



Evolución del concepto de *gestión del riesgo* en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una revisión narrativa (2002-2022)*

Evolution of the Concept of *Risk Management* in the General Social Security Health System: A Narrative Review (2002-2022)

Evolução do Conceito de *Gestão de Risco* no Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde: Uma Revisão Narrativa (2002-2022)

Recibido: 17 de enero de 2024. Aceptado: 18 de diciembre de 2024. Publicado: 30 de diciembre de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.ecgr>

Ariel Orozco Arbeláez^a

Escuela de Ciencias de la Vida de la Universidad EIA, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7238-7935>

Natalia Calle Cárdenas

Programas de pacientes con enfermedades crónicas, de alto costo y catastróficas, Colombia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1816-0410>

Cómo citar Orozco Arbeláez, A. y Calle Cárdenas, N. (2024). Evolución del concepto de *gestión del riesgo* en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una revisión narrativa (2002-2022). *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.ecgr>

^aAutor de correspondencia. Correo electrónico: ariel.orozco@eia.edu.co

Resumen

Introducción. La gestión del riesgo en salud (GRS) es la estrategia adoptada por Colombia para mejorar el nivel de salud de su población. Sin embargo, hasta 2015 no había definiciones ni métodos explícitos para su implementación ocasionando que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no tuvieran el marco de referencia para la prestación del servicio aplicando los métodos y técnicas propias de la GRS. **Métodos.** Este artículo realiza una caracterización de la evolución del concepto de GRS a través de una revisión narrativa, explorando la información disponible en Medline y en los repositorios del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto Nacional de Salud, el Banco de la República, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) y la Superintendencia Nacional de Salud. **Resultados.** En Medline, se encontraron 4019 artículos. El 44% abordaban la GRS como gestión clínica, el 15% como gestión de los riesgos físicos en trabajadores sanitarios, farmacovigilancia y gestión de la enfermedad crónica no trasmisible (ECNT) y el 41% restante lo relacionaba con la seguridad del paciente con condiciones mentales. En la exploración de los repositorios colombianos la GRS tuvo alcance más sistémico, involucrando aseguradores, prestadores y entes territoriales. **Conclusión.** El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 introdujo un concepto autóctono de GRS en relación con la literatura consultada. El marco estratégico (política de salud y modelo de atención) surgió en 2016 cuando el MSPS ordenó la aplicación de lineamientos normativos para la gestión sistémica del riesgo en salud, 23 años después del advenimiento de la Ley 100. **Palabras clave:** riesgo, gestión del riesgo, seguro de salud, sistemas de salud.

Abstract

Introduction. Health risk management (HRM) is the strategy adopted by Colombia to improve the health status of its population. However, until 2015, there were no explicit definitions or methods for its implementation, leading to a lack of a reference framework for actors within the General Social Security Health System (GSSHS) to provide services using HRM-specific methods and techniques. **Methods.** This article characterizes the evolution of the HRM concept through a narrative review, exploring available information in Medline and repositories from the Ministry of Health and Social Protection (MHSP), the National Institute of Health, the Bank of the Republic, the Colombian Association of Comprehensive Medicine Companies (Acemi), and the National Health Superintendence. **Results.** A total of 4019 articles were found in Medline. Of these, 44% addressed HRM as clinical management, 15% as the management of physical risks in healthcare workers, pharmacovigilance, and chronic non-communicable disease (NCD) management, while the remaining 41% related it to patient safety in mental health conditions. In the review of Colombian repositories, HRM had a more systemic scope, involving insurers, providers, and territorial entities. **Conclusion.** The Ten-Year Public Health Plan (PDSP) 2012–2021 introduced a concept of HRM specific to the Colombian context in comparison to the reviewed literature. The strategic framework (health policy and care model) emerged in 2016 when the MHSP mandated the application of regulatory guidelines for systemic health risk management, 23 years after the enactment of Law 100.

Keywords: Risk, Risk Management, Health Insurance, Health Systems.

