

## 2. Modelo de Salud

La preocupación por los modelos de salud es una aplicación al sector salud de los postulados de la vertiente neo-institucional de la economía, de la vertiente de promoción de la salud de la salud pública y de la vertiente de la gestión integral de la administración hospitalaria.

La vertiente neo-institucional plantea que las instituciones deben fijar de forma explícita las normas y los incentivos que deberían guiar las elecciones individuales y colectivas<sup>20</sup>. La razón para darle un rol tan importante a las instituciones es que la capacidad de las organizaciones para soslayar la incertidumbre, entender y producir bienes y servicios de naturaleza compleja compuestos por varios productos intermedios, excede las posibilidades de la inteligencia humana individual.

La promoción de la salud tiene como una de sus cinco estrategias claves la reorientación de servicios de salud con el fin de mejorar el bienestar de la población usuaria fortaleciendo el componente preventivo dentro del Modelo de Salud.<sup>21</sup> Las otras estrategias claves son: el desarrollo de habilidades personales en salud mediante la educación en comportamientos saludables, la participación comunitaria que busca el empoderamiento, la formulación de políticas públicas saludables que tengan en cuenta la evaluación del impacto en salud y la creación de entornos que favorezcan la salud en las personas.

La gestión integral de las organizaciones de salud a través de estrategias como la gestión clínica proporciona herramientas de transformación organizacional imprescindibles para modificar la composición de los recursos utilizados al prestar los servicios de atención médica<sup>22</sup>. Siguiendo los principios gerenciales de la calidad como son una organización enfocada hacia el cliente, la participación de las personas asumiendo responsabilidades para controlar sus procesos, una política de toma de decisiones basada en hechos y el desarrollo de una relación benéfica con los proveedores, se presenta un sistema gerencial de la organización en salud con herramientas y metodologías para mantener y mejorar la calidad de los procesos clínicos, administrativos y de agenciamiento de la salud.

---

<sup>20</sup> KALMANOVITZ, Salomón. *La Cliometría y la Historia Económica Institucional: Reflejos Latinoamericanos*. Banco de la República. Febrero 2004

<sup>21</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. 21 de Noviembre 1986.

<sup>22</sup> ROJAS H., José Miguel, *La Gestión Clínica para el Primer Nivel de Atención, algunos elementos*, editado Ileana Vargas Umaña - 1 ed.. San José de Costa Rica 2003.

Consolidando estos postulados el Modelo de Salud es una visión de la atención que UNISALUD requiere brindar a sus usuarios y que se fundamenta en estas premisas:

1. UNISALUD es capaz de direccionar la atención y definir los servicios que deben prestarse.
2. UNISALUD tiene como responsabilidad impactar positivamente el estado de salud de la población en su totalidad.
3. UNISALUD requiere estrategias de gestión para poder modificar la cultura organizacional actual.

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>23</sup> que el desempeño de los servicios de salud es inferior al esperado dado el avance de la medicina moderna.

Para superar este desempeño sub-óptimo 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<sup>24</sup>. Sin embargo, desde la declaración de Alma-Ata han surgido nuevos conocimientos a partir de los cuales es posible generar modelos de salud con nuevos énfasis y atributos.

El camino tomado por UNISALUD consiste en definir 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 UNISALUD para mejorar el impacto sobre la salud de la población usuaria si se articulan los recursos y las voluntades necesarias.

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

<sup>23</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2000.

<sup>24</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, Rusia Septiembre 1978.

las macro estrategias que facilitarían la operacionalización del Modelo en las sedes de UNISALUD.

La definición de un Modelo de Salud debe generar principios de operación claros partiendo de la premisa de que UNISALUD es más que los servicios que presta. UNISALUD puede ser una búsqueda de excelencia en la articulación entre el financiamiento, la prestación garantizada de servicios y una adecuada utilización a corto, mediano y largo plazo que satisfaga las necesidades en salud de los usuarios.

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<sup>25</sup>, pero en UNISALUD podrían adquirir matices y alcances mayores.

El Modelo de Salud de UNISALUD debe posibilitar la permanencia y sostenibilidad a largo plazo de UNISALUD, 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.

Estimar el impacto que UNISALUD tiene sobre el estado de salud de su población usuaria es imposible en este momento, teniendo en cuenta que la información que recopila en general el Sistema General de Seguridad Social Colombiano, se recoge de la prestación de servicios demandados al subgrupo de usuarios que consultan y no de las necesidades de salud de todos usuarios.

Además, 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.

UNISALUD puede mejorar significativamente su desempeño como institución de salud si orienta sus esfuerzos de manera explícita a generar resultados clínicos que modifiquen en forma directa o indirecta algunos determinantes de la salud individual y colectiva.

El desempeño de UNISALUD debería evaluarse en relación con los resultados que puedan obtenerse sin olvidar que es responsable por influir sobre determinantes claves de la salud aunque estén fuera de su alcance directo y requieran trabajo

---

<sup>25</sup> COLOMBIA. SENADO DE LA REPUBLICA. LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23).

intersectorial o interinstitucional. Es importante aquí resaltar que los Sistemas de Salud son mucho más efectivos que los servicios de salud para mejorar el estado de salud de las poblaciones porque tienen una influencia mayor sobre los determinantes de la salud individual y colectiva. Por tanto, la efectividad del Modelo de Salud de UNISALUD (servicio de salud) dependerá del grado de sinergia que alcance con el sistema más amplio de generación de salud de la comunidad universitaria.

La permanencia de UNISALUD a largo plazo es entonces la máxima preocupación y uno de los efectos más importantes que produce el Modelo. Por tanto debe orientarse a modificar o fortalecer aquellos atributos de la atención que faciliten la sostenibilidad a largo plazo.

Los principales efectos que afectarían esa sostenibilidad:

1. El gasto operacional excesivo.
2. La creciente demanda de servicios por parte de los usuarios.
3. Las limitaciones en recursos para enfermedades de alto costo que podrían ser insuficientes.

La tendencia creciente en la demanda de servicios por parte de los usuarios parece estar relacionada con las necesidades en salud derivadas de la posible no mejoría del estado de salud individual y colectivo, por un aumento en la ocurrencia de enfermedades -secundario a una atención mitigadora y a la cual se accede por demanda espontánea- concentra los servicios prestados en unos subgrupos de usuarios, quedando otros subgrupos desprotegidos y una atención poco preventiva, todo esto ligado a una población adulta con una mayor expectativa de vida, pocos afiliados jóvenes y una baja natalidad.

El funcionamiento de UNISALUD requiere además de la prestación de servicios de calidad, un adecuado recaudo, mancomunación y flujo de recursos que garantice su oportuna dispensación. El control del flujo de recursos financieros especialmente de aportes y remuneraciones y un adecuado diseño de los mecanismos de pago para generar incentivos económicos que faciliten la implementación del Modelo de Salud, son los puntos más relevantes.

El rol de UNISALUD en la articulación de ese flujo de recursos hacia los proveedores va más allá de ser un pagador pasivo para convertirse en un activo regulador de la competencia y de la calidad mediante el diseño de paquetes de intervenciones costo efectivas y de dispositivos de certificación, monitoreo de procesos y evaluación de resultados de las intervenciones terapéuticas acordadas.

Para modificar la utilización de servicios a largo plazo es imprescindible recordar que la comunidad universitaria tiene un sistema de salud que es el conjunto de

acciones para la atención en salud realizadas por todas aquellas instituciones sociales formales o informales que tienen influencia sobre su salud.

De este sistema forman parte sistemas de cuidado informal conformado por redes de ayuda mutua y pautas de autocuidado presentes en la comunidad y por sistemas de cuidado institucional llamados servicios de salud que son la respuesta del sector salud y que puede incluir la prestación de servicios de salud individual, colectiva y de saneamiento ambiental.

