

## Introducción

La gestión de las organizaciones responsables del cuidado de la salud de una población o comunidad implica cada vez mayores retos, por la complejidad de elementos y variables que determinan los resultados y la limitada efectividad de un sistema articulado sobre el nivel de salud de los usuarios.

La atención en salud hoy, está caracterizada por mayores exigencias en el conocimiento, más elementos incluidos en el cuidado de pacientes, superiores compromisos con la calidad de atención, y participación creciente de recursos humanos, tecnológicos y administrativos.

Las actuales metodologías de organización y prestación de servicios de salud, no alcanzan a cubrir la totalidad de expectativas de los pacientes y sus familias, en parte debido a que la ciencia y tecnología involucrada en la prestación de servicios de salud: el conocimiento, experiencia, intervenciones específicas, dispositivos y medicamentos, han avanzado mucho más rápido que la habilidad para dispensar este conocimiento y tecnología en forma segura, efectiva y eficiente.

El marco actual de responsabilidades y ámbito del cuidado en salud está parametrizado por la normatividad subyacente, los planes de beneficios inflexibles, la necesidad de mantener el gasto controlado, objetivos enfocados a indicadores de cobertura y actividades de prestación de servicios primordialmente incluidas en la recuperación y mantenimiento de la salud. El número de intervenciones y las actividades crecientes realizadas con costos controlados en determinados períodos, señalan la eficiencia de la organización. La relación del costo administrativo con el asistencial determina la racionalidad del gasto y la posibilidad de arrojar utilidad al final del ejercicio.

Sin embargo, el desempeño de las organizaciones responsables del cuidado en salud está determinado por el cumplimiento de diversas tareas específicas que incluyen variables tanto del ámbito administrativo y gerencial, como perspectivas de corresponsabilidad con el usuario e intervención en los diferentes contextos de los determinantes de la salud.

Es así como desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los parámetros de evaluación de los Sistemas de Salud. Se establece el desempeño de los Sistemas de Salud como la capacidad que tienen de alcanzar los objetivos específicos en salud (ganancias en salud) y los objetivos comunes a todos los siste-

mas sociales (justicia en la contribución y respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios) consumiendo un volumen de recursos. La evaluación del desempeño de los Sistemas de Salud definido por la OMS utiliza como criterios de calificación los siguientes: 1) Capacidad del sistema para mejorar la salud. 2) Capacidad de respuesta del sistema frente a las expectativas de servicio del usuario. 3) La justicia en la contribución financiera.

Este documento propone un Modelo de Salud con el objetivo de cumplir las responsabilidades descritas y ampliar los paradigmas de acción de una administradora de planes de beneficios. Pretende establecer un marco de referencia, que guardando criterios de eficiencia técnica y administrativa incursiona en la gestión del riesgo de enfermar, con dos propósitos: impactar los niveles de salud de los usuarios objeto de la atención y darle respuesta efectiva a las expectativas de los usuarios frente al sistema de salud.

La relevancia de este trabajo radica en que la Organización Mundial de la Salud evidenció en su informe anual del 2000 (La evaluación del desempeño de los servicios de salud del mundo<sup>1</sup>) que el desempeño de los servicios de salud es inferior al esperado dado el avance de la medicina moderna.

Para superar este desempeño subóptimo, en el mundo se están formulando Modelos de Salud. Algunos de los más difundidos son variantes de la estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria promulgada en la declaración de Alma-Ata. Sin embargo, desde esta declaración han surgido nuevos conocimientos especialmente en la forma de gestionar y administrar los planes de beneficios a partir de los cuales es posible generar modelos de salud con nuevos énfasis y atributos.

Se define entonces un Modelo de Salud, que oriente las elecciones individuales y colectivas en la búsqueda de un mejor desempeño, con dos características:

- Ecléctico: dado que en el mundo no hay experiencias completamente exitosas, se reunieron distintas aproximaciones y enfoques en un conjunto armónico.
- Heurístico: debido a que existen métodos depurados y universalmente válidos para formular modelos de atención.

Este Modelo de Salud es una filosofía de la atención expresada en forma de un conjunto de principios operativos que pretende permear el paradigma de atención actual de los sistemas y microsistemas de salud para mejorar el impacto sobre la salud de la población usuaria si se articulan los recursos y las voluntades necesarias.