Resumo

Introdução. A gestão de risco em saúde (GRS) é a estratégia adotada pela Colômbia para melhorar o nível de saúde de sua população. No entanto, até 2015, não havia definições nem métodos explícitos para sua implementação, o que levou à ausência de um marco de referência para que os atores do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) prestassem serviços aplicando os métodos e técnicas próprios da GRS. **Métodos.** Este artigo caracteriza a evolução do conceito de GRS por meio de uma revisão narrativa, explorando informações disponíveis no Medline e nos repositórios do Ministério da Saúde e Proteção Social (MSPS), do Instituto Nacional de Saúde, do Banco da República, da Associação Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) e da Superintendência Nacional de Saúde. **Resultados.** Foram encontrados 4019 artigos no Medline. Desses, 44% abordavam a GRS como gestão clínica, 15% como gestão de riscos físicos em trabalhadores da saúde, farmacovigilância e gestão de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e os 41% restantes a relacionavam com a segurança do paciente em condições de saúde mental. Na revisão dos repositórios colombianos, a GRS teve um alcance mais sistêmico, envolvendo seguradoras, prestadores de serviços e entidades territoriais. **Conclusão.** O Plano Decenal de Saúde Pública (PDSP) 2012–2021 introduziu um conceito autóctone de GRS em relação à literatura analisada. O marco estratégico (política de saúde e modelo de atenção) surgiu em 2016, quando o MSPS determinou a aplicação de diretrizes normativas para a gestão sistêmica do risco em saúde, 23 anos após a promulgação da Lei 100.

Palavras-chave: risco, gestão de risco, seguro de saúde, sistemas de saúde.



Introducción

La Ley 100 de 1993 adoptó el aseguramiento social obligatorio en salud con el propósito de transformar los gastos inciertos en los que incurrirían las personas, en caso de enfermar, en uno fijo representado en una prima de riesgo ajustada por grupo etario y sexo, denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) (1). Aun cuando el término *riesgo* emergió ese año, su conceptualización en el Sistema de Salud solo se desarrollaría en el siglo XXI con las normas expedidas por el Congreso de la República en 2001 y las sucesivas reglamentaciones implementadas por el Ejecutivo (2,3).

Atendiendo al marco conceptual propuesto por el Banco Mundial en el año 2000, el sistema colombiano de Protección Social definió *riesgo* como “aquél evento o conjunto de eventos que pueden dañar el bienestar de una familia enmarcada en una población”. Adicionalmente, los clasificó por fuente: salud, ciclo vital, fuentes sociales y fuentes económicas. La salud como fuente de riesgo, genera enfermedad y las enfermedades de ciclo vital —infancia, adolescencia, maternidad y vejez— generan alta dependencia económica. Ahora bien, el riesgo en salud deteriora del bienestar de los hogares a causa de la enfermedad, lesión o incapacidad de uno de sus miembros o de epidemia en una zona o comunidad (4).

La literatura ha considerado dos categorías de riesgo en salud: el primario y el técnico. El *riesgo primario* (o riesgo de seguro) es la variación en la incidencia y la prevalencia de las enfermedades en una población, como resultado de los determinantes sociales de la salud (DSS) o de factores de causal genético, así como el grado de severidad (gravedad) no evitable. La variación en la incidencia y la prevalencia se denomina *riesgo primario de incidencia* y se refiere al número de casos por año de las diferentes condiciones médicas. Mientras que el *riesgo primario de severidad* se refiere a la variación en la gravedad de cada patología (5).

Por otra parte, el *riesgo técnico* se subdivide en *riesgo técnico de uso* o utilización y *riesgo técnico de morbilidad evitable*. El primero es la variación en el uso de recursos y actividades de salud que no está soportada en la evidencia, mientras que el segundo es aquel que conduce a complicaciones (agudas o crónicas) de las condiciones del paciente, atribuibles al proceso de atención y no a su enfermedad (5).

El concepto de *gestión del riesgo* no es unívoco; su alcance suele estar determinado por el campo del conocimiento en el que se aplique. En el sector salud, se puede entender como “el conjunto complejo de sistemas, procesos, procedimientos y estructuras de informes clínicos y administrativos, diseñados para detectar, monitorear, evaluar, mitigar y prevenir riesgos para los pacientes” (6). Esta definición, aunque apunta al campo de la seguridad del paciente, es útil porque capta aspectos esenciales del concepto adoptado por el SGSSS.

Según la información recolectada, el PDSF 2012-2021 adoptó la siguiente definición de GRS:

Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él que tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (7).