Resulta insoslayable fomentar el autocuidado y los hábitos de vida sana, para contener la demanda creciente de servicios de cuidado institucional por el usuario, así como modificar la representación colectiva acerca del rol que juegan los servicios de atención médica en la vida cotidiana y modificar la percepción que el usuario tiene de la calidad del servicio. Adicionalmente, fortalecer la adquisición racional de tecnologías y servicios a nombre de los usuarios, comportándose como un comprador racional e informado frente a los prestadores, identificando y seleccionando según su calidad algunos de ellos para convertirlos en una red de prestadores.

## 2.1 Características del Modelo de Salud - UNISALUD

Desde la década de los años 70 el mundo viene en un proceso continuo de mejoramiento de la efectividad, la calidad y la eficiencia del sistema global de atención frente a la enfermedad y la muerte. UNISALUD consciente de su papel debe realizar esfuerzos por maximizar la rentabilidad social y financiera aportando a la calidad de vida de sus usuarios desde un compromiso firme y decidido por mejorar su salud. Se ha delineado un modo de respuesta de una organización articuladora de servicios de salud -UNISALUD- frente a los retos que plantea articular el financiamiento, la prestación y la utilización de los servicios de salud mediante un conjunto de principios operativos.

Este modo de respuesta es denominado Modelo de Salud de UNISALUD. El término Modelo de Salud significa un compromiso inextinguible con la consolidación de un modo coherente, sistemático y predeterminado de respuesta como institución a los usuarios diferenciándose de un Modelo de Prestación en que su énfasis está en los atributos de la atención y no en los recursos que deben movilizarse y combinarse para producirlo.

Sin embargo, el Modelo de Salud ayuda a organizar los recursos para prestar servicios de un modo específico (Modelo de prestación) al facilitar clarificar el peso relativo de los distintos enfoques sobre prestación de atención médica acorde con las condiciones específicas de la población usuaria de UNISALUD.

El término Modelo de Salud expresa la relación entre la institución y la población usuaria - asegurada, relación que se ve reflejada tanto en las condiciones de atención del área / unidad de servicio que el usuario - consultante visita, como en la relación que establece el profesional con el usuario - paciente.

En este orden de ideas, el Modelo de Salud requerirá un Modelo de Prestación que combine los recursos de tal forma que se garantice la calidad de los atributos de la atención definidos en el Modelo de Salud en las unidades de servicio y en la relación profesional - usuario atendido.

El mecanismo de evaluación pertinente del Modelo de Salud debe correlacionarse con aquellos atributos seleccionados, pero muy probablemente se requiera evaluar los resultados alcanzados (como cambios en la ocurrencia de las enfermedades prevenibles y en las muertes prematuras) complementada con mediciones de la calidad de la atención y de la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario con los servicios recibidos.

La descripción de los atributos del modelo compila tres perspectivas, los requisitos establecidos por el usuario sobre las diversos procesos en salud en los que participa, las características de los procesos definidos por la organización en concordancia con sus objetivos y estrategias, y los requerimientos normativos o legales que el macro sistema de salud le exige a UNISALUD.

El cuidado en salud es reconocido como un proceso de alta complejidad de interrelaciones e interdependencias, requeriente de múltiples pasos y excepciones que frenan la atención, y que posiblemente disminuyen la seguridad del proceso. Estas características desperdician recursos, dejan incontables brechas en el cubrimiento, resultan en múltiples pérdidas de información y falla en la construcción de fuertes vínculos entre los proveedores de servicios de salud involucrados en preservar una atención oportuna, segura y apropiada.

En una revisión sistemática de la literatura sobre el cuidado de patologías crónicas, Wagner y Cols (1996)<sup>26</sup> identificaron cinco elementos requeridos para mejorar la evolución y el cuidado de pacientes con patologías crónicas:

- Planeación del cuidado y atenciones basadas en la evidencia. La literatura tiene gran cantidad de evidencia de las fallas en proveer servicios de salud consistentes con guías de atención establecidas para condiciones crónicas como Hipertensión (Stockwell et al., 1994), asma (Legorreta et al., 1998; Starfield et al 1994), y diabetes (Kennedy et al., 1993). Se ha demostrado éxito

<sup>26</sup> WAGNER, Edward; BRIAN, Austin; VON KORFF, Michael. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. 1996.

en programas para patologías crónicas cuando su diseño incorpora guías y protocolos explícitos en la práctica diaria.

- Reorganización de las prácticas cotidianas para cubrir las necesidades de pacientes que requieren más tiempo, una mayor amplitud en los recursos disponibles y un seguimiento más cercano. Esta reorganización generalmente implica la dispensación de servicios a través de equipos multidisciplinarios integrados, concentrados, con una cuidadosa y específica asignación de tareas entre los miembros del equipo, y el compromiso del manejo subsiguiente, con control y vigilancia de eventos adversos.
- Atención sistemática a las necesidades de información y cambios de hábitos de vida expresados por los pacientes. Una revisión de 400 artículos, de ensayos clínicos controlados y estudios descriptivos de intervenciones auto administradas o que involucran el autocuidado (Center for Advancement for Health, 1996<sup>27</sup>) revelaron evidencia substancial que soporta a los programas que proveen consejería, educación, retroalimentación en las intervenciones y otros apoyos de tipo informativo en pacientes con trastornos crónicos como intervenciones que están asociados con evoluciones favorables (Brown, 1990; DeBusk et al., 1994; Mullen et al., 1987).
- Accesos necesarios expeditos y ágiles a la experticia clínica. El conocimiento clínico especializado y la experiencia certificada son características importantes en la evolución favorable de los pacientes. La evidencia sugiere que hay numerosas formas para mejorar el acceso a este tipo de conocimiento y experticia, incluyendo la educación de los pacientes y la educación de proveedores de servicios de primer nivel (Inui et al., 1976; Sawicki et al., 1993; Soumerai and Avorn, 1990), la referencia oportuna a especialista, la posibilidad de procesos expeditos de consulta (Teleconferencia, línea caliente a especialista) (Vincor et al., 1987), modelos de cuidado colaborativos donde el médico general y el especialista dispensan servicios y procedimientos en forma conjunta (Katon et al., 1995; McCulloch et al., 1994), y sistemas de soporte a decisiones computarizado (Barton and Schoenbaum, 1990; Litzelman et al., 1993; McDonald et al., 1988).
- Sistema de Información para el apoyo en la gestión de la enfermedad. La historia clínica sistematizada ha sido utilizada efectivamente para acompañar al profesional médico en la consulta y apoyar la toma de decisiones, recordando elementos preventivos de cuidado primario y secundario, e informando al médico sobre los antecedentes en el cumplimiento de terapias asignadas y el

---

<sup>27</sup> CENTER FOR ADVANCEMENT OF HEALTH. Indexed Bibliography of Behavioral Interventions of Chronic Disease. Washington, D.C., 1996.

uso de servicios (Glanz and Scholl, 1982; Johnston et al., 1994; Macharia et al., 1992; Mugford et al., 1991; Stason et al., 1994).

Con el escenario descrito y las necesidades crecientes en calidad y cobertura de los planes de beneficios, los sistemas de provisión de servicios de salud, requieren una reorientación y en algunos casos reestructuración.

Sin embargo es claro que la forma original de interrelacionar un paciente con el profesional médico y la construcción de una relación de confianza, compromiso y corresponsabilidad, fundamento de un sistema de salud, ha persistido en la esencia y en la fundamentación de los médicos; es necesario entonces apoyar este principio con procesos de atención interrelacionados, seguros, asistidos por un sistema de información que favorezca las decisiones y la gestión de la enfermedad, con la mejor evidencia disponible y la integración de familia, cuidadores y comunidad en el mantenimiento y control del proceso salud-enfermedad.

El modelo de salud que responde las exigencias actuales de los usuarios y protege los intereses de los actores involucrados en la provisión de servicios de salud, debe aproximarse y buscar el cumplimiento de seis características: seguridad, efectividad, centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia, y equidad<sup>28</sup>.

