

**¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL
RIESGO EN SALUD EN LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL?**

Camilo Alberto Jiménez Jaramillo

Universidad EAFIT

Escuela de Administración

Maestría en Administración - MBA

Medellín

2017

**¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL
RIESGO EN SALUD EN LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL?**

Camilo Alberto Jiménez Jaramillo

Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en Administración

Asesor

Leonardo Quiroz

Universidad EAFIT

Escuela de Administración

Maestría en Administración - MBA

Medellín

2017

Medellín, 13 Noviembre 2017

Dedicatoria y agradecimientos

Dios es el encargado de darte las oportunidades en la vida para lograr tus metas y objetivos en ella. Sé que Él actúa a través de personas maravillosas que nos pone en la vida, en mi caso mi familia ha sido el canal a través del cual Dios se manifiesta en mi vida. Sin ellos no podría haber logrado nada de lo que he logrado hasta hoy.

Les agradezco infinitamente y eternamente por el apoyo, la paciencia, el amor y dedicación que tuvieron conmigo. Este es solo un momento más para estar orgulloso de ustedes y decirles infinitas gracias.

También, quiero agradecer al doctor Leonardo Quiroz Álvarez, quien se ha convertido en un referente en mi vida y ha creído en mí. A él mi gratitud por el tiempo y dedicación para la realización de este trabajo.

Contenido

Resumen.....	6
Lista de abreviaturas	7
Introducción	8
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.	9
Justificación	10
Marco conceptual.....	11
Riesgo	11
Riesgo en salud	11
Gestión integral de riesgo en salud	12
Viabilidad financiera.....	12
Planteamiento del problema.....	13
Historia de la promoción y prevención en Colombia.....	13
Determinantes de Salud	20
Diseño metodológico	24
Resultados	26
Evidencia en el mundo.....	26
Gestión integral del riesgo en salud	26
Financiación de los sistemas de salud.....	29
Evidencia en Colombia.	31
Financiación de los sistemas de salud.....	31
Conclusiones	37
Referencias.....	39

Resumen

Una de las principales premisas de la OMS es poder tener sistemas de salud que aporten a disminuir la desigualdad, que tengan accesibilidad y calidad, para esto es indispensable que los sistemas de salud sean sostenibles financieramente, y es por esto que los lineamientos de la OMS y la OPS se basan en los determinantes de salud que Mark Lalonde definió en 1974. En este estudio se realizó una búsqueda general de la literatura, en donde se encontraron publicaciones internacionales y nacionales en las cuales se realizaron programas, campañas, intervenciones en gestión integral del riesgo en salud, impactando en los determinantes de salud definidos por Lalonde, y se demostró que eran costo efectivas para los diferentes sistemas de salud. Esta búsqueda se realizó utilizando diferentes plataformas de búsquedas, con el fin de llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura, con una lectura crítica de los artículos.

Palabras claves: Gestión de riesgo en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sistemas de salud.

Abstract

One of the main premises of the WHO is to be able to have health systems that contribute to reduce inequality, that have accessibility and quality. For this, it is essential that health systems be financially sustainable and that is why the WHO and PAHO guidelines are based on the determinants of health that Mark Lalonde defined in 1974. In this study, a general search of the literature was carried out. where international and national publications were found in which programs, campaigns, interventions in comprehensive risk management in health were carried out, impacting on the determinants of health defined by Lalonde, and proved to be cost-effective for different health systems. This search was carried out using different search platforms where a systematic review of the literature was made with a critical reading of the articles.

Key words: Risk management in health, promotion and prevention, health systems

Lista de abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

CAJANAL: Caja Nacional de Previsión

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Institución Prestadora de Salud

SGSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

Introducción

En Colombia, durante el siglo XX, hubo cambios en las políticas de salud de la población, se pasó por varios modelos de salud, con los cuales se intentó dar respuesta a la necesidad de la población de tener acceso a la salud como un derecho fundamental. Durante el siglo XX se presentaron diferentes cambios en las políticas públicas, especialmente en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que permitieron por ejemplo, la creación del Ministerio de Higiene en los años veinte, que posteriormente se convertiría en el Ministerio de Salud. En los años cuarenta y cincuenta se crearon políticas para mejorar la sanidad, la recolección de aguas residuales, vacunación y hospitales para tratar las enfermedades transmisibles que prevalecían en ese momento (Universidad Nacional Colombia, 2010, págs. 9-12). Dichos lineamientos de políticas públicas fueron de la mano de las políticas internacionales dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el objetivo de lograr unos indicadores de salud que permitieran a los países avanzar en desarrollo y equidad (a. Ministerio de Salud, 2016). Estos lineamientos son el resultado de experiencias, investigaciones, hallazgos encontrados en diferentes países como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, España, Alemania, Chile, Colombia entre otros, que se socializan a través de encuentros, congresos, reuniones en donde se adoptan estos objetivos como parte de las políticas de cada país. Colombia en 1986 hizo parte de los países que firmaron la carta de Ottawa, escrita para la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000" en la cual se enmarcan los parámetros y lineamientos para mejorar la salud y acoger los determinantes de salud propuestos por Marc Lalonde en 1974, según los cuales la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la salud juegan un papel muy importante para favorecer que la población tenga una atención en salud con calidad, que le ayude al individuo a estar sano y productivo, además de tener acceso a los diferentes servicios de salud. Esto podría tener como consecuencia una población más sana, económicamente productiva y un sistema de salud donde los recursos sean bien administrados, haciendo de este un sistema financieramente viable. Después de la ley 100 de 1993, en Colombia se delegó la responsabilidad de la promoción de salud y prevención de la

enfermedad a las empresas privadas que prestan los servicios de salud, sin encontrar en el Estado ese ente responsable de legislar sobre las políticas públicas en lo referente a esta. Aun así, desde el Ministerio de Salud en los últimos años se han hecho intentos por crear dichas políticas con algunos logros como el de suspender la publicidad de bebidas alcohólicas y cigarrillo en eventos deportivos y televisión, sin embargo, no ha sido posible lograr la creación de políticas adicionales debido a que los intereses económicos de algunos sectores han prevalecido por encima del interés nacional, como es el caso del intento de gravar las bebidas azucaradas con un impuesto, como sucedió en México. Es por esto que en este trabajo daremos una mirada a la evidencia a nivel internacional que nos demuestre la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, o como hoy se está llamando: la gestión integral del riesgo en salud.

Objetivo general

Identificar el impacto de la gestión integral del riesgo en salud, en la financiación del sistema general de seguridad social en Colombia

Objetivos específicos

1. Describir los diferentes componentes del modelo Lalonde, que dieron las bases para la gestión del riesgo en salud, considerada como un pilar fundamental en los sistemas de salud de los diferentes países; mediante la revisión de la literatura, y con el fin de contextualizar su importancia.
2. Evaluar el contexto de la gestión del riesgo en salud en Colombia y su compromiso con la OMS en mejoría de los indicadores de salud, a través de la revisión de la literatura, y con el fin de entender en qué momento estamos.

3. Identificar modelos de atención en salud con énfasis en la gestión de riesgo en salud, mediante la búsqueda de diferentes experiencias que estén descritas en la literatura de planes de la gestión integral del riesgo en salud, su impacto en la salud de la población y en el financiamiento de los sistemas de salud; todo ello con el fin de evaluar su utilidad.

Justificación

Se parte de la premisa que la salud es un derecho fundamental el cual prima sobre todas las cosas (Corte Constitucional, 2011), derecho que está protegido por las diferentes políticas internacionales, que buscan tener un sistema que permita tener atención accesible, de calidad y que vaya de la mano con el desarrollo de los países. Estas premisas están enmarcadas en la viabilidad financiera de los sistemas de salud, los cuales, en países en vía de desarrollo, son un total desafío. Desde principios del siglo XX se iniciaron en el mundo políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones sanitarias de la población y como consecuencia la disminución de la morbimortalidad de las enfermedades transmisibles que proliferaban en esa época. Fue así como interviniendo en temas como la disposición de aguas residuales, lavado de manos, purificación del agua de consumo, vacunación, entre otras, se logró mitigar el impacto de estas enfermedades en la salud de la población. Dando como resultado un cambio en las principales causas de mortalidad en el mundo, donde las enfermedades transmisibles, como: el Cólera, Tuberculosis, Viruela, entre otros, dejaron su primer lugar para darle paso a las enfermedades crónicas, no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, las cuales en la actualidad siguen siendo las principales causas, no solo de mortalidad sino de más alto costo para el sistema de salud. Esto debido a la ausencia de políticas públicas por parte del Estado, que tiene como consecuencia poco control de los estilos de vida de las personas y los factores que llevan a tener una mala nutrición, sedentarismo, obesidad, entre otras, factores que favorecen las enfermedades crónicas no trasmisibles. Marc Lalonde (1974), siendo ministro de salud de Canadá,

demostró cómo la salud de una población tiene múltiples componentes, o como el los llama, determinantes, que son fundamentales para mantener sana una población. Además, demostró cómo los recursos de la salud actualmente no son adecuadamente administrados, al invertir la mayor cantidad de recursos en el sistema de salud, como tal, (atención del enfermo); lo cual tiene un impacto muy bajo en disminuir la morbilidad de una población, disminuyendo tan solo un 10% y se invierte muy poco en temas como el estilo de vida y los factores ambientales, que si tienen un gran impacto en la morbilidad, la disminuyen en un 70%. Este trabajo tiene como finalidad encontrar evidencia en la literatura de diferentes experiencias de casos de programas que intervengan estos determinantes de salud y saber cuál fue su impacto en la viabilidad financiera de los sistemas de salud de los diferentes países.

