



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD EN COLOMBIA**

**DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ  
CÓDIGO: 940622**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Económicas  
Bogotá D. C., Colombia  
2011



# **LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD EN COLOMBIA**

**DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ**  
**CÓDIGO: 940622**

Trabajo final presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Maestría en Administración**  
**Línea de Profundización**

Directora:  
Doctora Liliana Chicaíza Becerra  
Doctora en Economía y Gestión de la Salud

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Económicas  
Bogotá D. C., Colombia  
2011



## *Dedicatoria*

*Dedico mi trabajo en primer lugar a Dios, mi fortaleza, luz y guía, a quien le debo la valiosa oportunidad de haber cursado y culminado mis estudios.*

*A mi esposo e hijos, por su amor, por cada minuto que me ausenté de sus vidas, por cada momento que dejé de compartir su lado y por ser el motivo que me impulsa a luchar y seguir adelante.*

*A mis padres, por creer en mí, por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento y por estar a mi lado sosteniéndome cada vez que los necesité.*



## **Agradecimientos**

Al Doctor Alexander Gómez Rivadeneira, por sus invaluable conocimientos, aportes conceptuales y documentales en el tema de Gestión del Riesgo; por su ayuda incondicional y su permanente disposición y ejemplo.

A mi Directora de trabajo de grado, Dra. Liliana Chicaíza, por su infinita paciencia y alegría, por sus palabras de ánimo, por confiar en mí, por el tiempo que me dedicó y sobre todo, por sus valiosas orientaciones, aportes y conocimiento entregado.

Al profesor Edison Jair Duque, Coordinador del programa de Maestría en Administración, por su calidad humana, por su inmensa colaboración y por haberme dado orientaciones y herramientas que me impulsaron a retomar y culminar mis estudios.

A todos los docentes, por las enseñanzas, consejos y aportes a mi formación y al personal administrativo de la Maestría en Administración, por su permanente colaboración, orientación y respeto.

A mi compañera Ángela Zambrano, por su amistad y apoyo permanente durante la maestría; por animarme, impulsarme y acompañarme gratamente en este camino que recorrimos.





## Resumen

En el presente trabajo se analizaron los principales desarrollos normativos producidos en Colombia sobre gestión de riesgo en salud para los subsectores asegurador y prestador; se hizo una comparación con los avances conceptuales sobre gestión del riesgo en el sector financiero, asegurador en general y salud; para identificar lo que se ha logrado en el país y lo que falta por recorrer. Para tal fin se hizo un seguimiento evolutivo a la normatividad expedida sobre el tema, describiendo los contenidos más importantes y relevantes para el proceso de análisis realizado. Se encontró que en el país se han incorporado los principales elementos de normatividad promulgados por los Acuerdos de Basilea para el sector financiero y bancario, para la formulación del Sistema de Administración de Riesgos de las EPS, que han tenido una rápida e importante evolución. No obstante aún hay aspectos que deben ser fortalecidos,

**Palabras clave: Gestión del Riesgo, Seguridad del paciente, evento adverso**

## Abstract

In this paper were analyzed the main regulatory developments in Colombia about risk management in health insurance and provider sub-sectors, a comparison was made with conceptual advances on risk management in the financial, insurance and health sectors; to identify what has been achieved in the country and what needs to be done. To this purpose it has made an evolutionary following about regulations issued, making a description to the most important aspects and relevant to the analysis process made. It was found that in the country regulations have been incorporated the main elements that were promulgated by the Basel Accords for financial and banking sector, to develop the Risk Management System of the HPE (Health Promotion Entities), This has been a rapid and important evolution, bearing in mind that the risk management concept in health has been addressed as such, from very recent years. However there are still aspects that need to be strengthened

**Keywords: Risk management, patient safety, adverse event.**



# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XIII</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Listaabreviaturas</b> .....	<b>XV</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Marco teórico</b> .....	<b>3</b>
1.1 Riesgo empresarial.....	3
1.2 Importancia de la gestión del riesgo.....	4
1.3 Gestión del riesgo en el sector financiero y bancario .....	5
1.4 Gestión del riesgo en el sector de los seguros en general.....	7
1.5 Gestión del riesgo en el sector de los seguros de salud .....	10
<b>2. Diseño metodológico</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Gestión del riesgo en el sector salud</b> .....	<b>19</b>
3.1 La gestión del riesgo en salud desde la perspectiva de los determinantes de la salud: modelo canadiense de Lalonde .....	19
3.2 Gestión del riesgo en aseguradores .....	23
3.2.1 Resultados de la implementación por parte de las EPS de las primeras fases del SAR .....	33
3.2.2 Instrumentos para la identificación y análisis de riesgos en Aseguradores.....	41
3.3 Gestión del riesgo en prestadores .....	42
3.3.1 Seguridad del paciente y eventos adversos .....	42
3.3.2 Antecedentes mundiales en seguridad del paciente y eventos adversos.....	44
3.3.3 Avances normativos en Colombia .....	46
3.4 Metodologías y herramientas para la detección, evaluación y análisis de riesgos en las IPS .....	48
3.4.1 Protocolo de Londres .....	48
3.4.2 Herramienta “TriggerTool” para identificar eventos adversos .....	52
3.4.3 Principales herramientas para el análisis de riesgos en instituciones prestadoras .....	52
<b>4. Conclusiones</b> .....	<b>57</b>

---

<b>A. Anexo: Principios para lograr la eficacia de la gestión del riesgo (según norma ISO 31000) .....</b>	<b>73</b>
<b>B. Anexo:Componentes del marco de trabajo de la gestión del riesgo .....</b>	<b>75</b>
<b>C. Anexo: Listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud según resolución 1446 de 2006.....</b>	<b>77</b>
<b>D. Anexo:Algoritmo para analizar un evento adverso .....</b>	<b>81</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>84</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1:</b> Riesgos en seguros de salud .....	11
<b>Figura 2:</b> Herramientas para el manejo de riesgos en el sector asegurador en salud.....	14
<b>Figura 3:</b> Campo de fuerzas de la salud. Blum 1981 .....	20
<b>Figura 4:</b> Modelo epidemiológico de Denver, 1976.....	21
<b>Figura 5:</b> Marco conceptual de los determinantes de salud de las poblaciones.....	22
<b>Figura 6:</b> Proceso de Gestión del Riesgo según la Norma Australiana AS/NZ 4360:2004 y la Norma Técnica Colombiana 5254 de 2006. ....	25
<b>Figura 7:</b> Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.....	49
<b>Figura 8:</b> Proceso de investigación y análisis de eventos adversos.....	51
<b>Figura 9:</b> Matriz para la determinación del nivel de riesgo .....	54
<b>Figura 10:</b> Matriz para análisis de modos de falla y efectos (AMFE).....	56
<b>Figura 11:</b> Componentes del marco de trabajo de la gestión del riesgo.....	75

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica .....	50
<b>Tabla 2:</b> Comparativo entre seguros tradicionales y aseguramiento en salud en Colombia (SGSSS) .....	58
<b>Tabla 3:</b> Análisis comparativo de los Acuerdos de Basilea frente a los avances normativos sobre gestión del riesgo en salud en Colombia.....	62

## Listaabreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Salud
ICONTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISO	Organización Internacional de Normalización
MPS	Ministerio de la Protección Social
NTC	Norma Técnica Colombiana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
SAR	Sistema de Administración de Riesgos
SDS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
SEARS	Sistema Especial de Administración de Riesgos de Seguros
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de Atención en salud
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UPC	Unidad de pago por capitación





## Introducción

El mercado de la salud en Colombia funciona en el marco de un modelo de aseguramiento privado, en el cual se supone que los recursos son escasos, por lo cual se espera que las acciones llevadas a cabo garanticen la asignación eficiente de esos recursos (Raña, 2007).

La gestión del riesgo en salud se constituye en 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.

En Colombia el concepto de gestión del riesgo en salud comienza a tenerse en cuenta mucho después de haberse desarrollado y aplicado en los sectores financiero, bancario y asegurador. El sector salud tiene similitudes con el sector financiero, lo cual hace posible aplicar los principios y las técnicas que se han desarrollado para este último.

Tradicionalmente se ha dado una confusión conceptual entre la gestión del riesgo en salud (como componente de la gestión de riesgos empresariales), que tiene un enfoque organizacional (para aseguradores y prestadores), con el de gestión del riesgo individual, que tiene un enfoque epidemiológico (minimizar la probabilidad de eventos de enfermedad, trauma o muerte que afectan al individuo) (Universidad del Rosario, 2008). El riesgo en epidemiología equivale la probabilidad de ocurrencia de un efecto en una población (por ejemplo, que una persona enferme o muera), en un período de tiempo determinado (Almeida; Castiel; Ayres; 2009) (INS, 2004) (Colimón, 1990).

Los principales desarrollos y avances encontrados en las EPS en cuanto a gestión del riesgo se han realizado con predominio del enfoque epidemiológico, individual y no empresarial, lo que no garantiza que las EPS tengan solvencia necesaria para responder a fluctuaciones inesperadas en el costo médico o que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) sea suficiente para cubrir los riesgos de la población afiliada (Universidad del Rosario, 2008).

Para algunos actores no es clara la separación que se debe hacer en cuanto a la gestión de riesgos empresariales de aseguradores vs. prestadores, dada su naturaleza y riesgos diferentes. Para los prestadores de servicios de salud las principales herramientas

empleadas para gestionar los riesgos tienden a garantizar la seguridad del paciente durante su atención y se basa en la prevención, detección y gestión de eventos adversos evitables que en caso de ocurrir pueden conllevar a riesgos legales, financieros, para la reputación, entre otros.

Este trabajo tiene como objetivo presentar conceptualmente la forma como se entiende la gestión del riesgo en el sector financiero y en el sector salud (para los subsectores asegurador y prestador, desde un enfoque empresarial y no epidemiológico individual); igualmente identificar la normatividad que se ha producido en Colombia sobre gestión del riesgo en salud y finalmente realizar un análisis sobre los avances y los vacíos en el sector salud, mediante la comparación entre los postulados teóricos y los normativos.

De tal manera se aborda la evolución normativa de este concepto y se describen las principales metodologías desarrolladas en los últimos años. Además se adelanta un análisis comparativo entre los principales elementos de la gestión del riesgo del sector financiero y bancario (según los Acuerdos de Basilea), frente al sector salud y del modelo de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, frente al sector de los seguros tradicionales, con el fin de identificar elementos comunes entre éstos, así como los propios que le competen. Finalmente se identifican los vacíos y limitaciones por abordar en un futuro próximo.

Se espera que este trabajo permita contribuir a la comprensión el proceso de gestión del riesgo en salud desde lo teórico y conceptual, así como el papel de los diferentes actores en el marco de la gestión del riesgo y su organización. Adicionalmente los resultados pueden ser usados como herramienta para que las personas que formulan políticas y toman decisiones puedan tener este documento como referente al momento de realizar sus intervenciones tendientes a mejorar los procesos de gestión.

# 1. Marco teórico

## 1.1 Riesgo empresarial

El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso y sus consecuencias. Puede tener carácter negativo (en caso de ocurrir se producen pérdidas) o positivo (en caso de ocurrir se producen ganancias)” (Fundación Mapfre, 2011). El riesgo empresarial podría definirse como un fenómeno subjetivo-objetivo del proceso de toma de decisión entre diferentes alternativas en situación de incertidumbre, con la probabilidad de ocasionar efectos negativos en los objetivos de la empresa (Koprinarov, 2005).

Podría decirse que la gestión del riesgo empresarial consiste en la identificación y evaluación de riesgos potenciales propios de su actividad, determinando los principales factores de riesgo para adelantar la priorización y ejecución de acciones, que incluyen la consecuente administración, mitigación o eliminación; con el fin de proporcionar seguridad en cuanto al logro de los objetivos permitiendo maximizar el valor para los accionistas en un entorno de incertidumbre. Los riesgos empresariales han sido clasificados desde diferentes ópticas y han sido abordados en sectores como el financiero y bancario, asegurador en general y salud, entre otros.

Desde el punto de vista financiero, riesgo es aquella probabilidad de que ocurra un evento que tenga consecuencias financieras negativas para la organización. También se define como la “potencialidad de que eventos anticipados o no puedan tener un impacto adverso en los ingresos y patrimonio de una entidad de intermediación financiera” (Bolivia, 2005).

Los tipos de riesgos a enfrentar incluyen entre otros el riesgo de mercado (que incluye el riesgo cambiario y el riesgo de tipo de interés), riesgo de crédito, riesgo de liquidez, riesgo de inversión, riesgo del negocio, riesgo de caución, entre otros. La gestión de estos riesgos permite lograr la sostenibilidad de las instituciones bancarias, así como garantizar su solvencia para responder ante situaciones de crisis.

Por otra parte la empresa como unidad socioeconómica implica el uso de una serie de recursos diferentes para la producción de bienes o servicios tendientes a satisfacer las necesidades de los clientes, obteniendo a cambio un beneficio. Dado que el objetivo de la organización es maximizar el valor para los accionistas, las funciones de la alta gerencia deben ser gestionar los riesgos inherentes al negocio, para que la “recompensa” obtenida exceda el costo del riesgo.

## 1.2 Importancia de la gestión del riesgo

Independientemente del sector en que sea aplicado este concepto, la gestión del riesgo es un proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones, la planificación y en consecuencia, el desempeño de las organizaciones, en aras de lograr minimización de las pérdidas y maximización de ganancias. Este proceso le permite a la organización que la implementa, la mejor identificación de oportunidades y amenazas, además de generar valor a partir de la incertidumbre y variabilidad, junto con la asignación y ejecución más eficientemente los recursos, mejorando la gestión de incidentes y reducción en pérdidas y el costo de riesgo, adicionalmente mejorar la confianza con sus contrapartes y adelantar de mejor forma el proceso directivo de la Organización (ICONTEC, 2006).

Kenneth Arrow (1981), refiere que los problemas económicos de los servicios médicos se deben a un ajuste a la incertidumbre respecto a la incidencia de las enfermedades y la eficacia de su tratamiento. La escasez de recursos del mercado de la salud hace que sea vulnerable a problemas como: enfermedades de alto costo las cuales obligan al sector a buscar mecanismos que permitan cubrir el riesgo financiero derivado de estas patologías, con el fin de garantizar una asignación razonable de recursos para obtener dicho cubrimiento (Chicaíza, 2002).

Las organizaciones que logran la gestión del riesgo de forma eficaz y eficiente tienen mayores probabilidades de alcanzar sus objetivos a un menor costo. Para esto la gestión del riesgo debería ser promovida por todos los miembros y dependencias de la organización, para lo cual debería estar involucrada dentro de la cultura y planificación estratégica (ICONTEC, 2006).

Adicionalmente la gestión de riesgo permite: mejorar la eficacia y eficiencia operacional, mejorar los controles, aumentar las prestaciones en materia de salud y seguridad, así como la protección ambiental, mejorar el aprendizaje y la resiliencia en la organización. Por otra parte crea, protege el valor (contribuye al logro de objetivos y mejora el desempeño), y facilita la mejora continua de la organización (ISO, 2009).

### 1.3 Gestión del riesgo en el sector financiero y bancario

En el sector financiero y bancario la gestión del riesgo se ha adoptado con el objetivo de evitar situaciones de crisis; para tal fin se ha valido de métodos y recomendaciones normativos internacionales tendientes a contrarrestar el elevado riesgo de las actividades propias de este sector de la economía.

En 1974 los gobernadores del G-10 (grandes bancos centrales de diferentes potencias mundiales), crearon el Comité de Supervisión Bancaria de Basilea. Y desde la década de los 80's en Europa se reunieron los bancos más importantes para crear desde Basilea (Suiza), las primeras normas para fortalecer las instituciones financieras (Gómez Castañeda, 2006).

Los Acuerdos de Basilea suscritos por parte de los gobernantes de las principales economías del mundo, tendían a fortalecer sus sistemas bancarios, generando solvencia, estabilidad económica y financiera (Gómez Castañeda, 2006).

El Acuerdo de Capital de Basilea I (1988), contenía recomendaciones tendientes a generar solidez y estabilidad en el sistema, además de homogenizar o crear igualdad competitiva entre las entidades bancarias internacionales; éstas recomendaciones de suficiencia de capital estaban orientadas al establecimiento de un capital mínimo teniendo en cuenta el nivel de riesgo que afrontaban; es decir un nivel de apalancamiento mínimo o proporción de capital propio mínimo vs. Volumen de créditos otorgados. El capital regulatorio definido buscaba hacer frente a los riesgos de mercado, crédito y tipo de cambio.

Basilea II (2004), buscó "incorporar mayor sensibilidad al riesgo utilizando algunas técnicas de medición y control desarrolladas por las entidades en su gestión del riesgo, ofrecer diversos enfoques o métodos de cálculo de capital regulatorio por riesgo de crédito y riesgo operativo que puedan acomodarse a los diversos grados de complejidad de los bancos y fomentar las mejores prácticas mediante incentivos de menores exigencias de capital, cuanto mayor sofisticación tenga el enfoque empleado para la determinación de su capital regulatorio". Adicionalmente otorgó funciones a la alta dirección de los bancos para realizar procesos internos de evaluación de capital, fijación de metas de capital según el perfil de riesgo y control interno específico del banco (Salinas, 2003). Los tres pilares fundamentales del Acuerdo de Basilea II fueron:

#### **a) requisitos de capital mínimo:**

Se enfoca en el riesgo crediticio, es decir se vale de la medición de la calidad crediticia de los diferentes prestatarios a través de escalas o rankings. Los bancos clasifican sus exposiciones entre diferentes categorías de créditos y aplican las ponderaciones que correspondan a cada una (Salinas, 2003). También Incentiva a las entidades bancarias a gestionar mejor los riesgos operacionales (derivados de fallas en el recurso humano, los sistemas, procesos y por influencias externas), causa de un gran porcentaje de las

quiebras bancarias y de inestabilidad, para el cálculo de requisitos mínimos de capital (fondos propios). Entonces considera los riesgos de crédito, de mercado, de tipo de cambio y operacional.

**b) función de revisión supervisora (supervisión de gestión de los fondos propios):**

Hace relación a la vigilancia y control que desde el nivel central o nacional ejercen los entes competentes, para tal fin a cada uno de los bancos, en relación a temas como el cálculo que deben hacer éstos de los requisitos mínimos de capital y de la estrategia que deben tener para mantener un adecuado nivel de solvencia. El supervisor debe tener la capacidad de tomar medidas inmediatas en caso que el nivel de solvencia se reduzca por debajo del nivel mínimo esperado. Aquí se contemplan otro tipo de riesgos como los de concentración/diversificación, de liquidez, de reputación, riesgo de pensiones, entre otros. Adicionalmente obliga a la alta gerencia de las instituciones financieras a supervisar estrechamente el proceso de cálculo de capital; además de realizar el enfoque de riesgos (planificar y adelantar la medición y el control de los riesgos), la planificación de requerimientos futuros de capital y su autoevaluación.

**c) Utilización de la disciplina del mercado:**

Busca generalizar y homogenizar las buenas prácticas financieras, la transparencia financiera (mediante normas claras de transparencia y la publicación de información sobre la exposición a riesgos por parte de las entidades bancarias, así como de suficiencia de fondos propios), y la integración de información financiera, contable y de gestión del riesgo. La intención de solicitar esta publicación obligatoria de información es permitir al mercado (con sus diferentes actores), evaluar el perfil de riesgo de las entidades bancarias. Por lo anterior se solicita a las entidades financieras publicar información periódica tanto cualitativa como cuantitativa sobre su gestión de riesgos (por ejemplo: las políticas de mitigación, cobertura y control de riesgos, entre otras). Se solicita la publicación además de información técnica sobre cálculo de capital, gestión de capital, entre otros.

Basilea III surge a raíz de la crisis económica internacional ocurrida en el año 2010 y contiene medidas y estándares bancarios que comenzarán a aplicarse gradualmente en enero de 2013, para estar plenamente en vigencia en el año 2019. A raíz de dicha crisis se evidenció que los bancos habían adoptado políticas inadecuadas (prestamos a clientes sin capacidad de pago y generación de volúmenes de créditos desproporcionadamente superiores a sus reservas), que les impidieron responder con recursos propios a la crisis. El acuerdo busca mejorar la resistencia de los bancos frente a crisis futuras, introduciendo nuevas normas sobre la liquidez, como el aumento de reservas mínimas (Herrera Valencia, 2010).

Basilea III exige a los bancos más cantidad de capital y de mayor calidad; también impone exigencias de liquidez y endeudamiento bancario, buscando que los bancos se capitalicen, es decir que tengan reservas para años de crisis (generar provisiones o colchones de capital preventivos para enfrentar crisis futuras). Esta solidez bancaria a

largo plazo representa un menor riesgo para los contribuyentes, pues les da mayores garantías y confianza. Esto va a redundar en el logro de un sistema financiero más seguro, más capitalizado, pero de más difícil acceso para lograr créditos o préstamos.

## **1.4 Gestión del riesgo en el sector de los seguros en general**

Para los aseguradores la gestión de riesgos es su actividad fundamental (identificar, medir, controlar, monitorizar) (Osorio, 2007), dado que son manejadoras de riesgo al servir de receptores de riesgos transferidos por los individuos o las empresas a cambio de un monto mensual o anual. Por lo anterior el comportamiento de los riesgos que se están asegurando es una variable clave para la supervivencia de la empresa aseguradora (Universidad del Rosario, 2008), y máxime teniendo en cuenta que enfrentan una altísima variabilidad en el valor de sus pasivos, los cuales nunca son conocidos en su totalidad (el valor y el tipo de las reclamaciones pueden variar perfectamente en el tiempo, afectando su margen de solvencia).

Dentro de la normatividad que enmarca en el sector asegurador la gestión de riesgos, se encuentra la circular Externa 007 de 1996 -Circular Básica Jurídica- (Superintendencia Financiera de Colombia, 1996), que en su capítulo quinto dicta “reglas especiales sobre gestión de riesgos en las entidades aseguradoras”, además de establecer el deber que tienen las entidades aseguradoras de contar con un Sistema Especial de Administración de Riesgos de Seguros (SEARS), que les permita realizar una adecuada gestión de los riesgos propios de su actividad; también se establece que los aseguradores deben adoptar sistemas especiales de identificación, medición, evaluación y control de aquellos riesgos particulares a su actividad.