- Seguridad: Evitar lesiones o eventos adversos a los pacientes, generados por el cuidado o la atención diseñada para atender un desequilibrio en el fenómeno salud-enfermedad.
- Efectividad: Provisión de servicios de salud basados en el conocimiento científico a todos aquellos que pudieran beneficiarse del mismo, y racionalizar la provisión de servicios a aquellos que no sea claro o evidente el beneficio (Evitar la sobre utilización o la subutilización).
- Atención centrada en el paciente: Provisión de servicios de salud que son respetuosos y correspondientes con las preferencias individuales, sus necesidades y valores.
- Oportunidad: Reducción de los tiempos de espera, algunas veces riesgosos para aquellos que reciben y para aquellos que proveen servicios de salud.
- Eficiencia: Evitar el desperdicio, en especial el desperdicio y la pérdida de ideas y energía.
- Equidad: Provisión de servicios de salud cuya calidad no varía en función de las características personales, la ubicación geográfica o las condiciones propias de cada prestador de servicios.

El modelo de salud propuesto combina insumos para generar un mejor estado de salud en el individuo y que supera el ámbito del episodio agudo o de la enfermedad

<sup>28</sup> Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. 1998. "Quality"



crónica<sup>29</sup>. Es necesario identificar, adaptar, e implementar aproximaciones o reorganizaciones calificadas con los siguientes objetivos:

- Rediseño de un proceso de atención basado en las mejores prácticas
- Uso de la informática y tecnologías que mejoren el acceso a la información clínica y asistan las decisiones clínicas
- Gerencia del conocimiento y de las habilidades
- Desarrollo de equipos efectivos
- Coordinación del cuidado a través de los diferentes estadios del paciente servicios proveídos y temporalidad de los mismos
- Incorporación de la medición y objetivización cuantificable de las diferentes intervenciones y evaluación de la modificación del riesgo

Para llegar a un Modelo de Salud con las características descritas se requiere la adaptación, evolución y consolidación de la organización responsable de los procesos de la salud de individuos y comunidades. El diseño de organizaciones y sistemas de atención en salud puede ser conceptualizado como una progresión a través de cuatro etapas de desarrollo hasta alcanzar las características de un modelo como el que se ha definido<sup>30</sup>, y aunque esta visión evolucionista, no necesariamente obliga que los Sistemas de Salud deban pasar por cada una de las etapas descritas, es una herramienta útil para diagnosticar el estado de avance de un sistema y las posibilidades de mejoramiento y desarrollo del mismo.

La primera etapa está caracterizada por un sistema de provisión de servicios altamente fragmentado, con médicos, hospitales y otras organizaciones encargadas de la prestación de servicios funcionando autónomamente.

El ámbito de actuación de la mayoría de los profesionales es muy amplio. Los pacientes confían en la experiencia, el entrenamiento y las buenas intenciones de profesional en la aproximación del problema de salud planteado. Los médicos realizan su mejor esfuerzo para permanecer actualizados y confían en su propia experiencia para soportar la mejor decisión disponible. Norman (1988) ha caracterizado esta aproximación del desempeño como basada en "conocimiento en la cabeza"<sup>31</sup>

La segunda etapa está caracterizada por la formación de redes de atención bien definidas, amplia utilización de mecanismos informales que incrementan la

---

<sup>29</sup> CASTAÑO, Ramón Abel . Modelos de prestación de Servicios de Salud, Universidad de Los Andes, septiembre 10 de 2003.

<sup>30</sup> Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century / Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine

<sup>31</sup> NORMAN, Donald. *The Design of Everyday Things*. New York, Doubleday/Currency, 1988.

participación del paciente en las decisiones clínicas y la conformación de equipos estructurados multidisciplinariamente.

En su mayoría la atención de salud está organizada por áreas de especialidades clínicas y los portafolios específicos de las instituciones. El paciente tiene mayor acceso a la información de salud y mecanismos más formales de participación, como pudieran ser las encuestas de satisfacción.

Gran cantidad de información reside en medios impresos y la información de los pacientes es escasamente compartida entre los diferentes actores que participan de la atención, el resultado son brechas frecuentes, redundancia en los servicios e información poco relevante. En esta etapa, las instituciones y grupos de especialistas intentan parametrizar los cuidados y apoyar al médico general a través del desarrollo de guías de atención.

En la tercera etapa el cuidado en salud está aún organizado de una forma que favorece los intereses de profesionales e instituciones, pero hay cierta tendencia a un sistema centrado en el paciente con el reconocimiento de las diferencias entre necesidades y preferencias de los pacientes.

La práctica clínica a través de equipos es frecuente, pero el cambio en los roles es lento y usualmente frenado por las normas institucionales y los intereses financieros. Tanto los clínicos como los pacientes reconocen el incremento en la complejidad tecnológica de la atención en salud y la oportunidad que ofrece la informática como una herramienta útil en la toma de decisiones.

Una posible siguiente etapa soporta un sistema de mejoramiento continuo hacia las características de seguridad, efectividad, paciente centrada, oportunidad, eficiencia y equidad. El sistema adapta las experiencias de otros sectores y readecua y modela las herramientas utilizadas al campo de la salud.

Los pacientes tienen la oportunidad de ejercer control sobre las decisiones de su terapéutica y para ello se les ha suministrado, o está disponible la mejor información o las fuentes de la misma. Los servicios son coordinados a través de un sofisticado sistema de información que permite el seguimiento y vigilancia del proceso de atención, la aparición de eventos adversos o el cumplimiento de los planes y resultados de las diferentes intervenciones.

Independientemente de la etapa y el avance de los Sistemas de Salud, las organizaciones encargadas de la articulación de servicios de salud, pudieran ser caracterizadas como "organizaciones con aprendizaje y retroalimentación continua" (learning organization), las cuales explícitamente miden su desempeño a través de

una gran variedad de dimensiones, incluyendo desenlaces de los procesos de salud (indicadores), y utilizan la información para modular, modificar o rediseñar y continuamente mejorar su trabajo usando principios avanzados de ingeniería.

El transcurrir de manera rápida y efectiva, por las diferentes etapas del desarrollo de los Sistemas de Salud, requiere una guía de políticas y herramientas gerenciales cuya implementación favorecería sistemas y modelos de atención con las características anteriormente planteadas.

La utilización de estas herramientas puede diferenciarse dependiendo del componente del modelo donde se intervenga. Es necesario aplicar herramientas de gestión tanto en la organización de los planes de beneficios y la articulación de los prestadores de servicios que dispensan estos planes, como intervenciones en los posibles demandantes de estos servicios y en los usuarios afectados por el modelo.

A nivel de la gestión de la oferta, se deben implementar sistemas de acreditación, y habilitación para profesionales (credentialing), gestión de medicamentos (PBM) y farmacovigilancia, revisión de utilización (utilization review), diseño y aplicación de mecanismos de pago, diseño y operación de la red de prestadores, sistema de referencia y contrarreferencia, perfilamiento (profiling) de profesionales y de instituciones.

A nivel de la gestión de la demanda el modelo debe incluir: un perfilamiento del riesgo de la población cubierta, desarrollo de un sistema de fomento y protección de la salud, programas de prevención en riesgos no colectivos (examen periódico), educación sobre los mecanismos de acceso, control de utilización, control de urgencias, gestión de la enfermedad (disease management) y sistemas de vigilancia epidemiológica.

## 2.2 Estrategia: Modelo de Salud - UNISALUD

Es claro hasta ahora, que el ámbito del Modelo de Salud de UNISALUD 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.

La estrategia escogida por UNISALUD para mejorar su desempeño como micro-sistema de salud es el Modelo de Salud, sin embargo tal como lo mencionan Kaplan

y Norton: la capacidad de ejecutar una estrategia puede ser más importante que la estrategia en sí<sup>32</sup>. La aplicación de la estrategia ha sido mencionada por diversos autores como el factor más importante en la valoración de una empresa y su gestión<sup>33</sup>. Michael Porter describe la base de la estrategia como las actividades en las que la organización decide destacar: "Al final, todas las diferencias entre empresas en coste o precio se derivan de los cientos de actividades necesarias para crear, producir, vender y entregar sus productos o servicios... La diferenciación proviene de las actividades que se eligen y de la forma en que se llevan a cabo"<sup>34</sup>

Las actividades que UNISALUD decida que debe 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 sobre los determinantes de la salud.

