquica del orden jurídico colombiano a nivel nacional, hay más o menos 3000 normas en la cúspide, encontramos la constitución política, las leyes, los decretos, los acuerdos del Consejo de Seguridad Social, los decretos y resoluciones del Ministerio de Salud y las circulares de las entidades como la Superintendencia Nacional de Salud.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Se plantea una estructura piramidal y es necesario crear un acuerdo social y en ese punto es el que en Colombia se han presentado controversias por ejemplo: Que se va a entender como derecho a la salud uno de los puntos principales de la Ley estatutaria, En la Constitución Política se establece así y se tienen unos tratados internacionales en Colombia ratificando y conformando un gran bloque que se llama constitucionalidad. Y por eso cualquier norma debe estar dentro de tres (3) tipos de leyes ustedes también lo saben las estatutarias, las orgánicas. Las estatutarias quiere decir jerárquicamente superior a las demás normas incluyendo Corte constitucional y emite 3 tipos de sentencias las sentencias de tutela, las sentencias unificadoras y las sentencias C que son muy importantes, que son las que sientan jurisprudencias, Cuando una Secretaría de Salud establece normas deben estar dentro de las normas que se encuentran por encima en la pirámide judicial.

La Ley Estatutaria en salud que fue revisada por la corte constitucional a través de una sentencia de 2014 Estatutaria tiene 13 partes. El Plan Nacional de Desarrollo, un documento un poco más extenso 800 páginas, y el otro punto a revisar es la resolución del plan de intervenciones colectivas. Las dos primeras se complementan entre sí. Hay una estrategia que se alinea que corresponde a los planes de alineación en salud, el primero es el plan diseñado por la presidencia, el segundo es el Plan Decenal de Salud Pública, que se encuentran vinculadas al Plan de Desarrollo como la política nacional de salud sexual y reproductiva, y luego siguen los planes territoriales de salud como el de Bogotá, hasta llegar a los planes de salud que realizan las EPS, tal como lo establece la norma, y se deben articular a todo lo anterior. Lo que permite toda una alineación nacional institucional.

**LEY ESTATUTARIA**

Solo me voy a referir a tres o cuatros puntos claves, punto uno el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano sino como el acceso a un servicio público. Según la Corte Constitucional en su sentencia C 313 de 2014, limitando sin tener en cuenta los determinantes sociales. La titularidad de los derechos fundamentales es irrenunciable (para individuos y colectivos), el ejercicio del derecho por parte del titular es expresión de su autonomía. Lo que quiere decir que no puedo cederle mi derecho a la salud a nadie. Aunque si puedo renunciar a un tipo de tratamiento. Una comunidad puede interponer una acción judicial exigiendo una campaña preventiva de la misma manera.

Otro punto fundamental es derecho a la salud y salud pública, el derecho a la salud entraña libertades y derechos. Libertad porque pueden controlar su salud y su cuerpo, no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos sin consentimiento. Derechos: un sistema de protección de la salud que brinde iguales oportunidades. Todo esto relacionado directamente con la gestión del riesgo.

La salud como derecho y servicio público son interdependientes: derecho para el ciudadano - servicio para quien lo oferta. El derecho a la salud incluye prestar servicios y evitar daños (evitar daños no puede posponerse). La prevención es parte integral de la política social del Estado y de los servicios a los que deben poder acceder los habitantes. Y se debe tomar todas la medidas para ofrecer el servicio sin afectar el derecho a la salud por ende debe ser oportuno con prevención.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

El deber del estado entonces es: formular y adoptar políticas preventivas mediante acciones individuales y colectivas según las necesidades de salud a lo largo del ciclo de vida.

El deber del congreso es: crear mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud.

Y finalmente los deberes de los habitantes son: autocuidado, participar en los programas de promoción y prevención y atender sus recomendaciones.

En ese sentido la Ley Estatutaria y la gestión del riesgo tienen como propósito la gestión del riesgo para evitar la regresividad en el goce y la vulneración de los derechos definidos por la Ley Estatutaria como socialmente indeseables, utilizando los mecanismos de protección previstos por la Corte Constitucional.

Se deben establecer dimensiones de vulneración tales como:

Positiva: acciones que generan un daño a la salud Ej. Eventos adversos o negativa por omisión, cuando se deja de prestar un servicio de salud, por ejemplo, barreras de acceso, o malversación de recursos públicos que no se pierden su carácter por más que vayan a entidades privadas, entre otras muchas razones por las que se deben cuidar las empresas prestadoras de salud.

Se debe evitar la regresividad, recortar la protección de un derecho, aumentar los requisitos para acceder o disminuyendo los recursos públicos, y será mucho más grave afectar a los más vulnerables.