Los SEARS deben contener los siguientes elementos:

- Políticas sobre asunción de riesgos
- Infraestructura adecuada para la gestión de los riesgos de seguros
- Metodologías especiales para la medición de los riesgos de seguros
- Procesos de Control de Riesgos
- Mecanismos de control de los procesos

Éstos deben permitir cuantificar los riesgos y determinar el procedimiento a seguir a fin de mitigar o controlar cada uno. Además de prever mecanismos permanentes y eficaces de control de los mismos, para monitorizar riesgos existentes e identificar nuevos que deban ser cuantificados. Esta circular define los siguientes riesgos propios del aseguramiento:

- de crédito: posibilidad de incurrir en pérdidas por el no pago o pago inoportuno de las obligaciones a cargo de sus reaseguradores, asegurados, intermediarios de seguros y otras compañías de seguros con las cuales realiza operaciones de coaseguro.
- de mercado: posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado en el monto de sus obligaciones con asegurados, reaseguradores, intermediarios y otros agentes externos a causa de variaciones en las tasas de interés, en la tasa de devaluación o cualquier otro parámetro de referencia.
- de liquidez: imposibilidad de adquirir u obtener los fondos necesarios para atender el pago de obligaciones de corto plazo bien sea para el pago de siniestros o para el ajuste de reservas inadecuadamente calculadas.
- de suscripción: posibilidad de incurrir en pérdidas como consecuencia de políticas y prácticas inadecuadas en el diseño de productos o en la colocación de los mismos. Está compuesto por los riesgos de tarificación, de descuentos sobre primas, de concentración y de diferencias en condiciones.
- de insuficiencia de reservas técnicas: probabilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales.
- legal: posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incumplimiento de normas legales, de la inobservancia de disposiciones reglamentarias, de códigos de conducta o normas éticas en cualquier jurisdicción en la cual opere la entidad aseguradora.
- operacional: posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de problemas en el desarrollo de las funciones del negocio o sus procesos. La exposición a este riesgo puede resultar de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, fraude o catástrofes naturales.
- estratégico: probabilidad de pérdida como consecuencia de la imposibilidad de implementar apropiadamente los planes de negocio, las estrategias, las decisiones de mercado, la asignación de recursos y su incapacidad para adaptarse a los cambios en el entorno de los negocios.
- de reputación: probabilidad de pérdida como consecuencia de incurrir en pérdidas derivadas de la celebración de contratos de seguros y reaseguros con personas y entidades que generen un bajo nivel de confianza para sus asegurados por su nivel de solvencia o la conducta de sus funcionarios o por la celebración de acuerdos sobre los cuales recaiga una publicidad negativa, así como la realización de



prácticas que puedan derivar en demandas legales y pérdida de credibilidad del público.

La circular externa 052 de 2002<sup>1</sup>(Superintendencia Bancaria de Colombia, 2002), expresa que las aseguradoras deben: contar con políticas propias en materia de administración de riesgos, definir los mecanismos y procedimientos para la identificación de riesgos, diseñar una infraestructura técnica y humana adecuada para su gestión, diseñar los procesos de control de riesgos, establecer los mecanismos que garanticen una adecuada divulgación de las políticas de riesgos y los procedimientos de control de los mismos al interior de la entidad, entre otros. Las aseguradoras además están obligadas a diseñar, probar, adoptar y aplicar metodologías completas de cuantificación de riesgos.

Por otra parte la circular externa 041 de 2007<sup>2</sup> (Superintendencia Financiera de Colombia, 2007), establece las reglas relativas a la administración del riesgo operativo. Según ésta las entidades deben estar encaminadas a la identificación, medición, control y monitoreo del riesgo, en otras palabras, generar estándares para el conocimiento del perfil de riesgo operacional manejado por la organización (Osorio, 2007).

“Las entidades aseguradoras se encuentran expuestas(además de los riesgos generales a que se expone toda entidad financiera como: los riesgos de crédito, mercado, liquidez, operacional, legal, estratégico y de reputación,entre otros), a riesgos particulares de la actividad aseguradora como: los riesgos de suscripción y de insuficiencia de reservas técnicas. Estos últimos también suponen la posibilidad de afectar los resultados potenciales y por ende generar una pérdida del valor económico del patrimonio de las entidades aseguradoras y de su reputación en el mercado con efectos nocivos para su solvencia y viabilidad financiera” (Superintendencia Financiera de Colombia, 1996).

El riesgo de aseguramiento hace relación a la probabilidad de que ocurran variaciones inesperadas en la siniestralidad y a que las primas sean insuficientes para cubrir los costos de los siniestros, lo que obliga a estas organizaciones a mantener un margen de solvencia que les permita amortiguar el impacto; además deben gestionar los recursos asegurados para garantizar que las primas sean suficientes para cubrir los siniestros (Universidad del Rosario, 2008).

---

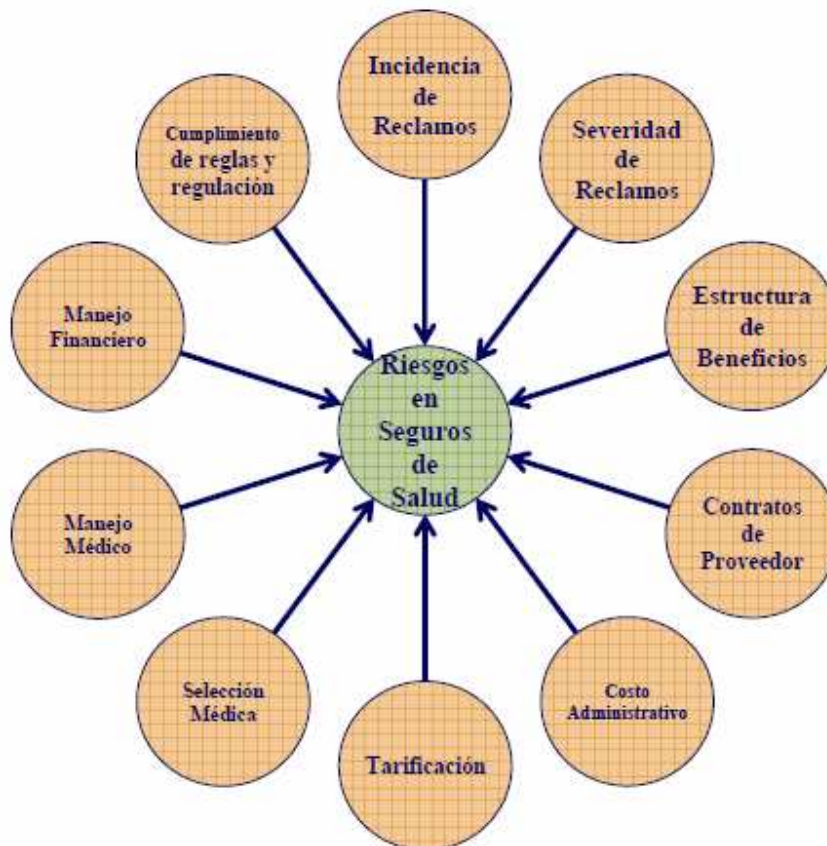
1 Esta circular modifica el Título VI y al numeral 9º, capítulo quinto del Título I de la Circular Externa 007 de 1996 y la Circular Externa 100 de 1995.

2 Esta circular modifica el Capítulo XXIII denominado “Reglas Relativas a la Administración del Riesgo Operativo - SARO” de la Circular Externa 100 de 1995.

En las empresas aseguradoras se cuenta con diferentes metodologías para la identificación de riesgos, dada la amplia gama de siniestros a los que puede enfrentarse. Algunas de estas metodologías son por ejemplo las entrevistas; los cuestionarios de ingreso; las listas de chequeo; análisis de informes, registros, siniestros y documentos contractuales y la inspección de riesgos, entre otros.

## **1.5 Gestión del riesgo en el sector de los seguros de salud**

La mayoría de los sistemas de salud son una combinación compleja de coberturas privadas y públicas; el uso de sus servicios está altamente influenciada por el método de financiación: los sistemas de pagador simple disminuyen la oferta de servicios a través de pagos bajos al proveedor y filas de espera; los sistemas de mercado libre incentivan el uso excesivo de servicios si el paciente no participa integralmente en el costo del servicio; los sistemas gubernamentales que limitan los costos suelen resultar en tendencias de “transferencia de costos” hacia planes privados, observando que la mayoría de los sistemas no incentivan al paciente a buscar la mejor alternativa con base en precio y calidad (Meerschaert, 2007). Se tiene una amplia serie de categorías de riesgos en los seguros de salud, tal como se muestra en la figura 1.



**Figura 1:** Riesgos en seguros de salud

Fuente: Meerschaert, J. Manejo de riesgos en seguros de salud. Ponencia presentada en congreso “Habilitación financiera y administración de riesgos de las EPS en Colombia”. ACEMI; MILLIMAN CONSULTANT AND ACTUARIES. Bogotá, 25 – 26 de septiembre, 2007.

De acuerdo a Meerschaert, J. (2007), estas categorías de riesgos se describen así:

#### **Incidencia de reclamos**

- Número de servicios proporcionados a la población cubierta. Aseguradores de salud desarrollan tarifas utilizando tasas de utilización proyectadas

#### **Severidad de reclamos**

- Es la cuantía de cada reclamo y varía por tipo de servicio. Está afectada principalmente por contrato de proveedor y tipo de reclamo. Algunas estructuras de beneficios pueden limitar la severidad imponiendo máximos o pagos en cuotas “por evento”.

- La distribución de probabilidad de reclamos (DPR), mide el impacto combinado de incidencia y severidad; muestra el porcentaje de individuos que se anticipan con reclamos de diferentes cuantías y son útiles en la tarificación de seguros y reaseguros de salud.

### **Estructura de beneficios**

- Pueden influenciar el perfil de riesgo del asegurador de varias formas:

Beneficios cubiertos vs. no-cubiertos

Máximos de beneficios

Participación del paciente en costos a través de deducibles, copagos y coaseguro (entre mayor participación, menor utilización; entre mayor participación, menor costo por reclamo)

Coberturas de proveedores de red vs. fuera de red

- Una estructura de beneficios obligatorios (como el POS) reduce la capacidad del asegurador de manejar el riesgo a través de diseño de beneficios.
- Los planes privados suplementarios pueden tener beneficios alternos, lo que es una oportunidad para manejar el riesgo.

### **Contratos de proveedor**

- Constituyen uno de los mayores componentes de severidad de reclamos.
- Contratos pueden tener varias estructuras: factura por servicio, descuentos por servicios facturados, costo hospitalario por caso y por día, matriz de costos por procedimiento, capitación, médicos asalariados.
- El método de contratación puede influenciar las tasas de utilización:

Contratos de factura por servicio incentivan al proveedor a atender a más pacientes

Arreglos de capitación incentivan a un uso más eficiente de servicios, pero se debe monitorizar la calidad del servicio

Arreglos de participación de costos con los proveedores pueden alinear los incentivos de asegurador y proveedor para dar servicios eficientes y de calidad.

### **Costo administrativo**

El asegurador incurre en costos administrativos al proporcionar beneficios de salud incluyendo: administración de reclamos, contratación de proveedores, servicio al cliente, servicios financieros y actuariales, selección médica, manejo médico, cumplimiento de reglas y regulaciones, ventas y mercadeo, sistemas informáticos, costos indirectos de gerencia, impuestos. El riesgo se puede reducir:

- a) limitando el costo relacionado con reclamos (administración de reclamos, manejo médico, contratación de proveedores)

- b) mejorando los ingresos
- c) limitando la exposición al riesgo

### **Tarificación**

Las primas deben reflejar todos los costos que incurre el asegurador: Tasas de utilización proyectadas por tipo de servicio, reembolso a proveedores por reclamo, nivel de beneficios por cobertura, costos administrativos, costo a largo plazo de capital y ajustes a procesos de selección.

### **Selección Médica**

Es el proceso de calcular la prima "correcta" para un individuo o grupo de individuos, con base en el riesgo que representan. Implica riesgo de Selección adversa.

### **Manejo médico**

Es responsable de supervisar que el paciente reciba el cuidado correcto en el medio correcto al momento correcto. Tiene la capacidad de reducir la utilización innecesaria y mejorar la calidad; resulta en costos médicos más bajos, sin embargo conlleva un riesgo. Las actividades de manejo médico deberían analizarse con base en un análisis de costo – beneficio para determinar si el ahorro potencial es mayor que el aumento en costos administrativos. Empresas HMO en USA han implementado sustitutivamente el "manejo de cuidados" o "cuidado gestionado". "Incluye manejo de enfermedades, capacitación de proveedores, capacitación de pacientes, mejoras de calidad, entre otros"

### **Manejo financiero**

Sus actividades incluyen: cálculo de reservas, reporte financiero, cálculo de capital, planeación fiscal, presupuesto y proyecciones, monitoreo de resultados financieros, manejo de riesgos, incluyendo decisiones de reaseguro, supervisión de contratos, tarificación y selección.

El manejo de este riesgo incluye: Adecuación de reservas, solvencia de la empresa, cumplimiento con requisitos estatutarios y de capital, satisfacer los objetivos financieros de la gerencia y los accionistas

### **Cumplimiento de reglas y regulación**

Las aseguradoras deben conocer y cumplir las leyes y regulaciones del gobierno. La figura 2 presenta las herramientas descritas para manejar riesgos el sector asegurador en salud:



**Figura2:** Herramientas para el manejo de riesgos en el sector asegurador en salud

Fuente: Meerschaert, J. Manejo de riesgos en seguros de salud. Ponencia presentada en congreso “Habilitación financiera y administración de riesgos de las EPS en Colombia”. ACEMI; MILLIMAN CONSULTANT AND ACTUARIES. Bogotá, 25 – 26 de septiembre, 2007.

Meerschaert, J. (2007) las herramientas para el manejo de riesgos en el sector asegurador en salud se describen así:

### **Guías de precios**

Le permiten a las partes interesadas entender el impacto sobre los costos de las decisiones de cuidados de la salud; y proporcionan una base consistente para el desarrollo de costos con la flexibilidad de ajustar para una situación específica. Para tal fin incluyen el siguiente tipo de información: Tasas de utilización por tipo de servicio, reembolso promedio por tipo de servicio, la flexibilidad de ajustar utilización y costo por diferencias en población.

Las guías de precios pueden ser desarrolladas utilizando la experiencia específica de compañía, la mezcla de experiencia de la industria, información agregada de país, datos de países comparables con ajustes para reflejar condiciones locales. Las guías de precios incluyen datos detallados para poder ajustar los costos a una población específica.

### **Guías de selección**

Estas le permiten a la compañía tarifificar apropiadamente una cobertura de salud y pueden ser guías de selección financiera y guías de selección médica.

Las financieras establecen el proceso para que el seleccionador cotice una prima a un individuo o a un grupo y proporcionan un método consistente para evaluar el riesgo de cada individuo o grupo. Las guías de selección médicas proporcionan un método consistente de medir el riesgo médico de cada individuo y pueden ser estructuradas con base en la condición médica, uso de tabaco, y drogas en uso por el individuo, etc. A cada persona se le asigna una clasificación de riesgo con base en el costo esperado. El

proceso de selección médica se da cuando el individuo aplica para cobertura y se somete a la identificación de la condición actual o pre-existente para él y los miembros de su familia; ésta es revisada por seleccionadores y el riesgo es asignado con base en guías de selección; el riesgo de cada individuo es comparado con el promedio para asignar un factor de selección médico y este factor se usa para calcular la prima.

### **Guías clínicas**

Son una herramienta que pueden usar los proveedores y las compañías de seguros para mejorar la eficiencia, seguridad y calidad del cuidado de la salud. Están basadas en los estudios más avanzados disponibles, evidencia, y las mejores prácticas observadas. Están enfocadas a posicionar al paciente en el nivel apropiado de cuidado para su condición médica. Estas guías pueden ser utilizadas para identificar pasos en el tratamiento y facilitar la coordinación de los cuidados médicos, mejorar la calidad verificando que el cuidado apropiado está siendo aplicado, proporcionar criterios de autorización para que el paciente sea trasladado al nivel más apropiado de cuidado en el momento correcto, comparar medidas de calidad con estándares reconocidos, comparar resultados con estándares nacionales para planear iniciativas de manejo, servir como una lista de seguridad para el paciente, ayudar a desarrollar un plan de cuidados para pacientes crónicos, entre otros.

### **Sistemas informáticos de apoyo de decisiones**

Otras herramientas de manejo financiero para apoyar el manejo de riesgo:

- Herramientas de estimación de reservas
- Modelos de proyección de utilización y costos
- Modelos de capital económico
- Modelos estocásticos y de simulación de riesgos
- Modelos de capital estatutario





## **2. Diseño metodológico**

El presente trabajo se fundamentó en una revisión normativa relacionada con los avances en la gestión del riesgo en salud en Colombia, para los subsectores asegurador y prestador, desde un enfoque empresarial, contrastándolos con los desarrollos que se han dado en el sector financiero y de los seguros en general.

Para tal fin se consultaron las páginas oficiales de diferentes instituciones públicas y privadas del sector salud entre las cuales se encuentran: la del MPS, OPS/OMS, INS, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, entre otras. Igualmente páginas del ICONTEC y de EPS, IPS, empresas aseguradoras, entidades del orden financiero y bancario, como la Superintendencia Financiera de Colombia y la Superintendencia Bancaria de Colombia.

En estas diferentes fuentes de información se investigó por los antecedentes normativos relacionados con el tema, así como por los instrumentos, herramientas y metodologías empleadas.



## 3. Gestión del riesgo en el sector salud

### 3.1 La gestión del riesgo en salud desde la perspectiva de los determinantes de la salud: modelo canadiense de Lalonde

*“La buena salud es el cimiento sobre el cual se construye el progreso social. Una nación de personas sanas puede hacer esas cosas que hacen que la vida valga la pena, y como el nivel de salud aumenta también lo hace el potencial de felicidad”.*

M. Lalonde, 1974

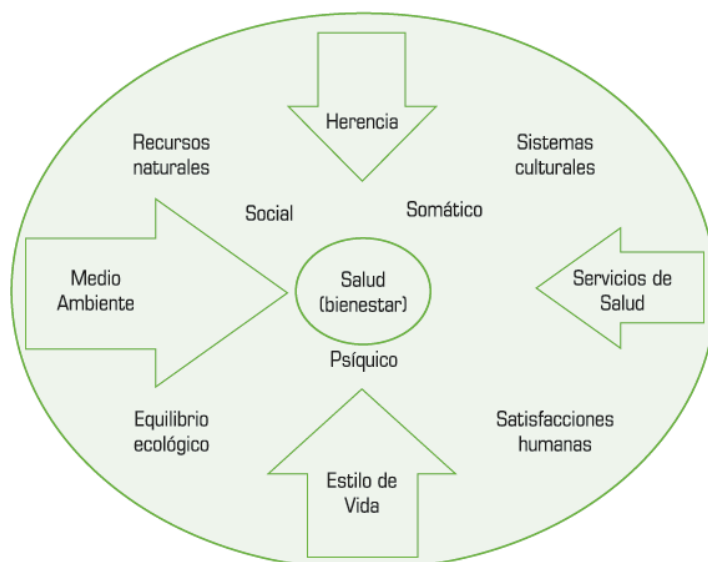
Los determinantes de la salud se definen como aquellos factores que pueden influir o afectar positiva o negativamente la salud de un individuo y por ende de toda la población. El enfoque de los determinantes de la salud se basa en el hecho de que los resultados en salud y enfermedad de los individuos son altamente influenciados por diferentes factores de tipo social, individual, cultural, económico y ambiental. En este sentido el Modelo propuesto por Marc Lalonde ministro de salud de Canadá en 1974, explica la relación entre los determinantes y el estado de salud de la población, tomando en cuenta 4 tipos de factores interrelacionados en torno a lo que denomina el “campo de la salud”; estos factores tomados en cuenta son:

- *Estilos de vida:* Considerado como el determinante que tiene mayor peso porcentual en los resultados de salud y es el más modificable a través de acciones de prevención primaria. Aborda los hábitos y conductas en salud (riesgosas y protectoras), tomando ejemplo de factores como la nutrición, consumo de sustancias, comportamientos de riesgo, riesgo psicosocial – estrés, depresión, entre otros -, ejercicio físico y demás; se configura de acuerdo a las condiciones de vida y contexto en el que se desempeña el individuo.
- *Factores medioambientales:* toma en consideración riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y socioculturales.
- *Factores biológicos (biología humana) y hereditarios:* tiene en cuenta aspectos como la carga genética, edad, género, inmunidad, constitución personal, entre otros. Considera que la herencia genética no es un factor modificable.

- *Sistema de asistencia sanitaria*: atención médica prestada, equidad, accesibilidad, oportunidad, entre otros.

“El concepto de campo de salud presentado por Lalonde, había sido desarrollado en 1973 por Laframboise, uno de los integrantes del equipo de trabajo del Ministro. Estos elementos se identificaron luego de un examen de los factores subyacentes de enfermedad y muerte en Canadá y de una evaluación de los elementos que afectan el nivel de salud en Canadá. Fue desarrollado para proveer una adecuada comprensión de la situación de salud del país y para hacer una formulación precisa de políticas” (MPS, 2009).

Los postulados de Lalonde siguen vigentes y fueron el punto de partida para la formulación de posteriores aplicaciones y modelos como el de Henrik Blum (1981), sobre el “campo de causas y paradigmas de bienestar”, en el cual presenta lo que llama el campo de fuerzas de la salud, donde se interrelacionan y equilibran los 4 factores descritos por Lalonde (figura 3).



**Figura 3:** Campo de fuerzas de la salud. Blum 1981

Fuente: Blum (1981). *Planing for health*. Citado por: Ministerio de la Protección Social. Primer informe nacional de la calidad de la atención en salud. INCAS Colombia 2009. Página 63. Bogotá, Diciembre de 2009. Fecha de consulta: diciembre 16 de 2011. Disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/INCAS.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf)

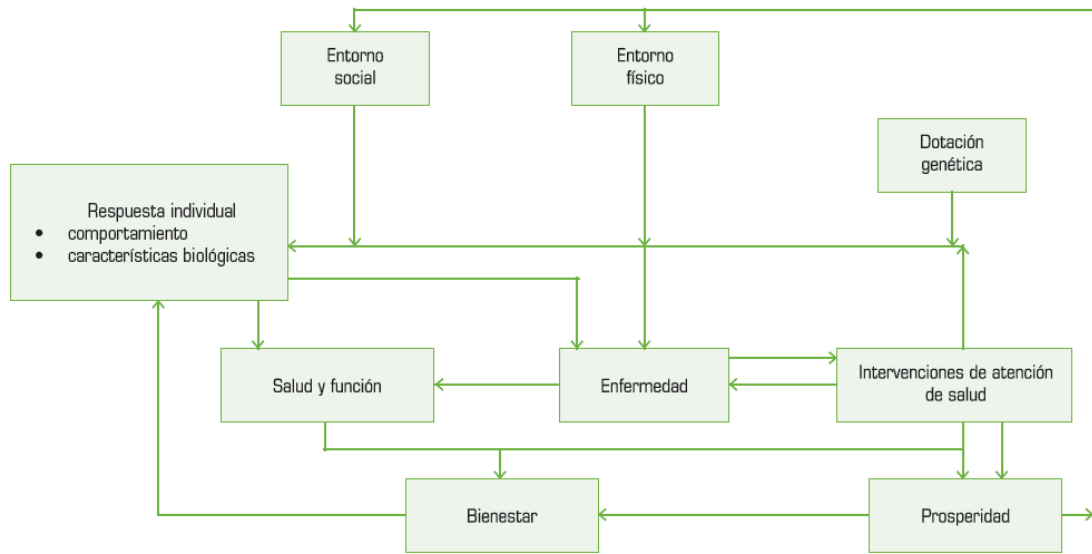
Otro modelo surgido a partir de Lalonde, es el modelo epidemiológico de Denver, que permite el análisis de políticas de salud (figura 4).