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2000.

Para facilitar su revisión y análisis el Modelo de Salud se expresa en forma de interrelaciones entre los problemas detectados, los objetivos propuestos, los principios operativos requeridos, los atributos de la atención que serán necesarios y las macro estrategias que facilitarían la operacionalización del Modelo.

La definición de un Modelo de Salud debe generar principios de operación claros partiendo de la premisa de que los sistemas de salud son más que los servicios que prestan.

Son preguntas centrales en la definición de un Modelo de Salud el papel de la equidad, la solidaridad, la universalidad, la eficiencia y la calidad. Estos aspectos forman parte del fundamento axiológico del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, pero en la presente propuesta podrían adquirir matices y alcances mayores.

El Modelo de Salud debe posibilitar la permanencia y sostenibilidad a largo plazo de las organizaciones responsables de la administración y ejecución de planes de beneficios, propugnando por el rendimiento eficiente de los recursos, la efectividad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psicosomáticas, agudas y crónicas y una respuesta innovadora frente a las atenciones de alto costo y las necesidades en salud insatisfechas.

Sin embargo, las limitantes del Modelo deben también ser explícitas ya que el cambio en el estado de salud de una comunidad es una resultante de la acción de múltiples factores llamados determinantes de la salud y de ellos el servicio de salud no es el más influyente.

Las actividades que el sistema de salud decida desarrollar y sobre las cuales es necesario reconceptualizar la organización y la provisión de servicios, es necesario diferenciarlas en tres grandes perspectivas o líneas de acción: la gestión del riesgo fundamento principal del modelo, la gestión clínica que generará los recursos para dar vida al modelo, y la gestión de la salud como manifestación de la corresponsabilidad que tiene la organización sobre los determinantes de la salud.

La formulación de una estrategia de protección de la salud basada en la gestión del riesgo es pertinente para todo los diferentes sistema de seguridad social en salud debido a que los países de bajos y medianos ingresos están incorporando estilos de vida nocivos que sumados a las características de necesidades básicas insatisfechas y a la prevalencia de factores perjudiciales como la desnutrición consolidan un creciente riesgo de sufrir enfermedades crónicas cuya carga aumentará a medida que la población se localice e incremente en los rangos por encima de los cincuenta años.

La mayoría de los sistemas de salud viven una transición demográfica, lo cual significa que su población envejece paulatinamente mientras sus tasas de natalidad disminuyen en forma constante, adicionalmente hay un incremento en la expectativa de vida; desafortunadamente, dado que tienden a aumentar las enfermedades crónicas no transmisibles la carga de morbilidad en los años finales de la vida aumenta, de forma que pudiera enunciarse que las personas viven más tiempo pero con menor calidad de vida.

A medida que las estructuras demográficas continúen este proceso de transición, la población concentrada en los rangos de edad superiores y que tiene mayor proclividad a sufrir enfermedades crónicas no transmisibles y a requerir atención paliativa y curativa de alto costo, generará un incremento exponencial en el gasto que, en caso de no ser intervenido en forma efectiva y oportuna, podría inclusive conducir en el largo plazo a la inviabilidad financiera de las organizaciones administradoras de planes de beneficios.

Sin embargo, hasta este momento, el riesgo de enfermar de los usuarios al envejecer no ha podido reducirse significativamente, porque habitualmente se diseñan servicios asistenciales de alta calidad, pero con un enfoque mitigador o curativo que tiene una capacidad limitada para proteger la salud de la población.

Un modelo basado en la gestión del riesgo se propone identificar, evaluar y seleccionar, según su magnitud y naturaleza factores de riesgo para enfermedades agudas y crónicas, e implementar acciones costo efectivas en el escenario más adecuado, según el nivel de riesgo y las preferencias del usuario. Estas acciones deben disminuir la probabilidad de enfermar.

La Gestión del Riesgo pretende contribuir a impactar positivamente el estado de salud de los usuarios de un sistema de salud. Ese impacto debe reflejarse en una disminución en el uso de servicios asistenciales y en los costos de atención. Para lograr ese impacto la gestión del riesgo debe disminuir la carga producida por enfermedades prevenibles, secuelas y muertes evitables en la población usuaria. Esa disminución debe reflejarse en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), ganados a partir de la implementación de la estrategia, calculados a partir de informes de carga de morbilidad derivados del perfil epidemiológico.