El Estado establece unos mecanismos en los que por respeto, el Estado debe abstenerse de interferir en el disfrute del derecho, en la protección el Estado quien debe impedir interferencias de terceros y en cuanto a la garantía el Estado debe adoptar medidas facilitadoras del cumplimiento, con participación social efectiva a través de redes integrales (no Integradas), sin prohibirles servicios por razones económicas, con prestación de salud integral de forma tal a que se dé la resolución de conflictos. Con esta terminamos el primer punto.

## PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Primero quiero hacer una descripción porque cuando a uno le hablan del Plan de Desarrollo, la ley del plan superior de desarrollo tiene más peso que las demás leyes nacionales, la oferta de servicios sociales (incluyendo servicios de salud) corresponde al 48% de los \$700 billones de pesos que invertirá el país en los próximos 4 años (35% recursos privados). DNP Bases conceptuales del Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018. Datos que traigo a colación para aclarar que este no es el plan de

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

ejecuciones del gobierno, es el plan de inversión del país, y por eso los recursos privados están incluidos.

Vale la pena hacer unas aclaraciones sobre el desarrollo social ya que Colombia ha transitado por diferentes enfoques de desarrollo social, desde Gaviria hasta el que tenemos ahora. Se puede observar que se han pasado por distintas etapas asistencia, previsión, protección, promoción y ahora la **movilidad social** y esta depende de las Intervenciones dirigidas a evitar que una familia económicamente vulnerable (no vulnerada) regrese a la pobreza.

El enfoque de riesgo en Plan Nacional de Desarrollo, tiene varias premisas: una crisis se materializa a través de un proceso de cambio producido por un evento. Una crisis puede llevar a que personas que antes no estaban en privación empiecen a estarlo. Una crisis no afecta a todas las personas en la misma forma, puede llevar a privaciones de diferente intensidad. Y en cuanto a definiciones Amenaza: crisis, factores de crisis: eventos que causan daño, vulnerabilidad: susceptibilidad a eventos específicos, riesgo: probabilidad de obtener un resultado indeseable derivado de la ocurrencia de eventos dañinos y la susceptibilidad de quienes estén expuestos. Y todo esto porque el gran problema del país es la pobreza y es la que rodea todo los riesgos.

Las principales problemáticas del Sistema de Protección Social según el Departamento Nacional de Planeación son: es fragmentado y desarticulado (falta articulación de las entidades como sistema aunque se logren alianzas en lo operativo, no integra acciones de prevención, mitigación y superación, carece de un objetivo común y desaprovecha la oferta privada de servicios. Y según el Ministerio de Salud y de Protección Social los problemas más frecuentes son: barreras rural/urbano y población dispersa, insuficiencia en la infraestructura y tecnología IPS (oferta de alta complejidad), incentivos para la prevención de enfermedades, movilidad contributivo vs. subsidiado, talento humano,

La estrategia clave para el SGSSS es el Modelo Integral de Atención en Salud (artículo 61) que incluye entre otros:

- Rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por ciclo y curso de vida.
- Rutas de atención específicas para grupos de eventos.
- El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC.
- Funciones del prestador primario y la operación en redes integrales de servicios.
- La implementación de la gestión de riesgo en salud.

En el Plan Nacional de Desarrollo, las entidades del sector salud deben contemplar las acciones del POS y del PIC mediante rutas de atención: a) dirigidas al curso de vida que incentivan la prevención de la enfermedad y b) dirigidas a enfermedades que disminuyen transmisibilidades y complicaciones.

## PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Vamos a ver como se recoge todo este proceso que le permite a la Entidad Territorial identificar, analizar e intervenir riesgos colectivos en salud, así como la percepción de la población frente a las amenazas y vulnerabilidades y afrontar la incertidumbre, que consiste en disminuir o mantener la ocurrencia de eventos negativos para la salud en niveles socialmente aceptables a través de estrategias de prevención o mitigación.

Es bueno comparar esta con la presentada por ICONTEC hace una hora, donde la Resolución 518 de 2015, establece las responsabilidades de las EPS: a) Coordinar con la ET que las actividades incluidas en el POS se realicen de manera complementaria y articulada al PIC y apunten al logro de los resultados en salud a lo largo del curso de vida; b) Garantizar la atención oportuna de las personas identificadas, canalizadas por las ET en el marco del PIC y estableciendo mecanismos de coordinación con las ET y su red de prestación de servicios, c) Los tamizajes que ya están incluidos en el POS que se realicen en el marco del PIC, se deben ejecutar con previa concertación con las EAPB a cargo de la población objeto de intervención con el fin de que dichos tamizajes se financien con cargo a la UPC.

Las actividades de gestión del riesgo se centran en:

**Información:** producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes sobre prevención y mitigación de riesgos identificados en el territorio.,

**Educación y comunicación:** Construcción del conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes en los programas y proyectos de gestión del riesgo.