### 2.3 Gestión del Riesgo

La presentación de un fenómeno en el nivel de salud de un individuo, como puede ser una patología específica, es el resultado de la interacción de diversos factores tanto de riesgo como protectores, en forma inmediata o presente durante largo tiempo, si bien es cierto que los riesgos para la salud no actúan de forma aislada.

El conjunto de acontecimientos que llevan a un resultado sanitario adverso comprende causas tanto inmediatas como lejanas, y tanto directas como indirectas implicadas en el origen y desarrollo de las enfermedades. Las causas lejanas se encuentran al comienzo de la cadena causal y actúan a través de varias causas intermedias. Es indispensable tener en cuenta todos los factores contribuyentes en la evaluación de los riesgos en salud.

En el documento de la OMS correspondiente al informe de salud 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana<sup>35</sup>, se plantea referente a la investigación de los distintos niveles de riesgo:

"Es muy importante conocer los determinantes demográficos de los principales factores de riesgo directo para la salud, como el hábito de fumar. Del mismo modo, es

<sup>32</sup> KAPLAN, Robert S. NORTON David P. The Strategy Focused Organization. 2001 Harvard Business School Publishing Corporation.

<sup>33</sup> ERNST & YOUNG, Measures That Matter. Boston 1998

<sup>34</sup> PORTER M. What is Strategy. Harvard Business Review. 1996.

<sup>35</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2002. Reducing Risk, Promoting

útil conocer los mecanismos por los que operan los determinantes indirectos. Para analizar los factores de riesgo tanto inmediatos como lejanos hay que recurrir a las distintas disciplinas científicas y examinar los diferentes tipos de problemas sanitarios en relación con el medio ambiente, las enfermedades transmisibles o no transmisibles, los traumatismos, etc. De ahí que se utilicen distintos instrumentos y métodos analíticos, incluidos los de las ciencias sanitarias, físicas y sociales. Ello a su vez exige tener en cuenta el contexto de riesgos concretos: algunos casi siempre tienen efectos negativos en la salud (por ejemplo, el consumo de tabaco) mientras que otros pueden tener un papel distinto de un lugar a otro (por ejemplo, la lactancia materna protege contra las enfermedades diarreicas en una medida que depende de las pautas prevalentes de diarrea). Además, el mismo riesgo puede medirse y cuantificarse en distintos niveles según la tecnología de medición y las necesidades de política. Por ejemplo, la medición de las concentraciones de yodo en los alimentos y en el medio ambiente requiere distintas herramientas, y los resultados tienen implicaciones diferentes. Cuando la exposición indirecta opera a través de distintos factores de riesgo, su impacto total puede no quedar debidamente reflejado mediante los métodos tradicionales de análisis de regresión en los que se incluyen variables tanto directas como indirectas. Aplicando modelos más complejos de varios niveles y caracterizando las redes causales de interacción entre factores de riesgo se pueden conseguir mejores estimaciones, y resulta más fácil estimar el efecto de los cambios simultáneos en dos o más distribuciones de factores de riesgo"

La formulación de una estrategia de protección de la salud basada en la gestión del riesgo es pertinente para UNISALUD y para todo el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano debido a que los países de bajos y medianos ingresos están incorporando, estilos de vida nocivos que suman a la pobreza y la desnutrición que ya tienen, un creciente riesgo de sufrir enfermedades crónicas cuya carga aumentará a medida que la población envejezca.

UNISALUD vive una transición demográfica, lo cual significa que su población envejece paulatinamente mientras sus tasas de natalidad disminuyen en forma constante aumentando la expectativa de vida; desafortunadamente, dado que tienden a aumentar las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades infecciosas, la carga de morbilidad en los años finales de la vida se incrementa, de forma que las personas viven más tiempo pero con menor calidad.

A medida que UNISALUD continúe 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 nuestra institución.

Sin embargo, hasta este momento, el riesgo de enfermar de los usuarios al envejecer no ha podido reducirse porque en UNISALUD contamos con un servicio asistencial de alta calidad, pero con un enfoque mitigador o curativo que tiene una capacidad limitada para proteger la salud de la población.

Pese a este panorama poco alentador, UNISALUD tiene fortalezas como la disponibilidad de recursos con que cuenta para el cubrimiento de sus asegurados y la eficiencia en la administración lo cual en conjunto confiere a la institución la posibilidad de materializar la implantación de una estrategia de gestión del riesgo en el marco del MODELO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN DE UNISALUD reorientado la prestación de servicios hacia una atención anticipatoria.

UNISALUD actualmente funciona bajo un esquema mixto de cuidado a la salud de su población, contando con un componente de aseguramiento y administración de planes de beneficios (EPS) y un componente de prestación de servicios de salud (IPS).

Esta función de aseguramiento implica mecanismos de detección, protección y mitigación de dicho riesgo como lo consagra la resolución 412 de 2000<sup>36</sup>: "Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país."

Aunque en tiempos recientes el enfoque de riesgo ha ganado importante aceptación, todavía está centrado en el cumplimiento de la normatividad vigente, induciendo la demanda en subpoblaciones específicas mientras se desatienden otros sectores de la población.

UNISALUD tiene una gran responsabilidad: mantener sana a su población de usuarios para lo cual fomentar, proteger, mantener y recuperar la salud es una tarea ineludible. El conocimiento acumulado de las Facultades de Medicina, Enfermería, Odontología y Ciencias Humanas, así como su invaluable apoyo son nuestros mejores aliados para cumplir con esa responsabilidad.

### 2.3.1 Marco Conceptual de la Estrategia Gestión del Riesgo

La gestión del riesgo de enfermar para la salud individual de los usuarios de UNISALUD resulta de la confluencia de al menos dos vertientes teóricas distintas:

---

<sup>36</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 412 del 2000.

La epidemiología moderna proporciona las bases para la identificación, análisis y evaluación a partir de la cuantificación de la probabilidad de enfermar, y la salud pública provee herramientas para el tratamiento del riesgo desde la lógica de reducir las amenazas para la salud o generar respuestas adaptativas que disminuyan la vulnerabilidad de los individuos ante esas amenazas.

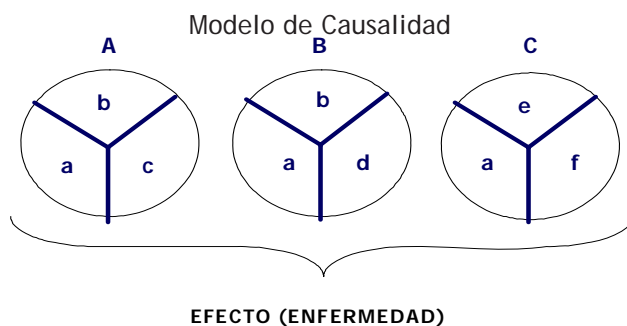
La formulación de la gestión del riesgo de enfermar para UNISALUD responde al llamado de la OMS en su informe mundial de 2002<sup>37</sup> para fortalecer los esfuerzos en esta materia: superar las falencias de la Resolución 412 de 2000 y adaptar la norma técnica colombiana de gestión del riesgo del ICONTEC<sup>38</sup>.

La gestión del riesgo en el mundo ha cristalizado diversas experiencias exitosas, la mayoría de ellas en la industria y en las entidades financieras. Sin embargo, su aplicación al sector de los servicios de salud es incipiente y fragmentada.

UNISALUD ha realizado ingentes esfuerzos orientados a diseñar, implementar y perfeccionar la Gestión del Riesgo para contribuir conjuntamente con otras instancias de la Universidad Nacional, a gestar nuevas tecnologías para mejorar el estado de salud de la comunidad universitaria y de la población colombiana.