**Figura 4:** Modelo epidemiológico de Denver, 1976

Fuente: Dever (1976). *An epidemiological model for health policy analysis*. Citado por: Ministerio de la Protección Social. Primer informe nacional de la calidad de la atención en salud. INCAS Colombia 2009. Página 63. Bogotá, Diciembre de 2009. Fecha de consulta: diciembre 16 de 2011. Disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/INCAS.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf)

Más recientemente la Organización Panamericana de la Salud propone un marco conceptual de los determinantes de la salud de las poblaciones a partir del modelo de Lalonde (figura 5)



**Figura 5:** Marco conceptual de los determinantes de salud de las poblaciones

Fuente: HealthCanada. Salud de la Población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. SocSci Med. 1990. Citado por: Ministerio de la Protección Social. Primer informe nacional de la calidad de la atención en salud. INCAS Colombia 2009. Página 64. Bogotá, Diciembre de 2009. Fecha de consulta: diciembre 16 de 2011. Disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/INCAS.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf)

Este modelo propuesto sugiere 12 factores que permiten comprender las instancias críticas a abordar para la mejora de la salud y enfatiza que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aun más profunda en la salud. Además muestra cómo los factores determinantes del nivel de salud de la población pueden influir en los factores determinantes a nivel individual generando una interacción entre influencias económicas, sociales y biológicas (MPS, 2009).

Estos abordajes conceptuales permiten analizar la situación de salud de las comunidades y la formulación subsecuente de políticas de salud. “Desde esta perspectiva, los resultados en salud dependen de la estructura y comportamiento de un conjunto de factores determinantes que interactúan dentro de este campo de fuerzas en salud, con diverso grado de influencia” (MPS, 2009).

Se considera que la mayoría de estos factores son modificables y la incidencia de unos sobre los otros es de tal magnitud, que no pueden separarse, máxime teniendo en cuenta el abordaje del proceso holístico de salud – enfermedad. Por lo anterior las acciones de gestión de estos factores de riesgo en salud pública deben ir dirigidas a modificar estos factores para evitar o retrasar su aparición. Por ejemplo, se considera que las enfermedades causadas por estilos de vida inadecuados o herencia (por ejemplo las enfermedades crónicas y de altos costo), tienen una altísima repercusión en los sistemas

---

de salud, principalmente en lo concerniente a los elevados costos económicos para todos los actores (sistema de salud, aseguradores, prestadores y pacientes).

## 3.2 Gestión del riesgo en aseguradores

La gestión del riesgo en salud tiene los mismos abordajes de gestión del riesgo empresarial de los demás sectores, con una subdivisión clara para dos actores claves: EAPB (aseguradores -EPS, medicina pagada-), y prestadores de servicios de salud (IPS). Para fines prácticos en adelante se hará referencia a aseguradores (entendiéndolo como EPS del régimen contributivo) y prestadores (IPS).

Como antecedentes normativos en Colombia que contienen postulados similares a los definidos para el sector salud, se encuentran la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (República de Colombia, 2004), y la Norma Técnica Colombiana 5254 (ICONTEC, 2006), sobre Gestión de riesgo.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios y busca mejorar su desempeño y capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de los clientes, mejorando continuamente la eficiencia, eficacia y efectividad. Su enfoque central está basado en procesos, consistente en identificar y gestionar eficazmente numerosas actividades relacionadas entre sí y aplica la metodología PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) (República de Colombia, 2004). Define riesgo como “toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos”. También establece la importancia de “identificar y diseñar los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que consideran un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de calidad de los clientes”.

La Norma Técnica Colombiana 5254 (ICONTEC, 2006), es emitida en agosto de 2006 por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Esta norma trata sobre la Gestión de riesgo, siendo una traducción idéntica de la norma Australiana AS/NZ

4360:2004 (Australian/New Zealand Standard, 2004), para gestión de riesgos reconocida a nivel mundial. Esta norma define riesgo como “la oportunidad de que suceda algo que tendrá impacto en los objetivos” y lo trata no como un peligro o impacto negativo (el impacto puede ser positivo o negativo), sino como “una exposición a las consecuencias de la incertidumbre o a las desviaciones potenciales con respecto a lo que se planifica o espera”; adicionalmente define gestión del riesgo como “la cultura, procesos y estructuras dirigidas a obtener oportunidades potenciales mientras se administran los efectos adversos” (ICONTEC, 2006). El proceso de gestión del riesgo según esta norma consiste en la “aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión a las labores de comunicar, establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorizar y revisar los riesgos asociados a cualquier actividad, función o proceso”.

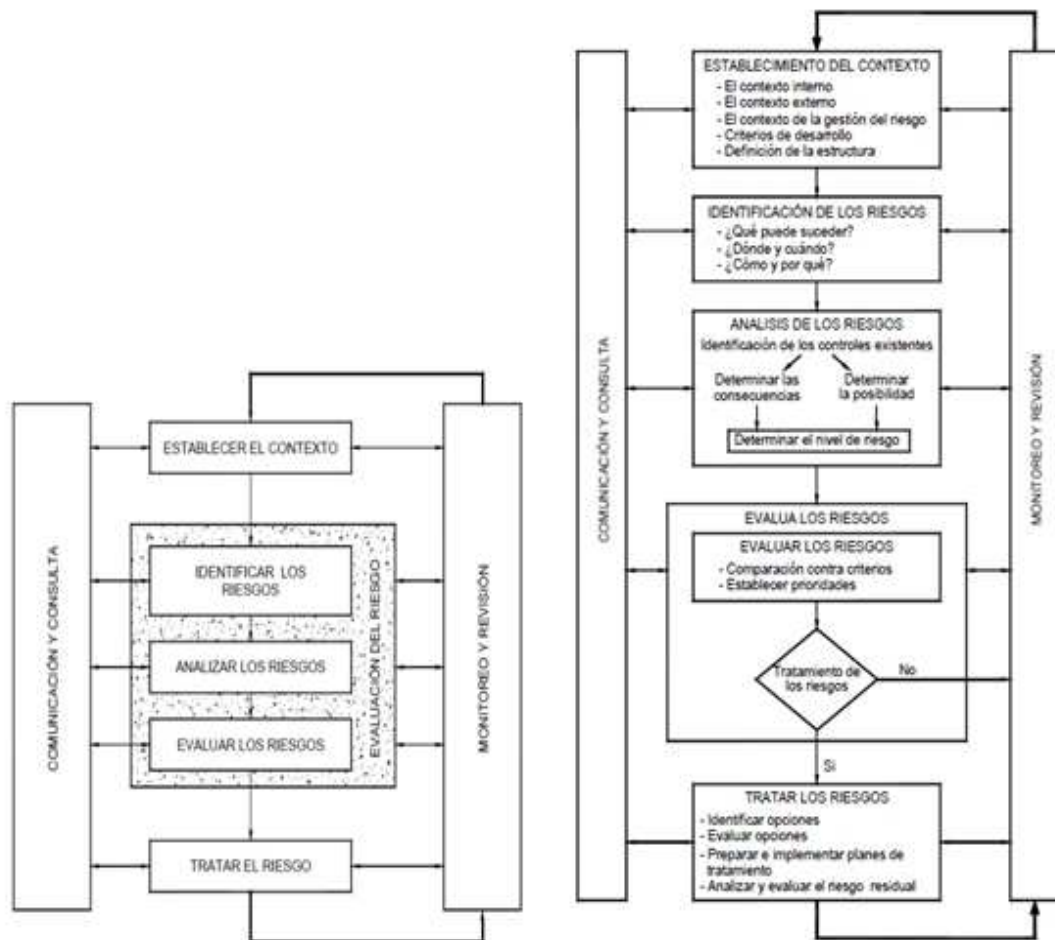
De acuerdo a lo anterior los elementos abordados por la norma Australiana son: comunicar, consultar, establecer el contexto, identificar, analizar y evaluar los riesgos, tratamiento de los riesgos, monitoreo y revisión. Esta metodología se dirige a empresas de todos los sectores y categorías, pretendiendo especificar los elementos genéricos constitutivos de un proceso de gestión de riesgo, que pueden ser tomados libremente por cualquier organización y adaptarlos a sus propias necesidades y particularidades. Por lo tanto la implementación de estos elementos debe ser particular, se debe adaptar y abordar según el tipo de industria, sector económico o el tipo de organización o grupo (figura 5).

La metodología puede ser aplicada en todos los niveles de la organización, tanto en el nivel estratégico como en el táctico y de operaciones. También puede ser aplicada a proyectos específicos para la toma de decisiones específicas o para la gestión de áreas de riesgo particularmente reconocidas. De acuerdo a los elementos principales de la gestión del riesgo descritos en esta norma, se debe comunicar y consultar con las partes involucradas (internas y externas), cada etapa del proceso, debido a que los puntos de vista y percepción del riesgo de cada una de estas partes pueden incidir o afectar la toma de decisiones. El establecimiento de contexto para la gestión del riesgo, también debe ser de los ambientes tanto interno como externo, definiendo los criterios frente a los cuales se evaluarán los riesgos<sup>3</sup> e identificando objetivos, metas, estrategias, responsabilidades y alcance de la actividad o del área a la cual se aplica el proceso de gestión del riesgo.

---

<sup>3</sup> Estos criterios pueden ser financieros, técnicos, operacionales, legales, sociales, ambientales, humanitarios, entre otros; dependiendo de las políticas, objetivos y metas de la organización y de la percepción de las partes involucradas.





**Figura 6:** Proceso de Gestión del Riesgo según la Norma Australiana AS/NZ 4360:2004 y la Norma Técnica Colombiana 5254 de 2006. Fuente: Norma Australiana AS/NZ 4360:2004. Norma Técnica Colombiana NTC 5254. Gestión de Riesgo. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Bogotá, Colombia, 30 de Agosto de 2006.

Identificar un riesgo implica determinar qué, cuándo, dónde, por qué y cómo podría suceder algo, es decir identificar fuentes de riesgo, eventos, posibles causas y escenarios. Se deben identificar todos los riesgos exhaustivamente, estén o no bajo control de la organización. Por otra parte analizar un riesgo es determinar las causas y

fuentes de riesgo, sus consecuencias positivas y negativas, la posibilidad de que ocurran y nivel de riesgo<sup>4</sup>. Evaluar un riesgo es comparar los niveles estimados de riesgo frente a los criterios preestablecidos y considerar el equilibrio entre beneficios potenciales y resultados adversos. Su propósito es tomar decisiones con base en el análisis de riesgos, respecto a si se debe tratar o no el riesgo y el tipo de tratamiento más eficaz a emplear. La valoración del riesgo es el proceso compuesto por la identificación, análisis y evaluación del mismo.

El tratamiento de un riesgo es el proceso de identificación, valoración, selección e implementación de medidas tendientes a modificar el riesgo y consiste en desarrollar estrategias eficaces en cuanto a costos y planes de acción para incrementar beneficios potenciales y reducir pérdidas potenciales. Las opciones de tratamiento dependerán si los riesgos identificados tienen resultados positivos (oportunidades) o negativos. En este último caso las opciones pueden ser: evitar el riesgo, cambiar la posibilidad de riesgo para reducir posibilidad de efectos negativos, cambiar las consecuencias para reducir la extensión de pérdidas, compartir o transferir el riesgo (por ejemplo mediante contratos, acuerdos de seguros, sociedades, alianzas, y demás. Aquí la organización que transfiere el riesgo adquiere un nuevo riesgo, pues la organización a la que se transfiere podría no hacer una gestión eficaz), retener el riesgo, entre otros. El monitoreo y revisión tanto de los riesgos como de la eficacia de las medidas de tratamiento emprendidas, debe realizarse en todas las etapas del proceso, para realizar un mejoramiento continuo.

La alta dirección es la principal responsable de la gestión del riesgo, sin embargo todo el personal es responsable en cada una de sus áreas; para esto se deben especificar procesos de medición de desempeño y presentación de informes y asegurar grados de recompensa, reconocimiento, sanción, entre otros. La organización debe identificar y garantizar los recursos para la gestión del riesgo (económicos, humanos, tecnológicos – como sistemas de información, bases de datos- y procedimentales y otros).

La norma refiere que para desarrollar, establecer y mantener la gestión sistemática de riesgos en una organización, ésta debe desarrollar una política de gestión de riesgos, planear y soportar los mecanismos de apoyo; lo que permitirá la aplicación eficaz de la gestión del riesgo en la organización. Este plan debe abordar estrategias para su incorporación en los sistemas, procesos y prácticas; los principios de esta metodología se aplican al sector público, privado y sin ánimo de lucro. La norma refiere que se deben evaluar en primer lugar las prácticas existentes y las necesidades; posteriormente se debe

---

<sup>4</sup> El nivel de riesgo surge de la combinación entre consecuencias y su posibilidad.

---

planear la gestión de riesgos, lo que implica desarrollar planes (cómo conducirla a través de toda la organización), asegurar el soporte de la alta gerencia, desarrollar y comunicar la política de gestión de riesgos, establecer autoridades y responsabilidades, personalizar los procesos de gestión del riesgo y asegurar los recursos adecuados (humanos, documentales, tecnológicos, sistemas de información, recursos económicos, entre otros). Finalmente esta Norma se constituye en una base importante para la introducción de la gestión del riesgo en la salud.

El Decreto 1011 de 2006 del MPS, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (en adelante SOGC), del SGSSS a través del cual el Sistema Único de Habilitación define las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, necesarias para la entrada y permanencia de las EPS y prestadores en el sistema, que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Por otra parte el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1445 de 2006 del MPS, refiere que la planeación de la atención por parte de las EPS se debe realizar de acuerdo con información captada del propio cliente y permitir la identificación de grupos de riesgo y sus perfiles, la planeación de actividades de promoción y prevención, la identificación y planeación de actividades de educación. Adicionalmente refiere cómo dentro de las funciones de las EPS está el manejo del riesgo de enfermar de sus afiliados, para lo cual recalca que el tener información de las características y necesidades de éstos permite intervenir y disminuir los riesgos.

La primera norma que aborda de manera directa el concepto de gestión del riesgo en salud, es la Ley 1122 de 2007 del MPS, la cual establece algunas modificaciones al SGSSS. En el artículo 14 del capítulo IV, habla de la “Organización del Aseguramiento”, según el cual las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo tienen la responsabilidad indelegable de llevar a cabo las funciones de aseguramiento en salud, entendiendo como tal a la “administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”. Por lo cual exige que las aseguradoras asuman los riesgos transferidos por los usuarios. Igualmente les delega la responsabilidad de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El Decreto 574 de 2007 del MPS, define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de las EPS del Régimen Contributivo, tendientes a que éstas mantengan desde el inicio de sus operaciones una adecuada solvencia para cumplir con todas sus obligaciones. Lo anterior bajo el precepto que la actividad de estas entidades está relacionada con la incertidumbre y el riesgo; en consecuencia deben adelantar una gestión técnica de los riesgos propios de su actividad. En este Decreto se recogen algunos de los principales postulados de los Acuerdos de Basilea, entendiendo que en el sector asegurador en salud también es necesario adelantar controles eficaces tendientes a enfrentar el elevado riesgo inherente a las actividades que le son propias, así como generar estabilidad y solidez financiera en estas entidades administradoras, para hacer frente a posibles crisis y generar confianza en sus usuarios. Además define para las EPS los conceptos de patrimonio técnico (primario y secundario), margen de solvencia, capital mínimo, reservas técnicas y régimen de solvencia. También se indica que la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), definirá un Sistema de Indicadores de Alerta Temprana, financieros, de desempeño técnico y administrativo, que anticipen fallas en el manejo del riesgo por parte de las EPS del Régimen Contributivo y a la vez establecerá categorías de riesgo para cada una, definiendo las acciones y medidas legales subsecuentes que deberán adelantarse frente a los riesgos detectados en cada entidad.

El Decreto 1698 de 2007 del MPS, induce a las EPS al diseño e implementación de un SAR y como un primer abordaje de lo recomendado por la NTC 5254 de 2006, describe los principales elementos que conformarían dicho sistema<sup>5</sup>. Adicionalmente modifica al Decreto 574 de 2007 en aspectos como el cálculo del monto del margen de solvencia, porcentaje de inversiones en infraestructura, monto de reserva para eventos ocurridos y régimen de inversiones de reservas técnicas. A través de este Decreto se otorga a las EPS la posibilidad de un descuento en el monto del patrimonio mínimo exigido para garantizar la solvencia, si diseña e implementa el SAR.

El Decreto 2353 de 2008 del MPS modifica el Decreto 574 de 2007 y al 1698 de 2007, en cuanto al plazo de ajuste para la constitución de las reservas para eventos ocurridos no avisados.

---

<sup>5</sup> “Estará constituido por lo menos por los subsistemas de identificación, medición, evaluación, cuantificación y control de aquellos riesgos particulares a la actividad de aseguramiento en salud, que les permita a las entidades realizar una adecuada gestión de riesgos y garantizar su solvencia”.

---

Por otra parte la Resolución 1740 de 2008 del MPS establece las disposiciones para la implementación del SAR para las EPS del Régimen Contributivo normado por el Decreto 1698 de 2007, definiéndolo como el “conjunto de procesos, procedimientos y tareas sistemáticas de planear, hacer, verificar y actuar frente al riesgo”. También define incertidumbre como “aquella situación sobre la cual no se conoce con seguridad si ocurrirá y de ocurrir cómo se comportará en el futuro” y define riesgo como “aquella incertidumbre que afecta negativamente el bienestar de los agentes económicos y el logro de los objetivos de la organización; considera en particular como riesgo la posibilidad de generarse una pérdida económica por la ocurrencia de un evento adverso”. Esta resolución además establece fases anuales para la implementación del Sistema (implementación, despliegue, ampliación y consolidación), las cuales son evaluadas por la Supersalud y según la Resolución, deben estar en la fase IV (consolidación) a diciembre de 2011.

Tomando algunos postulados de NTC 5254 de 2006, esta Resolución establece los pasos que conformarían el ciclo del SAR<sup>6</sup> y los elementos para la adecuada administración de los riesgos<sup>7</sup>. Junto con esto define que las principales áreas de análisis del SAR son administración de riesgos en salud, administración de riesgo operativo y administración de riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito.

En 2008 la Supersalud emitió la Resolución 814 (Supersalud, 2008), a través de la cual definió los criterios y condiciones mínimas que debían cumplir las firmas consultoras o auditoras que adelantarían el estudio a los SAR de las EPS del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

En noviembre de 2008 la Supersalud dirige a las EPS y Entidades Adaptadas un instructivo de control para verificar el cumplimiento de la implementación del SAR y lo modificó parcialmente mediante otro instructivo emitido en diciembre del mismo año.

---

<sup>6</sup> Identificar el riesgo; evaluar y medir el riesgo; seleccionar los métodos para la administración del riesgo (evitar el riesgo, prevenirlo y controlar pérdidas, retener el riesgo o transferirlo); implementar; retroalimentar.

<sup>7</sup> Ambiente interno; plan de implementación; respuesta y comunicación y monitoreo.

En el año 2009 surge la norma internacional ISO 31000 (ISO, 2009), sobre Gestión del Riesgo, la cual establece los principios que se requieren cumplir para lograr la eficacia de la gestión del riesgo (ver Anexo A). La ISO define riesgo como el efecto de la incertidumbre sobre la consecución de los objetivos de una organización; e incertidumbre como la deficiencia en la información relativa a la comprensión o conocimiento de un suceso, sus consecuencias o su probabilidad. Este organismo recomienda integrar el proceso de gestión de riesgo no sólo en los valores, políticas y cultura de la organización, sino en los procesos de gobierno, estrategia, planificación y gestión, sino también en todos los niveles de la organización (en los proyectos, funciones y actividades de cada una). El procedimiento de gestión del riesgo descrito en esta norma, contiene los mismos elementos descritos en la NTC5254.

La ISO 31000 presenta el marco de trabajo de gestión de riesgo (ver Anexo B), como el mecanismo que al implementarlo, garantiza que la gestión del riesgo se dé más eficazmente y que la información obtenida sobre riesgos se comunique y utilice de manera adecuada para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización. Adicionalmente describe los 5 atributos de una gestión de riesgo optimizada y proporciona algunos indicadores, que permiten a las organizaciones medir su propio desempeño respecto a estos criterios. Los atributos definidos son:

1. *Mejora continua de la gestión del riesgo*: mediante el establecimiento de metas de desempeño organizacional, medición, revisión y modificación posterior de procesos, sistemas, recursos, capacidad y habilidades.
2. *Responsabilidad completa de los riesgos*: las personas designadas deben conocer y aceptar completamente la responsabilidad de gestionar los riesgos, disponer de los recursos adecuados para verificar los controles, realizar el seguimiento de los riesgos, comunicar a los interesados internos y externos lo referente a los riesgos y su gestión. Todos los miembros de la organización deben tener conciencia de los riesgos, controles, responsabilidades y tareas asignadas; a su vez la organización debe proporcionar a los responsables la autoridad, el tiempo, la capacitación, recursos que sean necesarios.
3. *Aplicación de la gestión de riesgo en todas las tomas de decisiones dentro de la organización*: considera que una gestión del riesgo bien consolidada proporciona las bases para un gobierno eficaz, pues debe hacer parte de todos los procesos clave de toma de decisiones.

4. *Comunicación continua*: con las partes interesadas tanto internas como externas, informando continua y exhaustivamente sobre los riesgos significativos y sobre el desempeño de la gestión del riesgo. Debe ser un proceso en doble sentido para de ésta manera contribuir a un gobierno eficaz dentro de la organización.

5. *Integración completa en la estructura de gobierno de la organización*: la gestión de riesgo debe ser central en los procesos de gestión de la organización, considerando los riesgos en términos del efecto de la incertidumbre sobre los objetivos. Debe ser considerada esencial por la dirección para la consecución de los objetivos de la misma.

El Decreto 4789 de 2009 (MPS, 2009), modifica los Decretos 574 de 2007, 1698 de 2007 y 2353 de 2008 en aspectos como el monto y cálculo del margen de solvencia de la EPS.

El 10 de diciembre de 2010 el MPS emite la Circular Externa 082 dirigida a EPS y Entidades Adaptadas, indicando que a 31 de diciembre debía tenerse culminada la fase III de ampliación del SAR, descrito en la Resolución 1740 de 2008, que implica en salud realizar la medición cuantitativa de los efectos de los principales riesgos priorizados y la medición del impacto de las intervenciones, informando la proporción de la población afiliada que se encuentra dentro de los grupos priorizados de salud y disponer de indicadores de resultado para las condiciones clínicas de estos grupos. En el área operativa implica la documentación de la gestión del riesgo llevada a cabo en la organización, incluyendo riesgos relacionados a la seguridad del paciente tanto de la aseguradora, como los compartidos con los prestadores. En el área de riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito; solicita el inicio de la gestión del riesgo de liquidez, incorporando flujos de caja, estimando la transabilidad del portafolio de inversiones para determinar los requerimientos de liquidez de la entidad; también la identificación de los riesgos de crédito referido a los deudores de la entidad e inversiones.