Además, el Plan señaló que las acciones de la GRS hacen parte de un enfoque estructurado para manejar las condiciones inciertas que se pueden presentar tanto en la frecuencia con la que aparece una condición médica determinada o la severidad de dicha condición, a través de una secuencia de actividades que incluyen la medición de los daños a la salud en un individuo o población y el desarrollo de estrategias para identificarlos, manejarlos y mitigarlos (7).

Este trabajo busca describir la evolución del concepto de riesgo y su gestión en el sistema colombiano de salud mediante una revisión retrospectiva de la literatura pertinente aplicando técnicas de investigación cualitativa, particularmente la revisión narrativa.

Materiales y métodos

Para caracterizar la evolución del concepto de GRS en el SGSSS como fundamento estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se adoptó la estrategia de revisión narrativa con el objetivo de identificar y analizar aquellos textos que describieran sus significados. El producto es la narrativa obtenida a partir de fuentes predeterminadas. En esta estrategia los investigadores abordan las cuestiones de la indagación, analizando los datos que emergen desde las fuentes identificadas, para interpretar y dar sentido a la realidad que se pretende explicar (8,9).

La búsqueda se realizó en dos niveles. El primero establece el alcance del concepto de GRS en las publicaciones indexadas del Medline, aplicando los siguientes parámetros de búsqueda: título/resumen, *healthcare risk management* (GRS), *excluir environmental* (riesgo ambiental). Se activaron, además, los siguientes filtros: *free full text, review, systematic review, in the last 5 years*. El segundo nivel establece la consistencia del concepto adoptado por el SGSSS con la literatura científica, en los repositorios institucionales del MSPS, el Instituto Nacional de Salud, el Banco de la República, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y la Superintendencia Nacional de Salud, aplicando las palabras clave “riesgo en salud”, “gestión del riesgo” y “gestión integral de riesgo” en sus herramientas de búsqueda.

Para clasificar la información obtenida del primer nivel se establecieron siete categorías temáticas, de acuerdo con el contenido del resumen y de las palabras clave: Categoría 1, o documentos que describen la GRS como el proceso que trata situaciones que deterioran la integridad del personal sanitario, por efecto de fuerzas biomecánicas, de cargas de trabajo o exposición a agentes biológicos, químicos o radiación ionizante. Categoría 2, GRS como identificación de las interacciones medicamentosas y los efectos sinérgicos que suceden en



el tratamiento de personas con varias condiciones médicas agregadas y que incrementan la probabilidad de desenlaces no esperados. Categorías 3, 5 y 7 o documentos que abordan la cuestión de la GRS como seguridad del paciente con enfoque en la prevención de eventos específicos como las úlceras por presión, caídas y errores en los procesos asistenciales (Tabla 1).

Tabla 1. Categorías temáticas definidas a partir de los documentos recuperados en Medline Pubmed

Categoría temática	Descriptor de la categoría
1	GRS como el proceso que trata situaciones que deterioran la integridad del personal sanitario, por efecto de fuerzas biomécanicas, de cargas de trabajo o exposición a agentes biológicos, químicos o radiación ionizante.
2	GRS como identificación de las interacciones medicamentosas y los efectos sinérgicos que suceden en el tratamiento de personas con varias condiciones médicas agregadas y que incrementan la probabilidad de desenlaces no esperados.
3	GRS entendida como la identificación, evaluación y prevención de los riesgos técnicos, particularmente, úlceras por presión.
4	GRS entendida como la identificación, evaluación y prevención de los riesgos técnicos, particularmente, en el paciente con trastornos o enfermedad mental.
5	GRS entendida como la identificación, evaluación y prevención de los riesgos técnicos, particularmente, riesgo de caídas del paciente.
6	GRS entendida como la identificación, evaluación y prevención de los riesgos técnicos, particularmente, manejo de factores de riesgo asociado a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).
7	GRS entendida como la identificación, evaluación y prevención de los riesgos técnicos, particularmente, riesgos asociados a la aplicación de procedimientos e intervenciones asistenciales.

Fuente: elaboración propia con datos de Medline Pubmed *search query*.