Para clarificar los conceptos empleados en esta estrategia se presenta a continuación, de forma sucinta, una descripción de enfermedad, riesgo y gestión del riesgo, una presentación del Modelo de causalidad implícito y algunos lineamientos que guían la formulación de intervenciones.

### 2.3.1.1 Enfermedad



<sup>37</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2002. Reducing Risk, Promoting Healthy Life.

<sup>38</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN, Norma Técnica Colombiana, NTC 5254, Gestión del Riesgo, norma AS 4360 (Risk Management)

Esta estrategia entiende la enfermedad como un proceso o conjunto sucesivo de estados y eventos que llevan desde la aparición de un cambio irreversible ligado causalmente a la aparición de signos y síntomas indeseables, anormales y dañinos, hasta un desenlace que puede ser la curación, la instauración de secuelas o la muerte. No se considera la transformación de estos eventos patológicos en enfermedades crónicas como un desenlace, ya que no representa la finalización del proceso sino su perduración.

Por tanto, si la enfermedad es el resultado de la acción conjunta de cierto número de eventos y situaciones simples, identificarlos posibilita calcular la probabilidad de ocurrencia de cada enfermedad permitiendo, mediante operaciones matemáticas, estimar la probabilidad de enfermar de un individuo determinado.

Si bien esta definición operativa está centrada en una perspectiva orgánica de la enfermedad, nótese que los signos y síntomas pueden referirse igualmente a las esferas psicológica y social de la misma.

Es importante enfatizar que las enfermedades NO tienen el mismo peso o importancia relativa para las personas, los sistemas de salud y las sociedades; por ello es necesario analizar previamente la importancia de las enfermedades más frecuentes de acuerdo con su contexto, a menudo utilizando medidas complejas de carga de morbilidad como los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs, o DALYs por sus iniciales en inglés), para evaluar adecuadamente las necesidades de intervención individual y poblacional.

$$R = \frac{I}{N}$$

Además la enfermedad es una construcción cultural distinta para el profesional y el usuario lo cual tiene grandes implicaciones para esta estrategia.

#### 2.3.1.2 Riesgo<sup>39</sup>

En este marco se define operativamente riesgo como la probabilidad de que ocurra un evento en un periodo de tiempo determinado dado que no existen otros desenlaces que compitan con esta probabilidad. El riesgo de enfermar, también llamado incidencia acumulada sería entonces la probabilidad de que ocurra la enfermedad en una población de individuos que se encuentran sanos al principio de la observación, en un periodo de tiempo determinado, dado que esos individuos no pueden morir o desaparecer de la población.

Matemáticamente se puede expresar como:

---

<sup>39</sup> ROTHMAN, Kenneth. Epidemiología moderna. Madrid, España. Díaz Santos. 1987.



Donde  $R$  es el riesgo para un periodo  $t$  determinado,  $I$  es el número de casos incidentes (nuevos) durante el periodo  $\Delta t$  y  $N$  es el número de sujetos con posibilidad de adquirir la enfermedad al principio del periodo de observación. Como toda probabilidad condicionada, sus valores oscilan entre 0 (probabilidad nula) y 1 (probabilidad absoluta).

Cuando las condiciones reales de la observación no permiten una medición directa del riesgo mediante esta expresión matemática sencilla (por ejemplo, cuando algunos individuos de la población observada mueren o no es posible continuar su seguimiento durante el periodo  $\Delta t$ ) es posible utilizar tratamientos matemáticos equivalentes que simplemente introducen correcciones para este tipo de situaciones.

El término "riesgo" en salud tiene distintas connotaciones, la probabilidad de que un evento adverso para la salud ocurra o todo factor que aumenta esa probabilidad.

Para esta estrategia de gestión del riesgo se utiliza la connotación: "Probabilidad de que un evento adverso para la salud ocurra" y además se tiene en cuenta que los riesgos interactúan entre sí, potenciando o mermando sus efectos al combinarse; también acumulan su efecto a lo largo de la vida de una persona.

△

Aunque algunos riesgos son controlables por las personas y otros no, todas están expuestas a riesgos en salud lo que cambia es el grado de esa exposición. Los riesgos pueden clasificarse en: exposiciones al ambiente (Ej. fumador pasivo), comportamientos nocivos (Ej. sedentarismo) y estados fisiológicos (Ej. hipertensión arterial).

A la estimación del peso relativo de un factor específico en el proceso causal de la enfermedad para una población en concreto se le llama fracción etiológica o fuerza del efecto. Dicha estimación se interpreta como la proporción de casos de la enfermedad que son causalmente debidos al factor bajo estudio, y da una idea aproximada de qué proporción de los casos se evitaría eliminando dicho factor.

De lo anterior se deriva que la importancia relativa que tiene un determinado componente causal en la ocurrencia de la enfermedad en una población determinada no solo depende de la fuerza o magnitud de la asociación entre dicho factor y la enfermedad, sino también de la prevalencia del propio factor y de su complemento causal en dicha población.

### 2.3.1.3 Gestión del Riesgo

La gestión del riesgo en salud es el conjunto de acciones que se toman para minimizar

la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad y apunta a proteger la salud mediante la disminución de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores.

La existencia de una enfermedad específica es incompatible con la gestión del riesgo para dicha enfermedad, sin embargo es posible realizar acciones sobre los riesgos que evitan la aparición de otras patologías diferentes que concomitantemente pudieran aparecer.

El riesgo deriva de la imposibilidad humana para percibir directamente las conexiones o mecanismos causales de la enfermedad; por tanto, ante la incapacidad de afirmar con certeza cuando la enfermedad va a ocurrir o no, se asigna a cada individuo una probabilidad, un número que representa la posibilidad estadística de aparición de la enfermedad en un grupo poblacional con ciertas características comunes.

Esta aproximación probabilística tiene aplicaciones predominantemente poblacionales, pero su extensión a individuos ha mostrado ser funcional. Así pues, es posible afirmar que la gestión del riesgo en materia de salud es equivalente a la disminución de la probabilidad de enfermar.

La posibilidad de manipular dicha probabilidad se fundamenta en el conocimiento de que las enfermedades no ocurren al azar, sino que por el contrario, están determinadas por múltiples factores que guardan con ellas una relación causal. En forma común, a estos factores se les llama determinantes, los cuales se dividen conceptualmente en factores de riesgo (ligados a la producción directa de la enfermedad) y factores protectores (ligados a la evitación de la misma).

#### 2.3.1.4 Modelo de Causalidad

En el ámbito de la epidemiología de enfermedades infecciosas se ha desarrollado un modelo facilitador de la comprensión de los factores que interactúan en la producción de la enfermedad y sus relaciones.

Dicho modelo, denominado tríada epidemiológica, si bien resulta insuficiente para ser considerado como un modelo causal completo y aceptable a la luz de los conocimientos actuales de la epidemiología, permite elaborar válidamente una clasificación simple y ventajosa de los factores de riesgo presentándolos como propios del individuo hospedero, propios del ambiente y propios del agente infeccioso en sí mismo.

Proponemos aquí una generalización del modelo para extenderlo a otros tipos de enfermedades y a los procesos salubres, de modo que el agente infeccioso se

convierte en el agente causal o factor determinante, el individuo hospedero trasciende la dimensión de lo biológico y se presenta como un ser humano integral, y el ambiente se transforma en el contexto en que se da la relación entre individuo y agente más allá de lo biológico y lo físico incorporando la esfera sociocultural y la mental-cognitiva o psicológica.

La panorámica que emerge de esta ampliación del modelo no resulta tan simple como la primitiva de las enfermedades infecciosas, pero es más funcional y explicativa de los fenómenos complejos que dan como resultado la salud y la enfermedad en individuos y poblaciones humanas.