**Tamización:** Identificación masiva (independientemente de la afiliación y en entornos diferentes a las instituciones de salud, usando pruebas diagnósticas (con efectividad demostrada) del subconjunto de la población con mayor probabilidad de sufrir eventos que generen externalidades y resultados en salud.

**SINTESIS**

Vamos a hacer la síntesis de lo que hemos presentado. Las normas revisadas ocupan un lugar importante en la jerarquía normativa y son referentes para la planeación territorial e institucional El derecho a la salud como co-responsabilidad Estado y Sociedad debe garantizar el acceso a los servicios de salud mediante la identificación y modificación anticipatoria de la vulneración y la regresividad que atenten contra la dignidad humana. El PIC incluye actividades coordinadas de información, comunicación, educación y tamizaje para la identificación y manejo de riesgos.

La movilidad social del PND propone identificar y modificar crisis mediante un modelo de atención con rutas y redes integrales. Forma en la cual la información del riesgo es comunicada a distintas

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

audiencias teniendo en cuenta que las personas de la comunidad perciben los riesgos de una forma diferente a los formuladores de políticas, científicos y clínicos.

En cuanto a la correlación de la salud pública y las propuestas normativas, las acciones que propone el gobierno y la sociedad dentro de la normatividad son: preservar el derecho a la salud, el autocuidado y la adherencia a programas, participación en salud. La acción gubernamental se dirige a: políticas preventivas sectoriales, rutas de atención por ciclo de vida, identificar amenazas extra sectoriales, coordinación ET-EPS. Las intervenciones preventivas dirigidas a grupos vulnerables proponen un ajuste de la atención a la población rural dispersa y atención con enfoque diferencial. En cuanto a control de enfermedades peligrosas están las rutas de atención para enfoque de interés en SP ligadas a programas verticales.

Dentro de los conceptos que aporta la salud pública está la necesidad, que es la capacidad de hacer uso de una intervención para evitar la enfermedad o sus complicaciones (manejar el riesgo de enfermar o morir). Se divide en:

**Normativa:** refiere a las intervenciones estipuladas como obligatorias por las disposiciones legales.

**Ofertada:** Intervenciones brindadas por las entidades o los profesionales.

**Percibida:** Intervenciones consideradas benéficas y anheladas por una persona.

El aporte de la salud pública a la implementación de las propuestas normativas debe buscar: valorización de necesidades en salud, comunicación del riesgo en salud, ética en salud pública.

Dentro de los cambios normativos se resumen los siguientes: autocuidado y adherencia a actividades preventivas, evitar daños a la salud originados en otros sectores, generar rutas de atención por ciclo vital y complementar acciones preventivas del POS y del PSPIC.

Entrando al tema de comunicación del riesgo, se dice que la forma en la cual la información del riesgo es comunicada a distintas audiencias teniendo en cuenta que las personas de la comunidad perciben los riesgos de una forma diferente a los formuladores, científicos y clínicos. Además se debe definir si el objetivo es: advertir sobre un peligro, asesorar sobre un peligro tolerable, clarificar malentendidos, reducir conflictos, facilitar la toma de decisiones. Comprender que los peligros son menos aceptados cuando son: desconocidos, infrecuentes, afectan a grupos socialmente protegidos, generan enfermedades atemorizantes.

**Valoración del Impacto en Salud:** Herramienta de articulación e intervención intersectorial que permite enfocarse en amenazas para la salud originadas en políticas, programas o proyectos que se generan en sectores distintos al sector salud. Las herramientas específicas en esta valoración son: valoración integrada de impactos: que se describe como el proceso de identificar amenazas para la salud o

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

combinarla con otros de origen ambiental y social salud de una población y formular recomendaciones para mejorarlo. Y valoración del impacto en salud con enfoque de equidad que pretende la identificación de inequidades y vulnerabilidades y la participación de las comunidades.

En cuanto al tema de valoración de necesidades, es el proceso de identificar la necesidad de intervenciones en salud y su distribución en la población y formular recomendaciones para obtener beneficios de esa intervención. Las herramientas que la describen son: a) valoración del estado de salud de la población, que es el proceso de identificar el nivel de salud de una población y formular recomendaciones para mejorarlo; b) valoración de la necesidad de atención de la población, definida como el proceso de identificar la cantidad y tipo de atenciones en salud que requiere una persona o un grupo y c) valoración percibida del cuidado personal, informal e institucional que hace referencia al proceso de identificar percepciones y representaciones sociales relacionadas con la enfermedad, el riesgo de enfermar y el cuidado personal y recibido de familiares e instituciones.

Y por último la ética referente a los mecanismos para identificar en qué circunstancias la salud de una población justifica sobrepasar la autonomía y los derechos individuales. Se tiene en cuenta unos valores éticos y su aplicación: a) autonomía: participar voluntariamente en los programas, b) equidad: recibir atención con enfoque diferencial y perspectiva de derechos c) utilitarismo: utilizar adecuadamente los recursos disponibles y d) comunitarismo: participar en la formulación de planes de salud (territoriales e institucionales).