El 17 de agosto de 2011 el MPS emite la Circular Externa 045, dirigida a EPS y Entidades Adaptadas, indicando que a 31 de diciembre debe culminarse la fase IV de Consolidación del SAR, para lo cual se espera que se aplique sistemáticamente el ciclo PHVA frente al riesgo, abarcando progresivamente toda la población asegurada y no solo la de alto riesgo; que se tengan mapas de procesos críticos y perfil de riesgo de la organización; mapas de riesgos en el área de la salud, operativa y de riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito. Los riesgos a tener en cuenta según esta Circular, son:

*Riesgos en el área de salud*

- Información general de afiliados: número total, composición de cotizantes y beneficiarios, desagregar el número de afiliados por grupos etarios.
- Riesgos generales en salud: perfil epidemiológico de la población actualizado al año 2010; análisis de los cambios del perfil epidemiológico de la población comparando la información del análisis de salud presentado en fase I y el perfil actualizado al año 2010; proporción de población demandante del total de la población afiliada a la EPS.
- Riesgos en salud priorizados: análisis de la situación de salud de los riesgos priorizados, indicando para cada uno de ellos, los grupos de riesgos priorizados, la proporción total de la población afiliada a la EPS que se encuentra dentro de sus grupos de riesgos priorizados en salud, los programas de atención en salud implementados para cada riesgo; incluyendo las actividades de promoción y prevención, cobertura, proporción de la población afiliada a la EPS en cada riesgo en salud priorizado y desagregado por grupo etario; proporción de la población afiliada a la EPS que se encuentra actualmente activa en los programas implementados para cada riesgo y desagregado por grupo etario; proporción de la población afiliada a la EPS identificada en cada riesgo, que no ha sido incluida en los respectivos programas; consolidación –plan para la inclusión en los programas de atención en salud de cada riesgo, en un lapso máximo de un año, de la población identificada que no ha sido incluida en los respectivos programas; indicadores de resultado en salud de los riesgos priorizados, que muestren el desempeño del control de riesgo en salud, con su análisis respectivo; indicadores de impacto de cada riesgo, tales como: comportamiento de la morbilidad y la mortalidad, evitabilidad, años de vida saludables perdidos (AVISAS), calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), años ganados o ajustados por calidad de vida (AVAC/QUALYS), años de vida ajustados según discapacidad (AVAD), o reincorporación laboral, entre otros.

*Riesgos en el área operativa*

- Mapa de procesos clasificados según el riesgo inherente, comparativo FASE III y FASE IV; esquema de medición de impacto; estrategias y acciones diseñadas e implementadas según la frecuencia y gravedad de los riesgos asociados a la seguridad del paciente, tanto en la entidad aseguradora como en el riesgo compartido con los prestadores de la red; concordancia y articulación existentes entre los riesgos operativos y los riesgos de salud gestionados; análisis de los riesgos identificados relacionados con la conformación de la red y su relación con los riesgos en salud; acciones de mitigación, controles y resultados obtenidos; análisis de los riesgos relacionados con el proceso de referencia y contrareferencia y su relación con los riesgos en salud, acciones de mitigación, controles y resultados obtenidos; resumen del plan de continuidad del negocio.



*Riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito*

- De cada uno de los riesgos identificados estratégicos, de crédito, de mercado y de liquidez, documentar los controles, alertas tempranas y el comportamiento de los riesgos inherentes y residuales; análisis de sensibilidad, es decir cuál es la variación de los precios de los activos ante cambios en las tasas de mercado; esquema cuantitativo de valoración de cada uno de los riesgos identificados, empleando metodologías de reconocida validez técnica que aplique a cada tipo de riesgo; concordancia y articulación existentes entre los riesgos generales de negocio, mercado y crédito, además de los riesgos de salud gestionados; medición de los costos de la no calidad originados en los riesgos en salud priorizados y los riesgos operativos gestionados en cada fase; indicadores de evaluación financiera de cada uno de los riesgos en salud, tales como Valor Presente Neto, rendimiento sobre la inversión, tasa interna de retorno, costo eficacia, costo beneficio, costo efectividad o costo utilidad, entre otros.

Se espera además el inicio de esquemas cualitativos de medición de impacto y que se identifiquen riesgos asociados a la exposición de las inversiones a precios de mercado, contando con una metodología para la estimación del valor en riesgo de las inversiones de la entidad y su reflejo en la contabilidad; igualmente que se integre la medición de los costos de no calidad originados en los factores priorizados en los riesgos. También se espera que todos los niveles de la organización conozcan y tengan conciencia del riesgo y lo involucren en sus actividades; además que se incorpore la información del SAR en la toma de decisiones y que se dé a conocer el mismo en la red prestadora, así como los riesgos compartidos.

### **3.2.1 Resultados de la implementación por parte de las EPS de las primeras fases del SAR**

De acuerdo a información suministrada por el área de Aseguramiento de la Supersalud<sup>8</sup>, actualmente no han sido publicados los resultados iniciales relacionados con la implementación del SAR por parte de las EPS que adelantaron dicho proceso. Sin embargo se cuenta con algunos estudios aislados que muestran resultados parciales en algunas EPS. Uno de ellos es un documento de consultoría de la OPS/OMS (OPS, 2009)

---

<sup>8</sup>Información suministrada telefónicamente el día 19 de diciembre de 2011 por parte de la Doctora Soraya Cáceres, del área de Aseguramiento de la Supersalud.

llamado “Lineamiento de la gestión del riesgo en salud dirigido a EPS, en el marco de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 1740 de 2008 (Administración del Riesgo general e individual en salud fases 1 y 2)”, que presenta los resultados de algunas experiencias exitosas adelantadas en Colombia y relacionadas con la gestión del riesgo.

En este marco y citando como fuente la Supersalud, el anterior documento describe los conceptos de auditoría externa emitidos por la firma Ernst & Young sobre el cumplimiento de la fase I del Sistema de Administración de Riesgos de 6 EPS del Régimen Contributivo<sup>9</sup>. Para cada una de estas 6 EPS, el análisis presentado por el Dr. Gómez, citó los siguientes elementos:

a) *políticas del SAR*: cuatro de las 6 EPS habían definido las políticas y directrices y estaban debidamente documentadas en manual de riesgos; una de estas EPS no había divulgado esta política a toda la entidad; en 3 de estas EPS habían sido aprobadas por el área o grupo de riesgos y en una, por las directivas. De las 2 EPS restantes, en una, se había establecido un procedimiento general para la implementación del SAR, aprobado por la presidencia y en otra se habían definido políticas y lineamientos por parte de la gerencia.

b) *objetivos generales y específicos*: Llama la atención el enfoque tan variado que se ha dado a los objetivos por las diferentes EPS, encontrando que solo una (Citada como EPS 2), encamina sus objetivos de manera directa (o por lo menos es más explícita en describirlo), hacia la gestión del riesgo empresarial.

EPS 1: “Orientados a la administración de riesgos en salud”.

EPS 2: “Orientados a la obtención de descuentos en el monto del patrimonio mínimo exigido, mejorar las condiciones de salud de los afiliados, mejorar los servicios, evitar o minimizar cualquier pérdida económica y asegurar la viabilidad económica y la continuidad de la empresa”.

EPS 3: “Orientados a la gestión de los riesgos a los cuales está expuesta la entidad y como estos deben ser controlados, transferidos o retenidos con el fin de maximizar los objetivos organizacionales, impactar de forma positiva el estado de salud de los afiliados”.

---

<sup>9</sup>Susalud, EPS Sanitas, Famisanar EPS, Solsalud EPS, Golden Group EPS, Comfenalco Antioquia EPS.

EPS 4: “Los objetivos buscan soportar la gestión de riesgos, buscan integrar a toda la organización, generar cultura de riesgo y fortalecer el sistema de control interno”.

EPS 5: “Son objetivos que soportan la gestión del riesgo y buscan para toda la organización la generación de cultura administrativa y el fortalecimiento del control interno”.

EPS 6: “Los objetivos buscan integrar a toda la organización, generar cultura de riesgo y fortalecer el sistema de control interno”.

c) *alcance de la implementación del SAR*: dos EPS refieren que lo enfocan hacia todos los procesos de la organización; 4 EPS expresan que toman como pilares el Plan Nacional de Salud Pública, Planes territoriales y Planes estratégicos de las EPS; una EPS enuncia que se enfoca en los riesgos de salud, financiero y operativo; otra en riesgos de salud, operativos, de mercado y créditos; una EPS cita que orienta el sistema hacia todos los procesos relacionado en la cadena de valor; otra más reza que está definido en términos de eventos que pueden afectar los objetivos estratégicos, operacionales y financieros.

d) *estructura organizacional que soporta el SAR*: En este ítem analiza solo a 5 EPS, encontrando grandes diferencias en esta estructura, a saber:

EPS 1: “Liderado por la vicepresidencia de riesgos y la coordinación de gestión integral de riesgos en salud”.

EPS 2: “Vicepresidencia de salud, responsable de direccionar la gerencia en riesgo de salud, vicepresidencia de control y seguimiento, a partir del desarrollo del proyecto se conformó el comité de riesgos, conformada por representantes de cada área”.

EPS 3: “Gerencia de salud, responsable de direccionar la gerencia en riesgo de salud, cuenta con el área de auditoría interna”.

EPS 4: “El área líder es la dirección nacional de calidad, apoyado por la dirección nacional de planeación”.

EPS 6: “Se designó un equipo de 2 personas como los líderes del sistema de gestión del riesgo”.

e) *metodología SAR*: 4 EPS contemplan las siguientes etapas: identificación, evaluación, respuesta al riesgo o actividades de control, actividades de monitoreo, respuesta y comunicación; una EPS no la había definido a la fecha; una EPS contempla las

siguientes etapas: planeación de la administración de los riesgos, identificación del riesgo, análisis del riesgo, evaluación del riesgo, tratamiento del riesgo, comunicación y consulta, monitoreo y revisión. Una EPS (EPS 2) cita que basa su metodología en el principio de PHVA.

f) *ambiente interno:*

EPS 1: “Se han desarrollado sesiones de sensibilización y divulgación en donde se da a conocer el modelo de administración de riesgos y su importancia para la organización. Cuentan con una inducción obligatoria y talleres de riesgo”.

EPS 2: “Se han desarrollado sesiones de sensibilización y capacitación orientadas a los tres grupos (salud, operativo y financiero), orientados inicialmente a los gerentes de áreas, posteriormente se planea sensibilizar a la totalidad de la entidad. Definir esquemas de divulgación y retroalimentación”.

EPS 3: “Programar sesiones de sensibilización y capacitación que involucren a toda la Entidad. Definir esquemas de divulgación y retroalimentación al SAR”.

EPS 4: “La entidad ha desarrollado sesiones de sensibilización y capacitación orientadas al equipo directivo. Se sugiere estrategias de capacitación que involucre a toda la Entidad y esquemas de retroalimentación del SAR”.

EPS 5: “Desarrolló una sesión de sensibilización y capacitación orientada al equipo gerencial y líderes de proceso. El cronograma incluye una estrategia de capacitación para todos los funcionarios, divulgación y retroalimentación del SAR”.

EPS 6: “En la entidad se han realizado sesiones de sensibilización y capacitación previos al inicio de los talleres de identificación y evaluación de riesgos; para las siguientes fases se requiere estructurar una estrategia de capacitación que involucre a toda la organización”.

g) *plan de implementación – desarrollo del SAR a 2011:* Es muy similar en las 6 EPS, incluyendo en general: aprobación por la junta directiva, cronograma de actividades, recursos humanos requeridos, recursos financieros y físicos, metas de seguimiento, esquema de divulgación, riesgos asociados al proyecto.

---

h) *desarrollo de la metodología para los riesgos generales de salud:*

- **Identificación de riesgos:** En las 6 EPS se enfoca más hacia el riesgo epidemiológico, a saber:

EPS 1: se enfoca en la identificación de riesgos en salud como insumo para la identificación de perfil epidemiológico. En talleres con líderes identificó riesgos operativos asociados a la capacidad de la red propia o contratada o rutas de acceso. Refiere el uso de matrices en Excel.

EPS 2: Identifica y prioriza riesgos en salud, operativos, de negocio y de mercado. Refiere el uso de Access y Excel. El énfasis es más hacia el riesgo en salud e identificación de perfil epidemiológico.

EPS 3: Refiere la identificación de riesgos generales por parte de la gerencia, staff y Dirección. Habla principalmente de la definición de perfil epidemiológico y riesgos en salud, la identificación de riesgo epidemiológico y riesgo de salud pública. También cita el riesgo técnico (por alto costo) y riesgo jurídico (tutelas, demandas, reclamos).

EPS 4, 5 y 6: Principalmente se refieren al perfil epidemiológico de la entidad.

- **Evaluación de riesgos:** se presenta la metodología de 5 de las EPS, a saber:
  - EPS 1: “Los riesgos en salud surgen agrupando los diagnósticos similares del listado del diagnóstico del CIE-10 y verificando cuales de estos grupos siguen representando mayor prevalencia e impacto. La prevalencia es la incidencia del grupo de diagnóstico en la morbilidad de la población (el porcentaje de ocurrencias de dicho diagnóstico en la población expuesta), y el impacto es la suma de los costos asociados con la prestación de servicios para atender dicho grupo de diagnóstico”.
  - EPS 2: “Se sugiere cubrir la etapa de evaluación de riesgo. Para la priorización de los riesgos identificados se han definido escalas de 1 a 5 en términos de severidad, de acuerdo con la evaluación de los siguientes criterios: -Magnitud -Necesidad de intervención futura -Impacto en la salud de la comunidad -Viabilidad de solución -Percepción social del problema -Impacto del problema en el desarrollo de la comunidad”.
  - EPS 3: Se estableció como criterio de priorización la magnitud del efecto (costo y frecuencia), y la posibilidad de intervención. Obtención del costo de las bases de datos de las cuentas médicas y autorizaciones; se totalizó por períodos de un año y se calificaron conforme a la desviación de la media.

EPS 4: “La entidad ha definido algunos criterios para determinar la probabilidad de ocurrencia y la magnitud del impacto teniendo en cuenta variables relacionadas con: costos médicos, ingresos, gastos administrativos, imagen pública, sanciones, pérdida de información, pérdida de afiliados e interrupción de operaciones. Los riesgos generales se evaluaron teniendo estos criterios y se generó un mapa de riesgos generales en salud”.

EPS 5: “Selección de patologías detectadas: se realiza la cuantificación de la frecuencia de determinada patología dentro de la población afiliada. Selección de patologías para su intervención: de acuerdo a la probabilidad de ocurrencia y el impacto cuando un de estas enfermedades se presentan. Se realiza la priorización de los riesgos (enfermedades), con el fin de elaborar los planes preventivos”.

- Respuesta al riesgo:

EPS 1: Se refiere básicamente al diseño de programas de promoción y prevención, junto con modelos de atención específicos por grupos de diagnóstico.

EPS 2: no es clara la respuesta dada a los riesgos identificados.

EPS 3: habla de la calificación de patologías por parte de expertos para priorizarlas según su posibilidad de intervención.

EPS 4: Identifica controles asociados a los 21 riesgos identificados, contemplando los componentes de gestión de la demanda y gestión de la oferta, identificando oportunidades de mejoramiento en el modelo de atención y la red prestadora.

EPS 5: básicamente se refiere a la elaboración de programas de intervención para las patologías priorizadas; a la realización de actividades de inducción a la demanda y adherencia a programas de promoción y prevención.

EPS 6: No había calificado los riesgos en salud identificados.

- Respuesta y comunicación.

EPS 1: Adelanta reporte semestral de prevalencias y costos por patología; cuenta con algunos indicadores de proceso y financieros; realiza reuniones de seguimiento para el análisis de estas matrices y se realiza “capacitación y divulgación de ambiente interno”.

EPS 2, 3 y 6: no se refieren actividades adelantadas en esta fase.

EPS 4: realizó un análisis del perfil de riesgos en salud.

EPS 5: “La entidad no ha identificado los controles que actualmente mitigan los riesgos en salud, identificados bajo parámetros de calificación de controles definidos en su metodología. La entidad dispone de esquemas de reporte de perfil de riesgo diseñados para cada uno de los dueños del proceso”.

Se evidencia en este análisis que las EPS enfocan principalmente el SAR hacia la gestión del riesgo epidemiológico, más no al empresarial.

En este mismo documento de Alexander Gómez (OPS, 2009), se cita el estudio adelantado por Ramón Abel Castaño (Universidad del Rosario, 2008), en el cual se realiza por encargo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI un estudio “sobre los conceptos de gestión de riesgo en salud y su aplicación al contexto colombiano”, presentando las experiencias de algunas EPS en la gestión de riesgo en salud.

Como parte de las principales conclusiones de este estudio, se refiere que aún persiste el enfoque epidemiológico más que el de riesgo empresarial; “algunas de las patologías abordadas con los modelos de atención involucran simultáneamente riesgo epidemiológico y riesgo empresarial”; “la gestión del riesgo en salud debe vincularse a los demás componentes del sistema de gestión de riesgos empresariales, particularmente al riesgo operacional, legal y de reputación” adicionalmente “el énfasis que se hace actualmente en pacientes crónicos y gestantes, ha generado mejoramientos en la calidad de vida y disminuciones en los costos de atención, pero este enfoque de riesgo epidemiológico no necesariamente contribuye a materializar el espíritu de la norma en cuanto a llevar a las EPS a que implementen sistemas de gestión de riesgos empresariales con el fin de garantizar su supervivencia en tiempos adversos”.

En este trabajo de la Universidad del Rosario citado por Alexander Gómez, se adelantaron visitas a 6 EPS<sup>10</sup> con el fin de analizar su sistema de gestión de riesgos, encontrando:

- Identificación de riesgos: “Se encontró que en todas las EPS se priorizaban los riesgos con base en el conocimiento médico y las normas establecidas por el Ministerio (resolución 412). Pero en otras áreas en las cuales se podrían generar riesgos, no había un proceso de identificación sistemático, demostrando que el

---

<sup>10</sup>Servicio Occidental de Salud, Comfenalco Valle, Saludcoop, Colmédica, Compensar y Susalud.

enfoque es de riesgo epidemiológico y no de riesgo empresarial. Se encontró que algunas EPS, empiezan a identificar riesgos de salud pública en los municipios. En ciertas EPS se utiliza la declaración de salud al ingreso como una herramienta fundamental de detección, otros mecanismos de detección de riesgos encontrados incluyeron: 1) el barrido de bases de datos para detectar señales indirectas de individuos que no han sido identificados; y 2) la toma de información en el primer contacto que un usuario no identificado haga con la red prestadora”.

- **Análisis y evaluación de riesgos:** “Se encontró que la mayor parte del conocimiento y entendimiento de los riesgos se basa más en el conocimiento médico que en el estudio de otras variables de tipo familiar, social, o ambiental. La exigencia de la resolución 412 en parte simplifica este análisis, pues Independientemente de que la EPS considere que hay otros riesgos prioritarios, ésta debe cumplir con las actividades que la resolución exige. El uso de modelaciones sobre los comportamientos posibles de los riesgos es escaso y con pocas excepciones, no existe la posibilidad de hacer análisis de factores de riesgo con datos individuales que permitan determinar *ex-ante* los factores que serían más fáciles de modificar en términos de costo-efectividad”.
  
- **Tratamiento de riesgos:** “Se encontró que los esfuerzos que se realizan en promoción y prevención se deben optimizar en función de garantizar los objetivos organizacionales y la solidez de las EPS y no exclusivamente con la perspectiva del riesgo epidemiológico”. Lo anterior dado que el autor encontró que se tiene un énfasis en los modelos de gestión del riesgo epidemiológico, los cuales están además “desconectados del sistema de gestión integral de riesgos empresariales, lo cual no permite hacer un abordaje integral de todos los riesgos”. Cita que las EPS han centrado sus modelos de atención en la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria, respondiendo a la Resolución 412, que “es típicamente de riesgo epidemiológico, lo cual no garantiza que la EPS tendrá la solvencia necesaria para responder a fluctuaciones inesperadas del costo médico, o que la UPC será suficiente para cubrir los riesgos de la población afiliada. El enfoque de riesgo epidemiológico no conlleva necesariamente a la constitución de reservas patrimoniales, pues su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones y maximizar el nivel de salud de la población”. Como mecanismo de transferencia de riesgo identifica la modalidad de contratación por capitación a los prestadores en los niveles básicos. No se encuentran mecanismos para la identificación de riesgos residuales. Encontró que “las metas establecidas por los Entes Territoriales dentro del contexto de la resolución 412 obligan a producir servicios hasta un nivel en el que hay rendimientos marginales muy bajos o cercanos a cero, como es el caso de las acciones en salud bucal, salud visual, o las citologías cervicales”. Cita que “a pesar de las restricciones de la UPC, la EPS no puede



priorizar los riesgos y reasignar intervenciones para maximizar el impacto de los recursos sobre el objetivo de mejorar la salud de los afiliados, pues las metas de cumplimiento de actividades de P&P no lo permiten”, además “el énfasis en el cumplir las metas ha llevado a que las EPS contraten estas actividades bajo la modalidad de pago por evento, lo cual genera un incentivo al prestador a maximizar el número de unidades producidas sin importar su efectividad marginal sobre el objetivo de mejorar la salud de los afiliados”. “En la gestión del riesgo técnico, se observó que las EPS están mejorando sus capacidades en auditoría concurrente y se ha venido dando un proceso de aprendizaje en el cual las IPS también han mejorado su capacidad de gestionar los riesgos. Estas actividades de auditoría también han permitido disminuir la brecha de información ente asegurador y prestador mediante evaluaciones periódicas de la red, lo que ha permitido una mejor selección de éstos y una operación más dinámica de la red prestadora externa”.

- Monitoreo de las estrategias de tratamiento de los riesgos: “Se encontró que hay poca evaluación de impacto de las estrategias de tratamiento del riesgo, por la limitación en los datos existentes y en parte también por el exceso de carga de trabajo. La ausencia de evaluación rutinaria de impacto no permite reasignar recursos en la margen para optimizar la gestión de riesgos, sino que éstos se auto-repican generando una dinámica inercial que se aleja de la gestión proactiva de riesgo. En general se observó que los métodos estadísticos utilizados no permiten aislar el efecto de las medidas, pues no se cuenta con datos de grupos de control y no se utilizan métodos estadísticos que permitan evitar el sesgo de selección que típicamente presentan los programas en salud”.

### **3.2.2 Instrumentos para la identificación y análisis de riesgos en Aseguradores**

Con el fin de lograr identificar el riesgo epidemiológico, algunas EPS se valen de herramientas como las encuestas de tamización a su población afiliada y las encuestas de estado de salud que se deben diligenciar por parte de todo usuario al momento de realizar su afiliación a la EPS (que tienen un alto porcentaje de falsos negativos).

Así mismo como parte de las metodologías para la evaluación y análisis de riesgos en general, se valen de los mapas de riesgos y matrices de riesgos, que son herramientas

dinámicas que evalúan la probabilidad e impacto de cada riesgo identificado y permiten su priorización.

La Resolución 1740 de 2008 del MPS refiere que para cuantificar los riesgos, las EPS pueden valerse de métodos cualitativos, llegando de manera progresiva a tener que utilizar métodos estadísticos, actuariales y financieros. Más adelante la Circular Externa 045 de 2011 habla que al 31 de diciembre de 2011, cuando ha culminado la fase de consolidación del SAR, debe tenerse una valoración cuantitativa de los riesgos identificados del negocio, de mercado y de crédito, a través de metodologías “de reconocida validez técnica”. Esta misma Circular refiere de manera muy general que los riesgos en salud deben evaluarse financieramente mediante indicadores, con metodologías como “Valor Presente Neto, rendimiento sobre la inversión, tasa interna de retorno, costo eficacia, costo beneficio, costo efectividad o costo utilidad, entre otros”.