Marco conceptual

Riesgo

El riesgo es la posibilidad que un peligro se materialice y cause daño. Existen muchos tipos de riesgo, dependiendo del área en la que se evalúen, siendo los riesgos empresariales (financieros, administrativos, entre otros) y los de salud (ocupacionales, nosocomiales o naturales) los más estudiados en la literatura (Seguros Suramericana, 2017).

Riesgo en salud

En el plan decenal de salud pública, el Ministerio de Salud (2013) concibe el riesgo en salud como *“probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”* (pág. 51). Además se puede dividir en riesgo primario, cuando es un evento nuevo (incidencia), o técnico, cuando es producto de fallas en la prestación de los servicios de salud.

La gestión del riesgo en salud se puede entender en dos aspectos: uno organizacional, que está asociado con los aseguradores y prestadores. El otro, como individual, que se centra en el riesgo de las personas a sufrir algún evento de salud. En el ámbito organizacional se define la gestión de riesgo empresarial como la evaluación de riesgos potenciales, que son consecuencia de las tomas de decisiones de las empresas según sus políticas, estrategias, entorno, entre otras. Estos riesgos han sido clasificados en sectores como el financiero y bancario, asegurador en general y salud, entre otros.

La gestión de riesgo individual en salud, marca las acciones que se deben realizar para disminuir la probabilidad de que una persona presente un evento en salud, el cual, puede ser enfermedad, accidente o mortal.

Gestión integral de riesgo en salud

El Ministerio de Salud en el comité ampliado (2015) definió la gestión integral del riesgo en salud como *“una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias”*(pág. 18). Para poder tener una gestión integral, todos los actores que están involucrados en las condiciones de salud de una población, deben de interactuar. Esto significa que desde el individuo, hasta el ministerio, son responsables de mantener la población sana. Dichas responsabilidades se delegan según el rol que representen en la cadena del sistema de salud. Es muy importante anotar que cada uno de nosotros es responsable también de poder gestionar integralmente el riesgo y no se puede delegar la responsabilidad en uno solo de los actores del sistema.

Viabilidad financiera

La viabilidad financiera es el resultado de evaluar si existe suficiente dinero para financiar los gastos e inversiones que se requieren para operar un programa, proyecto o empresa. En

salud sería evaluar si los ingresos que recibe el sistema son suficientes para financiar los gastos que acarrea la prestación de los servicios de salud. (Seguros Suramericana, 2017).

Planteamiento del problema

Historia de la promoción y prevención en Colombia

Antes de la ley 100 de 1993, Colombia era un país que tenía un sistema de salud que había evolucionado desde principios del siglo pasado y se puede decir que pasó por cuatro etapas: La primera fue antes de los años cincuenta, donde tuvo lo que se llamó “modelo Higienista” en el cual el Estado era responsable solo de atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la población era la que debía costear las intervenciones en salud por medio de entidades privadas o de caridad. En la segunda etapa, a partir de 1950, se crean dos instituciones con el fin de proveer la atención de las personas, las cuales fueron: la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL), encargada de la atención de la salud de los trabajadores; y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, que atendía la población particular. Para la tercera etapa, en los años setenta, nace el Sistema Nacional de Salud, un modelo de “subsidio a la oferta” en donde el Estado destinaba recursos que eran enviados directamente a la red pública de hospitales para la atención de la población. En este sistema se definieron políticas importantes como la protección del medio ambiente, la potabilización del agua, la regulación de la salud para los trabajadores y la atención integral de desastres (Castaño, 2013). Esta entidad duro hasta 1989, ya que en 1990 y 1993 se crea la ley 100, la cual se basa en un modelo de aseguramiento, el cual regula el actual sistema de salud en Colombia, y se constituye en la cuarta etapa (Castañeda, 2013) .

En la constitución política de 1991 se desarrolló la reforma a la salud con la promulgación de la ley 100 en 1993, en la cual el Estado dice que está destinada a cumplir un objetivo principal, que es el de universalizar el acceso a la atención y poder cubrir a toda la familia con un paquete integral de servicios (Ministerio de Salud de Colombia, 1995). Además, se

crean las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son las que se encargan de la atención y materialización de la promesa de servicio de las EPS. Estas IPS se clasifican por niveles de atención y están incluidos los hospitales y clínicas del país. Son estas las responsables de realizar actividades de gestión integral del riesgo en salud.

En esta evolución, las políticas públicas encaminadas a la gestión integral del riesgo en salud también cambiaron, una de las enfermedades que ha sentido estos cambios es la Tuberculosis (TBC), la cual era, a principios del siglo XX, la principal causa de mortalidad en el país, pero por medio de políticas públicas, esta incidencia bajo y se logró controlar de manera parcial, pues después de los noventa, con el aumento de casos de VIH/SIDA, la tuberculosis nuevamente se ha convertido en una de las principales enfermedades infectocontagiosas, ahora con una tasa de 24 a 26 casos por cada 100.000 habitantes (Ordoñez & Lopez, 2014). Sumado a que las deficiencias en la ejecución de las políticas públicas por parte de los prestadores privados que atienden la salud, la meta de una Colombia libre de TBC ha sido imposible de cumplir, sin contar con políticas desde el Estado en promoción y prevención, y el número de casos multidrogoresistente sigue en aumento, haciendo que se incrementen los medicamentos de alto costo para el tratamiento de estos.

Desde finales del siglo XIX, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia fue responsabilidad del Estado, el cual realizó medidas aisladas con el fin de disminuir las enfermedades transmisibles más comunes de la época, con evaluaciones de aislamiento de los buques para prevenir el cólera, hasta la vacunación contra la viruela. Fue en esa época con leyes como la 9 y 15, que se iniciaron a regular el control de las enfermedades infectocontagiosas y venéreas a través de la gestión integral del riesgo en salud, y se obligó a los gobiernos departamentales a construir pabellones especiales para tuberculosis y a tener dispensarios antivenéreos para hombres y mujeres. En 1926 el gobierno inicio un plan para que las ciudades tuvieran agua potable y alcantarillado, con el fin de mejorar las enfermedades infectocontagiosas. En 1922 se decretó la ley 99, en donde era obligatorio la vacunación de todo niño mayor de 1 año. En 1938 se creó el Ministerio de Higiene, el cual en 1953 paso a ser llamado Ministerio de Trabajo, Higiene y Protección Social. (Universidad Nacional Colombia, 2010). En los años treinta el gobierno colombiano

experimentó una apertura pragmática con la implementación de leyes en donde el gobierno le restó importancia al tema de salud, dejando este en manos de privados, los cuales administraban los hospitales de la época. Los médicos hacían práctica privada y la población trabajadora creía más en los curanderos que en la medicina privada. Sin embargo, en la década de los cuarenta y cincuenta, la economía del país cambió y la industrialización creó aumento de ingresos y mejoró la expectativa de vida de las personas, todo esto como consecuencia de una mejor calidad en la alimentación, acceso a los servicios públicos y sanitarios. En esta época se realizaron grandes cambios en el tema de salud pública con la entrada en vigencia de la ley 90, que ejecutaba el sistema de seguridad social, encargada de la atención de los trabajadores y particulares, además, se les dio importancia a la medicina preventiva y a las campañas de enfermedades infecciosas. El Ministerio de Higiene tenía como funciones dirigir, vigilar y reglamentar la higiene pública y privada y la asistencia pública en el país. Además, las facultades de medicina reorganizaron el departamento de medicina preventiva, con la finalidad de tener médicos generales con un tratamiento integral de los pacientes (Universidad Nacional Colombia, 2010).

Para la década de los setenta, las acciones realizadas por el gobierno se encaminaron en mejorar la atención primaria en salud, que consiste en tener una atención en salud con calidad, accesible, rentable económicamente y que se toma a partir de los lineamientos de la OMS, fue así como nacieron los programas rurales en salud, orientados al saneamiento, inmunización y educación en salud. También nace el seguro para accidentes de trabajo y enfermedades del medio ambiente laboral. Para mitad de la década de los setenta la mortalidad se mantenía en un 9.4%, siendo las enfermedades transmisibles, como la diarrea, la desnutrición y las infecciosas, las principales causas; en menor proporción estaban las enfermedades crónicas. (Universidad Nacional Colombia, 2010).

El Estado colombiano desde la década de los cincuenta avaló la importancia de la Organización Panamericana de la Salud en el proceso de atención de salud, y fue así como este organismo se convirtió en una importante herramienta para la erradicación de la viruela y poliomielitis, así como la disminución de la mortalidad materna. Pero para las décadas de los ochenta y noventa, esta importancia desapareció del sistema con las reformas que en

Colombia se presentaron con la inclusión de una política neoliberal, y a nivel internacional también, con cambios en las políticas públicas, en donde, de manera irresponsable, se abandona la gestión integral del riesgo en salud, columna vertebral de cualquier sistema de salud y su papel en cada país (Canal, 2002).