Además incorporamos la conceptualización propuesta por Rothman sobre la causalidad del modelo determinista pragmático o modificado<sup>40</sup>, que se destaca por su funcionalidad y objetividad al explicar el fenómeno de aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Dicho modelo acepta la multifactorialidad causal de las enfermedades, de modo que un solo factor (o causa componente) no puede por sí solo producir la enfermedad, sino que tiene que actuar en conjunto con los otros componentes causales que le permiten completar una causa suficiente, cada una de las cuales representa un mecanismo distinto de producción de la enfermedad; a ese conjunto de factores requeridos para la compleción de una causa suficiente se le llama complemento causal.

Llamaremos causa necesaria de la enfermedad a aquella causa componente que está presente en todas las causas suficientes. Al tiempo que transcurre entre la acción de una causa componente y la aparición del efecto se le llama tiempo de inducción, y puede ser ampliamente variable para cada proceso causal individual.

En el gráfico Modelo de causalidad lo llamaremos causa componente a cada una de las partes señaladas por las letras a, b, c, d, e, y f. Llamaremos causa suficiente a cada una de las representadas por las letras a, b, y c. Observamos que a es una causa necesaria para los eventos A, B y C, y podemos afirmar que a y f constituyen el complemento causal de e para producir C.

### 2.3.1.5 Lineamientos para la Modificación del Riesgo

De ahí que la forma de modificar la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad en la población sea cambiar la frecuencia y distribución de sus determinantes en el tiempo, lugar y personas.

---

<sup>40</sup> ROTHMAN, Kenneth. Epidemiología moderna. Madrid, España. Díaz Santos. 1987.

Si bien modificar un determinante en particular no será posible en todos los casos, la posibilidad de manipular su complemento causal priorizando aquellos factores que tienen una mayor fracción etiológica hace eficiente esta operación.

Entonces, para planear adecuadamente las acciones de prevención y protección en salud es necesario suplir ciertas necesidades de información, para lo cual resultan de primera importancia los procesos sistemáticos, organizados y continuos de recolección y análisis de datos tales como encuestas, censos y consultas específicamente orientadas a la detección de factores de riesgo.

Contando con información sobre la prevalencia y distribución de los determinantes de la enfermedad sería posible seleccionar los factores modificables para intervenirlos orientándose a aquellos de mayor fracción etiológica o preventiva puesto que son los que más casos de enfermedad van a evitar.

El resultado de dicha detección será una cuantificación del riesgo de padecer cierto grupo de enfermedades, para las cuales disponer de una oferta de intervenciones eficientes cuya naturaleza, momento de acción, especificidad o generalidad en cuanto a patología, persona, agente etiológico y contexto ambiental deberán estar en concordancia con el diagnóstico de riesgo.

Debe recordarse que muchos hábitos y estilos de vida son determinantes de los procesos de salud-enfermedad, por lo cual la modificación de los factores de riesgo constituye una decisión de cada persona sobre su propio estilo de vida.

El contacto del paciente con el médico aumenta la efectividad de las intervenciones preventivas por el rol que juega el médico en el proceso de negociación individual entre salud y modificación de hábitos como informador, motivador y mediador.

Las intervenciones que postula esta política se apuntalan sobre la premisa de reorientar los servicios prestados por UNISALUD a sus usuarios para darles mayor capacidad de detección temprana de los factores de riesgo seguido de una intervención sistemática, organizada por grupo etéreo, ajustada según el nivel de riesgo detectado y evaluable mediante un examen periódico del mapa de riesgo individual.

Por tanto, supone que enfocarse en los factores de riesgo es la clave para una prevención efectiva. Por otra parte, la vulnerabilidad es el grado en el cual los individuos incrementan la posibilidad de ser susceptibles o inhábiles para hacer frente a una enfermedad (o para adaptarse a los efectos adversos de los factores de riesgo). La vulnerabilidad es el resultado de tres aspectos: susceptibilidad,

resiliencia - habilidad para superar el daño- y tanto la capacidad como el tipo de adaptación (anticipatoria o mitigadora, espontánea o planeada).

Al momento de intervenir se puede optar por dos alternativas, pequeñas modificaciones en riesgos que afectan a toda la población o grandes variaciones que afectan sólo a los más expuestos.

Aunque esta última tiene mejor acogida por los usuarios, tiene un efecto limitado y un alto costo derivado tanto de la necesidad de una detección permanente de nuevos casos como de la agresividad de la intervención requerida (Ej. prevención de las enfermedades de alto costo).

Por otro lado las variaciones pequeñas son más costo-efectivas dado que un gran número de personas expuestas a un riesgo pequeño puede dar lugar a muchos más casos que un número pequeño de personas expuestas a un alto riesgo.

Por las consideraciones anteriormente expuestas, en este plan se combinan ambas alternativas sin olvidar que las personas están menos dispuestas a realizar cambios si el beneficio percibido por cada individuo es pequeño.

A la acción de disminuir la probabilidad de enfermar, modificando los factores de riesgo, se debe agregar la acción de reducir la vulnerabilidad aumentando los factores protectores (mayor resiliencia), disminuyendo la susceptibilidad o mejorando la capacidad de adaptación.

## 2.4 Estrategia de Protección de la salud basada en la Gestión del Riesgo

UNISALUD entiende gestión del riesgo como el proceso de identificar, evaluar y seleccionar, según su magnitud y naturaleza factores de riesgo para enfermedades agudas y crónicas. Adicionalmente se requiere 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 UNISALUD. Ese impacto debe reflejarse en una disminución en el uso de servicios asistenciales y en los costos de atención. Los medios de información que permitirán verificar esa disminución son los informes de gestión, los informes del sistema de información y los informes financieros.

Para lograr ese impacto la gestión del riesgo debe disminuir la carga producida por enfermedades prevenibles, secuelas y muertes evitables en la población usua-

ria de UNISALUD. 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 en cada una de las sedes que explícitamente contemple aquellas herramientas administrativas y de concertación que posibiliten su operacionalización.

#### 2.4.1.1 Atributos de la Atención que Implementa la Gestión del Riesgo

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

#### 2.4.1.2 Componentes que Conforman la Gestión del Riesgo

1. Identificación, análisis y evaluación del Riesgo de enfermar.
2. Modificación del Riesgo de enfermar.

**Tabla 1.** Correlación entre los atributos de la atención definida por el Modelo Institucional de UNISALUD y los componentes de la Gestión del Riesgo

	<b>Identificación, análisis y evaluación del riesgo</b>	<b>Modificación del riesgo</b>
<b>Atención Anticipatoria</b>	Estima la probabilidad de enfermar antes de que la enfermedad aparezca	Interviene el riesgo <i>antes</i> que la enfermedad este presente
<b>Mención Racional</b>	Instrumento de detección diseñado a partir de carga de morbilidad de UNISALUD	Intervención según nivel de riesgo adaptada a grupo de edad e implementada en el escenario adecuado
<b>Atención Comprehensive</b>	Indaga estilos y condiciones de vida, factores protectores y niveles de vulnerabilidad	Actúa sobre determinantes colectivos mediante políticas entornos y educación
<b>Atención Inducida</b>	Valoración asignada previamente	Plan preventivo individualizado

## 2.5 Componentes de la Gestión del Riesgo

### 2.5.1 Identificación del Riesgo de Enfermar

#### 2.5.1.1 Medición del riesgo individual

- Identificar los factores de riesgo y los factores protectores.
- Identificar las enfermedades más importantes en la población.
- Identificar los factores determinantes para dichas enfermedades.
- Diseñar instrumentos de medición de factores de riesgo aplicables por el médico en el espacio del consultorio, que generen reportes en tiempo real.

#### 2.5.1.2 Evaluación Cualitativa de la Vulnerabilidad Individual

- Describir el grado de predisposición biológica, genética o psicológica.
- Enumerar las capacidades disponibles en el individuo para mitigarlos (resiliencia).
- Evaluar la capacidad de adaptación espontánea o planeada.
- Determinar el nivel de afrontamiento frente a los factores de riesgo.
- Evaluar el nivel de autocuidado.
- Identificar la red de apoyo.
- Valoración de necesidades de salud especiales.