### **3.3 Gestión del riesgo en prestadores**

El proceso de atención en salud de por sí conlleva un riesgo inherente, debido a la multiplicidad de factores involucrados en la misma, sumado a la variabilidad de respuestas que cada organismo tiene frente a las intervenciones realizadas. Pese a que sería imposible eliminar por completo la presencia de los riesgos, sí es posible trabajar por su identificación y por la prevención y mitigación de aquellos eventos adversos que pueden ser prevenibles y evitables. En el caso de los prestadores de servicios de salud la gestión del riesgo se ha enfocado hacia el tema de la seguridad del paciente, básicamente en relación a la prevención de errores y de eventos adversos.

#### **3.3.1 Seguridad del paciente y eventos adversos**

Los eventos adversos son aquellos daños no intencionales o involuntarios ocurridos en los pacientes que pueden ser físicos, psicológicos o morales, y que se relacionan directamente con la atención en salud y no con su enfermedad subyacente; pueden ser evitables -caso en el que se asocia a un error- o no evitables y permanentes (como discapacidad o la muerte) o no permanentes (infecciones, sobredosificación de

medicamentos, entre otros), ocasionando en muchos casos aumento en el tiempo de permanencia e incremento de costos de no calidad. Los eventos adversos son responsables del aumento a nivel mundial de la carga de la enfermedad y muerte, de enormes repercusiones económicas, legales, sociales (por pérdida de ingresos, discapacidades, gastos médicos, y demás), y morales (como la pérdida en la calidad de vida).

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas, procedimientos establecidos, en las deficiencias en el diseño, en la organización y la implementación; más que en la actuación individual de los proveedores o los productos. El error humano es apenas una parte del problema de los fallos en la seguridad del paciente (García, 2006). La seguridad del paciente se centra en los eventos adversos evitables y normalmente se enfoca en aquellos en los cuales la capacidad de intervención y las probabilidades de éxito de su prevención son mayores (Luengas, 2009).

La proporción entre errores y eventos adversos puede dar una idea de lo riesgoso de una actividad en particular. Este concepto puede usarse para priorizar acciones en seguridad, de manera que se incrementen las barreras de seguridad en los procesos o actividades con mayor riesgo. Existen diferentes categorías de error en el contexto de la causalidad de los eventos adversos y en el propósito de la prevención del evento adverso: casi evento adverso<sup>11</sup>, errores de planeación o de ejecución, fallas activas y latentes<sup>12</sup>, errores por omisión o acción y errores conscientes o inconscientes (Luengas, 2009). Sin embargo, es de anotar que los eventos adversos evitables casi siempre suceden en un contexto de multicausalidad (Dicue, 2000).

---

<sup>11</sup> “Situaciones en las cuales la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión; pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta un daño en el paciente”.

<sup>12</sup> Las fallas activas son las resultantes de las acciones u omisiones de las personas y las latentes, de los procesos o sistemas. Pueden deberse estas fallas activas a olvidos, descuidos o equivocaciones.

Un proceso seguro no es sólo aquel con ausencia absoluta de errores, sino aquel donde aun cuando se presentan los errores, su diseño evita que estos alcancen al paciente y le produzcan daño. Ya que seguridad es un concepto en el cual se reconoce que los errores se pueden producir, se identifican, se controlan y se evita que dañen al paciente (Luengas, 2009).

Las recomendaciones para abordar las barreras de seguridad del paciente son muy variadas y dependen del tipo de errores que se quieran minimizar. Por ejemplo: para los errores inconscientes y slips (se relacionan principalmente con agotamiento o cansancio)“su prevención radica en la búsqueda de procedimientos o tecnologías que eviten el depender de la memoria de las personas para realizar las actividades de salud; como las listas de chequeo, los mecanismos de generación de alertas automáticas o las herramientas tecnológicas son estrategias orientadas a evitar los errores inconscientes. Las estrategias para la corrección de mistakes (errores relacionados a la falta de conocimientos, habilidades, experiencia) se centran en el entrenamiento, inducción y reinducción de los miembros del equipo de salud. En las fallas conscientes por exceso de confianza, el trabajo se debe desarrollar en torno a la transformación cultural —por ejemplo, campañas de lavado de manos.-, orientada a promover la adherencia a los protocolos y barreras de seguridad” (Luengas, 2009).

### **3.3.2 Antecedentes mundiales en seguridad del paciente y eventos adversos**

En los 80´s en los centros sanitarios se comienzan a desarrollar sistemas de prevención de riesgos (riskmanagement), encaminados inicialmente a evitar las demandas judiciales, aunque progresivamente se han ido enfocando a cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente (Herrera; García. 2006).

El interés mundial surgió en 1999 a partir de un estudio llevado a cabo por el Instituto de Medicina de USA, llamado “Errar es Humano” en el cual investigaron los errores médicos ocurridos en pacientes hospitalizados, concluyendo que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, cáncer o SIDA (Kohn; Corrigan; et.al, 1999; citado por Villarreal; Gómez. 2011).

---

La OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de Ginebra (2002), aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente», y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología» (OMS, 2002; Citado por: García, 2006).

En 2004 se puso en marcha la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes, promovida por la OMS, promoviendo medidas tendientes a reducir enfermedades, lesiones y muerte de los pacientes. Esta Alianza buscaba estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad con reducción de los riesgos de presentación de eventos que ocasionen daños reversibles o irreversibles, secuelas e incluso la muerte, y que no tengan relación directa con las causas por las cuales ingresó el paciente (Rodríguez, 2007).

En 2005, la Comisión Europea emitió la declaración «Patientsecurity: makingithappen», que promueve entre otros, la sistematización de estándares y buenas prácticas en seguridad de pacientes (Comisión Europea, 2005; citado por García, 2006). En ese mismo año el Consejo Europeo emitió la Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes, aconsejando a los países desarrollar la cultura de seguridad del paciente y establecer sistemas de información para la toma de decisiones (Consejo de Europa, 2005; citado por García, 2006).

En el año 2007, la OMS lanzó "Nueve soluciones para la seguridad del paciente", a fin de ayudar a reducir los daños relacionados con la atención sanitaria en todo el mundo. Estas soluciones se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países (OMS, 2007).

### 3.3.3 Avances normativos en Colombia

En Colombia a través de la Ley 100/93 (República de Colombia, 1993), se estableció la conformación de un sistema de acreditación en salud<sup>13</sup> para instituciones prestadoras, así como la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de la atención en salud. Uno de los logros más interesantes de la acreditación en salud ha sido, el impulso dado a los esfuerzos de las instituciones de salud en materia de seguridad del paciente, exigiendo que las instituciones muestren avances en la detección, registro e intervención de los eventos adversos (Rodríguez, 2007).

La Resolución 1474 de 2002 del MPS que adopta los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación, define seguridad como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. Esta norma es posteriormente derogada por la Resolución 1445 de 2006 (MPS, 2006), la cual adopta los manuales de estándares de acreditación para las IPS y EAPB.

La Resolución 1043 de 2006 del MPS establece el Sistema Único de Habilitación para prestadores, que pretende controlar el riesgo asociado a prestación de servicios de salud y las condiciones en que se ofrecen estos servicios. En su Anexo Técnico N°2 se presentan unos indicadores de seguimiento a riesgo con el fin que sirvan como herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento.

El Decreto 1011 de 2006 (MPS, 2006) en su artículo 3° define seguridad como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

El Sistema de Información para la Calidad es establecido en la Resolución 1446 de 2006 (MPS, 2006). En esta se dice que es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de

---

<sup>13</sup>Que permita demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (MPS; ICONTEC. 2011).

---

calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos. Esta norma se constituye en un importante avance en el tema de seguridad de pacientes. En el anexo técnico de esta resolución se presentan los lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores<sup>14</sup>, y presenta un listado de referencia de eventos adversos trazadores de calidad de la atención en salud para prestadores y EAPB (ver Anexo C). Según este Anexo Técnico los eventos adversos son una de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del Sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario (MPS, 2006).

El Estudio IBEAS (Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica) fue un proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS), la OPS y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España). En Colombia se seleccionaron doce instituciones públicas y privadas, distribuidas en 7 ciudades. El objetivo era conocer la prevalencia de eventos adversos en los hospitales y desarrollar metodologías para definir, registrar, diagnosticar, clasificar, reportar los eventos (Rodríguez, 2007). Con el Estudio IBEAS no se inicia la política de seguridad del paciente de Colombia, pero si se integra exitosamente en ella y le hace importantes aportes.

En 2007 el MPS publica unas herramientas dirigidas a los prestadores, con el fin de promover la implementación de la estrategia de seguridad de los pacientes (MPS, 2007). Por su parte la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá publicó los Lineamientos para la gestión del riesgo en las instituciones de salud del Distrito Capital (SDS, 2007); el concepto de gestión de riesgo fue enfocado más hacia amenazas y riesgos de emergencias y desastres, con el fin de implementar la política de hospitales seguros y formular los planes hospitalarios de emergencia.

La Política de Seguridad del paciente en Colombia se promulga 2008 (MPS, 2008) y actualmente es parte integral de todos los componentes del SOGCCin la finalidad de

---

<sup>14</sup> De acuerdo al Anexo Técnico de la Resolución 1446 de 2006, “el evento adverso trazador se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no estén funcionando correctamente” (MPS, 2006).

buscar la disminución de ocurrencia de eventos adversos en la atención en salud (Restrepo, 2008).

En el año 2010 el MPS emite la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, en la cual describe los principales procesos institucionales y asistenciales seguros para los pacientes, incentivando prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrando a los pacientes y sus allegados en su seguridad.

## **3.4 Metodologías y herramientas para la detección, evaluación y análisis de riesgos en las IPS**

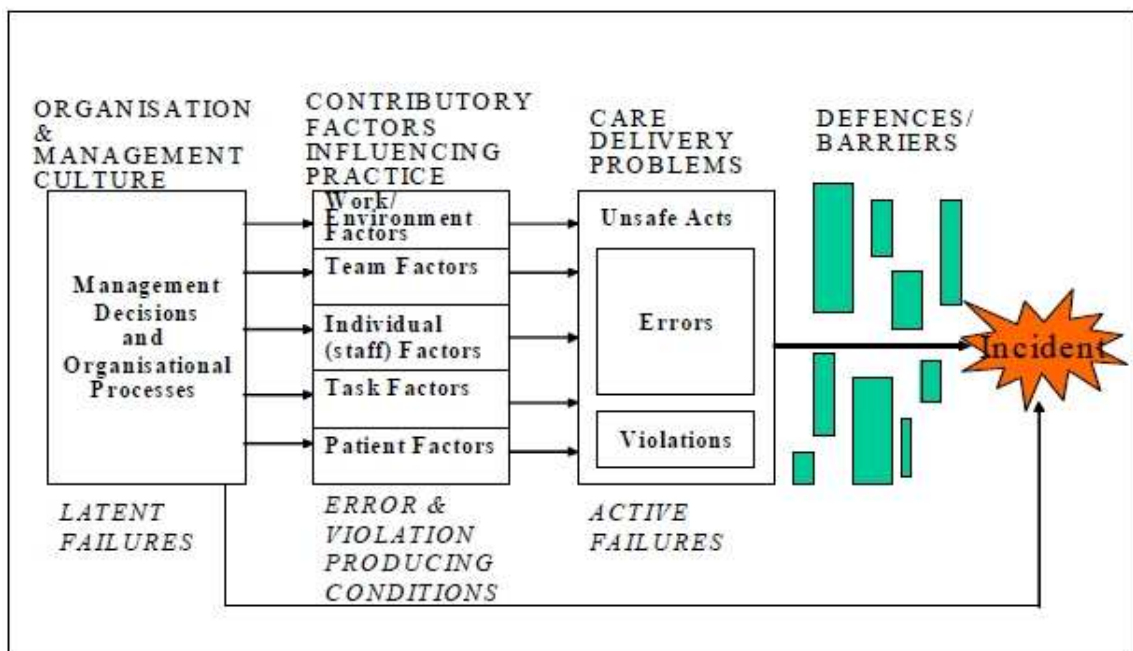
### **3.4.1 Protocolo de Londres**

Para el análisis de errores y eventos adversos, una de las principales herramientas es el llamado Protocolo de Londres (Taylor; Vincent), el cual se ha constituido en una metodología importante, pues de manera sistemática y estructurada permite la identificación de la cadena de sucesos (más allá de los simplemente evidentes), que condujeron al evento adverso como tal (figura 7). El MPS en 2010 dentro de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, refiere que “el Protocolo de Londres” es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA”. En este documento define un Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos, según el cual las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden propiciar conductas inseguras de diversa índole (Centro de Gestión Hospitalaria. [s.f.])<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup>En el Anexo D se presenta un algoritmo detallado para analizar un evento adverso propuesto por Luengas (2009), herramienta basada en el Protocolo de Londres y que puede ser empleada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, ya que operativiza los diferentes conceptos relacionados con la seguridad del paciente.





**Figura 7:** Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos

Fuente: Taylor-Adams, Sally; Vincent, Charles. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Fecha de consulta: Octubre 02 de 2011. Disponible en: [http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the\\_london\\_protocol.pdf](http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf)

Cuando se presenta un evento adverso se deben comenzar a analizar cada uno de los elementos presentados en este modelo, comenzando por la identificación de las acciones inseguras<sup>16</sup>, posteriormente las circunstancias en que ocurrieron, evidenciando los factores contribuyentes<sup>17</sup> y terminando en la organización y cultura.

<sup>16</sup> “Acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso”.

<sup>17</sup> “Condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente, como por ejemplo fatiga, inexperiencia, desconocimiento, estrés, equipos en mal estado, creencias religiosas del paciente, lenguaje, deficiencias en el ambiente físico, falta de supervisión, entre otros”.

**Tabla 1:** Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

Origen	Factor contributivo
<b>Paciente</b>	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
<b>Tarea y tecnología</b>	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para tomas de decisiones
<b>Individuo</b>	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
<b>Equipo de trabajo</b>	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte
<b>Ambiente</b>	Personal suficiente Mezcla de habilidades Carga de trabajo Patrón de turnos Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos Soporte administrativo y gerencial Clima laboral Ambiente físico
<b>Organización y gerencia</b>	Recursos y limitaciones financieras Estructura organizacional Políticas, estándares y metas Prioridades y cultura organizacional
<b>Contexto institucional</b>	Económico y regulatorio Contactos externos

Fuente: Centro de Gestión Hospitalaria. Protocolo de Londres. Versión traducida con modificaciones [s.l.].

De acuerdo al proceso de investigación y análisis de eventos adversos menores y graves definido por el protocolo de Londres, la identificación de un evento adverso depende de su reporte, lo que es favorecido en aquellas instituciones que promueven el hablar de las fallas, evitar su ocultamiento, propenden por el mejoramiento y aprendizaje continuos, entre otros (figura 8).



**Figura 8:** Proceso de investigación y análisis de eventos adversos

Fuente: Taylor-Adams, Sally; Vincent, Charles. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Fecha de consulta: Octubre 02 de 2011. Disponible en: [http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the\\_london\\_protocol.pdf](http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf)

La prevención de eventos adversos implica la identificación y análisis de los errores en los diferentes procesos, con el fin de detectarlos oportunamente, corregirlos o evitarlos; sin embargo más importante que esto es poder identificar las causas por las cuales se presentan estos errores. El Protocolo de Londres detalla cada uno de los pasos de este proceso, indicando cómo deben ser llevados a cabo, culminando en la identificación de todos los factores contributivos de cada acción insegura detectada y la formulación de

recomendaciones junto con un plan de acción<sup>18</sup>. Este modelo de causalidad, va más allá de la identificación del error y ahonda en sus posibles causas, lo que permite llegar a su intervención, favoreciendo así una cultura de seguridad en la organización. Para la identificación de estas posibles causas, se emplean las herramientas tradicionales de análisis de causalidad, como la lluvia de ideas, espinas de pescado, y demás.

### **3.4.2 Herramienta “TriggerTool” para identificar eventos adversos**

Esta herramienta se basa en 24 indicadores (alertas/centinela), que alertan sobre la posibilidad de que se haya producido un EA hospitalario. También se conoce como “técnica disparadora”, o de tamizaje. Cuando se encuentran los indicadores es necesario hacer revisión de la historia clínica, con el fin de evidenciar si hay o no el evento adverso (Singh, R; et. Al., 2009). Otro instrumento empleado en Colombia es la Encuesta de Clima de Seguridad del paciente, presentada en el anexo 3 de la Política de Seguridad del Paciente.

### **3.4.3 Principales herramientas para el análisis de riesgos en instituciones prestadoras**

Cualquiera sea el sistema que haya sido utilizado para identificar riesgos, eventos adversos y errores en las instituciones de salud, el paso siguiente consiste en analizar los riesgos, como segundo paso del proceso de administración de los mismos (Vítolo, 2010). En el sector de la salud el tema de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos se ha valido de diferentes metodologías e instrumentos muy utilizados en otros sectores que implican actividades de riesgo como la aviación, industria petrolera, ingeniería nuclear, en las cuales la investigación de accidentes es una rutina establecida

---

<sup>18</sup> El cual debería especificar para cada factor contribuyente, las acciones a realizar para abordarlos, indicando quién y para cuándo las adelantará, los recursos que se requieren, las evidencias y la fecha de terminación.

y su uso es básica para determinar prioridades. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico – asistenciales (Taylor; Vincent) (Vítolo, 2010).

Las herramientas básicas para analizar riesgos son: a) Matriz de riesgos; b) Análisis de causa raíz (ACR), c) Análisis de modo de falla y sus efectos. Otras herramientas empleadas son la prueba de concordancia, los instrumentos de tamizaje o cribado y el instrumento MRF2.

### **a) Matriz de riesgos**

Esta herramienta permite determinar el nivel de riesgo, a través de la combinación entre la severidad del riesgo<sup>19</sup> y su probabilidad de ocurrencia. De acuerdo a su severidad los riesgos se califican en: catastrófico<sup>20</sup>, mayor<sup>21</sup>, moderado<sup>22</sup>, menor<sup>23</sup> e insignificante<sup>24</sup> y según su frecuencia, se califican en: casi seguro<sup>25</sup>, probable<sup>26</sup>, posible<sup>27</sup>, improbable<sup>28</sup> y muy raro<sup>29</sup> (Vítolo, 2010).

---

<sup>19</sup> “Impacto potencial que produciría la materialización del riesgo identificado”.

<sup>20</sup> “Muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada”.

<sup>21</sup> “Pacientes con pérdida mayor y permanente de función (sensitiva, motora, fisiológica o psicológica) no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada”.

<sup>22</sup> “Pacientes con reducción permanente y significativa de función (sensitiva, motora, fisiológica o psicológica) no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada o que requiere aumento del tiempo de internación como consecuencia del incidente o intervención quirúrgica”.

<sup>23</sup> “Pacientes que requieren mayor nivel de cuidados incluyendo: Primeros auxilios, Nueva evaluación, Estudios adicionales, Derivación a otro médico”.

<sup>24</sup> “Pacientes sin daño ni aumento del nivel de cuidados o estadía”.

<sup>25</sup> “Se espera que ocurra y se repita en cortos períodos de tiempo (todas las semanas o meses)”.

<sup>26</sup> “Probablemente ocurrirá y se repetirá en muchas circunstancias (varias veces al año)”.

<sup>27</sup> “Puede ocurrir ocasionalmente. Ha ocurrido en el pasado y es posible que vuelva a pasar (cada uno a dos años)”-

Posteriormente, se combinan estas dos calificaciones en una matriz, que determina el nivel de riesgo, en: riesgo extremo<sup>30</sup>, alto<sup>31</sup>, moderado<sup>32</sup> y bajo<sup>33</sup>.

FRECUENCIA	CATASTRÓFICO	MAYOR	MODERADO	MENOR	INSIGNIFICANTE
CASI SEGURO			Caídas	Salteo de dosis	Infiltración
PROBABLE	Muerte en recuperación anestésica	Ej: Oblito	Escaras		
POSIBLE	Error de sitio Suicidio				
IMPROBABLE					
MUY RARO	Ej: Robo de bebes				

**Figura 9:** Matriz para la determinación del nivel de riesgo

Fuente: Vítolo, F. 2010. Análisis de riesgos en instituciones de salud. Revista electrónica. ADECRA. Asociación de clínicas, sanatorios y hospitales privados de la República de Argentina. [www.adecra.org.ar](http://www.adecra.org.ar). Fecha de consulta: Julio 26 de 2011. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/25922373/AN%C3%83%20LISIS-DE-RIESGOS-EN-INSTITUCIONES-DE-SALUD>

<sup>28</sup>“No se espera que ocurra o que se repita, pero potencialmente podría pasar (cada 2 a cinco años)”.

<sup>29</sup> “No se cree que el evento pueda ocurrir. Sólo podría pasar algo así en circunstancias excepcionales (cada 5 a 30 años).

<sup>30</sup>“Se requiere acción inmediata. deben implementarse acciones correctivas urgentes. Si ocurre el incidente, el mismo debe ser reportado dentro de las 24 hs. y se deben analizar causas raíces”.

<sup>31</sup>“Se requieren acciones lo antes posible y no más allá de los 6 meses”.

<sup>32</sup> “Se requieren acciones lo antes posible y no más allá del año”.

<sup>33</sup> “Manejo por procedimientos de rutina. Implementar medidas fáciles y rápidas y soluciones de fondo cuando los recursos lo permitan”.

### **b) Análisis de causa raíz (ACR)**

Es una herramienta reactiva<sup>34</sup> de análisis retrospectivo del error usada para investigar las causas subyacentes y los factores del entorno<sup>35</sup> que contribuyeron a la ocurrencia de un evento indeseado, con el fin aportar las contramedidas necesarias a nivel de sistemas y procesos, en busca de su mejoramiento. Par tal motivo se realiza la identificación de todas las causas comunes (causas raíces), a todo el sistema que originan fallas del procedimiento clínico, para posteriormente analizar las potenciales mejoras al sistema y establecer la estrategia de medición de los progresos (Vítolo, 2010). Esta herramienta es de las más usadas para análisis de seguridad y se ha aplicado ampliamente en otros sectores para la investigación de accidentes. Sus fundamentos provienen de la psicología industrial y la ingeniería de los factores humanos. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization la exige desde 1997 para el análisis de los eventos centinela<sup>36</sup> en hospitales acreditados. En Colombia la utilización del ACR para el análisis de errores y eventos adversos no se encuentra difundida, contándose tan sólo con experiencias aisladas de reciente inicio. (Vítolo, 2010). El análisis se realiza desde una causa proximal (o especial)<sup>37</sup> a una causa común (raíz o sistémica)<sup>38</sup>. Los pasos del Análisis causa raíz son: a) recolección de datos; b) análisis de datos y<sup>39</sup>; c) recomendaciones, para posteriormente formular un plan de acción.