Las enfermedades infecciosas en Colombia han evolucionado en los últimos años, pasando de ser una de las principales causas de mortalidad, hasta tener algunas de ellas erradicadas y otras con una participación muy baja en la mortalidad. Es así como, por ejemplo, en los años cuarenta en la población hubo 160.460 muertes, cuyos principales diagnósticos fueron la diarrea y enteritis, con un 13%; neumonía, con un 11%; tuberculosis, con un 4% y malaria, con un 3.5% (Bernal & Gutiérrez, 2012). Esta incidencia mejoró gracias a las políticas públicas desarrolladas por el gobierno y al cambio de la dinámica en el agua potable, recolección de aguas negras, vacunación y fumigación. Es así como en la actualidad, según el Ministerio de Salud, del total de atenciones realizadas entre el 2009 y el 2015, el 65% de estas fueron por enfermedades no transmisibles. Mientras que la mortalidad se centró ya en enfermedades no transmisibles, teniendo como principal flagelo, después de las muertes violentas, las enfermedades cardiovasculares, con el 30% de las muertes. Seguida por la diabetes y enfermedades nutricionales, neoplasias y otras causas (Ministerio de Salud (b), 2016). Además, el Ministerio también incluye una lista de enfermedades llamadas de alto costo, dentro de las cuales, la insuficiencia renal crónica estadio V, es la principal enfermedad de alto costo, seguida de cáncer cérvix, seno y próstata, así como, el VIH. Todas estas enfermedades son susceptibles de prevención con una alta tasa de efectividad, si se tienen programas que puedan impactar en esta población.

En la ley 100 también se crean las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son las que se encargan de la atención y materialización de la promesa de servicio de las EPS. Estas IPS se clasifican por niveles de atención y están incluidos los hospitales y clínicas del país. Según la revista *Dinero* (2016), en el país existen cerca de 1.800 hospitales y clínicas, y de ellas casi 52% corresponden al sector público y el restante a instituciones privadas. En total suman unas 80.000 camas hospitalarias; es decir, que Colombia está entre 1,6 y 1,7 camas por cada mil habitantes. Las IPS contratan directamente con las EPS para hacer parte de la red de

atención de las mismas, ofreciendo servicios que dependen de la complejidad para la cual estén habilitadas. Esta forma de contratación tiene un componente de oferta y demanda del mercado, especialmente en las áreas de atención primaria, en donde la capitación se convierte en la principal forma de relación comercial. Esta modalidad tiene como objetivo establecer un monto fijo mensual, con el cual las IPS se comprometen en atender a una población específica, por un mes, en un paquete de actividades básicas definido (Universidad Javeriana y Min Protección social, 2008). Presentándose ausencia de políticas públicas de gestión integral del riesgo en salud en el país, dejando en manos de las EPS e IPS estas acciones, las cuales no han podido tener un impacto importante porque prima la preocupación económica del funcionamiento diario de los servicios, y se convierte en un sistema en el que prima el inmediatismo reactivo del día a día y se olvida la esencia del servicio.

En el 2016, el Ministerio de Salud promulgó la Política de Atención Integral en Salud denominada PAIS, la cual tiene como componente operativo el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), en el cual se habla de la gestión integral del riesgo en salud como uno de los pilares fundamentales, y este lo define como: *“Estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles”* (Ministerio de Salud, 2017, pág. 5). En este modelo se definen los roles y responsabilidades de los diferentes actores que intervienen en la ruta de salud de una persona, ver Figura 1.

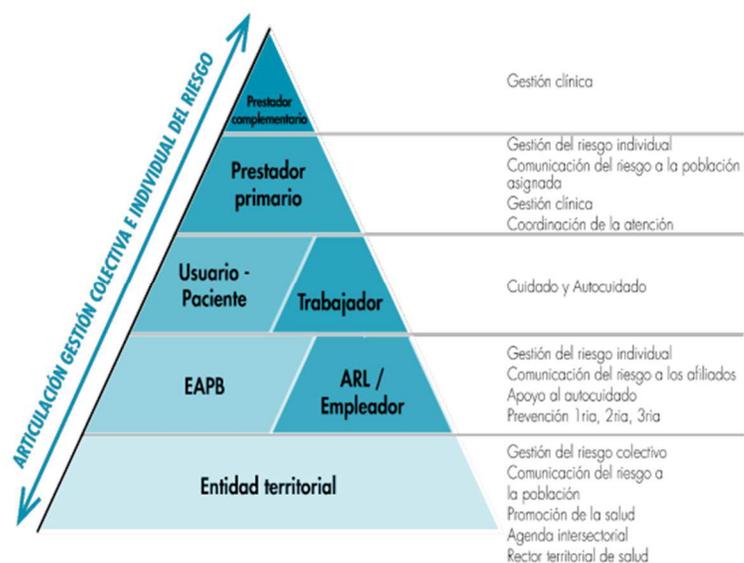


Figura 1. Implementación de GIRS, Ministerio de Salud, 2016

Esta política recoge el concepto de gestión integral del riesgo en salud, luego de haber sido implementado en las áreas financieras y empresariales. Dicha gestión se puede entender en dos aspectos: uno organizacional, que está asociada con los aseguradores y prestadores, y otro individual, que se centra en el riesgo de las personas a sufrir algún evento de salud. En el ámbito organizacional se define la gestión de riesgo empresarial como la evaluación de riesgos potenciales, que son consecuencia de las tomas de decisiones de las empresas según sus políticas, estrategias, entorno, entre otras. Estos riesgos han sido clasificados en sectores como el financiero y bancario, asegurador en general y salud, entre otros.

La gestión de riesgo individual en salud, marca las acciones que se deben realizar para disminuir la probabilidad de que una persona presente un evento en salud, el cual, puede ser enfermedad, accidente o mortal. Es por esto que en el mundo la existen sistemas de salud que se basan en prevención de enfermedades especialmente, en las más catastróficas y con una adecuada utilización de los recursos para poder impactar los factores que hacen parte de los determinantes de salud promulgados por Lalonde (1974).

En este modelo se definen dos focos fundamentales para la gestión del riesgo en salud: el primero tiene que ver con el riesgo individual de cada persona, en donde se evalúan sus

riesgos de tener enfermedad y cómo se pueden impactar para prevenirlas. El segundo es el riesgo que hay en la prestación de los servicios de salud, basados en la política de seguridad del paciente, con el fin de garantizar una atención libre de riesgos para la población. El primer escenario es responsabilidad, en primer lugar, de cada individuo, de los entes territoriales y los diferentes aseguradores y prestadores. Mientras que el segundo es responsabilidad de los prestadores con la vigilancia de los entes territoriales.

En el sexto Seminario de Calidad en Salud, realizado en Medellín en octubre del 2017, se revisó, por parte del Ministerio de Salud y de algunos prestadores cómo va la implementación de la estrategia MIAS, en donde el Ministerio de Salud resalta que han tenido avances en la implementación del modelo, sin embargo, todavía se está trabajando en la unificación de los entes territoriales, los aseguradores, prestadores. Estos últimos en el mismo congreso manifiestan, que si bien ya hay una política estructurada, falta mucho para ponerla en marcha y así lograr los objetivos de salud pública como país. Falta en la implementación el abordaje, según los determinantes de salud que propuso Lalonde (1974), y el enfoque en aquellos que más impacten la morbimortalidad de una población y aunque como se mencionó, ya hay una estrategia estructurada para este fin, faltan políticas que acompañen estas estrategias para lograr los objetivos. El interés de los poderosos grupos económicos del país, limita las posibilidades de regulación o implementación de leyes como la de las bebidas azucaradas, que impacten en la salud de la población. Esto demuestra que el bienestar de estos grupos económicos está por encima del bienestar de la población en general e impiden el desarrollo de las políticas públicas dirigidas al 70% de los determinantes de salud. A esto le sumamos que uno de los medios de financiación del sistema de salud en Colombia, son los impuestos al consumo de cigarrillo y las bebidas alcohólicas, lo que es contradictorio con las políticas de gestión integral del riesgo en salud.

En una de las intervenciones Leopoldo Giraldo, gerente de Metrosalud, manifiesta que el riesgo en salud es transferido a los prestadores y usuarios y se desconoce el papel de los entes territoriales. Actualmente está en manos de IPSs como Metrosalud, el determinar políticas y acciones que permitan generar impacto en la gestión del riesgo en salud, como por ejemplo el Modelo de Prestación de Servicios APS, en donde se tiene una caracterización de la

población y se segmentan los riesgos individuales para esta y se realizan actividades puntuales para cada etapa de la vida (Metrosalud, 2017).

Determinantes de Salud

Marc Lalonde (1974), abogado canadiense que nació en 1935, siendo ministro de salud y bienestar social de Canadá, publico las nuevas políticas de salud pública de este país y en 1974 publica un artículo llamado “New perspectives on the health of Canadians” conocido mundialmente como el “Lalonde Report”, el cual se convirtió en referente mundial y continua vigente en la actualidad, al tener un cambio radical en las políticas públicas y tomar en consideración diferentes aspectos como responsables del estado de salud del individuo. En este reporte se definen los determinantes de salud, los cuales salieron de un estudio realizado en Canadá sobre los factores que influían en la salud de la población, Figura 2.