#### 2.5.1.3 Caracterización de la Percepción del Riesgo y de las intervenciones preventivas por parte de los usuarios

- Identificar la percepción del riesgo por parte del usuario.
- Evaluar si existe discrepancia entre el riesgo percibido por el usuario y la valoración del profesional.
- Identificar la sensación de vulnerabilidad del usuario.
- Identificar la percepción del usuario frente a las intervenciones preventivas.

### 2.5.2 Análisis del Riesgo de Enfermar

#### 2.5.2.1 Definir Perfil de Riesgo Individual

- Identificados mediante la encuesta de riesgo (Proyecto PERES).
- Evaluados durante la valoración médica de riesgo.

#### 2.5.2.2 Evaluar la Vulnerabilidad y la Capacidad de Adaptación

- Identificar y describir las actuales estrategias e intervenciones que protegen al usuario frente a sus factores de riesgo.
- Pedirle al usuario que estime el número de enfermedades causadas por los factores de riesgo que él tiene y que compare el resultado con los hallazgos científicos.
- El usuario describe sus áreas vulnerables y recursos potenciales, redes de apoyo y potenciales amenazas para su salud (vulnerabilidad percibida).

#### 2.5.2.3 Establecer Costo - Beneficio para el Usuario

Análisis de las posibles pérdidas y ganancias que le reportaría modificar sus factores de riesgo.

#### 2.5.2.4 Guiar la selección de las acciones en salud (plan preventivo) en la matriz de intervenciones

Diseñar y aplicar una matriz que permita priorizar las intervenciones preventivas, correlacionando la estimación cuantitativa del nivel de riesgo con la evaluación cualitativa del grado de vulnerabilidad.

#### 2.5.2.5 Priorizar Intervenciones a Nivel Poblacional

- Definir la prevalencia, la distribución de los factores de riesgo y los protectores en la población.
- Segmentar la población por nivel de riesgo-protección.
- Diseñar intervenciones preventivas y colectivas en el escenario más adecuado.

#### 2.5.2.6 Evaluación del Riesgo de Enfermar

Combinar en un modelo multivariado según sus pesos relativos, los factores de riesgo, los factores protectores y antecedentes familiares, con el fin de estimar la presencia, el grado de severidad de cada factor de riesgo y determinar metas de disminución de la prevalencia de riesgos colectivos modificables.

#### 2.5.2.7 Modificación del Riesgo de Enfermar

A partir del mapa de riesgos individuales, definir las intervenciones adecuadas para vigilar los riesgos no modificables.

A partir del perfil de riesgo individualizado, priorizar las intervenciones que permitan eliminar y mitigar los factores de riesgo y diseñar un plan preventivo para cada usuario que contenga una combinación de:



### 1. Prevención Clínica

- Consejo
- Quimioprofilaxis
- Tamizaje oportunista
- Inmunizaciones

### 2. Protección individual

- Ejercicio físico
- Nutrición
- Relajación
- Educación en salud anticipada o mitigadora para mejorar el autocuidado, orientada a aumentar la adaptabilidad a las crisis durante el ciclo vital humano.

Es fundamental establecer una alianza con el usuario para el manejo de su riesgo:

- Revisar con el usuario las implicaciones para su salud, de las variaciones en sus factores de riesgo.
- Comparar esos efectos probables contra pérdidas tangibles e intangibles para el usuario de modificar sus factores de riesgo.
- Sintetizar los resultados.
- Recomendar al usuario o cuidador con frases cortas y sencillas, soportadas con impresos individualizados.
- Clarificar compromisos asumidos por UNISALUD y por el usuario.
- Negociar cambios paulatinos pero perdurables que eliminen, minimicen o mitiguen los factores de riesgo en el usuario.
- Aumentar el empoderamiento, mediante planes de cambio diseñados por el usuario y herramientas de autoayuda.
- Sugerir un abordaje sencillo frente a los factores de riesgo que sea aplicable a otras esferas de la vida de las personas (auto-conocimiento, auto-motivación, etc.).

Protección colectiva (En alianza con otras instancias de la Universidad) Legislación restrictiva frente a comportamientos nocivos. Abogar por entornos familiares y laborales que faciliten cambios de comportamiento. Educación masiva que desestime la adopción de estilos de vida nocivos.

#### 2.5.3 Impacto

La única forma de proteger la salud de los usuarios de manera sostenida es priorizar sus factores de riesgo y generar entornos que faciliten la adopción de comportamientos saludables.

Para que los resultados puedan ser significativos se requiere que UNISALUD continúe con la estrategia por un tiempo mínimo de cinco años y que los determinantes de la salud de la comunidad universitaria se mantengan relativamente estables.

El impacto de esta política será la sumatoria de:

- Las evaluaciones de la carga de los factores de riesgo que miden el efecto de cada factor de riesgo en los años de vida saludable ganados.
- Las modificaciones en la percepción del riesgo por los usuarios e incremento en la aceptabilidad de las intervenciones preventivas.
- Demanda efectivamente inducida, porcentaje de recordabilidad, grado de pertinencia y relevancia de la información educativa suministrada.
- Comportamientos saludables/nocivos modificados y permanencia del cambio post-intervención.

Los resultados esperados serán medidos al año, a los dos y a los tres años utilizando como categorías el grado de respuesta a las expectativas de los usuarios, el nivel de respuesta a las necesidades en salud y la distribución equitativa de los servicios prestados a los usuarios.

Los impactos esperados a corto, mediano y largo plazo serán medidos con indicadores derivados de la satisfacción del usuario, la modificación del estado de salud y parámetros de calidad de vida relacionada con salud.

Una limitación importante de la gestión del riesgo es el efecto de la retroalimentación entre generaciones (normas de comportamiento, formas de entender las enfermedades, concepciones del cuerpo y la salud, etc.).

El impacto de la gestión del riesgo sobre el estado de salud de la población usuaria es un fenómeno dinámico debido a que existe un cambio en la salud directamente atribuible a la gestión del riesgo (impacto directo), otro atribuible al cambio en los determinantes de la salud (impacto indirecto), otro resultado de un efecto aditivo, sinérgico o antagónico con actividades realizadas en otros sectores y por último cambios de largo plazo que sólo se evidenciarán con el tiempo.

En este orden de ideas, la evaluación de la efectividad de esta política se centrará en medir resultados alcanzados en la disminución de factores de riesgo y de la vulnerabilidad. En un segundo momento podrá incluirse la estimación de efectos sobre el estado de salud desde una perspectiva del impacto.

## 2.6 Gestión Clínica

En la actualidad, el cuidado en salud de las afecciones crónicas consume una gran proporción del total de recursos destinados a la salud. Sin embargo los resultados después de intervenir la salud de los individuos con enfermedad crónica son frecuentemente desfavorables y existe una inadecuada y poco articulada prevención. La gestión clínica fue introducida en los años noventa en Estados Unidos como una intención de mejorar la calidad y reducir los costos de la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

Las características desarrolladas al implementar este sistema de atención y las dificultades enfrentadas, deben permitir aplicar esta herramienta con mayor efectividad y racionalidad. Durante el último cuarto de siglo, mecanismos para el control y reducción de costos en la prestación de servicios de salud han sido desarrollados y antes que buscar las regulaciones gubernamentales se ha entregado al mercado libre el desarrollo de este tipo de estrategias.

En los años noventa, un nuevo movimiento para el control de costos se desarrolló en el mercado de servicios de salud, la denominada Gerencia de la enfermedad (disease management)<sup>41 42</sup>.

Este concepto, tiene inicio en la industria farmacéutica, pues estas compañías motivadas ante las amenazas de que las empresas aseguradoras de servicios de salud restringieran el número de medicamentos de los planes de beneficios y el valor reconocido por los mismos, desarrollaron esta estrategia con fines eminentemente comerciales.

Las compañías farmacéuticas utilizaron las bases de datos de medicamentos dispensados para identificar pacientes con trastornos de salud crónicos y posteriormente les ofrecían servicios educacionales a estos pacientes. A través de esta estrategia las compañías farmacéuticas pretendían convencer a los empleadores y organizaciones aseguradoras del pago por este tipo de servicios como parte del negocio farmacéutico.