Asimismo, los documentos clasificados en la categoría 4 describían la GRS como las barreras de seguridad para la prevención de lesiones autoinfligidas, el suicidio, las agresiones al personal, la prevención del delirio y el empeoramiento de las condiciones clínicas del paciente en aquellos con condiciones y trastornos mentales mientras que aquellos clasificados en la 6 lo hacían respecto de la gestión de factores de riesgo asociados a ECNT. Finalmente, se cotejaron el alcance, las definiciones y los conceptos de los documentos categorizados obtenidos a través de Medline Pubmed y los de los repositorios nacionales para establecer su consistencia con la literatura científica.

Resultados

De Medline Pubmed fueron recuperadas 4.019 publicaciones que cumplieron los criterios de búsqueda, como se aprecia en la figura 1.

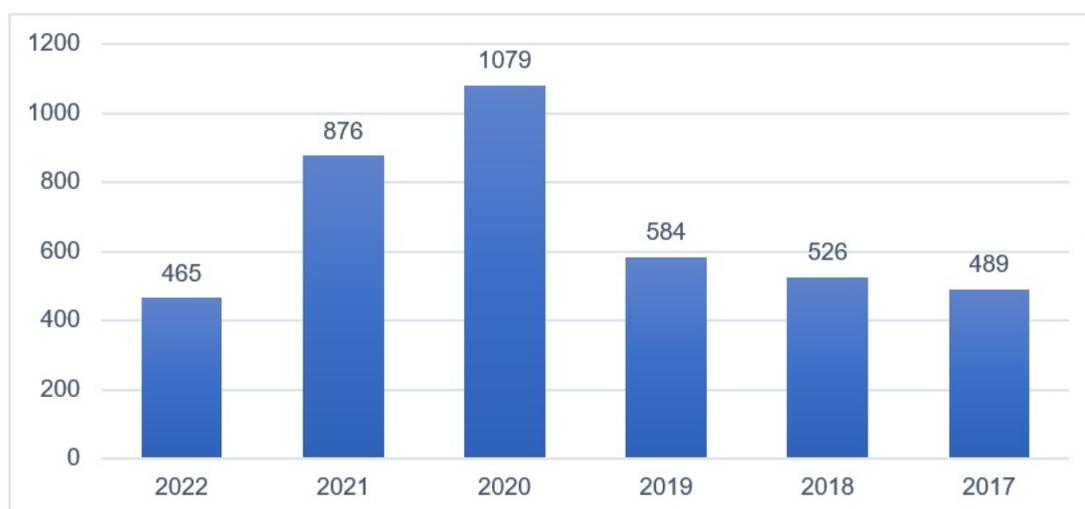


Figura 1. Número de artículos sobre GRS 2017-2022

Fuente: Medline Pubmed *search query*, healthcare risk management, 2022.

Llama la atención que en 2020, cuando se presentó la pandemia por Covid-19, se generó el mayor número de artículos. Asimismo, el 18% de los documentos recuperados correspondieron a la GRS entendida como la gestión de los riesgos que afectan la seguridad del paciente (riesgo técnico). En el 15% el alcance estuvo relacionado con los factores laborales a los que se expone el personal sanitario, como los agentes biológicos, entre otros (categoría 1). Una proporción equivalente correspondió a la categoría 2; en este caso el foco del proceso es la identificación de las interacciones y sinergias del tratamiento farmacológico en pacientes con comorbilidades.

Las categorías 3, 5 y 7 se adscriben al concepto de GRS como seguridad del paciente y su enfoque es la prevención de errores que pueden deteriorar su condición física o producir su muerte. Se recuperaron el 12%, 14% y 18% respectivamente (Figura 2). Con respecto a la



gestión de factores de riesgo asociado a ECNT (categoría 6), los documentos hacen énfasis en el *Disease* y en el *Case Management*, enfoques de atención médica que buscan intervenir los factores del comportamiento de los pacientes que derivan en descompensaciones clínicas (por ejemplo, el incremento súbito de la presión arterial) y por ende su deterioro y eventualmente su fallecimiento (6,10). Ambas son estrategias eficaces para gestionar el riesgo técnico.

Finalmente, el 11% de los documentos recuperados estaban relacionados con gestión de los riesgos en el manejo del paciente con trastornos y enfermedad mental; en esta categoría, los documentos clasificados describen las barreras de seguridad para la prevención de lesiones autoinfligidas, el suicidio, las agresiones al personal asistencial, la prevención del delirio y el empeoramiento de sus condiciones clínicas (Figura 2).