### **c) Análisis de modos de fallas y sus efectos (AMFE)**

Esta herramienta analítica y proactiva adoptada de la ingeniería, permite evaluar sistemáticamente las formas en que pueden fallar todos y cada uno de los componentes de los sistemas. Además permite identificar para cada modo de falla su probabilidad de ocurrencia, sus consecuencias, las causas por las que se puede producir, su efecto sobre el funcionamiento seguro del sistema y la posibilidad de ser detectado (Vítolo,

---

<sup>34</sup> “Parte de un evento adverso ya ocurrido, con el fin de saber qué pasó, cómo pasó y qué hacer para evitarlo”.

<sup>35</sup> Estudia los factores humanos, ambientales, comunicacionales, y de equipo.

<sup>36</sup> “Incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”.

<sup>37</sup> Causa directa del evento adverso; por ejemplo, error humano, falla de equipos, etc.

<sup>38</sup> Factores inherentes al sistema que influyen en el proceso que ha producido el evento adverso; por ejemplo, fatiga, procesos inadecuados, falta de habilidad, etc.

<sup>39</sup> Estableciendo cómo ocurrió el evento y por qué, a través de la identificación de fallas activas y latentes, teniendo en cuenta factores: a) institucionales/reglamentarios; b) organizacionales/gestión; c) condiciones ambientales; d) de equipo; e) de personal de conducción; f) laborales; g) características de los pacientes.

2010)<sup>40</sup>. El AMFE Consta de 7 pasos, a saber: a) selección de un proceso de alto riesgo a evaluar<sup>41</sup>; b) formación de equipo multidisciplinario<sup>42</sup>; c) enumerar todos los pasos del proceso de manera muy específica<sup>43</sup>; d) lluvia de ideas para enumerar modos de falla de cada uno de los pasos del proceso, identificando para cada uno sus posibles causas; e) evaluar grupalmente para cada modo de falla entre 1 y 10, la probabilidad de ocurrencia<sup>44</sup>, probabilidad de detección<sup>45</sup> y severidad o gravedad<sup>46</sup>, con el fin de identificar las áreas que representan mayor exposición y definir mejoras en la seguridad; f) evaluación de resultados, obteniendo el NPR (Número de Prioridad de Riesgos) multiplicando los tres valores<sup>47</sup>. Se identifican los modos de fallas con NPR más altos para definir las prioridades e implementar mejoras; g) planificar mejoras al sistema, a partir de las fallas con NPR más alto, generando acciones para reducir el daño potencial<sup>48</sup> (Vítolo, 2010).

PASOS EN EL PROCESO	MODO DE FALLA	CAUSAS DE FALLA	EFFECTOS DE LA FALLA	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (1-10)	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN (1-10)	SEVERIDAD (1-10)	NPR	ACCIÓN
1								
2								
3								

**Figura 10:** Matriz para análisis de modos de falla y efectos (AMFE)

Fuente: Vítolo, F. 2010. Análisis de riesgos en instituciones de salud. Revista electrónica. ADECRA. Asociación de clínicas, sanatorios y hospitales privados de la República de Argentina. [www.adecra.org.ar](http://www.adecra.org.ar). Fecha de consulta: Julio 26 de 2011. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/25922373/AN%C3%83%20LISIS-DE-RIESGOS-EN-INSTITUCIONES-DE-SALUD>

<sup>40</sup>La JointCommissiononAccreditation ofHealthcareOrganization exige a las organizaciones acreditadas que una vez al año realice el análisis con AMFE de un proceso de alto riesgo.

<sup>41</sup> Se recomienda mejor en subprocesos puntuales o procesos que no sean tan complejos, para facilitar el análisis.

<sup>42</sup> Debe participar todo el personal que interviene en el proceso analizado.

<sup>43</sup> Puede hacerse uso de los diagramas de flujo.

<sup>44</sup> 1= muy poco probable que ocurra; 10= altamente probable que ocurra.

<sup>45</sup> 1= altamente probable que sea detectada; 10= muy poco probable que sea detectada.

<sup>46</sup> Evalúa la probabilidad de dañar a un paciente, siendo 1= muy poco probable; 10=altamente probable de que ocurra un daño grave y se califica en caso de muerte del paciente.

<sup>47</sup> Si se desea obtener el NPR de todo el proceso, se suman los NPR de las fallas individuales.

<sup>48</sup> Cuando un modo de falla es muy probable que ocurra, se deben intentar eliminar la mayoría de causas, también se pueden intentar de ser posible, poner barreras físicas, para se haga imposible cometer el error y agregar pasos de verificación, como dobles listas de chequeo, alarmas, etc. Cuando es muy probable que cause daño severo, se deben identificar signos de alarma, entrenar al personal para la atención inmediata del evento y suministrarles los recursos para tal fin.



## 4. Conclusiones

1. En primer lugar, se presenta una síntesis comparativa entre las características de los seguros tradicionales y el aseguramiento en salud en Colombia (SGSSS), abordando algunos elementos considerados clave (ver tabla 2). Se encuentran diferencias marcadas entre los dos sistemas, particularmente, debido a las características específicas del modelo de aseguramiento en salud de nuestro país: seguro universal, con cobertura familiar, administrado por EPS (que asumen riesgos transferidos por los usuarios), que se encargan de contratar los servicios con IPS, a cambio de una prima (UPC), ceñido a un paquete de beneficios establecido por el Estado (POS).

En este escenario como lo expresa Diaz-Granados (2010), la gestión del riesgo en los seguros tradicionales tiene un énfasis indemnizatorio, mientras que en el SGSSS es preventivo; igualmente la gestión del costo que en los seguros es de tipo reembolso, en Colombia debido al control total de precios por el Estado se obliga a las EPS a realizar un esfuerzo por reducir y gestionar sus costos frente al valor de la prima determinada por el gobierno. Este autor también señala que la gestión de los prestadores debe ser un elemento crítico para las EPS, en comparación con los seguros tradicionales, en los que se tiene una baja intensidad.

**Tabla 2:** Comparativo entre seguros tradicionales y aseguramiento en salud en Colombia (SGSSS)

ELEMENTO ANALIZADO	SEGURO TRADICIONAL	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Selección de riesgos	Aseguradora define libremente los riesgos a asumir	<p>El Estado protege a los usuarios de ser excluidos del sistema.</p> <p>Las EPS no pueden seleccionar los riesgos, sino que deben afiliar a todos los usuarios y por ende, éstas asumen los riesgos transferidos por los usuarios (Ley 1122 de 2007)</p> <p>Los aseguradores de salud en Colombia pueden utilizar selección médica más avanzada para los planes suplementarios privados</p>
Cobertura de riesgo	La define el asegurador	La define el Estado
Control de primas	<p>Establecidas por el asegurador.</p> <p>Dependen de aspectos como la siniestralidad del mercado, la edad y género del asegurado, etc.</p> <p>En pólizas de salud, varían de acuerdo a las características de los asegurados, por ejemplo por variables como edad, sexo (por lo general, para las mujeres las primas son más bajas, dada su menor tasa de mortalidad), preexistencias, tipo de patologías (por ejemplo patologías como cáncer tienen primas más altas, así como otras enfermedades de alto costo), tasa de mortalidad, etc.</p>	<p>Control total de precios por parte del Estado.</p> <p>Las primas para el plan contributivo en Colombia son establecidas por el gobierno (UPC ajustada por riesgo) y varían por edad, sexo y ubicación geográfica.</p> <p>El asegurador ante esto, debe manejar sus costos contra los ingresos determinados por el gobierno, por lo cual se genera presión sobre las áreas administrativas para la reducción de los costos.</p> <p>Las primas establecidas por el gobierno deben reflejar los servicios cubiertos y los niveles anticipados de reembolso a proveedores</p>
Preexistencias	En seguros de vida y seguros de salud sí aplican preexistencias.	<p>No se aplican preexistencias a ningún afiliado.</p> <p>Se aplican periodos mínimos de cotización máximo de 26 semanas</p>
Terminación de cobertura	Sí aplica, de acuerdo a condiciones preestablecidas por el asegurador y de acuerdo al tipo de seguro adquirido. También por situaciones como fraude, no pago, cambio de las condiciones pactadas inicialmente por parte del asegurado, etc.	La EPS no puede terminar la relación de cobertura con el afiliado.

## Continuación. Comparativo entre seguros tradicionales y aseguramiento en salud en Colombia (SGSSS)

ELEMENTO ANALIZADO	SEGURO TRADICIONAL	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Restricciones para el aseguramiento	Hay restricciones por edad, por tipo de actividad ejercida, por zona de residencia, entre otros, para algunas coberturas.	No hay límites o restricciones para el aseguramiento
Cobertura familiar	Si hay cobertura familiar pero con pago de primas adicionales. Aplica descuento por grupos familiares, pero todas las personas son sujetas de pago.	Si aplica. Son beneficiarios del Sistema el (la) cónyuge o el compañero (a) permanente del afiliado cuya unión sea mayor a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependa económicamente de éste los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.
Límites de cobertura	Si existen límites de cobertura según el valor contratado inicialmente en la póliza de seguro.	No hay topes económicos a la cobertura ni anual ni a largo plazo
Factor de siniestralidad	Se evalúa de acuerdo a las reclamaciones por tipo de evento. Se calcula anualmente, a través de estudios de tipo actuarial.	La UPC en el régimen contributivo se calcula con un factor de siniestralidad del 85%.
Estructura de beneficios	Variable, definida por el asegurador	Estructura de beneficios obligatoria (POS). Se reduce la capacidad del asegurador de manejar el riesgo a través de diseño de beneficios

## Continuación. Comparativo entre seguros tradicionales y aseguramiento en salud en Colombia (SGSSS)

ELEMENTO ANALIZADO	SEGURO TRADICIONAL	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Tipo de coberturas	privado	público/privado
Deducibles	Si aplican. Definidos por lo contratado inicialmente entre las partes y son sujetos de bonificaciones en ciertos tipos de seguros  Las pólizas de salud no tienen deducibles a menos que sean atenciones brindadas en el exterior, en caso que la póliza las cubra	Definidos por el Estado
Utilización de los servicios	Influenciado por el valor de las primas y la cobertura	La utilización de los servicios está altamente influenciada por el método de financiación (evento, capitación, etc)
Riesgo de selección adversa	SI	PARCIALMENTE. El Estado ha definido a través del SGSSS un conjunto de mecanismos tendientes a evitar la selección adversa. Sin embargo, se evidencia por ejemplo que los grupos de individuos más saludables y los más jóvenes se aseguran menos que los demás grupos de la población. Por otra parte, se dan mecanismos de autoselección de los usuarios en ciertas EPS, debido posiblemente a percepción de calidad.
Reaseguro	SI. La aseguradora se reasegura por un porcentaje del monto total que tiene asegurado	SI (enfermedades de alto costo)
Cobertura de riesgos adicionales a los contratados	No. Solamente se da cobertura a lo contratado inicialmente entre las partes a través de la póliza.	Si se dan coberturas adicionales, en el caso de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT), Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP), licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general y accidentes

2. A continuación, se realiza un análisis de los principales postulados de los Acuerdos de Basilea, frente a los desarrollos normativos en Colombia sobre gestión del riesgo en el sector salud (tabla 3), concluyendo que en este aspecto en el país se han abordado normativamente los principales elementos de dichos Acuerdos para la formulación del SAR, mostrando una evolución muy importante; dado que el concepto de gestión del riesgo en salud comenzó a abordarse en Colombia hace pocos años, frente a un par de décadas que tardaron en estructurarse y ponerse en marcha los Acuerdos de Basilea para el sector financiero.

No obstante aún hay aspectos que están abordados débilmente, como la operacionalización de algunos elementos nombrados en la norma (como por ejemplo la estandarización de metodologías cuantitativas avanzadas para la valoración de los riesgos, tratados en la Resolución 1740 de 2008 y Circular Externa 045 de 2011), pero aún falta un largo camino por recorrer, máxime cuando hasta ahora está culminando la última fase del SAR (Consolidación).

Algunos aspectos de Basilea III no han sido aún abordados normativamente en el sector salud, como: las medidas de transparencia relacionadas con la publicación para los demás actores del mercado, información sobre la exposición y gestión de riesgos de cada entidad, suficiencia de fondos propios, entre otros.

**Tabla 3:** Análisis comparativo de los Acuerdos de Basilea frente a los avances normativos sobre gestión del riesgo en salud en Colombia

ACUERDOS DE BASILEA	SALUD	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar situaciones de crisis</li> <li>Contrarrestar el elevado riesgo de las actividades propias de este sector</li> <li>Fortalecer los sistemas bancarios</li> <li>Generar solvencia, estabilidad económica y financiera</li> <li>Crear igualdad competitiva entre las entidades</li> <li>Generalizar y homogenizar las buenas prácticas financieras</li> </ul>	<p>Las EPS deben mantener desde el inicio de sus operaciones una adecuada solvencia para hacer frente a los riesgos e incertidumbre propios de este sector, para atender todas sus obligaciones, reduciendo el riesgo de quiebra e incumplimiento.</p> <p>Se busca tener organizaciones solventes, que gestionen técnicamente los elevados riesgos a los cuales están expuestas, que podrían llegar a afectar su sostenibilidad</p> <p>En el sector asegurador en salud también es necesario adelantar controles eficaces, así como generar estabilidad y solidez financiera en estas entidades administradoras, para hacer frente a posibles crisis y generar confianza en sus usuarios.</p>	<p>Decreto 574 de 2007</p> <p>Decreto 1698 de 2007</p>
<p>Algunos de los riesgos enfrentados:</p> <p>crédito, mercado, operativo, cambiario, riesgos de concentración/diversificación, de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de pensiones, entre otros.</p>	<p>Las principales áreas de análisis del SAR son:</p> <p>Administración de riesgos en salud (Conformado por los riesgos de concentración y hechos catastróficos; de incrementos inesperados en los índices de morbilidad y de los costos de atención; de cambios permanentes en las condiciones de salud o cambios tecnológicos; de insuficiencia de reservas técnicas; de comportamiento.),</p> <p>Administración de riesgo operativo (Conformado por los riesgos: operativo; legal y regulatorio; reputacional. )</p> <p>Administración de riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito . (Conformado por los riesgos: estratégico; de crédito; de mercado; de liquidez (inminente y latente). )</p>	<p>Resolución 1740 de 2008</p>
	<p>Se incluye dentro de la gestión del riesgo operativo los riesgos relacionados a seguridad del paciente (frente a riesgos asociados a prestación del servicio)</p>	<p>Circular 082 de 2010</p>

Continuación. Análisis comparativo de los Acuerdos de Basilea frente a los avances normativos sobre gestión del riesgo en salud en Colombia

<p>Introduce un sistema de medición de requerimientos de capital (suficiencia de capital), tendiente al establecimiento de un capital mínimo, teniendo en cuenta el nivel de riesgo que afrontaban las organizaciones, para asegurar la protección de las entidades frente a los diferentes riesgos.</p> <p>Para su cálculo, tiene en cuenta la calidad crediticia de los prestatarios, riesgo operacional y riesgo de mercado.</p> <p>Ofrece diversos enfoques o métodos de cálculo de capital regulatorio por riesgo de crédito y riesgo operativo que pueden acomodarse a los diversos grados de complejidad de los bancos.</p> <p>Las entidades deben contar con un proceso adecuado de cálculo del capital necesario y una estrategia para mantener su nivel de solvencia.</p> <p>Incentiva a las entidades bancarias a que gestionen mejor los riesgos operacionales (derivados de fallas en el recurso humano, los sistemas, procesos y por influencias externas), causa de un gran porcentaje de las quiebras bancarias y de inestabilidad, para el cálculo de requisitos mínimos de capital (fondos propios).</p>	<p>El Sistema Único de Habilitación establece unas condiciones básicas de suficiencia patrimonial y financiera, tecnológica y científica y capacidad técnico administrativa, de obligatorio cumplimiento para entrada en operación y permanencia de EPS.</p>	<p>Decreto 1011 de 2006</p>
	<p>Las EPS deben mantener y acreditar en todo momento una suficiencia patrimonial adecuada para operar, según cada nivel de riesgo (deben mantener el monto de patrimonio técnico superior al monto del margen de solvencia).</p>	<p>Decreto 1698 de 2007</p>
	<p>Define un capital mínimo: Se establece un capital mínimo de 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes, el cual deberá acreditar y mantener una EPS del Régimen Contributivo, para su habilitación financiera. El mantenimiento de este capital mínimo y del margen de solvencia es necesario para la entrada y permanencia de las EPS del Régimen Contributivo.</p>	<p>Decreto 574 de 2007</p>
	<p>Definición de un margen de solvencia para las EPS: Diferencia positiva mínima que debe haber entre el nivel de activos y las obligaciones de la entidad, con el fin de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones en condiciones económicas adversas.</p>	<p>Decreto 574 de 2007</p>
	<p>Tiene en cuenta para su cálculo, los ingresos operacionales derivados de la UPC, un factor de riesgo, los gastos operacionales y el monto correspondiente a los siniestros reconocidos por un tercer asegurador (en caso de transferir el riesgo), por enfermedades de alto costo.</p>	<p>Decreto 1698 de 2007 Decreto 4789 de 2009</p>
	<p>Define un Patrimonio Técnico: sumatoria de los valores patrimoniales de la entidad (patrimonio técnico primario y secundario).</p> <p>Reservas técnicas: monto registrado en el pasivo que refleja las obligaciones presentes y futuras de la entidad. Las EPS del Régimen Contributivo deben además constituir reservas técnicas para autorizaciones de servicios, para servicios cobrados, para eventos ocurridos no avisados y para otras pérdidas probables y cuantificables.</p>	<p>Decreto 574 de 2007 Decreto 1698 de 2007</p>
	<p>Régimen de Solvencia: Pretende que se lleve a cabo un manejo prudente de los recursos financieros y de los riesgos. Comprende el mantenimiento de margen de solvencia y de las reservas técnicas y la inversión de estas últimas en algunos instrumentos que garanticen la diversificación del riesgo de las inversiones (como títulos de deuda pública, títulos emitidos por Fogafin, bonos y títulos hipotecarios, depósitos en cuentas corriente y de ahorro, entre otros);</p>	<p>Decreto 574 de 2007</p>

Continuación. Análisis comparativo de los Acuerdos de Basilea frente a los avances normativos sobre gestión del riesgo en salud en Colombia

<p>Procedimientos complejos y estandarizados de medición del riesgo</p> <p>Incorpora mayor sensibilidad al riesgo utilizando algunas técnicas de medición y control desarrolladas por las entidades en su gestión del riesgo</p> <p>Para el riesgo de crédito, se proponen tres enfoques o métodos de cálculo: el método estándar, el método fundado en las calificaciones internas (IRB) básico y el método fundado en las calificaciones internas (IRB) avanzado. Los requerimientos de capital referido al riesgo operativo pueden alcanzarse mediante tres métodos, el del indicador básico, el estándar y métodos avanzados de medición interna (AMA).</p>	<p>No permite diferenciar apropiadamente a las entidades en función de su capacidad para medir y gestionar el riesgo, ya que existen asimetrías en el manejo del riesgo de cada EPS.</p> <p>Actualmente, para evaluar y analizar riesgos, las EPS se valen de herramientas cualitativas como mapas de riesgos y matrices de riesgos, con el fin de evaluar probabilidad de impacto de cada uno y así priorizar.</p> <p>La norma establece que para cuantificar los riesgos, las EPS pueden valerse de métodos cualitativos, para que de manera progresiva tengan que utilizar métodos estadísticos, actuariales y financieros. Se requerirá en determinado momento operativizar y estandarizar tales metodologías.</p>	<p>Resolución 1740 de 2008</p>
	<p>A 31 de diciembre de 2011, cuando ha culminado la fase de consolidación del SAR, debe tenerse una valoración cuantitativa de los riesgos identificados del negocio, de mercado y de crédito, a través de metodologías “de reconocida validez técnica”. Los riesgos en salud deben evaluarse financieramente mediante indicadores, con metodologías como “Valor Presente Neto, rendimiento sobre la inversión, tasa interna de retorno, costo eficacia, costo beneficio, costo efectividad o costo utilidad, entre otros”.</p> <p>En la norma se establecen estas metodologías de manera muy general, pero debe hacerse seguimiento a su aplicación, dada la dificultad que representan para su comprensión, aplicación y análisis, máxime cuando son muy diferentes entre sí y requieren un conocimiento importante de las mismas.</p>	<p>Circular Externa 045 de 2011</p>
<p>Fomenta las mejores prácticas mediante incentivos de menores exigencias de capital cuanto mayor sofisticación tenga el enfoque empleado para la determinación de su capital regulatorio</p>	<p>Otorga un incentivo económico para obtener descuentos en monto del patrimonio mínimo exigido para garantizar la solvencia, si se aplica SAR, gracias a menores variaciones en la siniestralidad y el perfil de riesgo en salud de afiliados.</p>	<p>Decreto 574 de 2007 Decreto 1698 de 2007</p>



Continuación. Análisis comparativo de los Acuerdos de Basilea frente a los avances normativos sobre gestión del riesgo en salud en Colombia

<p>Otorga funciones a la alta dirección de los bancos para realizar procesos internos de evaluación de capital, fijación de metas de capital según el perfil de riesgo y control interno específico del banco.</p> <p>Obliga a la alta gerencia de las instituciones financieras a supervisar estrechamente el proceso de cálculo de capital; a realizar el enfoque de riesgos (planificar y adelantar la medición y el control de los riesgos) y la planificación de requerimientos futuros de capital y su autoevaluación.</p>	<p>Dentro de la función de Direccionamiento, resalta que para garantizar la viabilidad financiera de la organización, ésta debe confirmar la “disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización”.</p> <p>La alta gerencia tiene la responsabilidad de liderar y promover la implementación del SAR en todos los niveles de la organización, a través del ciclo PHVA.</p>	<p>Resolución 1445 de 2006</p> <p>Resolución 1740 de 2008</p>
<p>El Comité de Basilea otorga importancia a la opinión de los supervisores sobre los procedimientos de medición y control del riesgo de los bancos.</p> <p>Desde el nivel central o nacional se ejerce vigilancia y control por los entes competentes para tal fin a cada uno de los bancos, en relación a tópicos como el cálculo que deben hacer éstos de los requisitos mínimos de capital y de la estrategia que deben tener para mantener un adecuado nivel de solvencia.</p> <p>Los supervisores deben revisar todo el proceso y reaccionar oportunamente si el resultado de la revisión no es satisfactorio.</p> <p>Ante el peligro de que la solvencia de un banco se reduzca por debajo del mínimo exigido, el supervisor deben tener la capacidad de poder intervenir de modo inmediato y exigir las acciones correctoras para retornar al cumplimiento del mínimo regulatorio.</p>	<p>La Superintendencia Nacional de Salud hace controles de solvencia, para evitar que estas entidades entren en situación de quebranto patrimonial o insolvencia.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud definirá un Sistema de Indicadores de Alerta Temprana, financieros y de desempeño técnico y administrativo, que anticipen fallas en el manejo del riesgo por parte de las EPS del Régimen Contributivo</p> <p>La Supersalud establecerá categorías de riesgo para las EPS con base en el nivel de solvencia de cada entidad y el sistema de indicadores de alerta temprana desarrollado, definiendo las acciones y medidas legales subsecuentes que deberán adelantarse frente a los riesgos detectados en cada entidad.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud definió los criterios y condiciones mínimas que debían cumplir las firmas consultoras o auditoras que adelantarían el estudio a los Sistemas de Administración de Riesgos de las EPS del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.</p>	<p>Decreto 574 de 2007</p> <p>Resolución 814 de 2008</p>