## CONCLUSIONES

La co-responsabilidad del Estado y los habitantes como garantes del derecho a la salud, en modelo de atención con rutas y redes integrales que sostenga la movilidad social y las acciones coordinadas entre ET y EPS constituyen cambios normativos recientes relacionados con la gestión del riesgo en salud.

Para una mejor comprensión de esos cambios normativos se correlacionan con definiciones de salud pública y se aporta el concepto de necesidades en salud diferenciando entre necesidades normativas, ofertadas y percibidas precisando la relación que tienen con la gestión de riesgos financieros, legales y reputacionales.

Para la implementación de los cambios normativos, la comunicación del riesgo, la valoración del impacto en salud de políticas extra-sectoriales, la valoración de necesidades en salud y la ética en salud pública son herramientas que enriquecen la gestión del riesgo en salud.

Por último les dejo mi correo por si tienen alguna consulta a los temas presentados el día de hoy: [algomezr@yahoo.com](mailto:algomezr@yahoo.com) [algomez@unisanitas.edu](mailto:algomez@unisanitas.edu).

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

**Heydi Hidalgo** interviene: después de haber tenido la oportunidad de revisar conceptos básicos que nos permite ver cómo nos podemos incorporar frente a la parte operativa y estratégica, después de escuchar cómo eso tiene implicaciones en el punto de vista normativo y cómo podemos bajarla a la parte de salud pública, y de una manera que se vuelva un ejercicio diario en cada uno de nuestros procesos y procedimientos.

Hacer un ejercicio diario que implique el esfuerzo de trabajar, está en cada uno de esos procesos y procedimientos como lo decía el delegado de Icontec y que en esta metodología se pueden encontrar elementos para cada una de las actividades que se representan que invitan a tener claridad dentro del contexto dentro de una presentación ir a la práctica.

Finalmente, LUZ AMANDA MORALES PEREIRA, profesional del equipo de gestión del conocimiento y fuentes de información de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, continua con su presentación relacionada con seguimiento de la gestión del riesgo individual de las fuentes de información para ver si hay una relación específica con la presentación anterior. Bienvenida, la dejamos en el auditorio:

### **SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL DESDE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EAPB. (LUZ AMANDA MORALES PEREIRA)**

En primer lugar la expositora identifica EPS, IPS, MEDICINA PREPAGADA, Referentes Distritales de las diferentes dependencias de salud pública, referentes locales de las ESES como actores participantes en la Mesa de Trabajo de Aseguradoras.

Frente a la presentación que hizo Dr. Alexander y específicamente frente a lo del PIC es importante que si ustedes tienen alguna duda de interpretación de la norma, se realicen las preguntas pertinentes en la Dirección de Promoción y Prevención -Minsalud aunque de lo que esta referenciado las dudas han sido sobre tamizaje. La Dirección de Promoción y Prevención tiene la explicación que estos tamizajes tienen que ser con plena concertación con la EAPB, es decir que cada entidad territorial en los posible verifique en primer lugar si la EAPB ya realizó el tamizaje y si se hace necesario la autorización para que el individuo sea tamizado ¿Por qué importante revisar este tema? porque la Resolución del Plan de Intervenciones Colectivas es muy reciente como explico el Dr. Alexander y es necesario realizar una correcta interpretación de las normas para evitar causar caos en la parte operativa.

Es necesario que el operador tenga conocimiento de la norma y no de a lugar a interpretaciones disimiles. Una norma no es como yo lo interpreto sino como lo dice la norma.

Teniendo en cuenta las ponencias que me antecedieron como la del Dr. Arturo, ICONTEC y el Dr. Alexander, recalca la importancia de la información y que para los estudiosos el dato es para analizar, un dato es para tomar decisiones y eso es lo que se acepta en nuestro país.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Cuando se expresa la palabra riesgo institucional y de reputación hoy sí toma importancia para las EAPB porque cuando se muestra los indicadores de la Resolución 4505 de 2.012 van a decir esos no son mis datos, eso significa que tengo un dato diferente al interior de la institución y esos son los datos cargados al SISPRO-Minsalud y eso significa posibles situaciones de falla en la IPS.

Cuando se definió esta ponencia con Heydi, fue enfocada ¿En cómo basamos el conocimiento sobre gestión del riesgo?, cómo se puede ver la gestión de las fuentes de información, cómo se pone la gestión del riesgo?, cómo saber si una EAPB hace gestión del riesgo en salud, es decir es mas allá de la lectura con el fin de ver como desde la operación puedo observar lo que realizo. Y a nivel de operación identificar el nivel del riesgo que estamos observando en Colombia, muy posiblemente no tenemos la cultura de revisar que lo que hacemos no es igual a lo que escribimos, es decir no es igual a lo que registramos.