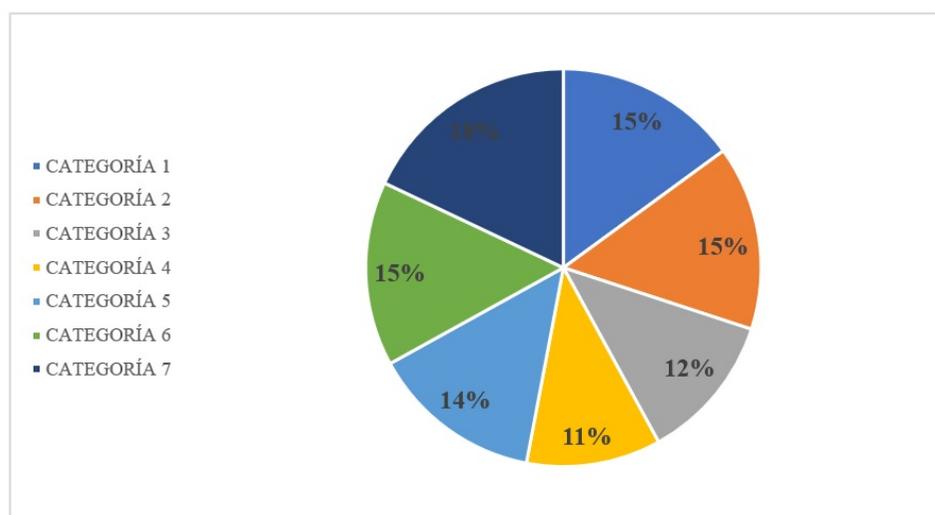


Figura 2. Número de artículos por categoría temática sobre el total de documentos recuperados Medline Pubmed (como proporción)

Fuente: elaboración propia con resultados de Medline Pubmed Search Query, 2022.

Si se consolidan los resultados de las categorías temáticas relacionadas con la seguridad del paciente encontramos que el 44% de la literatura recuperada corresponde a la GRS como gestión del riesgo técnico (5).

Ahora bien, en la exploración de los sitios web y los repositorios institucionales colombianos se identificó que la gestión del riesgo tiene mayor alcance y abarca diferentes dimensiones de la vida social, entre ellas, la salud. El primer hito fue de orden normativo; en 2002 la Ley 790 definió la gestión del riesgo como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo” (3).

Ese mismo año se introdujo el concepto de riesgo asociado a la prestación de los servicios asistenciales. El Decreto 2309 definió una serie de condiciones mínimas y obligatorias de

estructura y recursos, dirigidas a reducir el riesgo inherente a la atención en salud (11). Este decreto se reglamentó mediante la Resolución 1439 de 2002 que reafirmó las disposiciones sobre riesgo en la provisión de los servicios y la esencialidad de las condiciones estructurales mínimas para la atención de las personas (12). Con respecto al riesgo asociado a los servicios propios del aseguramiento (riesgo primario) se encontró que en 2004 el Decreto 515 definió las condiciones y procedimientos para el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado de Salud (EPS) y garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados (13).

Cinco años después, la Ley 1122 estableció como funciones indelegables de las EPS la administración del riesgo financiero y la GRS (14), a través de dos decretos reglamentarios. El Decreto 574 ordenó a las EPS, la implementación de “una gestión técnica de los riesgos inherentes a su actividad”, debido a las condiciones de incertidumbre y riesgo en las cuales operan y como factor determinante para su sanidad financiera (15). Y el Decreto 1698 que determinó la implementación de un sistema de administración para la identificación, medición, evaluación, cuantificación y control de los riesgos propios del aseguramiento en salud (16).

En 2007, la Ley 1122 ordenó que Colombia dispusiera de una política pública de salud. En efecto, su artículo 33 estableció el diseño de un plan cuyo objetivo fuera la atención y prevención de los principales factores de riesgo y la promoción de condiciones y estilos de vida saludable (14). Posteriormente, en 2011 la Ley 1438 insistió en la formulación de un Plan Decenal de Salud Pública (PDS) (17); esta ley se reglamentó en 2013 a través de la Resolución 1841 que adoptó formalmente el PDS. Su adopción constituyó un hito en la implementación de la GRS en el ámbito del Sistema, al establecerla como una de sus líneas operativas y definirla de manera explícita (18).