Continuación. Análisis comparativo de los Acuerdos de Basilea frente a los avances normativos sobre gestión del riesgo en salud en Colombia

<p>Se solicita la completa integración en la entidad bancaria de información financiera, contable y de gestión del riesgo.</p>	<p>Se indica en la norma que es necesaria una concordancia y articulación entre los riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito de las EPS, con los riesgos de salud gestionados.</p> <p>En adelante será necesario realizar un acompañamiento y direccionamiento para llevar a cabo gradualmente tal articulación.</p>	<p>Circular 045 de 2011</p>
<p>Con el fin de estimular la disciplina de mercado y lograr la transparencia financiera, establece para los bancos la publicación periódica obligatoria de determinada información cualitativa y cuantitativa sobre su exposición a riesgos y gestión de éstos (como por ejemplo las políticas de mitigación, cobertura y control de riesgos, entre otras), que permita a los participantes en los mercados (con sus diferentes actores) valorar el perfil de riesgo de los bancos y su nivel de capitalización. Se solicita la publicación además de información de suficiencia de fondos propios, información técnica sobre cálculo de capital, gestión de capital, entre otros.</p>	<p>En la fase IV del SAR que termina su consolidación en diciembre de 2011, se establece la completa documentación del mismo, así como la identificación, documentación, análisis y valoración de los riesgos estratégicos, de crédito, mercado, liquidez; sin embargo, no contempla aspectos relacionados con la publicación de información hacia los actores del mercado, únicamente se contemplan las evaluaciones por parte de las firmas consultoras avaladas por la Supersalud.</p>	
<p>Basilea III busca que los bancos se capitalicen, que mejoren la resistencia frente a crisis futuras, es decir, que tengan reservas para años de crisis (provisiones o colchones de capital preventivos para enfrentar crisis futuras), para lo cual introduce nuevas y duras exigencias sobre la liquidez y endeudamiento bancario, como el aumento de reservas mínimas; exige a los bancos más cantidad de capital y de mayor calidad. Estas medidas entrarán en vigencia en 2013 y si bien garantizarán una solidez en el sistema, interpondrán barreras para acceder al sistema crediticio.</p>	<p>Se esperan estudios una vez se finalice el periodo de consolidación del SAR y se tenga información respecto al nivel de avance de las EPS y los resultados de su implementación.</p>	

3. El mercado de la salud en Colombia es altamente complejo, cuenta con multiplicidad de actores con diferentes grados de competencias e intereses, en donde prima la incertidumbre, variabilidad, asimetría de información, escasez de recursos y problemas de financiamiento. En este escenario la gestión del riesgo es una herramienta útil para contrarrestar las incertidumbres del entorno presentes en las actividades de este sector, permitiendo la gestión eficiente de estos recursos, mejorando el desempeño de las organizaciones, garantizando su supervivencia y sostenibilidad.
4. Teniendo en cuenta que las EPS se mueven en un modelo de competitividad regulada, en el cual sus competencias están definidas por el POS, y cuentan con un presupuesto limitado por la UPC; la gestión de costos y la gestión de riesgos se constituyen en dos aspectos críticos para estas entidades y más aún, teniendo en cuenta que no seleccionan los riesgos a asegurar, sino que tienen la obligación de afiliarse a todas las personas por igual por mandato del Estado y tampoco pueden ajustar la prima ni el plan de beneficios. Como lo plantea el estudio adelantado por Ramón Abel Castaño (Universidad del Rosario, 2008), las EPS deben desarrollar las herramientas que le permitan gestionar el riesgo en salud, con el fin de minimizar la incidencia y severidad de los siniestros (riesgo primario), así como la variabilidad en las conductas médicas (riesgo técnico).
5. Una vez revisado el avance normativo sobre gestión del riesgo en salud, se evidencia que en Colombia aún persiste el enfoque epidemiológico (riesgo individual de enfermar o morir), más que el empresarial (que de acuerdo a Basilea, busca que la organización garantice su solvencia y pueda responder en tiempos de crisis). Inclusive desde la misma norma dirigida a las EPS se habla de la identificación y administración de riesgos individuales de su población afiliada para evitar la enfermedad, complicaciones y muerte (por ejemplo el Decreto 1485 de 1994, Acuerdo 117 de 1998, Resolución 412 de 2000, Resolución 1445 de 2006, Ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007, entre otras).

En la Ley 1122 de 2007, que delega a las EPS la función de aseguramiento, se les ordena adelantar acciones que se pueden enmarcar en la gestión del riesgo empresarial y otras que corresponden a riesgo epidemiológico. Así mismo según las fases de implementación del SAR descritas en la Resolución 1740 de 2008 se habla de la identificación de los riesgos en salud de los usuarios desde su afiliación, para generar grupos de riesgo y llegar a la gestión individualizada de éstos (riesgo epidemiológico). No obstante para las aseguradoras es importante tener en cuenta y gestionar los dos tipos de riesgo, dado que el riesgo epidemiológico también puede afectar la viabilidad financiera de la organización; es por este motivo que la aseguradora además de gestionar los riesgos empresariales, debe gestionar aquellos epidemiológicos que amenacen la sostenibilidad y viabilidad de la organización (por ejemplo el caso de algunas patologías de alto costo) (Universidad del Rosario, 2008).

6. Se evidencia que la gestión del riesgo en aseguradores frente a prestadores no se encuentra aún completamente armonizada ni articulada. Básicamente la gestión del riesgo en prestadores se ha enfocado tradicionalmente hacia la seguridad del paciente en cuanto a identificación, mitigación y prevención de eventos adversos evitables. Obviamente la gestión de riesgos en ese orden de ideas es muy importante y necesaria, puesto que hacen frente a riesgos empresariales como el legal y de reputación; sin embargo los prestadores deberían involucrar dentro de la gestión del riesgo que adelantan, los otros riesgos empresariales (como el mercado, operativo y otros), que puedan afectar su sostenibilidad financiera y supervivencia en el mercado y por qué no de manera indirecta también podrían afectar la seguridad de los pacientes (no desde lo físico, pero sí desde lo moral o psicológico)<sup>49</sup>.

Lo anterior toma más fuerza si se tiene en cuenta que existe corresponsabilidad en cuanto a riesgos compartidos entre aseguradores y prestadores, teniendo en cuenta que la mayoría de situaciones que afecten al prestador, redundará en un efecto en el asegurador y viceversa. En este sentido el documento de la Política de Seguridad del paciente reza: "En esta medida el SAR de que trata la resolución 1740 de 2008 se constituye en una valiosa herramienta para la institucionalización de la política, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores".

Gaitán y Eslava, *et.al.* (2005) plantean: "Los eventos adversos constituyen uno de los más serios problemas del cuidado de la salud hoy en día, por la mortalidad o discapacidad que generan, por las demandas médico legales asociadas y el impacto sobre la imagen de la institución ante el público".

7. Independientemente del enfoque dado a la gestión del riesgo por aseguradores y prestadores, resulta obvio que se encuentren diferencias importantes y asimetrías en los desarrollos al interior de las EPS e IPS, encontrando algunas con grandes desarrollos y otras con un trabajo incipiente en el tema. Por esto mismo es importante continuar los espacios de discusión y aprendizaje sobre el tema, tomando como referente los informes de las firmas auditoras que permiten evaluar para cada entidad su propio proceso de avance.

---

<sup>49</sup> No confundir con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa necesarias para que las IPS ingresen y se mantengan en el sistema, definidas en el Sistema Único de Habilitación del SOGC (Decreto 1011 de 2006).

## Conclusiones

---

Incluso se considera que la estrategia de implementación por fases del SAR, permite a cada EPS desarrollar un plan conducente a su implementación plena, a partir de sus fortalezas organizacionales (OMS; MPS. 2009).

8. Sería importante que una vez culmine la fase IV del SAR y se tengan resultados de las firmas auditoras habilitadas para tal fin por la Supersalud; se adelanten estudios sectoriales de carácter nacional o regional relacionados con la gestión del riesgo, que permitan aprender de las buenas prácticas y experiencias, para que se tenga una línea de base y poder adelantar por ende un monitoreo y evaluación.
9. Llama la atención que la seguridad del paciente, siendo un mecanismo de gestión del riesgo (que ha sido adoptado por los prestadores de servicios de salud), haya sido involucrado al SAR de las aseguradoras hasta hace poco (incluso, si se tiene en cuenta que la Política de seguridad del paciente y la Resolución 1740 fueron sancionados en el mismo año). Ya que dentro de la Estrategia 3 de la Política de Seguridad del paciente (“coordinación de actores”), la línea de acción 2 habla de la “coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente”. Donde establece que las EPS deben tener en cuenta en su interior la política de seguridad del paciente en el diseño de sus propios procesos. Adicionalmente la Circular 082 de 2010 del MPS indica que en fase III del SAR, en cuanto a gestión de riesgo operativo se deben incluir riesgos relacionados con la seguridad del paciente. La Circular Externa 045 de 2011 habla de los riesgos en el área operativa, solicitando a las EPS estrategias y acciones diseñadas e implementadas según la frecuencia y gravedad de los riesgos asociados a la seguridad del paciente, tanto en la entidad aseguradora como en el riesgo compartido con los prestadores de la red.
10. En la Resolución 1446 de 2006 se presenta el Anexo Técnico con un listado de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud para prestadores y para aseguradores. Para estos últimos se listan una serie de problemas de orden administrativo que son cruciales para la correcta prestación de servicios, y que a todas luces no son considerados como eventos adversos por muchas EPS, en consecuencia no son gestionados actualmente como parte del SAR de las mismas. Se tienen en dicho listado problemas como: duplicación de afiliados (multiafiliación), afiliados que aparecen como fallecidos, barreras de acceso a la atención en salud, negación de servicios POS, problemas de referencia y contrarreferencia, demoras en el suministro del oxígeno, congestión de pacientes en las centrales de citas para su asignación, listas de espera mayores a 3 meses, entre otros. Aquí se evidencia que la gestión de eventos adversos como parte integral de la gestión del riesgo en salud está ampliamente desarrollada normativamente, aunque para los aseguradores la gestión del riesgo no ha contemplado tan ampliamente estos eventos citados en el párrafo precedente.

11. Si bien la Política de seguridad del paciente promulgada en 2008 dentro de su estrategia número 2 (“Promoción de herramientas organizacionales”), invita a la “Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores”; es necesario adelantar un fuerte trabajo para los primeros, mediante la operativización de esta línea, brindando la capacitación que sea necesaria para adelantar tales estudios. Esta política enuncia algunas herramientas para la detección y/o análisis de eventos adversos, como los instrumentos de cribado, la herramienta “triggertool”, el instrumento MRF2, entre otros; pero no se brinda información amplia y suficiente para que el personal de las entidades prestadoras puedan proceder a su replicación, lo cual se constituye en una barrera importante. Así mismo al interior de las instituciones prestadoras desde la alta gerencia se deben proveer los recursos humanos, económicos y técnicos para llevarlos a cabo, promoviendo toda una cultura de investigación y aprendizaje. Estos complementados con estudios sobre gestión del riesgo y seguridad del paciente; para que desde ellos hacia su red de servicios se motive la realización de éstos, incluso, pudiendo ser una obligación contractual, máxime en la actualidad cuando los contratos de capitación han permitido transferir el riesgo desde el asegurador al prestador. Por otra parte se ha determinado que es importante la investigación de los eventos adversos por parte de las instituciones hospitalarias, ya que podrían ser de alguna manera prevenibles, y de esta manera útiles para reducir el impacto sobre la salud”.
12. Es necesario adelantar un trabajo de sensibilización sobre la gestión de los riesgos en las Organizaciones del sector salud y de su personal en todos los niveles, comenzando por la alta gerencia, debe darse progresivamente un cambio de cultura organizacional; en donde se promuevan la participación, autocontrol, se optimicen los sistemas de información, además de facilitar el reporte, información, análisis y mejoramiento continuo. Esto implica un cambio que requiere la motivación y participación de todo el personal, para lo cual se necesita el liderazgo por parte de la gerencia, siendo flexible a los cambios en los procesos y concibiendo a la organización como un todo al integrar áreas, procesos y procedimientos. También debe involucrarse al usuario (en este caso el paciente), promoviendo su autocuidado.
13. Se necesitan organizaciones que aprendan y mejoren continuamente con movimiento por iniciativa propia y no por culpa o sanciones. El contexto de aseguramiento y prestación de servicios de salud es altamente complejo, e involucra multiplicidad de actores, por lo cual es necesario continuar el desarrollo de políticas y metodologías para la gestión del riesgo de manera articulada e integrada entre todos los actores del sistema.
14. Dado que la atención en salud es un proceso integral y continuo que atañe a todos los miembros de la cadena de suministro de este servicio, incluyendo al aseguramiento y a la prestación; teniendo en cuenta que lentamente los aseguradores integran la gestión de eventos adversos, pero que por otra parte los

## Conclusiones

---

prestadores difícilmente integran la parte financiera, de mercado y operativa con la gestión del riesgo en salud; deberían darse políticas y directrices desde el nivel central con el fin de promover fuertes articulaciones entre estos actores, dado que mientras no se logre una verdadera gestión integrada del riesgo (que contemple los diferentes tipos de riesgo a que cualquier organización podría estar expuesta y que involucre el nivel central como ente rector, aseguradores, prestadores y pacientes), no se logrará alcanzar la eficacia en el proceso, que tanto se espera y se necesita.



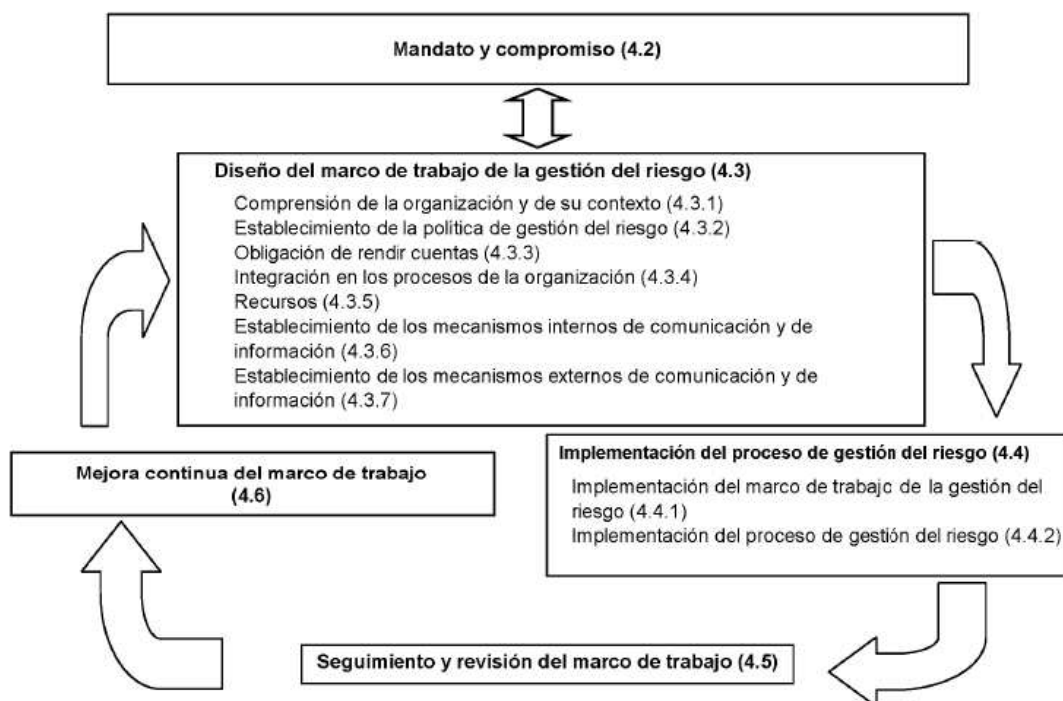


## **A. Anexo: Principios para lograr la eficacia de la gestión del riesgo (según norma ISO 31000)**

- La gestión del riesgo crea y protege el valor (contribuye al logro de objetivos y mejora el desempeño).
- La gestión del riesgo es una parte integral de todos los procesos de la organización.
- La gestión del riesgo es parte de la toma de decisiones.
- La gestión del riesgo trata explícitamente la incertidumbre.
- La gestión del riesgo es sistemática, estructurada y oportuna.
- La gestión del riesgo se basa en la mejor información disponible.
- La gestión del riesgo se adapta (se alinea con el contexto externo e interno y con el perfil de riesgo).
- La gestión del riesgo integra los factores humanos y culturales.
- La gestión del riesgo es transparente y participativa.
- La gestión del riesgo es dinámica, iterativa y responde a los cambios.
- La gestión del riesgo facilita la mejora continua de la organización.



## B. Anexo: Componentes del marco de trabajo de la gestión del riesgo



**Figura 11:** Componentes del marco de trabajo de la gestión del riesgo

Fuente: Norma Internacional ISO 31000:2009. "Gestión del Riesgo. Principios y directrices". Organización Internacional de Normalización.2009.

El diseño de un adecuado marco de trabajo de gestión del riesgo implica realizar previamente una evaluación del contexto tanto interno como externo; así mismo establecer una política de gestión del riesgo que debe ser amplia y suficientemente comunicada a todos los actores implicados. Adicionalmente debe establecerse en todos los niveles de la organización la autoridad, competencias, responsables de gestionar los riesgos, de rendir cuentas sobre su desempeño, implementación y mantenimiento.

La gestión del riesgo debe hacer parte de todos los procesos y prácticas de la organización, desde la misma definición de política y planificación, hasta cada una de las actividades y estrategias. Para que estose logre deben garantizarse todos los recursos adecuados y suficientes, además de contar con mecanismos de comunicación e información internos (que incluyan los componentes clave del marco de trabajo de la gestión del riesgo, los informes de resultados y eficacia, junto con la información obtenida en relación a la gestión de los riesgos y sus fuentes), y externos (intercambio eficaz de información y retroalimentación con partes interesadas, presentación de informes externos, comunicación respecto a crisis, contingencias, entre otros; como mecanismo de generación de confianza en la organización).

Por último se debe hacer seguimiento y revisión al marco de trabajo de la gestión del riesgo, con el fin de garantizar la eficacia de la gestión del mismo; por tal motivo es necesario medir su desempeño periódicamente mediante indicadores para evaluar el progreso, desviaciones, generar informes periódicos sobre los riesgos, entre otros. La política de gestión del riesgo de la organización, así como su plan de gestión y marco de trabajo, deben ser mejoradas continuamente con base en los resultados del seguimiento y revisiones que se realicen; esto contribuye a que la organización mejore permanentemente.

## **C. Anexo: Listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud según resolución 1446 de 2006**

### *Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPSS)*

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
4. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal
5. Pacientes con úlceras de posición
6. Distocia inadvertida
7. Shock hipovolémico posparto
8. Maternas con convulsión intrahospitalaria
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
10. Pacientes con hipotensión severa en posquirúrgico
11. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas posquirúrgico
12. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas
13. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
14. Entrega equivocada de un neonato
15. Robo intrainstitucional de niños
16. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
17. Suicidio de pacientes internados
18. Consumo intrainstitucional de sicoactivos
19. Caídas desde su propia altura intrainstitucional
20. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
21. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
22. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
23. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación

24. Flebitis en sitios de venopunción
25. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
26. Entrega equivocada de reportes de laboratorio
27. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
28. Luxación posquirúrgica en reemplazo de cadera
29. Accidentes postransfusionales
30. Asalto sexual en la institución
31. Neumotórax por ventilación mecánica
32. Asfixia perinatal
33. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
34. Secuelas posreanimación
35. Pérdida de pertenencias de usuarios
36. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico

*Eventos adversos de referencia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EPSs, ARSs, Medicina Prepagada)*

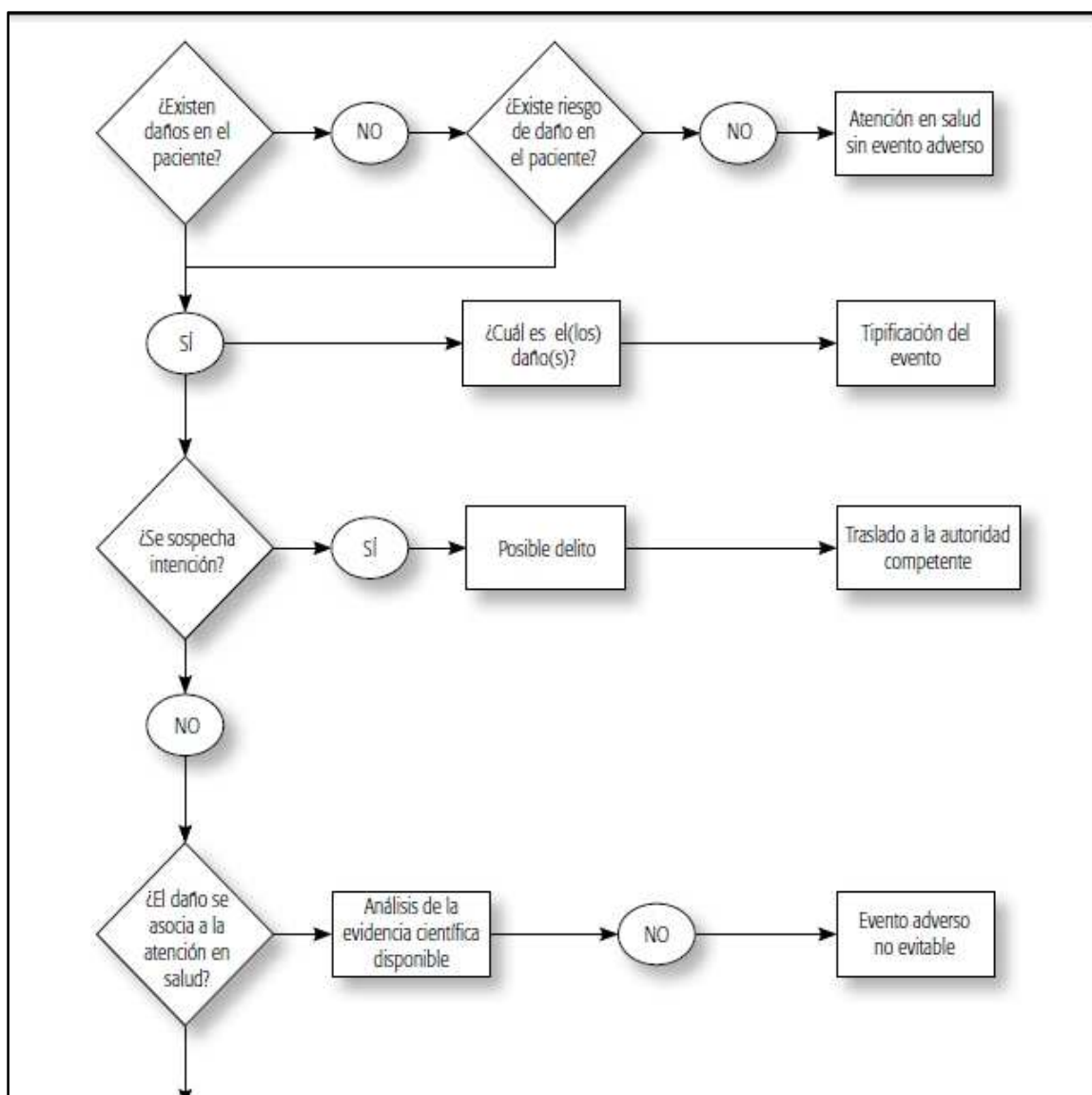
1. Usuarios detectados por suplantación
2. Afiliados duplicados
3. Quejas por no prestación de servicios POS
4. Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
9. Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
10. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
11. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB
12. Tutelas por no prestación de servicios POS
13. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva
14. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad
15. Pacientes con transmisión vertical de VIH
16. Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización
17. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados
18. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado
19. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos
20. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados

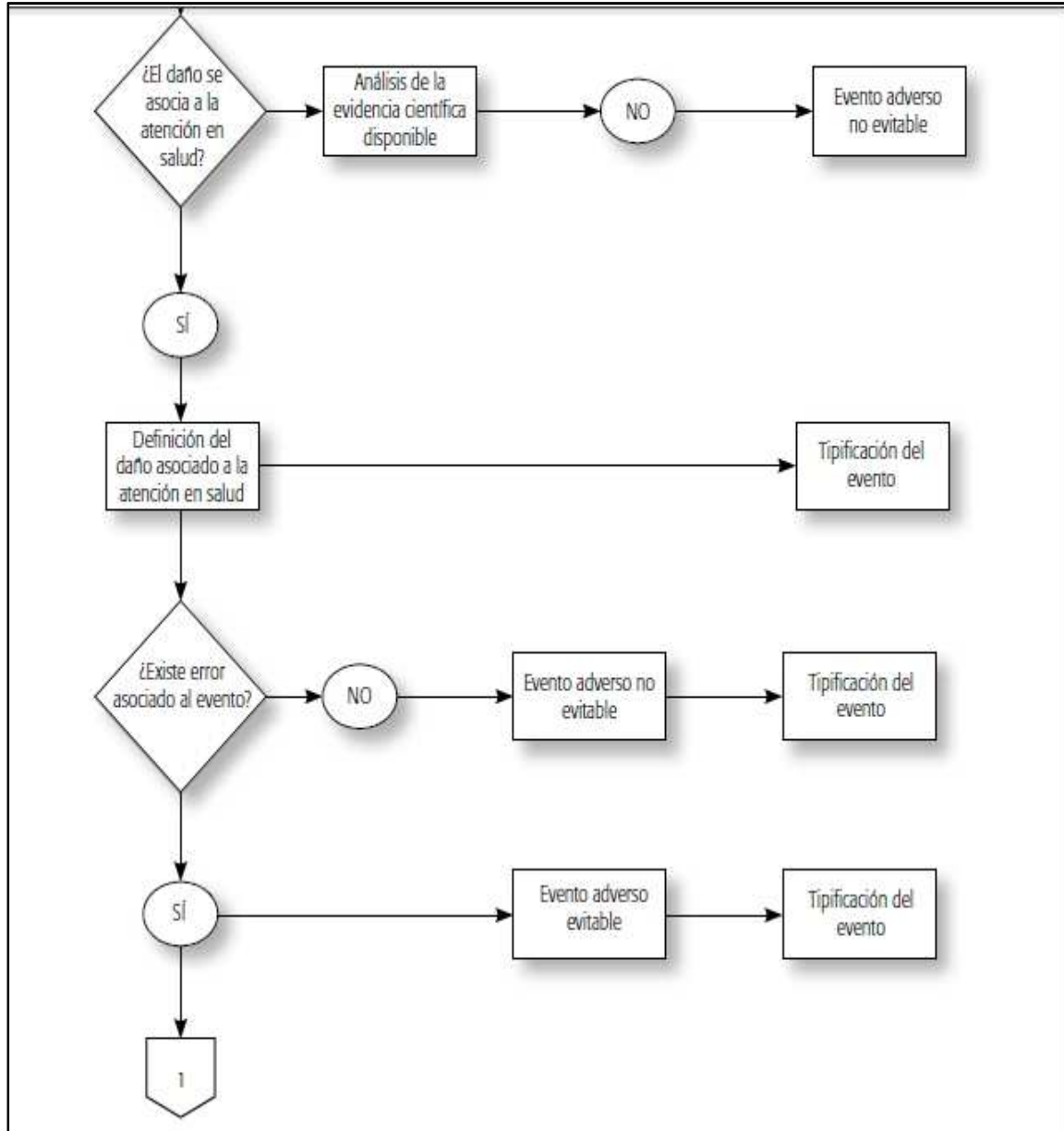
21. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos
22. Reacciones por medicamentos vencidos
23. Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
24. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno
25. Paciente en estado crítico sin asistencia.
26. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
27. Pacientes en lista de espera por más de tres meses



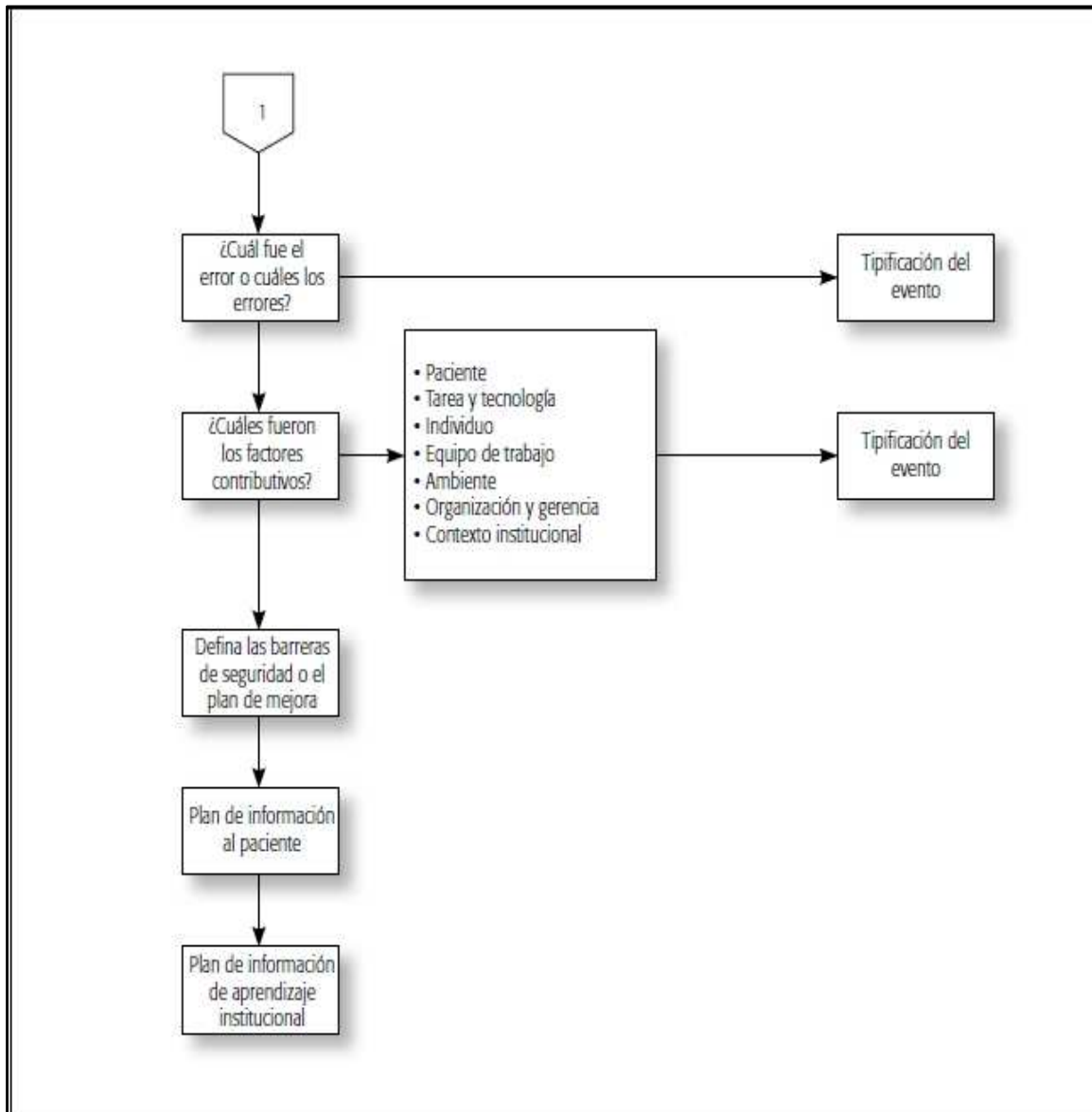


## D. Anexo: Algoritmo para analizar un evento adverso



**Continuación. Algoritmo para analizar un evento adverso**

## Continuación. Algoritmo para analizar un evento adverso



Fuente: Luengas Amaya, Sergio. (2009). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Artículo electrónico. En: Vía Salud. Centro de Gestión Hospitalaria. N°: 48. Julio de 2009. Fecha de consulta: Septiembre 25 de 2011. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>

## Bibliografía

Almeida, N; Castiel, L; Ayres, J. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva, Vol. 5, Núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 323-344. Universidad Nacional de Lanús. Argentina. [on line]. Fecha de consulta: Agosto 3 de 2011. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lang=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lang=es)

Arrow, K. (1981). La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. En: [Información Comercial Española, ICE: Revista de economía](#), ISSN 0019-977X, [Nº 574, 1981](#) , págs. 47-64.

Australian/New Zealand Standard.(2004). Risk Management. AS/NZS 4360:2004.

Australian/New Zealand Standard. (2004). Risk Management Guidelines Companion to AS/NZS 4360:2004. Handbook.

BOGOTÁ, D.C. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Lineamientos para la gestión del riesgo en las instituciones de salud del Distrito Capital. Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Versión 4. Junio de 2007. Fecha de consulta: Marzo 20 de 2011. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Biblioteca%20del%20crue/GUIA%20GESTION%20RIESGO%20SALUD.pdf>

BOLIVIA. SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y ENTIDADES FINANCIERAS. Glosario de terminos de los Acuerdos de Capital de Basilea I y Basilea II. Primera Edición, 2005. 152 pág. La Paz.

Centro de Gestión Hospitalaria. Protocolo de Londres. Versión traducida con modificaciones [s.f.].

Colimón, K. (1990). Fundamentos de epidemiología. Ediciones Díaz de Santos. 339 páginas. Madrid, 1990.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA (1993). Ley 100 (23 de diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. no. 41148. p. 1-168. Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf>

Colombia. (2007). Ley 1122 (9, enero, 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2010). Circular Externa 082 (10, diciembre, 2010). Aplicación de la Resolución 1740 de 2008 por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos (SAR) para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Bogotá, D.C.

Colombia. (2011). Circular Externa 045 (17, agosto, 2011). Lineamientos técnicos fase IV para la aplicación de la Resolución 1740 de 2008 por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos (SAR) para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Bogotá, D.C.

Colombia. (1994). Decreto 1485 (13, julio, 1994). Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C.

Colombia. (2006). Decreto 1011 (3, abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C.

Colombia. (2007). Decreto 0574 (2, marzo, 2007). Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Bogotá, D.C.

Colombia. (2007). Decreto 1698 (16, mayo, 2007). Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Bogotá, D.C.

Colombia. (2008). Decreto 2353 (27, junio, 2008). Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Bogotá, D.C.

Colombia. (2009). Decreto 4789 (4, diciembre, 2009). Por medio del cual se modifican los Decretos 574 de 2007, 1698 de 2007 y 2353 de 2008.

Colombia. (2002). Resolución 1474 (7, noviembre, 2002). Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Bogotá, D.C.

Colombia. (2006). Resolución 1043 (3, abril, 2006). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.

Colombia. Anexo Técnico N°2. Manual único de procedimientos de habilitación. Bogotá, D.C.

Colombia. (2006). Resolución 1445 (17, mayo, 2006). Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá, D.C.

Colombia. (2006). Resolución 1446 (8, mayo, 2006). Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D.C.

Colombia. Anexo Técnico. Lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. Bogotá, D.C.

Colombia. (2008). Resolución 1740 (20, mayo, 2008). Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.

Colombia. (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 2007.

Colombia. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Fecha de consulta: Julio 23 de 2011. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>

Colombia. (2010). Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Dirección general de calidad de servicios. Unidad sectorial de normalización. Fecha de consulta: Septiembre 21 de 2011. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GU%C3%8DA%20T%C3%89CNICA%20DE%20BUENAS%20PR%C3%81CTICAS%20EN%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.PDF>

Colombia. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC (2011). Sistema Único de Acreditación. Marco Legal Colombiano. Página oficial: [www.acreditacionensalud.org.co](http://www.acreditacionensalud.org.co) Fecha de consulta: Octubre 16 de 2011. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=118&IdCat=29>

Colombia. (2004). Norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2004. Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos. Colombia.

Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. (2008). Resolución 814 (19, junio, 2008). Por la cual se establecen los criterios y condiciones mínimas que deben cumplir las firmas consultoras o auditoras que adelantarán el estudio a los Sistemas de Administración de Riesgos de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. Bogotá, D.C.

Comisión Europea. DG Salud y Protección del Consumidor. Patient Security: Making it Happen. Luxemburgo, 5 Abril 2005. Disponible en: <http://cpme.dyndns.org:591/database/Luxembourg%20Declaration%20on%20Patient%20Safety%2005042005.pdf>. Citado por García-Barbero, Milagros. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografía N<sup>o</sup>. Seguridad Clínica. 2006. P.209-220. Barcelona (España). Fecha de consulta: Junio 10 de 2011. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 Abril 2005. Disponible en: [www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/Conference%20Programme%2014.03.05](http://www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/Conference%20Programme%2014.03.05). Citado por García-Barbero, Milagros. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografía N<sup>o</sup>. Seguridad Clínica. 2006. P.209-220. Barcelona (España). Fecha de consulta: Junio 10 de 2011. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

Chicaíza, L. (2002). *“El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo”*. En: Problemas del Desarrollo. Vol. 33, no. 131, X-XII / 2002.

Díaz-Granados, J.M. “Gestión y Resultados de las Empresas Promotoras de Salud”. Ponencia presentada en el Foro: Salud en cifras “Donde estamos y para donde vamos”. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI-. Bogotá, 23 de junio de 2010. Fecha de consulta: Julio 22 de 2011. Disponible en: [http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/salud\\_cifras/salud15.pdf](http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/salud_cifras/salud15.pdf)

Dicue Medina, Leonor. (2000). Protocolo de Londres. Análisis causalidad de los eventos adversos. Presentación electrónica. Fecha de consulta: Septiembre 30 de 2011. Disponible en: <http://www.wobook.com/WBFD7lw1Ni7w/PROTOCOLO-DE-LONDRES.html>

Fundación MAPFRE. Diccionario Mapfre de seguros. 2011. Consulta en línea. Disponible en: <http://www.mapfre.com/wdiccionario/terminos/vertermino.shtml?r/riesgo.htm>

Gaitán D., Hernando; Eslava S., Javier; Garzón O., et.al. (2005). Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. 2002 - 2003. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 56, núm. 1, marzo, 2005, pp. 18-27. Fecha de consulta: Septiembre 13 de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214314003.pdf>.

García-Barbero, Milagros. (2006). La alianza mundial para la seguridad del paciente. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografía N°8. Seguridad Clínica. 2006. P.209-220. Barcelona (España). Fecha de consulta: Junio 10 de 2011. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

Gómez Castañeda, O.R. (2006): "Basilea I y II" en Observatorio de la Economía Latinoamericana N° 56, febrero 2006. Artículo electrónico. Fecha de consulta: Mayo 3 de 2011. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ve/2006/orgc-01.htm>

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2009). Ministerio de la Protección Social. Convenio No. 256. 2009. GÓMEZ, Alexander. "Lineamiento de la gestión del riesgo en salud dirigido a EPS, en el marco de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 1740 de 2008 (Administración del Riesgo general e individual en salud fases 1 y 2) – Experiencias en Colombia relacionadas con la gestión del riesgo-". 45 p. Fecha de consulta: Octubre 03 de 2011.

Herrera Valencia, Beethoven. (2010). Publicación portafolio.com.co Sección Editorial – opinión. Fecha de publicación: 26 de septiembre de 2010. Fecha de consulta: Mayo 2 de 2011. Disponible en: <http://www.portafolio.co/archivo/documento/CMS-7989580>

Herrera Rodríguez, Francisco; García, Emilio Ignacio. (2006). Una revisión histórica de la seguridad clínica. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografía N°8. Seguridad Clínica. 2006. P.9-25. Barcelona (España). Fecha de consulta: Junio 10 de 2011. Disponible en: [http://www.fundacionmhm.org/fondo\\_editorial.html](http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html)

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). (2006). Norma Técnica Colombiana NTC 5254. Gestión de Riesgo. Bogotá, Colombia.



Instituto Nacional de Salud. (2004). Principios de epidemiología. Curso de autoaprendizaje 3030G. Segunda edición, 2004. Bogotá, D.C.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D: National Academy Press; 1999. Villarreal-Pérez, Jesús; Gómez-Almaguer, David; et.al. Errores Humanos. Revista Medicina Universitaria. 2011; 13 :69-71 - vol.13 núm 51. Fecha de consulta: Octubre 20 de 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-universitaria-304/errar-es-humano-90024050-editorial-2011>

Koprinarov, B. (2005). El riesgo empresarial y su gestión. Artículo electrónico. En: Analítica.com. Sección economía y petróleo. Fecha de publicación: 12 de mayo de 2005. Fecha de consulta: julio 12 de 2011. Disponible en: <http://www.analitica.com/va/economia/opinion/5753437.asp>

Luengas Amaya, Sergio. (2009). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Artículo electrónico. En: Vía Salud. Centro de Gestión Hospitalaria. N° 48. Julio de 2009. Fecha de consulta: Septiembre 25 de 2011. Disponible en: <http://www.cqh.org.co/imagenes/calidad1.pdf>

Meerschaert, J. Manejo de riesgos en seguros de salud. Ponencia presentada en congreso "Habilitación financiera y administración de riesgos de las EPS en Colombia". ACEMI; MILLIMAN CONSULTANT AND ACTUARIES. Bogotá, 25 – 26 de septiembre, 2007.

Ministerio de la Protección Social (2009). Primer informe nacional de la calidad de la atención en salud. INCAS Colombia 2009. Bogotá, Diciembre de 2009. Fecha de consulta: diciembre 16 de 2011. Disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/INCAS.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/INCAS.pdf)

Organización Internacional de Normalización. (2009). Norma Internacional ISO 31000:2009. "Gestión del Riesgo. Principios y directrices".

Organización Mundial de la Salud (2007). Centro de prensa. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. [en línea]. Fecha de publicación: 2 de Mayo de 2007. Fecha de consulta: Octubre 12 de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Resolución WHA55.18. Ginebra: 2002. Citado por: García-Barbero, Milagros. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografía N°8. Seguridad Clínica. 2006.

P.209-220. Barcelona (España). Fecha de consulta: Junio 10 de 2011. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la Protección Social. (2009). Marco normativo sobre gestión del riesgo en salud. Convenio N°256. Documento elaborado por Gómez R, Alexander. Bogotá, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la Protección Social. (2009). "Lineamiento de la gestión del riesgo en salud dirigido a EPS, en el marco de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 1740 de 2008 (Administración del Riesgo general e individual en salud fases 1 y 2)". Experiencias en Colombia relacionadas con la gestión del riesgo. Documento elaborado por Gómez R, Alexander. Bogotá, 2009.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *"Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia"*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.

Osorio Falla, S. (2007). "Aplicación de Modelo de Gestión de Riesgos en Aseguradoras en Colombia". Ponencia presentada en el Seminario Internacional: "Habilitación Financiera y Administración de Riesgos de las EPS organizado por ACEMI". Bogotá, Septiembre 26 de 2007. Fecha de consulta: Julio 22 de 2011. Disponible en: [http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/hab\\_financiera/AIG\\_riesgo\\_aseguradoras.pdf](http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/hab_financiera/AIG_riesgo_aseguradoras.pdf)

Raña Javier, et al. (2007). *"Modelo de asignación de recursos en atención primaria"*. Revista Médica de Chile. Vol. 135, Número 1, pp. 54 – 62. Santiago. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000100008&script=sci_arttext)

Restrepo, Francisco Raúl. (2008). Experiencia de la implementación del estudio IBEAS en Colombia. Ministerio de la Protección Social. Presentación realizada en la IV Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente. Madrid, Noviembre 26 de 2008. Consulta en línea. Fecha de consulta. Septiembre 23 de 2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/impacto-del-estudio-ibeas-en-la-gestin-de-la-seguridad-del-paciente-presentation>

Rodríguez Hernández, Carlos Edgar (2007). "Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y acreditación en salud." Artículo electrónico. En: Revista Normas & Calidad. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC. V.22 fasc.74 p.1 - ,2007. P 24-27. Fecha de consulta: Septiembre 30 de 2011. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Normas%20y%20Calidad%20No%20074.pdf>  
[http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio\\_IBEAS.pdf](http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf)

Salinas, Vicente. (2003). "La solvencia de las entidades bancarias: el nuevo Acuerdo de Capital, Basilea II. Revista Valenciana de Economía y Hacienda. N° 9. III/2003. España, 2003. Pág. 237-255. Edición Electrónica. Fecha de consulta: Mayo 2 de 2011. Disponible en: [http://portales.gva.es/c\\_economia/web/rveh/pdfs/n9/obser2\\_9.pdf](http://portales.gva.es/c_economia/web/rveh/pdfs/n9/obser2_9.pdf)

Superintendencia Bancaria de Colombia. (2002). Circular Externa 052 de 2002. Colombia.

Singh, R; McLean-Plunckett, E A; Kee, R; et. Al. (2009). [Experiencia con la herramienta "triggertool" para identificar Eventos Adversos asociados a medicamentos en personas mayores en atención primaria. Quality and Safety in Health Care 2009;18:199-204](#)

Superintendencia Financiera de Colombia. (1996). Circular Externa 007 de 1996. Circular Básica Jurídica. Colombia.

Colombia. (2007). Circular Externa 041 de 2007..

Taylor-Adams, Sally; Vincent, Charles. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Fecha de consulta: Octubre 02 de 2011. Disponible en: [http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the\\_london\\_protocol.pdf](http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EF-AA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf)

Universidad del Rosario. Grupo de investigación de la facultad de Economía. Castaño, Ramón A. Modelos de gestión de riesgo en salud: Revisión de conceptos y recomendaciones para el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Colombia. Junio, 2008.

Villarreal-Pérez, Jesús; Gómez-Almaguer, David; et.al. Errar es Humano. Revista Medicina Universitaria. 2011; 13 :69-71 - vol.13 núm 51. Fecha de consulta: Octubre 20 de 2011. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-universitaria-304/errar-es-humano-90024050-editorial-2011>

Vítolo, F. (2010). Análisis de riesgos en instituciones de salud. Revista electrónica. ADECRA. Asociación de clínicas, sanatorios y hospitales privados de la República de Argentina. [www.adebra.org.ar](http://www.adebra.org.ar). Fecha de consulta: Julio 26 de 2011. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/25922373/AN%C3%83%20LISIS-DE-RIESGOS-EN-INSTITUCIONES-DE-SALUD>