Por ejemplo se realiza una atención en salud y no identifiqué el paciente por lo tanto no se da alerta a la aseguradora para saber si ese usuario tiene riesgo o no y lo mismo cuando salen los resultados de los indicadores de medición en salud por ejemplo: cuándo se hizo la citología?, cuánto se demora el resultado de la citología versus el resultado final y versus la atención de ese paciente, entonces puede por ejemplo ser de 190 días y entonces ¿qué pasó con la gestión del riesgo?, ¿qué pasa? cuando se supone que como decía el doctor Alexander le tomaron una prueba diagnóstica que nadie identifico ni lo reviso?.

Todo porque el responsable de registrar el resultado omitió su registro como debería ser, entonces fijense que todo lo que estamos hablando de gestión del riesgo termina en el punto más importante que es la red de información y no se tiene información si no se tiene datos con claridad, datos con prontitud y datos veraces, lo que vamos a mostrar es que lo que vemos de gestión del riesgo que es lo que el Ministerio de Salud ha realizado en parte en estos últimos 2 años dado que desde la época de la Doctora Londoño y sus antecesores que habían estado implementando el sistemas de información-SISPRO que como les contaba también el Doctor Arturo esta desde el 2008 y de ahí surgió la necesidad de hacer un relanzamiento en el año 2012 y 2013 para mostrarle al país que el Ministerio de Colombia si tiene un sistema de información en salud .

Entonces la Dirección de Epidemiología y Demografía –Minsalud creó un grupo que se llama gestión del conocimiento y fuentes de información en salud y como dice el Alexander, de qué sirve tener información sin retroalimentar y lo mismo dice ICONTEC de qué sirve los riesgos sino retroalimentación.

Este tema se maneja desde la Dirección de Epidemiología y Demografía -Minsalud, se ha hecho un inventario sobre fuentes de información del sector salud dado que existen múltiples fuentes de información y eso es de controversia y de fuerte trabajo para las IPS, es decir aproximadamente más de 100 fuentes de información y la EPS también genera un formato diferente para pedir la información. Entonces por ejemplo se quiere saber de los hipertensos de Bogotá, entonces el Ministerio de Salud dice que hay un censo de hipertensos, pero que a nivel Bogotá por ejemplo : quieren saber los resultados de si estos pacientes tienen el cabello largo o el cabello corto, bueno entonces la EAPB

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

quiere aprovechar y quiere que le digan si es casado, si es soltero y resulta que la IPS resulta con 4 formatos, entonces se tiene el formato del Ministerio de Salud, el de las EAPB para las IPS con las que tienen contrato, el de la Secretaría de Salud y si la EAPB está en diferentes zonas geográficas entonces por ejemplo imagínese si la NUEVAEPS está en 1100 municipios tendría que diligenciar 1100 diferentes formatos.

El estudio minucioso que se está realizando desde hace 2 años no ha sido fácil, todavía falta muchísimo camino por recorrer pero hacia eso vamos porque lo que pretendemos es que el profesional de salud registre lo que hace pero que otro individuo se responsabilice de la recolección de ese dato, que otro individuo se responsabilice de validarlo y analizarlo y así evitar que el profesional en salud que realiza la atención tenga que ponerse a diligenciar n formatos para poder decidir en una consulta médica.

Entonces lo que les estoy contando en resumen es con van o como se están midiendo los EAPB. Saber cómo se está midiendo la gestión del riesgo individual y lo que dice la ley 1438 en el artículo 111. De hacer una evaluación de todos los actores EPS, IPS de todas las entidades territoriales con ayuda del Ministerio de Salud.

Se evaluarán las entidades territoriales y EPS e IPS y considera que es posible que antes de diciembre se puedan mostrar indicadores por IPS. Actualmente en proceso dado que las IPS tienen n contratos con múltiples aseguradoras. Por ejemplo una IPS decirle su cobertura en citología de x valor va depender de las múltiples Aseguradoras dado que difieren las características en x Aseguradora si se tomo y en otra no. Entonces con la caracterización de los programas que se hizo en septiembre del año 2014 ya se tiene conocimiento que tienen contratado por cada una de las IPS y cuando crucen esa base de datos contra la Resolución 4505 de 2012 y las otras fuentes se pueden construir indicadores por IPS y cada IPS mostrara por ejemplo la cobertura de control prenatal esperada para por ejemplo Famisanar es xx de esa población. La IPS tiene contratos con XX EAPB para más de XX usuarios, tendrá que mostrar su capacidad para esos XX mil usuarios.