Para el PDS, el riesgo en salud es el evento, la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones; y las causas son los factores comportamentales, sociales, biológicos, de acceso a los servicios o medioambientales que determinan el estado de salud de una población. El Plan también estableció seis actividades que hacen parte del proceso de GRS: 1. Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial, 2. Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial, 3. Modificación del riesgo, 4. Vigilancia de la gestión del riesgo, 5. Gestión de la calidad de la atención y 6. Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes (18).

En 2015, la Ley del Plan Nacional de Desarrollo ordenó la formulación de una Política Atención Integral en Salud (PAIS), que además de complementar el marco estratégico del PDS, determinó la operación de rutas de atención específicas por grupos de riesgo (19). En 2016, la Resolución 429 asignó al MSPS la formulación de la PAIS como lineamiento obligatorio del Sistema, bajo el enfoque de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). Asimismo, la Política estableció un marco operativo para que los agentes del sistema y los usuarios



interactuaron coordinadamente: el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) integrado por diez componentes, entre ellos el de GIRS (20).

El alcance de la GIRS en el MIAS acogió las dos categorías de riesgo prescritas en la literatura: el riesgo técnico, que implica la identificación de grupos de personas con condiciones médicas específicas, su atención a través de rutas integrales (RIAS), el seguimiento a cohortes de pacientes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la evaluación de la efectividad de la atención y de los mecanismos de interacción entre las secretarías de salud, las EPS y las RIAS y el manejo integral de la información, y la gestión del riesgo primario que se reglamentó en 2015 por la Resolución 518 como línea operativa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (20,21).

En 2019, para hacer sistemáticos los lineamientos de la PAIS, el MSPS estableció el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) mediante la Resolución 2626. En su artículo 5° definió la GIRS como

la estrategia transversal de la PAIS que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (22).

La GIRS actúa en los individuos proactivamente, para evitar que se presenten condiciones médicas o se detecten y se traten precozmente, atenuando su evolución o mitigando sus consecuencias. Su objetivo es mejorar el nivel de salud de la población, la experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y mantener unos costos acordes a los resultados obtenidos. Igualmente, actúa en las poblaciones a cargo de las secretarías de salud articulando territorialmente las funciones de las EPS en las redes integrales (22).

En 2013, el Ejecutivo ordenó la modificación de la estructura interna de la Superintendencia Nacional de Salud para implementar el modelo de Supervisión Basada en Riesgos (SBR). En 2018, la Resolución 4599 adoptó la SBR como herramienta para la identificación, evaluación, medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos (salud, financieros, operativos, entre otros) a los que se encuentran expuestos sus integrantes. También, definió como obligatoria la implementación de un sistema integral de gestión de riesgos para todas las entidades vigiladas por la Superintendencia, otorgando un plazo de cumplimiento de 2 años a partir del 15 de septiembre de 2021 (23).

Discusión

El alcance de la GRS reseñado en los artículos obtenidos en Medline Pubmed se concentró en la gestión clínica, particularmente en aspectos relacionados con la seguridad del paciente (el 44%), tema que Colombia ha venido incorporando desde el año 2000 ajustando progresivamente su normativa. En este mismo sentido, un artículo publicado en 2018 por el New England Journal of Medicine (NEJM) señalaba que la implementación de la GRS se ha centrado tradicionalmente en la seguridad del paciente y la disminución de los errores médicos. Sin embargo, hace énfasis

en que la gestión de riesgos debería considerar la creciente influencia de la tecnología, las preocupaciones sobre seguridad cibernética y el constante cambio del clima regulatorio, legal y político, aspectos que aún no se abordan en el SGSSS (24).

El artículo también señala que el movimiento de Salud Basada en Valor y los contratos entre los aseguradores (EPS) y los proveedores de servicios que transfieren riesgos, como los “pagos por paquete” y los programas de pago por resultado, llevan a que el riesgo financiero se traslade de los pagadores a los proveedores, requiriendo una visión más amplia de la GRS.