Una política de esta envergadura requiere para su implementación la formulación de un plan de acción que explícitamente contemple aquellas herramientas administrativas y de concertación que posibiliten su operacionalización.

Esta implementación requiere ciertos atributos:

- Gestión anticipatoria: Estimar la probabilidad de ocurrencia de enfermedades agudas y crónicas.
- Gestión racional: Intervenir por nivel de riesgo, grupo de edad y escenario.
- Gestión comprehensiva: Reconocer otros determinantes de la salud aparte de la atención médica.
- Gestión inducida: Evitar la concentración de acciones preventivas en un subgrupo de usuarios y evadir la paradoja de la prevención.

El ámbito del Modelo de Salud propuesto incluye acciones e intervenciones tanto en los procesos de direccionamiento y planeación, como en los procesos de aseguramiento y prestación de servicios de salud, esta aproximación por procesos reinventa la estructura organizacional, y demanda adicionalmente el soporte de áreas funcionales que den vida al modelo y catalicen su crecimiento, como son el área de fomento y protección de la salud, calidad y vigilancia epidemiológica, auditoría de la calidad, comunicaciones, atención al usuario y gestión farmacéutica.

Para la aplicación del Modelo se utiliza un escenario real, como es la Unidad de Servicios de Salud, UNISALUD, de la Universidad Nacional de Colombia, y las referencias a perfiles demográficos, epidemiológicos, sociológicos, financieros y organizacionales se discuten al interior de dicho escenario. UNISALUD presenta características extremas en su distribución demográfica y epidemiológica que permiten evidenciar contextos sanitarios previsible para la mayoría de los sistemas de salud actuales.

La primera parte de la obra describe el escenario donde se propone el modelo, las características organizacionales y la descripción de la problemática sanitaria evidenciada en el microsistema de salud descrito. En la segunda parte se describe el modelo de salud propuesto, sus características, la estrategia definida para su implementación, señalando los atributos más relevantes de la gestión del riesgo, la gestión clínica y la gestión de la salud. En este apartado igualmente se señala la perspectiva Ética del Modelo.

Ante la necesidad de una adecuación organizacional que permita y favorezca el desarrollo y ejecución del Modelo la tercera parte describe las Herramientas Organizacionales consideradas para la aplicación del Modelo: gestión por procesos, el concepto de calidad, gerencia del servicio, sistemas de información, plan de mercadeo y plan de comunicaciones. En la última parte se describe la Apertura Programática del Modelo donde se describen las líneas de acción, los escenarios y el grupo etéreo donde se aplican los conceptos del Modelo, se describe adicionalmente el Proyecto de Estimación de Riesgo en Salud, base para dar inicio a la estrategia de Gestión del Riesgo.

Este Modelo pretende ser un aporte para la gestión de las organizaciones responsables del cuidado en salud de una población, a través de una perspectiva necesaria ante las limitantes actuales de la administración de planes de beneficios.

Considerando en forma estricta las responsabilidades del recaudo equitativo, completo y continuo de los aportes destinados para el sistema de salud, la distribución equitativa del gasto en salud, destinando los recursos correspondientes de acuerdo a los perfiles epidemiológicos y demográficos, la asignación de las diferentes partidas, de manera que se mantenga una relación viable en los porcentajes del gasto en alto costo, fomento y protección y administrativo y la articulación de redes prestadoras de servicios de salud, con acuerdos de utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes.

Sin embargo, son de igual o mayor importancia las responsabilidades de agenciar los recursos asignados, trasformándolos en intervenciones de salud, costo eficientes para el individuo y la comunidad. El mantenimiento del equilibrio del coste incremental de los programas de salud, a través del análisis de costo utilidad, representados en años de vida ajustados por calidad, el fomento del desarrollo de programas de salud cuya asignación presupuestal mantenga una equidad desde la perspectiva del costo beneficio, y la inversión de los excedentes producidos con la adecuada gestión de los recursos en actividades, procedimientos o intervenciones en salud, que disminuyan la tasa de siniestralidad presente.