Entonces para eso primero debemos reconocer que nuestro país necesita de normas para que hagamos las cosas, entonces simplemente estos son los antecedentes normativos donde le dicen a la EAPB que está obligada a identificar los riesgos, entonces la ley 100 del 93 dice que la EPS está obligada a identificar los riesgos en sus afiliados para realizar la gestión del mismo y analizar mejor una atención en salud de acuerdo al decreto 1485 del año 1994 aun vigente, La Ley 2357 del año 1995 vigente todavía que dice responsabilidades de las EAPB que deben tener para administrar el riesgo individual. La Ley 1122 del 2007 vuelve y nos lo recuerda que el riesgo en salud es de consecuencia de la administración el riesgo financiero y la ley 417 del año 1998 dice que las IPS tienen la obligación de identificar el riesgo de su población para la realización de acciones de acción específica y las guías de aplicación en salud.

El artículo 14 del mismo acuerdo dice que las empresas están obligadas a hacer una planeación anual dependiendo de la investigación de los riesgos, saben que la idea es censar a cada persona y la

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Resolución 412 de 2.012 dice que hay unas acciones para reducir el riesgo de enfermar y reducir el riesgo para garantizar la salud colectiva, entonces fíjense que normatividad existe para analizar el riesgo, qué normatividad se tiene frente a la competencia de analizar el riesgo.

Se le establecen unas competencias misionales específicas que es entregarle al país el análisis de situación en salud, ese análisis de situación en salud se hace por territorio que en este momento todos los territorios ya entregaron sus ASIS. Ese ASIS se entabla dentro de todos los habitantes del territorio sin discriminar quien está asegurado o quien no está asegurado teniendo simplemente todos sus habitantes. La IPS no están solas estas tienen unos gestores en sus territorios que son las aseguradoras donde el usuario se asegura a cada régimen y las IPS son las encargadas de la prestación de los servicios. Entonces las IPS no pueden hacer un ASIS porque las IPS no tienen que ver con los demás sectores, una EAPB no es responsable total dado que la responsabilidad del territorio es de Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud, Secretaría de Ambiente y demás, pero la EAPB es responsable de la cantidad de usuarios y la EAPB es la responsable del paciente porque el paciente es de la entidad que contrata hasta que el paciente fallece. No olviden que la EAPB SU responsabilidad no es poblacional. La EAPB tiene responsabilidad individual y por ende es responsable de la atención individual y es por eso que se hace un proceso que se llama caracterización. Por ende ya no se utiliza la palabra perfil epidemiológico y se utiliza la palabra caracterización que tiene varios módulos.

Cuando se inicio mirar la información se planteo el interrogante ¿cómo vamos a obtener la información al revisar las EAPB? tenemos que revisar qué información demográfica de la población se puede obtener, ¿como se prestan los servicios por grupo? ¿Cómo podemos ubicar el individuo por ciclo vital? ¿Como sabemos el sexo?, así sabemos quién es el individuo.

Recuerdan que el Dr. Alexander hablaba del enfoque diferencial en este país. De ahí la importancia del registro de las poblaciones ROM , las poblaciones LGTBI ,la población Indígena o a los Afrodescendiente que resulta dado que se tiene subregistro y en algunos casos se carece de información en los sistemas de información sobre la etnia y es necesario tener responsabilidad en el registro de las poblaciones especiales.

¿Como se comportan estas poblaciones? No es porque no se atiendan, sino porque la información que se recibe de las IPS y las EPS no registra y en algunos caso por ejemplo en una IPS registra que no es ninguno, no tiene etnia, el otro dice que indígena, el otro dice que es afro, entonces decimos a quien le creó?, quien es la IPS que tiene contacto con el usuario. Entonces fíjense que el Dr. Alexander tiene toda la razón, se tiene que poder realizar la atención diferencial e identificar las poblaciones. Entre los sistemas de información se tienen redes que deben permitir caracterizar la población por EAPB por ejemplo las EAPB pueden identificar para reportar el peso y la talla. Las EAPB están suministrando los datos de cada uno de estos afiliados, también se pueden observar el riesgo metabólico al obtener los datos de los laboratorios, también de la patología cardiovascular patologías crónicas y concepcional y el deber es clasificar los riesgos.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

¿Conocemos la vulnerabilidad de la población? si se puede obtener por condiciones específicas, el menor de un año, la gestante, por condición de discapacidad, por víctimas y podemos tener las cohortes que explico el Dr. Arturo, entonces el Ministerio de Salud inicio la tarea de identificar y trabajar sobre un seguimiento para saber cómo vamos?, así se identificara que los actores frente a los pacientes hipertensos, VIH, tuberculosis, leishmaniasis son aproximadamente 21 riesgos que cuentan con información. El proceso para caracterizar busca las bases de datos de cada una de las EAPB que están reportando toda la red de su población de manera semestral .Las EAPB están con esta prueba piloto donde y cuando termine esa prueba piloto ya se cambiara y serán las IPS que suministran sus RIPS tanto las IPS públicas, privadas, médicos particulares, entonces ya tendríamos la información de la prestación de los servicios. Se tiene el SIVIGILA, los reportes, los censos que fueron entregados al Ministerio del Interior y esta entidad nos entregó datos, sin embargo persisten limitaciones en estandarización de los datos.