Se referencia un informe de Moody's Investor Services que destaca el vínculo entre la GRS y los márgenes operativos de un hospital: “Mantener una alta calidad clínica tendrá un impacto cada vez mayor en el desempeño financiero y reducirá el riesgo de deterioro de la marca, a medida que el reembolso se aleja del *fee for service* (pago por evento)” (24).

A diferencia del concepto de GRS que ha venido evolucionando en el ámbito colombiano y que comprende un alcance sistémico, los artículos revisados para esta indagación muestran que esta se enfoca en la asistencia, aun cuando se han venido incorporando a la ecuación aspectos empresariales relacionados con la transferencia del riesgo, desde el pagador al proveedor de servicios de salud y el tema reputacional. Afirma el NEJM que “mantener una alta calidad clínica tendrá un impacto cada vez mayor en el desempeño financiero y reducirá el riesgo de deterioro de la marca a medida que el pago se acerca hacia un mayor énfasis en el valor y los resultados” (24).

El enfoque colombiano de GR se abordó desde una perspectiva sistémica en el SPS y se incorporó paulatinamente al SGSSS definiendo una política de atención segura, expidiendo normatividad para disminuir los riesgos inherentes a la provisión de servicios, y estableciendo atributos de calidad para la atención de salud en consonancia con lo previsto en la literatura consultada (4,10,25). Posteriormente, la evolución del SGSSS llevó al Estado, como ente rector del SGSSS, a reconocer que el riesgo en salud, como resultado adverso, no solo se expresa en la gestión clínica, sino también en las condiciones que determinan la morbi-mortalidad de las poblaciones. En efecto, la literatura colombiana acepta que las condiciones en las que nacen viven y trabajan las personas, incrementan la probabilidad de resultados no esperados en salud, como consecuencia de la materialización de riesgos colectivos (17,18).

Según la información recabada, el primer antecedente explícito para la prevención de riesgos en el ámbito clínico o riesgo técnico, solo surgió 12 años después de la sanción de la Ley 100 de 1993, con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en 2005. Esta política definió una estrategia para el “fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población” (26). Posteriores desarrollos contribuyeron al establecimiento de controles para disminuir la exposición al riesgo técnico (5).



En 2008, se publicaron los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y se incorporaron como requisitos mínimos para la prestación de servicios, la implementación de un programa de GRS y la adopción de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia (26). En el ámbito de los riesgos individuales y colectivos o riesgo primario, fue el PDSP 2012-2021 el que presentó *de novo* un concepto de GRS (18). Sin embargo, el Plan no estaba enmarcado en una política estratégica ni dispuso inicialmente de un modelo para hacerlo operativo: solo hasta 2016 el MSPS formuló la PAIS bajo el enfoque de la GIRS y de un marco operacional o MIAS (20).

La formulación tardía del marco estratégico y operativo para la implementación del PDSP supuso una nueva evolución en materia de gestión sistémica del riesgo en salud para Colombia. En atención al enfoque diferencial que debe asumir la atención en salud por las características particulares de los territorios y sus poblaciones, el MSPS resolvió en 2019 asignar funciones precisas a los entes territoriales para la GIRS a través de un nuevo marco operativo que denominó MAITE (22).

Actualmente el MSPS se encuentra gestionando el PDSP 2022-2031, que busca ampliar el alcance de la GIRS para prevenir que la suma de riesgos (probabilidades de materializar amenazas para la vida y la salud) individuales y colectivos destruya bienestar. Su finalidad no se limita a la atención de condiciones médicas, sino en mantener y proteger la salud de la población, reduciendo las inequidades (27). El nuevo plan mantiene la línea operativa de GIRS establecida en el PDSP 2012-2021, y demás instrumentos normativos y de política que la concentran (PAIS, MAITE, RIAS) (22).

Conclusiones

A partir de la información recolectada durante este estudio, se puede concluir que el concepto de *riesgo* en el sector de la salud ha estado adscrito a situaciones que engendran pérdidas y que la gestión del riesgo es entendida como el proceso dirigido a prevenirlas. En el caso de los sistemas de salud, dichas pérdidas se expresan como incrementos en la carga de enfermedad, discapacidad, muerte prematura, déficits financieros, deterioro reputacional o demandas.