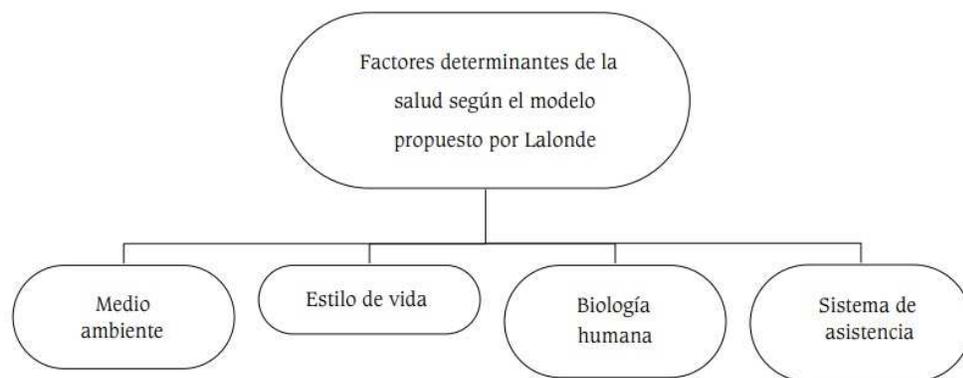


Figura2 Determinantes de Salud Lalonde 1974, Políticas públicas y entorno saludable, 2010.

De este estudio se definieron los determinantes en salud como lo describe, Aguirre (2011, pág. SP): “*Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos*”

o de las poblaciones.”. Además, se determinaron las cinco áreas claves para la promoción y prevención de la salud, las cuales son: 1) formulación de políticas públicas saludables; 2) creación de entornos saludables; 3) fortalecimiento de la acción de la comunidad; 4) desarrollo de aptitudes personales para la vida y 5) reorientación de los servicios de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2001, págs. 3-5). Estos determinantes se pueden dividir en dos grupos: uno, los determinantes que son responsabilidad multisectorial y del Estado, como los determinantes económicos, sociales y políticos; y el dos, los determinantes propios de la salud, como estilo de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos de la población y la atención en salud determinada por los servicios en salud.

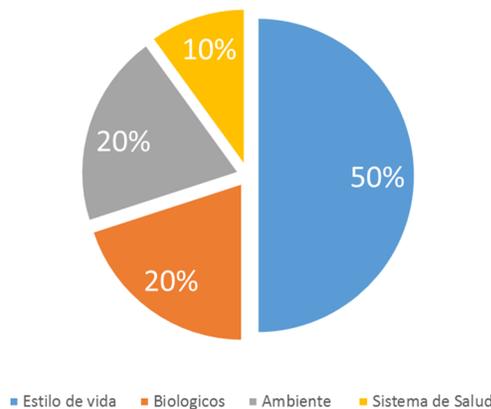
Para Lalonde (1974) los determinantes de salud debían dividirse en cuatro grandes categorías: Estilos de vida, Medio ambiente, Biología humana y Sistema de salud, Figura 3. Cada uno de ellos tiene unos determinantes que influye en la salud de un individuo, así:

- Para los estilos de vida: el consumo de tabaquismo, el alcohol, el sedentarismo, el tipo de alimentación, el estrés, entre otros.
- En cuanto a la biología humana: la constitución, la carga genética, el desarrollo y envejecimiento.
- Para el medio ambiente: los aspectos políticos, sociales, ambientales, económicos y laborales.
- Para el sistema de salud: la mala utilización de recursos, los eventos adversos producidos por la atención médica, listas de esperas excesivas, la corrupción en el sector, la inversión de recursos de la salud en otras actividades que no son de salud y la burocratización de la asistencia.



Figura 3. Determinantes de salud, Lalonde, tomado de <https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde>. 2014

Lalonde (1974) demostró cuál es la contribución potencial en la reducción de la mortalidad por los determinantes, así pudo mostrar que el impacto en los estilos de vida podrían tener una reducción de la mortalidad del 50%, las causas biológicas y ambientales tienen un 20% cada uno y la intervención en los sistemas de salud, tan solo tienen un 10% de impacto en la reducción de la mortalidad. Grafica 1.



Grafica 1. Contribución potencial de los determinantes en salud en la mortalidad, Elaboración propia, 2017

Así mismo Lalonde (1974), mostró cómo se despilfarraron los recursos en salud, al no utilizarlos en las causas que generan las patologías. Esto demuestra que despilfarramos la mayor parte del recurso en salud al tener una gestión ineficiente de estos, utilizándolos en el porcentaje que menos impacta en las potenciales causas de mortalidad. Esto como

consecuencia de la ausencia de políticas públicas que se centran en la atención en salud. Si utilizáramos ese 90% del recurso en salud en impactar los estilos de vida y el medio ambiente, podríamos impactar un 62% de las causas potenciales de mortalidad. Además, al fortalecer estos dos aspectos, la necesidad de atención en el sistema disminuirá, haciendo de este un sistema más efectivo y viable, con lo que impactaríamos un 11% más, Figura 4.

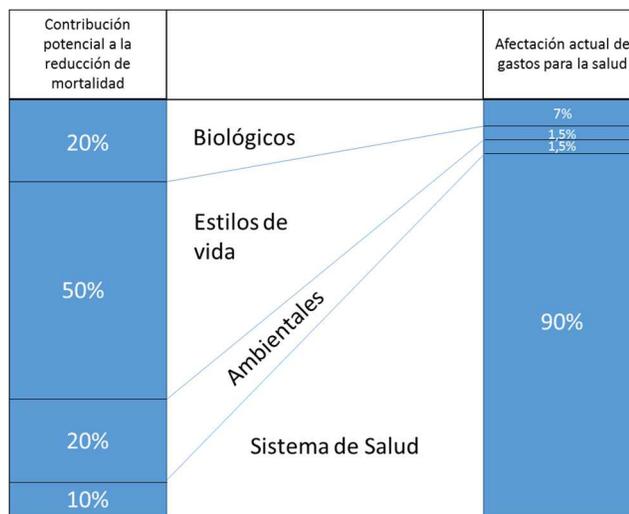


Figura 4. Distribución de gastos de la salud y la contribución potencial a la reducción de la mortalidad
Elaboración propia, 2017

Una de las conclusiones de Lalonde (1974) en su informe fue:

Los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un modelo basado en la promoción de la salud, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas. (págs. 10-16)

Desde 1986, cuando la comunidad internacional adoptó, con la Carta de Ottawa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS), determinó los lineamientos y objetivos de la salud con el fin de poder implementar las cinco áreas claves de los determinantes de salud. Durante estos años la OPS se ha encargado de reunir a los países para evaluar su evolución en estos aspectos. Y aunque ha sido difícil, en el 2006, con los 20 años de la Carta de Ottawa, la OPS manifiesta en su sesión de comité ejecutivo, que:

La Carta de Ottawa afirma la concepción de salud como bienestar, central al desarrollo sostenible. Veinte años después sus principios y áreas de acción, profundizados por los aportes de las cinco conferencias mundiales posteriores, culminando en la Carta de Bangkok en 2005, se mantienen vigentes y vibrantes para orientar el trabajo de salud pública con otros sectores y la ciudadanía dirigidos a la equidad en salud (Organización Panamericana de la Salud , 2006, pág. 11).

En el 2016 se llevó a cabo la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Shanghái, en donde se determinaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y se decretó, entre otros, que

Reconocemos oficialmente que la salud y el bienestar son fundamentales para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible”. Además, “aplicar plenamente los mecanismos de que disponen los gobiernos para proteger la salud y promover el bienestar mediante políticas públicas (OMS, 2016, pág. 12)

Diseño metodológico

Para la realización de este trabajo se hizo una búsqueda en la literatura, utilizando la plataforma de la biblioteca de la Universidad EAFIT, con la cual se logró tener acceso a información de revistas, publicaciones, tesis de grado tanto nacional como internacional. Además, se utilizó la plataforma de Pubmed, Cochrane, para evaluar estudios relevantes en donde se utilizaron términos Mesh para la búsqueda. En estas plataformas se encontraron artículos de diferentes Journals de medicina, entre ellos, esta *Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *The Public Health Agency*, *Public health guideline*; y en Colombia, la revista de Salud Pública de la Universidad Nacional y la de la de Antioquia, así como publicaciones de la universidad Javeriana, El Rosario, La Sabana. Se concentró la búsqueda en países como Canadá, Reino Unido, España, Cuba, México y países de Latinoamérica como Chile, Perú, Argentina, Brasil y Colombia. Además se consultaron organizaciones en salud como la OMS, OPS, Ministerio de Salud, algunas EPS. También se tuvieron en cuenta proyectos de tesis de universidades en Colombia como la Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad el Rosario, Universidad Javeriana, entre otras. No se tuvo en cuenta

el año de publicación. Se revisaron más de 200 estudios, que cumplieron con los criterios de búsqueda que comprendían estudios que mostraran costo efectividad de intervenciones en caminadas a la gestión del riesgo en salud. También se revisó que se reportaran datos objetivos del resultado económico de la intervención de las actividades: Palabras claves, gestión de riesgo en salud, gestión integral del riesgo en salud, costo efectividad, sistemas de salud, viabilidad financiera.

Los estudios en salud en los cuales se determina el costo efectividad de las intervenciones se califican desde la década de los ochenta con los indicadores 'Quality Adjusted Life Year' (QALY), que sintetizan los resultados de salud en un indicador que combina el número de años vividos con la calidad de vida experimentada durante esos años y el DALYs (Disability Adjusted Life Years), que corresponden a los años de vida ajustados por la Discapacidad. En un estudio de revisión de la *Revista Médica de Chile* (2010) se definió los QALY como

Una unidad de medida de las preferencias de los individuos respecto a la calidad de vida que se ha producido mediante una intervención sanitaria, combinada con los años ganados respecto de un determinado estado de salud. Por esto los QALYs son altamente valorados como un ingrediente básico en la evaluación económica de intervenciones de salud, para la toma de decisiones (pág. 11).