También se explica que próximamente se contara con una Resolución que indicara al ente territorial cuales son los mínimos que deben de tener la Declaratoria de Salud dado que aun se tienen riesgos que no tenemos en las bases de datos.

Las diferentes fuentes de información, la Resolución 4505 de 2.012, la declaratoria de salud que se da es semestral, los RIPS que se dan trimestrales pero próximamente cuando sean manejados por las IPS serán mensuales, el RUAF con ND que son nacimientos y defunciones las entidades tienen conocimiento que sus reportes son mensuales.

Los sistemas de información no piensan, los sistemas de información se programan y se tiene que tener en cuenta que una persona es un ciudadano colombiano si coincide los dos nombres, los dos apellidos, el mismo número de identificación y la fecha de nacimiento con eso usted si puede decir que esa persona es la que estoy reportando. De ahí comienza a supervisarse las entidades y obviamente su prestigio depende de sus indicadores y es necesario dar la importancia a los sistemas de información de los depende la caracterización y los indicadores que construyen en el Ministerio de Salud.

Eso quiere decir que la base SISPRO debe tener los 47 millones de colombianos, la totalidad de los ciudadanos la oportunidad es cuando dice que tengo que cargar el 31 y el mismo 31 por que una vez se carga la información se da un proceso para poder verificar indicadores, entonces, por ejemplo hoy en día ustedes saben que estadísticas vitales deben de saber cuántos nacen y cuantos mueren en nuestro país y lo sabemos cada cuánto, cada 18 meses porque la misma entidad oficial que puede dar esos datos es el DANE y el tiempo es de 18 meses porque resulta que los registros de nacimientos no se hacen en las IPS y los que se hacen por parte de médicos que no los registran y luego direcciona al encargado de la EPS para tramitar este certificado tanto de nacido vivo como de defunción.

Al DANE le llegan datos que no son de IPS, entonces el DANE captura la totalidad de la información del país y luego hacen una crítica estadística porque cuando miramos las causas de mortalidad a uno

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

le colocan infarto agudo de miocardio, al otro le colocan IN..., al otro le colocan ICA ..escrito de diferentes maneras, entonces el DANE para poder codificar hace algo llamado la crítica estadística y esa es la razón de los 18 meses. Al Ministerio de Salud le entregan los datos a los 18 meses es muy difícil poder actuar. Si se cuenta con la identificación del riesgo de un usuario de una citología que se tomó en enero que es un NIP 3 y le tomo la biopsia en junio la podemos atender, pero no hicimos la detección temprana, ahí es cuando hablamos de la oportunidad del dato en la cual se determina para realizar la detección para tomar la atención y saber cuando estamos hablando de datos por persona. Es una ley de habeas Data e nace en el año 2012 donde la ley colombiana dice que cada dato debe tener una protección de datos y esta protección de datos significa que todas las instituciones de alto nivel jerárquico son las únicas que tiene acceso a los datos nominales, pero el resto de entidades no lo pueden hacer por eso una Secretaria de Salud, una IPS o una EPS tienen dificultades en la entrega de los datos porque únicamente está al alcance del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud desde el año 2013 está empezando hacer auditoria de los datos, de los registros que ustedes envían y se continuara desarrollando todas las fuentes de información que se utilizan.

Todo lo que se ha revisado se encuentra en una parte de la página del Ministerio de Salud que ya es pública-gestión de riesgo individual-, donde se puede observar la caracterización de las EPS, donde puede ver el seguimiento de las acciones preventivas y todo lo relacionado con la Resolución 4505 de 2.012. Esta última no es la Resolución 412 de 2.000, es solo una mínima parte de las actividades que en la Resolución 412 de 2.000 se contemplan. Cuando se actualicen las guías y normas técnicas se realizaran los cambios correspondientes. Lo que les quiero mostrar en la caracterización es que se pueden observar desde la página del Ministerio de Salud los resultados de las IPS. Es información de acceso y consulta pública, eso puede ayudar para que exista más tiempo para gestionar los procesos.

Al observar la caracterización se puede observar dos componentes grandes, uno que es todos los indicadores que tienen que ver con la descripción demográfica, pirámides poblacionales por cada EAPB las entidades territoriales ya pueden consultar la información de todas. La EAPB se puede comparar consigo misma, por país. Se puede consultar la información de morbilidad y mortalidad por cada una de las EPS, indicadores trazadores por EPS. También se va a encontrar las actividades de priorización por cada EPS. De esta manera cada ente territorial sabe con qué está trabajando cada aseguradora y a que se ha comprometido cada entidad. También se puede evidenciar también la población afiliada a cada EPS y de esa cuanta población está asignada a los primeros niveles. Con esta información el Distrito Capital podrá tomar decisiones, para gestionar el riesgo debo tener su población en una puerta de entrada que le permite identificar los diferentes riesgos a los cuales está expuesta la población dependiendo de la EPS.