En el mundo, la GRS ha estado enfocada en la Gestión Clínica, particularmente en la prevención de errores médicos mediante el uso sistemático de barreras de seguridad y el aseguramiento de los desenlaces esperados promoviendo el uso de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia. Igualmente, en Colombia es posible evidenciar una evolución del concepto desde el enfoque clínico adoptado en la primera década del siglo XXI, hacia abordajes sistémicos que comprenden no solo los riesgos inherentes a la prestación de los servicios asistenciales, sino también a los que se expone una población por factores de determinación social de la salud, lo que supone una ventaja del SGSSS en el abordaje de los desafíos que le impone la agenda 2030 (ODS).

Si bien la evolución del concepto desde aproximaciones asistenciales a una más sistémica es evidente, también se observó que los conceptos sobre GRS y GIRS han discurrido lentamente

ocasionando que los agentes del SGSSS no hayan tenido un marco de referencia claro para actuar proactivamente sobre los riesgos en sus ámbitos de competencia. Esto puede explicar, al menos parcialmente, que las ganancias en salud en relación con los recursos invertidos no hayan sido mayores para la sociedad colombiana.

Referencias

1. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*. 1993 dic 23;41.148.
2. Colombia. Congreso de la República. Ley 789 de 2002, por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la Protección Social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. *Diario Oficial*. 2002 dic 27;45.046.
3. Colombia. Congreso de la República. Ley 790 de 2002, por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al presidente de la República. *Diario Oficial*. 2002 dic 27;45.046.
4. Holzmann R, Jorgensen SL. Social risk management: a new conceptual framework for social protection and beyond. *Social Protection Discussion Paper Series*. Washington: World Bank; 2000. [Internet]. <http://documents.worldbank.org/curated/en/932501468762357711/Social-risk-management-a-new-conceptual-framework-for-social-protection-and-beyond>
5. Castaño RA, Moreano D, Prada SI, Marín FR. Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía. *Documentos de trabajo PROESA*. 2022;(22):1-XX. ISSN: 2745-2999. [citado 2022 oct 17]. <https://www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/documentos-de-trabajo/proesa-dt-24.pdf>
6. McGowan J, Wojahn A, Nicolini JR. Risk Management Event Evaluation and Responsibilities. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. [citado 2023 feb 6]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559326/>
7. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. [Internet]. 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
8. Rodríguez AM. La narrativa como un método para la construcción y expresión del conocimiento en la investigación didáctica. *Sophia* [Internet]. 2022;16(2):183-95. <https://doi.org/10.18634/sophiaj.16v.2i.965>
9. Lieblich A, Tuval#Mashiach R, Zilber T. Narrative research: reading, analysis and interpretation. London: SAGE; 1998.
10. Giardino AP, De Jesus O. Case Management. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. [citado ago 14]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562214/>



11. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2309, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. 2002 oct 17;44.967.
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1439, por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. *Diario Oficial*. 2003 abr 12;45.158.
13. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 515, por el cual se define el sistema de habilitación de las entidades administradoras del régimen subsidiado. *Diario Oficial*. 2004 abr 23;45.470.
14. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. 2007 ene 9;46.506.
15. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 574, 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. *Diario Oficial*. 2007 mar 2;46.558.
16. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1698, 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. *Diario Oficial*. 2007 may 16;46.630.
17. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. 2011 ene 19;52.522.
18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. *Diario Oficial*. 2013 jun 4;48.811.
19. Colombia. Congreso de la República. Ley 1753, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. *Diario Oficial*. 2015 jun 9;49.538.
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429, por medio de la cual se adopta la política de atención integral en salud-PAIS. *Diario Oficial*. 2016 jul 20;49.940.
21. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud. *Diario Oficial*. 2015 feb 24;49.436.
22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. *Diario Oficial*. 2019 sep 27;51.092.
23. Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 4599, por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. 2018 abr 12;50.562.

24. NEJM. What is risk management in healthcare. [Internet]. [citado 2023 ene 25]. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0197>
25. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. [Internet]. [citado 2023 ene 25]. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
26. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet]. [citado 2023 ene 25]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. *Diario Oficial*. 2022 jun 15;52.066.

Notas

- * Artículo de investigación