Y en cuanto a los DALYs

Combinan los años potenciales de vida perdidos (APVP) más los años vividos con discapacidad (AVD) dentro del proceso salud enfermedad. Su principal utilidad se refiere a los estudios de carga de la enfermedad, los cuales se definen como un indicador que permite medir las pérdidas de salud que para una población representan la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a las enfermedades. (ALVIS, 2010, pág. 11).

Resultados

Evidencia en el mundo

Después de hacer una revisión de la literatura, se encontraron los siguientes casos, donde los programas encaminados a la gestión de riesgo en salud han tenido un impacto positivo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

Gestión integral del riesgo en salud

En Canadá, Public Health Agency of Canada. (2009), ha realizado estudios sobre la gestión de riesgos en salud con estrategias de medicina preventiva, donde se han encontrado costo efectivas y han generado impacto en la viabilidad del sistema de salud. En patologías como la prevención de cáncer, diabetes, hipertensión, VIH/SIDA, entre otras; el prevenir y mejorar las condiciones de vida de las personas disminuyó la prevalencia de estas, incluyendo el costo en salud. En la revista *Journal of Transport & Health*, Ipek, N. Sener a, Richard J. Lee, Zachary Elgart (2016) publicaron un artículo que demuestra la relación entre las enfermedades crónicas y el costo de la atención de estas para el sistema de salud. Es así como una persona con obesidad puede costar un 30% más que una persona promedio. Así mismo, demuestran que las personas que hacen actividad física regularmente 3 veces por semana, reducen su costo de salud en un 32% al año.

En un simposio de salud realizado en Perú, Aliaga-Díaz, E., Cuba Fuentes, S., Mar-Meza, M. (2016) manifiestan cómo la promoción en salud y la prevención de la enfermedad asociado a complicaciones nosocomiales en la población de la tercera edad, tiene un genera un gran impacto en la salud, calidad de vida de esta población, asociado a la disminución en la utilización de recursos de la salud. Temas como acciones preventivas par caídas, control de las enfermedades crónicas y evitar las complicaciones nosocomiales por atención en salud fueron evaluadas en esta publicación.

Rajeev Gupta, Soneil Guptha, Rajnish Joshi, Denis Xavier. (2013), publicaron como en la India que las enfermedades crónicas no transmisibles se convirtieron en la principal causa de mortalidad, especialmente las enfermedades cardiovasculares. Es así como el gobierno de la India decide cambiar las políticas públicas y contrala el uso del cigarrillo y el control de la dieta, con lo que han logrado disminuir, entre un 50 a 80%, las muertes y complicaciones por esta causa. Además, el gobierno también implementó medidas públicas sobre factores socioeconómicos que pueden incrementar el riesgo a estas enfermedades crónicas, con el fin de evitar que se padezcan en primer lugar, es así como el manejo del estrés, la ansiedad, políticas de trabajo y la falta de apoyo social, entre otras, fueron consideradas para ser intervenidas. En este mismo artículo refieren cómo en Europa en general, se acordó una política para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, en dos fases: la primera con el control y restricción al consumo de cigarrillo, especialmente la prohibición de la publicidad de las compañías tabacaleras; y la segunda, con el análisis de los factores de riesgo: dieta, actividad física y su implementación como costumbre social.

En un estudio de corte transversal en Brasil, Ramos, Carvalho, Malta; de Oliveira, Gomes; (2014), estudió los centros primarios buscando en cuántos de estos tenían programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De un total de 42,486 centros primarios en Brasil, se escogieron 1,600 centros de forma aleatoria. De estos se encontró que el 62% reportó tener por lo menos 3 programas de promoción y prevención, y solo el 3% reportó no tener ninguno. También se encontró que los programas de ambiente saludable estaban en un 70% de los centros, y el de alimentación saludable en un 72%. El programa de tabaquismo y drogas se encontró en un 54% de los centros primarios. Los programas de actividad física tenían un promedio de 40%, aunque variaban según la región del país. En Brasil, el concepto de promoción de la salud

Se ha definido recientemente como "nueva promoción de la salud", basado en la idea de que la promoción de la salud debe tener como objetivo reducir las desigualdades de salud, garantizando oportunidades a todas las personas para tener un papel protagónico en el proceso de salud y mejorar su calidad de vida (Ramos, Carvalho , & de Oliveira , 2014, pág. SP)

Una de las estrategias que se ha estudiado más, es la del control del consumo del tabaco, por ejemplo en Tanzania, un país en vía de desarrollo, Doran (2017) llevó a cabo un estudio que comparó diferentes estrategias para disminuir el consumo de tabaco, campañas educativas, prohibición de consumo en lugares públicos e impuestos a la venta del tabaco fueron analizados. Se encontró que todas fueron costo efectivas, al compáralas con no hacer ninguna estrategia. Además, se dice que por cada persona que deja de fumar, se reduce el costo para el sistema de salud en un 15%, comparado con uno que no lo deja de hacer. Aunque estos hallazgos están en discusión porque no incluyen los costos de las incapacidades para trabajar, la muerte temprana en las personas, entre otros factores, hacen difícil calcular el impacto económico del consumo de cigarrillo en los sistemas de salud.

En el 2015 la OMS y la OPS realizaron un informe sobre la experiencia en México en cuanto a las políticas públicas de disminuir la obesidad y diabetes en su población, especialmente la infantil. Se mostró cómo en México, el 35% de los niños y el 71% de los adultos tenían sobre peso y obesidad, y cómo el consumo de gaseosas azucaradas era de 163 L por persona al año. Además, están en el primer lugar de América Latina con prevalencia de diabetes con un 10.8% de la población. Debido a esto, se intentó por varios años que se aprobara una ley que pusiera impuesto del 20% a las bebidas gaseosas azucaradas, pero solo hasta el 2014 fue aprobado, pero este fue de un 10%. Además, se prohibió la publicidad de alimentos hipercalóricos en la población infantil. Los recursos de este impuesto se van a utilizar en fomentar el consumo de agua, y bebidas no azucaradas, especialmente en los niños. Hasta la fecha se ha encontrado una disminución del 6% del consumo de las gaseosas y se proyecta que, aunque no fue el impuesto que se esperaba, este impacte positivamente en la disminución de la obesidad y la diabetes en la población. (OMS, OPS, 2015).

En Cuba, el modelo de salud es uno de los más éticos y en consecuencia eficientes del mundo, al reconocer los determinantes de salud y basar su sistema en la gestión integral del riesgo en salud. Todo esto se refleja en sus indicadores sanitarios, en donde se tiene una expectativa de vida de 78 años, mortalidad en niños menores de 5 años de 7 por cada 1.000 niños nacidos vivos, entre otros. Allá se construyeron centros que llaman policlínicas, las cuales tienen una influencia de población de alrededor de 25 a 30 mil personas. En estas policlínicas se prestan

servicios en salud como consulta externa, urgencias, consulta no programada, programas de promoción y prevención, pero se hace un énfasis especial en la atención primaria en salud, con actividades de promoción y prevención definidas por la población. Es así como si detectan que hay un aumento en el consumo de cigarrillo, el esfuerzo se enfoca en este y las actividades se pueden programar incluso diarias, si es necesario, para impactar en salud. Otro principio es que se esfuerzan por dar una atención con calidad, en donde el paciente tenga una experiencia agradable y satisfactoria, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y así conseguir la mejoría lo más pronto posible (OMS, 2008).

Financiación de los sistemas de salud

En un estudio publicado por Public Health Guideline (2010) en Inglaterra, lograron disminuir la incidencia de los pacientes con enfermedades cardiovasculares al promover acciones que impactan en la alimentación, estío de vida saludable y en el ambiente. Con esta reducción en la incidencia se logra disminuir 30 millones de libras al año.

Rui Li, Shuli Qu, MPH, Ping Zhang, PhD, Sajal Chattopadhyay (2015) realizaron un metaanálisis en Estados Unidos, en el 2014 se evaluaron estudios que mostraron el costo-efectividad de hacer programas de prevención en las comunidades para la prevención de diabetes tipo 2. Encontraron que todos los estudios fueron costo efectivo, con una inversión promedio fue de \$653 dólares por participante y un ahorro que se mide en QALY \$3,761 (QALY \$3,067 a \$21,899). Los programas estaban basados en actividades educativas, grupales, cambios en estilo de vida, dieta, ejercicio.

Reilly, Evans, Gomersal, Peters, Warren, O'Shea, Cass, Brown (2016) realizaron una revisión de la literatura, en donde se buscó el impacto de los programas de gestión integral del riesgo en salud en la población con factor de riesgo para enfermedades renales en Australia, nueva Zelanda y Canadá, se intentó demostrar si había una disminución en la necesidad de diálisis de los pacientes. Se encontraron un total de 10 estudios, de los cuales 6 hablaban de ahorro del costo, en el cual se demostró que con las actividades de promoción y

prevención se pudo disminuir el 51% de los pacientes en riesgo que tuvieran la necesidad de hacer diálisis, lo que le representó al sistema de salud un ahorro alrededor de 4.2 millones de dólares. Todas las intervenciones fueron multifactoriales, se evaluaron aspectos sociales, culturales, ambientales y educativos.

Nghiem, Cleghorn, Leung, Nair, Deen, Blakely y Wilson (2017) realizaron un estudio en Nueva Zelanda para prevenir el consumo del tabaco al utilizar medios de comunicación masivos, la población objeto fue toda la población adulta de Nueva Zelanda, en este estudio se encontró que el impacto en la disminución del consumo de cigarrillo en 1 año de implementación, generó un ahorro al sistema de salud de alrededor de \$60 millones de dólares y se estima que si se sigue haciendo por 20 años, podría traer un ahorro de alrededor de \$740 millones de dólares.