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Se observa también guía de base de prioridades, indicadores y listado por aseguradoras. Estas son las pirámides poblacionales generadas por cada EPS en su territorio. Esta por departamento y municipio.

En la página del Ministerio de Salud se dispondrá de un mapa que dice Gestión de riesgo individual ahí les salen tres flechitas, una corresponde a caracterización poblacional, la priorización y la de los indicadores.

En el seguimiento de las actividades de protección específica, procesamiento de fuente de información, flujograma de información. Cuando la información se va a bodega de datos se va al centro de almacenamiento de datos externos del Estado, donde llegan todos los datos de las demás entidades gubernamentales. Por eso hoy en día se conoce toda la información sobre la población ya que en esa base se dispone de toda la información.

Los indicadores de la Resolución 4505 de 2.012 son 50 indicadores, lo que se propone es que con toda la información que está mostrando las entidades territoriales puedan hacer seguimiento a la gestión del riesgo de las aseguradoras. Verificando parte operativa de la gestión del riesgo, norma, intervención del riesgo. ¿Cómo está el comportamiento de las aseguradoras? ¿Cómo se comportan las prioridades? En marzo se entregó el informe anual de indicadores.

Se solicita hacer la entrega de las encuestas a la salida, puesto que son muy importantes.

Algunos indicadores por ejemplo son número de gestantes con tamizaje para hepatitis B tiene 211 gestantes y no les hizo nada en el año 2014, De ahí se puede filtrar y obtener información. En Bogotá por ejemplo este es el número de gestantes para el año 2014 y las que reportaron las EPS y estas fueron las que se realizaron tamizaje, esto se realiza con proceso de firma digital para evitar problemas de orden legal en el momento de reclamaciones por incongruencia en los datos. Fíjense que la gestión de riesgo individual a hoy, ya se puede evaluar, ya no solo se queda en la academia, todos esos datos tienen nombre propio, número y dato de identificación. Ya ustedes podrán pensar lo que se aproxima en unos meses y la idea no es culparse unos a otros

Y pueden darse situaciones de ese paciente se pago y la otra entidad no lo reporto o viceversa y finalmente esa es la realidad del país, los datos los está reportando el Ministerio de Salud y es de consulta nacional e internacional como se comportan las EAPB en nuestro país con la gestión de riesgo individual. Portante es que ustedes los delegados de las entidades se vayan con la preocupación de lo importante que es un dato, un registro y de la importancia de lo que la entidad entrega y que está reflejando sus reportes de lo que hizo.

Heydi Hidalgo informa que se cuenta con elementos suficientes para incorporar en los procesos y procedimientos en cada uno de los actores del Distrito Capital y, como les decía se tendrá la oportunidad de contar posiblemente con un documento publicable relacionado con los temas que se revisaron en el día de hoy dado por el común acuerdo de los conferencistas y se tomara como

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

**PAGINA** \_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_

referencia el acta de esta reunión y las ponencias, al igual ustedes tendrán el acceso a las memorias en la página Web.

También informa que El Dr. Alexander muy amablemente nos trajo unos números de la revista de la Supersalud, el Dr. Alexander ha sido asesor de OPS y del Ministerio de Salud que serán distribuidos a los delegados de las EPS, IPS pública o privada, Referentes de la entidad territorial.

También se invita a la entrega de las encuestas, les agradecemos la asistencia, les deseamos un feliz resto de día y de semana.

### COMPROMISOS

<b>ACCION</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA</b>
Socializar la Experiencia Gestión del riesgo en redes integradas-Compensar.	Delegados EPS,IPS, ESE, Referentes Distritales	A partir del día 8 de abril
Socializar Sistema de Gestión del Riesgo y su aplicación al sector Salud-Icontec.	Delegados EPS,IPS, ESE, Referentes Distritales	A partir del día 8 de abril
Socializar el tema Gestión del riesgo y salud pública en el marco normativo Colombiano.	Delegados EPS,IPS, ESE, Referentes Distritales	A partir del día 8 de abril
Socializar Seguimiento a la Gestión del Riesgo Individual desde las Fuentes de información EAPB-Minsalud.	Delegados EPS,IPS, ESE, Referentes Distritales	A partir del día 8 de abril

	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS</b>  <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b>  Código: 114-MEC-FT. 01 V.03	Elaborado por: Gloria Navarrete Revisado por: Olga Lucía Vargas Aprobado por: Gabriel Lozano Díaz Control Documental: Planeación - SIG 
---	--	---

PAGINA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_

<b>Evaluación y cierre de la reunión</b>
--

¿Se logró el objetivo? SI	Observaciones: Ninguna
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><u>Si</u></span> <span>No</span> </div>	