En Canadá, Ekwaru, (2017), llevó a cabo el estudio APPLE, el cual tiene como objetivo el de mejorar la nutrición en escuelas y así impactar en la obesidad infantil con el consecuente ahorro en la atención de pacientes diabéticos para toda la vida. En este estudio se encontró una reducción del 3% al 5% de la obesidad infantil, con lo que se podría tener un ahorro de QALY 27.000 a 33.000 dólares por persona.

Oksman, Linna, Hörhammer, Lammintakanen y Talja (2017) publicaron un estudio en BMC Health Service en Finlandia, en el cual se estudió el costo efectividad de los programas de entrenamiento de pacientes con enfermedades crónicas, y para esto se tomaron la diabetes tipo 2, enfermedad coronaria y falla cardiaca. Un total de 1.570 pacientes se dividieron en dos grupos de forma aleatoria, en donde el grupo de intervención recibió entrenamiento diario por personal, capacitado vía telefónica durante 12 meses, mientras que en el grupo control no se realizó este entrenamiento. El control en el mejoramiento de la calidad de vida se midió hasta 12 meses después de terminado el entrenamiento. Se encontró que hubo un ahorro QALY de \$60.000 dólares por persona.

En Chile, Berríos, Ximena (2004) realizó un estudio cuasi experimental, donde se intervino una población escolar en educación sobre estilos de vida saludable y se evaluó su evolución y costo efectividad de la intervención. Se encontró que la intervención era costo-efectiva ya

que el ahorro de tener jóvenes que no consumieran alcohol, ni tabaco, era superior al costo de la intervención, teniendo ahorro promedio en niños, de 154 dólares, y niñas, 130 dólares por cada niño o niña que no consume alcohol ni tabaco.

En Alemania, Kesztyüs, Rommy, Tibor, Reinhold y Jürgen (2017) publicó un estudio que quería determinar si los programas para la prevención de la obesidad en niños eran costo efectivo. En este estudio se realizaron intervenciones en colegios, con campañas educativas y nutricionales y se comparó con un grupo que no se realizaban. Un total de 1.733 niños fueron analizados en el estudio, con un seguimiento de más de un año de sus parámetros de salud, peso, talla, índice de masa corporal y perímetro abdominal. Se encontró que hubo una disminución en los índices de obesidad estadísticamente significativa en el grupo que tenía la intervención (OR= 0.48, 95% CI [0.25; 0.94]). Además, realizando cálculo estadístico, se logró determinar que esta intervención es costo efectivo para el sistema de salud, pues la intervención costó 25 Euros por niño por año y el QALY se estimó ente 1.515 y 1.993 Euros por niño por año.

En Noruega, Jensen (2015) publicó un estudio que evaluó el impacto del cambio en la dieta de la población, por una dieta con productos orgánicos que se producían en las regiones de este país, asociado a cambios en el estilo de vida dietario de las personas. Se evidenció que el cambio en la dieta tuvo un impacto importante en la salud de la población investigada, asociado a que fue costo efectivo, pues el valor de los alimentos no fue superior a los que estaban consumiendo, pero si tuvo un impacto de 18.000 QALY.

Evidencia en Colombia

Financiación de los sistemas de salud

En el año 2010 se llevó a cabo en la Universidad de Antioquia, un estudio de diseño analítico que comparó los costos generados por la demanda de servicios de salud entre personas denominadas activas (191 personas), las cuales realizan 4-5 sesiones semanales de actividad

física moderada, cada sesión dura cerca de 60 minutos; y personas denominadas de control (382 personas), que no realizan actividad física. Se revisaron todas las facturas de atenciones en salud durante un año y se encontró que hay un ahorro significativo en los tres aspectos más importantes de la atención: urgencias, medicamentos y hospitalización, en el grupo de activos, que en el grupo de control. Ver Tabla 1. En atención de urgencias, el costo fue 4,6 veces más alto en el grupo control, que en el de activos; en hospitalización fue un 20% más costoso en control que en activos; y en medicamentos, el costo fue el doble para el grupo control (Martínez-López, 2010).

Tabla 1. Comparación de costos por urgencias, hospitalización y medicamentos en activos y en controles

Servicio		Frecuencia (por 100 personas/año)	costo medio servicio (miles)	costo medio persona (miles)
Urgencias	Activos	3,14	211,5	6,64
	Controles	7,52	426,4	31,25
Hospitalización	Activos	3,66	730 *	61,48
	Controles	4,71	1401 *	73,05
Medicamentos	Activos	133,5	9,92	13,24
	Controles	277,5	9,38	26,04

* Medianas

Fuente: T Martínez-López, Elkin. Rev. Salud pública. 12 (6): 938-949, 2010

En el sexto Congreso de Calidad que realizó la Universidad CES en Octubre del año (2017), EPS Sura presentó los resultados de su política de gestión integral de riesgo en salud, en donde demuestra cómo a través de hacer la caracterización individual del resto de la población afiliada, pudo intervenir los riesgos de forma más temprana y efectiva, con lo que ha logrado una disminución del costo de atención en salud, optimizando los recursos. Es así como crearon el sistema de administración de riesgos, que como ellos mismos dicen “*Para nosotros más que una herramienta es nuestro actuar para lograr el impacto en salud, en servicio y sostenibilidad financiera*” (EPS SURA, 2017). En este sistema la población se clasificó según su ciclo de vida y demandas del sistema de salud, teniendo en un grupo especial a la población de muy alto riesgo. Ver Figura 5.

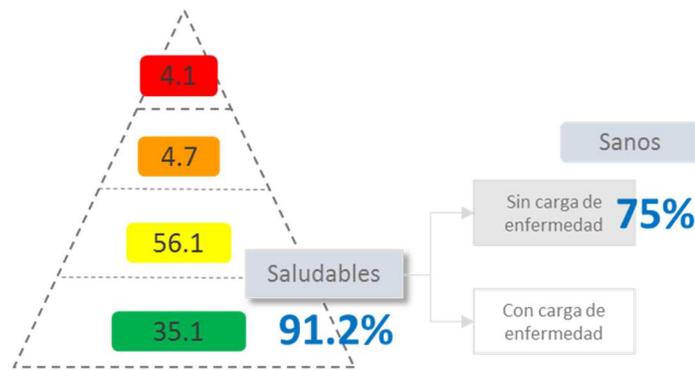


Figura 5. Caracterización de riesgo de la población EPS SURA, Presentación de resultados EPS Sura Sexto congreso de calidad Universidad CES, 2017

Con esta estratificación se logran acciones preventivas en grupos de riesgo específico, ya sea porque tienen una enfermedad ya diagnosticada o es población sana con factores de riesgo. Un ejemplo del impacto en el costo está en la intervención del programa de riesgo cardiovascular, en donde la población fue asignada a un grupo de profesionales que exclusivamente se dedican a gestionar su estado de salud a través de actividades como los controles médicos y de laboratorio periódicos, actividades educativas, control de metas y resultados en salud y gestión de las urgencias e incapacidades. Con esto se demostró que hubo una reducción del 45% en el costo de atención de estos pacientes, pasando de 10.4 mil millones a 5,8 mil millones en el año. Así mismo, lograron impacto en la reducción del costo de pacientes con VIH y diabetes (EPS SURA, 2017).

En un estudio realizado por Quitian, H., Castaño, N., Granados, C. y Gómez Restrepo, C. (2014) se evaluaron el costo efectividad del uso preventivo de la vitamina A en niños menores de 5 años, para la disminución de eventos de diarrea, malaria y la mortalidad, bajo la perspectiva del sistema de salud colombiano. En este estudio Quintana (2014) demostró que la utilización profiláctica del suplemento con vitamina A es costo efectiva para el sistema de salud, con un ahorro en costos médicos de \$340.306.917 debido a que disminuye considerablemente el número de eventos diarreicos y de malaria en la población infantil en

un año, y como consecuencia de esto el número de hospitalizaciones y tratamientos también disminuye.

A su vez Chicaíza L, García-Molina M, Díaz J, González M, Murillo R, Ballesteros M, Sánchez R (2008) realizaron un estudio en Colombia sobre la vacunación preventiva contra Influenza para el personal médico que atiende pacientes oncológicos hospitalizados, con el fin de disminuir los eventos respiratorios y sus complicaciones en esta población, donde encontraron que esta intervención es costo efectiva para el sistema de salud, pues disminuye la hospitalización por infecciones respiratorias, logrando disminuir el costo en \$2'978.000 pesos por día de estancia hospitalizada.

En otro estudio Chicaíza, Becerra, García, Oviedo, Urrego, Rincón y Rubio (2016) estudian el costo efectividad de la administración de calcio (1.200 mg diarios) a partir de la semana 14 de gestación a todas las gestantes; comparada con no administrarlo, para reducir la incidencia de preclamsia. En este estudio se encontró que esta intervención es costo-efectiva, ya que disminuyó la incidencia de preclamsia en el costo en 5.933 millones, por cada 100.000 gestantes.

Se realizó un estudio en donde se hizo una intervención de salud pública en cuanto a las condiciones de vida de una población específica y fue así como Alvis-Guzmán, Nelson; Alvis-Estrada, Luís; Orozco-Africano, Julio (2008) analizaron la costo efectividad del uso del gas natural domiciliario, en remplazo de los fogones de leña, para la disminución de las enfermedades respiratorias, tanto agudas como crónicas. Encontraron que hubo una disminución de la presencia de enfermedades respiratorias agudas y crónicas como el EPOC, y esto representó un ahorro de 1.5 millones de dólares al sistema de salud.

Porras; Alvis; Rico; Alvis; Castañeda.; Velandia (2009) realizaron un estudio en donde el objetivo fue estimar la carga de enfermedad asociada a influenza y modelar el impacto

epidemiológico y económico de la introducción de la vacuna para influenza en Colombia. En este encontraron que la vacunación por influenza en niños menores de 2 años y en mayores de 65 años, reduciría los costos asociados a la influenza por un valor entre 35,7 y 74,2 millones de dólares, lo que impactaría positivamente en el sistema de salud.

Alvis; Paternina; Alvis; De la Hoz (2011) publicaron un estudio encaminado a identificar los costos directos de la varicela en población pediátrica en Colombia y encontraron que se presentaron 40 casos de varicela complicada entre el 2005 y el 2009, estos tuvieron un impacto en salud en promedio de gasto de \$898.766 por caso, los cuales se ahorrarían con una vacunación oportuna.

Tabla 2. Resumen de reducción de costo en salud por programas de intervención.

País	Intervención	Ahorro QALY
Inglaterra	Promoción y prevención en Pacientes con enfermedad cerebrovascular	30 millones de libras al año
Canadá	Control de la obesidad con ejercicio	Disminución 32% del costo en salud, anual
USA	Prevención de diabetes tipo 2	\$3,761 dólares por persona por año.
Nueva Zelanda y Canadá	Prevenido de Insuficiencia renal crónica	4.2 millones de dólares al año
Nueva Zelanda	Disminución del consumo de cigarrillo.	60 millones de dólares al año
Canadá	Nutrición infantil	27.000 a 33.000 dólares por persona año
Finlandia	Entrenamiento en enfermedades crónicas	60.000 dólares por persona año
Alemania	Prevención de obesidad niños	1515 y 1993 Euros por niño por año
Noruega	Cambio en la dieta de la población	18.000 EU por año
Chile	Educación en escuelas hábitos saludables	154 dólares y 130 dólares por cada niño o niña respectivamente
Colombia	Sesiones semanales de actividad física	Urgencias 24.610 pesos por persona. Hospitalización 115.701 pesos por persona Consulta Externa 12.800 pesos por persona
Colombia	Gestión Riesgo Cardiovascular EPS Sura	4.600 millones de pesos al año

Colombia	Profilaxis con Vitamina A	\$340.306.917 pesos
Colombia	Vacunación Influenza al personal asistencial que cuida pacientes oncológicos	\$2 978 000 pesos por día de estancia hospitalizada.
Colombia	Suplemento de calcio a embarazadas	5.933 millones de pesos por cada 100.000 gestantes.
Colombia	Uso de Gas Domiciliario	1.5 millones de dólares
Colombia	Vacuna Influenza menores de 2 años y mayores de 65 años	35,7 y 74,2 millones de dólar

Fuente: Elaboración propia, 2017

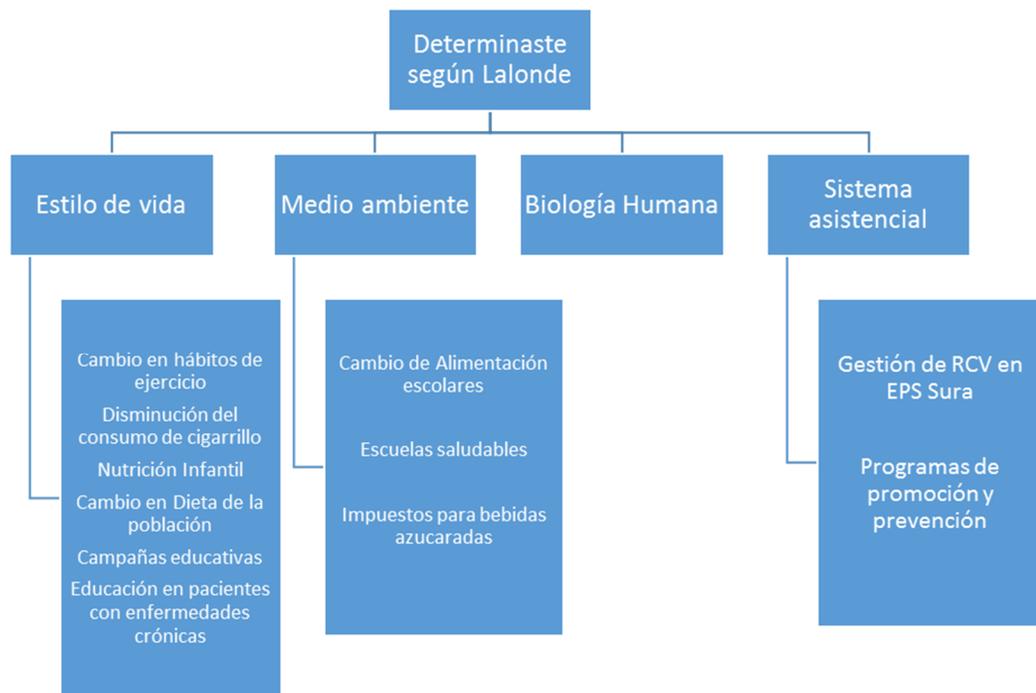


Figura 6. Impacto de los estudios en los determinantes de salud de Lalonde

Fuente: Elaboración propia, 2017

Conclusiones

La Salud de la población es un derecho fundamental constitucionalmente establecido, en el cual los Estados deben brindar y garantizar que la población tenga acceso y atención de calidad, resolutive y oportuna. Dentro de las estrategias de las organizaciones mundiales está el mejorar la calidad de la salud, como un indicador de desarrollo y progreso. Es así como para mediados de los años setenta, el Ministro de Salud y Bienestar de Canadá Marc Lalonde (1974) presentó a la comunidad internacional los determinantes en salud como causantes de la morbimortalidad en una población y la importancia de intervenirlos con el objetivo de obtener verdaderos resultados eficaces y éticos en salud. Los determinantes se clasifican en: estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema de asistencia. Además, demostró como los recursos en salud tienen una inadecuada utilización al invertir la mayor cantidad de estos en el determinante de sistema de asistencia el cual solo refleja el 11% de las causas de mortalidad. Desde entonces la OMS y la OPS han dado los lineamientos en salud para los países y estos se han realizado con base en los determinantes de salud planteados por Lalonde (1974). Estos determinantes se publicaron en un artículo llamado “New perspectives on the health of Canadians”, conocido mundialmente como el “Lalonde Report. Este se convirtió en la guía para definir las políticas de salud pública de los países de manera responsable y ética. Colombia, como país miembro de estas organizaciones, ha hecho parte de las numerosas reuniones, foros, encuentros, acuerdos y compromisos realizados a nivel mundial y panamericano. Hoy podemos decir, que a pesar de todos los esfuerzos, la intervención en salud sigue siendo igual o peor, en donde le destinamos el 90% de los recursos en salud a un sistema de salud del cual solo vamos a obtener una reducción del 10% en la probabilidad de mortalidad.

Para poder conseguir los resultados en salud planteados por la OMS, los Estados tienen que lograr un perfecto equilibrio de los sistemas en cuanto a la atención en salud y la financiación del mismo, para lograr que sea viable y pueda durar en el tiempo. Para este fin se ha hablado de la gestión integral del riesgo en salud como una herramienta fundamental para mantener la población sana y así impactar en la sostenibilidad financiera de un sistema de salud.

Después de hacer una revisión de la literatura, pudimos demostrar que existen experiencias en el mundo, donde las políticas públicas en gestión integral del riesgo en salud mostraron ser costo efectivas para los sistemas de salud. Estas políticas tuvieron un impacto importante en los determinantes de salud que más impactan la morbimortalidad, siendo el estilo de vida el más evaluado y el que mostro ser más costo efectivo en general. Además, encontramos cómo en Colombia también se ha estudiado el impacto que ha tenido la gestión del riesgo en salud en la viabilidad financiera del sistema de salud. Es por esto que esta serie de actividades encaminadas en hacer una real gestión del riesgo en salud, son importantes para poder contar con un sistema que financieramente sea viable y acorde a los lineamientos de la OMS con los determinantes en salud.

No podemos dejar que la corrupción y la politiquería no permitan que el país tome decisiones en pro de la salud de la población, como ocurrió con el impuesto a las bebidas azucaradas, el cual no fue aprobado a pesar de demostrar la relación que existe entre estas y la obesidad y diabetes.

Referencias

- Jaramillo , I. (1999). El futuro de la Salud en Colombia. *FESCOL.FES*.Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona.
- ACEMI. (2015). *Memorias Cifras e indicadores del Sistema de Salud*. Bogota.
- Aguirre, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, vol. 28, núm. 4.
- Aliaga-Díaz, E., Cuba Fuentes, S., Mar-Meza, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 33, núm. 2.
- Alvis, N. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista Medica de Chile*, vol. 138, supl. 2.
- Alvis-Guzmán, N., Alvis-Estrada, L. y Orozco-Africano, J. (2008). Costo Efectividad del Gas Natural Domiciliario como Tecnología Sanitaria en Localidades Rurales del Caribe Colombiano. *Revista de Salud Publica, UNAL*, vol.10, núm. 4.
- Arias, R. D. (2005). *Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia*. Recuperado agosto 2016, de <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/efectos%20de%20la%20ley%20100.pdf>
- Ayala García, J. (2014). La salud mas cobertura, pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. Bogota: Banco de la Republica.
- Bernal , Ó. y Gutiérrez, C. (2012). Avances y retrocesos en la salud de los Colombianos en las últimas décadas. La salud en Colombia. Bogotá: *UniAndes*.
- Berríos, X. (2004). Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile. Experiencia del programa «¡Mírame!». *Revista Médica de Chile*, vol.32, núm. 3.
- Canal, N. M. (2002). *La organización panamericana de la salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902- 2002*. Recuperado Agosto 2016 de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688. Obtenido de La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia.
- Castañeda, J. J. (2013). El sistema de Salud en Colombia. En *Archivos de Medicina* (pág. 115). Manizales: Universidad de Manizales.
- Castaño, J. J. (2013). El sistema de salud colombiano. *Archivos de medicina*, vol. 13, núm. 2, Universidad de Manizales.

- Chicaíza-Becerra, L., García-Molina, M., Ballesteros, M., Gamboa, O., Díaz, J. y Vega, R. (2008). Evaluación económica de la vacuna contra la Influenza aplicada al personal de salud que atiende pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia*, 756-766.
- Chicaíza-Becerra, L., García-Molina, M., Oviedo-Ariza, S., Urrego-Novoa, J., Rincón-Rodríguez, C., Rubio-Romero, J., Gómez Sánchez, P. (2016). Costo efectividad del suplemento de calcio para reducir la mortalidad materna asociada a preeclampsia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, vol. 18, núm. 2. UNAL, 300-310.
- Corte Constitucional. (2011). *Sentencia T-063/011*. Bogota.
- Díaz-Mosquera SP, R.-V. L.-G. (2015). Análisis de publicaciones en promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Revista Gerenc. Polít. Salud.* , 14(28): 32-47.
- Dinero (2016). *Las mejores IPS de Colombia en 2016*. Recuperado 2016, de <http://www.dinero.com/edicion-impresa/informe-especial/articulo/las-mejores-ips-de-colombia-en-2016/238782>
- Doran, C. M. (2017). Cost-effectiveness analysis of population-based tobacco control strategies in the prevention of cardiovascular diseases in Tanzania. *PLOS One*.
- Ekwaru, J. P. (2017). Cost-effectiveness of a school-based health promotion program in Canada: A life-course modeling approach. *PLOS One*.
- EPS SURA. (2017). Entrega de resultados 2016. *Entrega de resultados 2016*. Sexto congreso de calidad Universidad CES, Medellín.
- EPS SURA. (2017). Gestión del riesgo en salud. *Visión desde un administrador de planes de beneficios*. Medellín.
- Fedesarrollo. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud de Colombia*. Bogota: La Imprenta Editores S.A.
- Gutierrez, M. T. (2016). En 2016 van 17 EPS sancionadas por la Supersalud con más de 3 mil millones de pesos. *Opinion y Salud*.
- Ipek N. S., Lee, R. J., Elgart, Z. (2016). Potential health implications and health cost reductions of transit-induced physical activity. *Journal of Transport & Health*.
- Jensen, J. D. (2015). Cost-Effectiveness of a New Nordic Diet as a Strategy for Health Promotion. *International journal of environmental research and public health*, 12 (7).
- Keszytüs, D., Rommy, L., Tibor, K., Reinhold, K., Jürgen, S. (2017). Costs and effects of a state-wide health promotion program in primary schools in Germany –

- the Baden-Württemberg Study: A cluster-randomized, controlled trial. *Plos one*, 1-18.
- Lalonde, M. (1974). A new Perspective on the health of Canadians. *Minister of National Health and Welfare*.
- Martínez-López, E. (2010). Efectividad de un programa de promoción de la salud en la disminución de costos médicos asistenciales. *Revista de Salud publica Universidad de Antioquia*, vol. 2, núm. 6.
- Matajira Gaitán, C., Escobar Morales, G., & Barney, E. (2016). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016*. Bogota: Oficina de Calidad, Ministerio de Salud y Protección Social.
- Metrosalud. (2017). Gestión del riesgo en salud, visión desde un Prestador de Servicios de Salud –IPS -. Medellín .
- Ministerio de Salud . (2013). *RESOLUCIÓN 1841 DE 2013*. Bogota.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2016) (a). *Política de atención integral en salud*. Bogota.
- Ministerio de Salud. (2016) (b). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) COLOMBIA*. Bogotá.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2016) (c). *Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS*.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2017) (a) *Comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS*. Recuperado Septiembre 2016, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2017) (b). *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)*. Bogota.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1995). Programa de Apoyo a la Reforma. *Universidad de Harvard. Evaluación de la Reforma Colombiana*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Cifras financieras en salud*. Recuperado octubre 2015, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%20202.pdf>
- Nghiem, N., Cleghorn, C.L., Leung, W., Nair, N., Deen, F., Blakely, T. y Wilson, N. (2017). A national quitline service and its promotion in the mass media: modelling the health gain, health equity and cost-utility. *Pubmed*.

- Oksman, E., Linna, M., Hörhammer, Lamintakanen J. y Talja, M. (2017). Cost-effectiveness analysis for a tele-based health coaching program for chronic disease in primary care. *BMC Health Serv*, 17(1).
- OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. *Informe OMS*.
- OMS. (2011). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Informe OMS*.
- OMS. (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *9a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Shanghai.
- OMS, OPS. (2015). Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. *Informe de la OMS*.
- Ordoñez, S. y Lopez, F. (2014). Tuberculosis en Colombia, de la historia al entendimiento de la enfermedad. *Med UNAB*, vol.16, núm.3.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Promoción de la salud. *43er Consejo directivo*. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud . (2006). Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. *138.a sesión del comité ejecutivo*. Washington.
- Pérez, F. S. (2012). *Sistemas Sanitarios comparados en países desarrollados*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Porras-Ramírez, A., Alvis-Guzmán, N., Rico-Mendoza, A., Alvis-Estrada, L., Castañeda-Orjuela, C., & Velandia-González, M. (2009). Costo efectividad de la vacunación contra influenza en menores de 2 años y mayores de 65 años en Colombia. *Revista de Salud pública, UNAL*, vol. 11, núm. 5, 689-699.
- Presidencia de la República. (2011). *Ley 1438 del 2011*. Bogotá.
- Public Health Agency of Canada. (2009). *Investing in prevention the economic perspective*.Canada
- Public Health Guideline. (2010). Cardiovascular disease prevention. *NICE*.
- Quitian, H., Castaño, N., Granados, C. y Gómez Restrepo, C. (2014). Análisis de costo efectividad de la vitamina A en niños menores de 5 años en Colombia. *Revista de Salud Pública, Universidad Nacional*, vol. 16, núm. 3, 407-415.
- Reilly R, Evans K, Gomersal J, Peters, M., Warren, S., O'Shea R., Cass, A., Brown, A. (2016). Effectiveness, cost effectiveness, acceptability and implementation barriers/enablers of chronic kidney disease management programs for Indigenous

- people in Australia, New Zealand and Canada: a systematic review of mixed evidence. *BMC Health Serv Res*, vol 16.
- Rajeev Gupta, Guptha, S., Rajnish, J. y Denis, X (2013). Translating evidence into policy for cardiovascular disease control in India. *Health Research Policy and System*.
- Ramos, R., Carvalho, D., Oliveira Gomes, G., Bracco, M., Florindo, A., Gregore, I., Parra, D., Lobelo, F., Simoes, E. y Curi, P.. (2014). Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saude Publica*, 48(5).
- Restrepo, J. H. (Julio de 2017). El virus de la corrupción en el sistema de salud. *El Pulso*, pág. 10.
- Restrepo, J. H. y Rodriguez Acosta, S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*, vol. 7, núm. 12.
- Revista Dinero. (2016). Colombia estaría cerca de una “parálisis hospitalaria” por deudas de EPS. *Revista Dinero*.
- Revista Semana. (2010). En qué se raja la atención en salud en Colombia. *Revista Semana*.
- Revista Semana. (2016). La crisis de las EPS que está dejando a miles de colombianos sin servicios de salud. *Revista Semana*.
- Rodriguez, L. F., & Diaz, M. F. (2010). *Políticas públicas y entorno saludable*. Bogota: Universidad el Rosario.
- Rui Li, Shuli Qu, MPH, Ping Zhang, PhD, Sajal Chattopadhyay (2015 Sep 15). Economic Evaluation of Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.*, 163(6): 452–460.
- Salud, M. d. (2016). *Aseguramiento al sistema general de salud*. Recuperado Mayo 2016, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>
- Sergio Clavijo, A. V. (2016). *Costos de la salud en Colombia*, Bogotá: ANIF.
- Seguros Suramericana. (2017). Seguros Sura. Obtenido septiembre 2016 de <https://www.segurossura.com.co/Paginas/default.aspx>
- Titelman, D. y Uthoff, A. (2000). *Ensayo sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Obras Economicas contemporaneas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Universidad Javeriana y Ministerio de Protección Social. (2008). *Precios y contratos en salud*. Bogota: Ladiprint Editorial Ltda.

Universidad Nacional Colombia. (2010). *Salud Publica y Social*. Bogota.

Valencia, B. H. (2017). Salud: patentes, medicamentos y precios. *Portafolio*.

Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A. y Restrepo Vélez, O. (2009). *Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud*. Secretaria de Salud de Bogota. Pág 11 - 53