Para el año 1999, más de 200 compañías ofrecían programas de gestión de la enfermedad para patologías tales como diabetes, asma e insuficiencia cardiaca congestiva. Algunos programas estaban asociados a los laboratorios de medicamentos, pero surgieron empresas especializadas de carácter privado.

---

<sup>41</sup> HUNTER , Fairfield. Disease management. *BMJ* 1997;315:50-3.

<sup>42</sup> BODENHEIMER , T. Disease management—promises and pitfalls. *N Engl J*

Estas compañías de gestión de la enfermedad vendían sus programas a las empresas aseguradoras de servicios de salud y a los prestadores mismos. La industria de gestión de la enfermedad ha enfocado sus esfuerzos en la terapia de enfermedades crónicas mientras se reducen los costos de atención. Algunas de las experiencias y sus resultados son los siguientes:

Cardiac Solutions, quien inició actividades en 1994 ha prestado servicios a aproximadamente 9000 pacientes con condiciones tales como falla cardiaca, fibrilación auricular, hipertensión, y dislipidemia. Pacientes quienes recientemente han sufrido infarto del miocardio, angioplastia, cirugía de bypass, o insuficiencia cardiaca incontrolable, son candidatos a ser inscritos por la compañía, la cual ofrece los servicios de gestión de la enfermedad al acompañar y asistir a los pacientes en modificar hábitos de vida, dejar de fumar, promover el ejercicio, reducir la concentración de colesterol, manejo del stress, y monitoría del peso, y hábitos de alimentación; igualmente se educa sobre signos de alarma y los pasos a seguir en caso de urgencias<sup>43</sup>.

Control Diabetes Services es una empresa subsidiaria de la compañía farmacéutica Eli Lilly, la cual produce insulina. Desde 1992, Control Diabetes ha tenido acceso a la intervención de 5 millones de personas en USA, incluyendo 300,000 pacientes diabéticos. La compañía ha dispensado servicios de salud a 15,000 pacientes, ofreciendo sesiones educacionales, y monitoreo sistemático de hemoglobina glicosilada, compromiso de retina, y otras medidas.

Merck-Medco apareció en 1993, como una empresa dependiente de Merck laboratorios, ha desarrollado programas de gerencia de la enfermedad para más de 20 patologías, incluyendo el asma, diabetes, depresión, migrañas, y enfermedad ácido péptica<sup>44</sup>. Esta compañía tiene acceso a las bases de datos de dispensación de medicamentos, escoge los pacientes con patologías crónicas y a través del correo trasfiere información sobre las patologías y su curso clínico.

En el campo del cáncer, Salik Health Care, es una empresa especializada en servicios de oncología. Fue adquirida recientemente por AstraZeneca, la compañía farmacéutica que mercadea la bicalutamida, para el cáncer de próstata, y el tamoxifeno para el cáncer de seno. La empresa Salik dispensa servicios a través de redes de prestadores oncólogos y centros especializados en cáncer de seno.

Cuál ha sido el resultado con las estrategias desarrolladas. Cuando una compañía especializada en gerenciar la enfermedad, firma un contrato con una empresa

<sup>43</sup> NATIONAL HEALTH INFORMATION. *Disease management directory and guide-book*. Atlanta, GA: 1999.

<sup>44</sup> SCHULMAN, KA; RUBENSTEIN E; ABERNETHY DR; SEILS DM; SULMASY; DP. The effect of pharmaceutical benefits managers: is it being evaluated? *Ann Intern Med* 1996;124:906-13.

aseguradora de servicios de salud, esta se compromete usualmente a presentar una reducción de los costos en salud.

Idealmente la empresa también debería presentar resultados en el mejoramiento y control de los eventos adversos en salud de las enfermedades crónicas. Al revisar la literatura disponible, algunos estudios han identificado reducción en los costos y mejoramiento en los indicadores de salud, y aunque estos estudios son aleatorizados, doble ciego y revisados por pares, los datos que los soportan son en su mayoría propiedad de una empresa más que del dominio público.

El programa desarrollado por GlaxoWellcome para pacientes asmáticos, que incluye un importante componente de autocuidado, ha informado que el número de noches de insomnio por la presencia de síntomas asmáticos, disminuyó de 1,3 a 0,67 por semana, como resultado de la asistencia de los pacientes a talleres educacionales liderados por terapeutas respiratorias, enfermeras y farmacólogos. Los participantes informaron una reducción del 9% en las consultas de urgencias relacionadas con síntomas asmáticos.

La compañía Diabetes Treatment Center of America, presenta disminuciones de 10% en las concentraciones de hemoglobina glicosilada entre los pacientes que ha tenido la oportunidad de tratar y reducciones del 26% en los costos de salud como resultado de disminución en el número de días ocupando cama hospitalaria o en consultas de urgencias<sup>45</sup>.

La compañía aseguradora Humana en Norteamérica, estableció un contrato de prestación de servicios con la empresa Ralin Medical a fin de desarrollar un programa para pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Los datos disponibles informan un ahorro promedio de US\$850 por paciente, por mes. Este programa refiere disminuciones de hasta un 60% en el total de ingresos hospitalarios y una reducción del 55% de los costos médicos como resultado de visitas domiciliarias y el mantenimiento de un constante contacto telefónico con los pacientes con diagnóstico de falla cardíaca<sup>46</sup>.

Aunque los resultados pudieran favorecer el uso de programas diseñados con el objetivo de controlar los costos de la atención, a través de un manejo integral de la enfermedad, pareciera prematuro señalar conclusiones. El estudio interinstitucional de organizaciones evidencia ciertos resultados contradictorios, únicamente el 43% de las organizaciones encargadas del mantenimiento de la sa-

---

<sup>45</sup> RUBIN; RJ, DIETRICH; KA, HAWK; AD. Clinical and economic impact of implementing a comprehensive diabetes management program in managed care. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:2635-42.

<sup>46</sup> NATIONAL HEALTH INFORMATION. *Disease management directory and guide-book*. Atlanta, GA: 1999.

lud con programas estructurados para la diabetes, informaron que este tipo de programas haya ocasionado reducción en los costos de salud y solamente el 27% informó ahorro a través de la implementación de programas para el asma<sup>47</sup>.

El crecimiento del concepto a principios del presente siglo, favoreció la utilización de estrategias integrales de atención para patologías específicas y grupos poblacionales y etéreos definidos, con el objetivo de realizar las intervenciones metodológicamente probadas por la literatura científica que favorecieran los mejores desenlaces para cada grupo de pacientes, evolucionando posteriormente hacia la búsqueda de intervenciones que optimizarán la calidad de vida de los pacientes y principalmente la calidad percibida por los usuarios de los servicios asistenciales de salud.

De acuerdo a lo anterior la Gestión Clínica es posible definirla en la actualidad como la gerencia sistemática de los procesos de atención, son las acciones que incluyen una serie de herramientas y metodologías similares a las que se aplican a los procesos -no clínicos- cuyo propósito es mantener o mejorar los estándares de los procesos de atención<sup>48</sup>.

Se considera la gestión clínica como un esquema de pensamiento gerencial, con herramientas y metodologías para mantener o mejorar la calidad de los procesos clínicos. Es parte del sistema de gestión integral por calidad y el Centro de Gestión Hospitalaria lo considera "como un esquema de pensamiento gerencial que engloba o sirve de sombrilla a una serie de herramientas y metodologías para ayudar a mantener y mejorar los estándares en los procesos de atención en salud. Se cree que la importancia de promover la Gestión Clínica como una herramienta indispensable para el mejoramiento y la evolución cualitativa de los sistemas de atención del país".

La evolución del concepto en la actualidad considera la utilización de métodos, técnicas y herramientas de gerencia para implementar, controlar, y medir la calidad de la atención en salud, es una de esas estrategias innovadoras que integra conceptos éticos, aspectos legales y conocimiento de múltiples disciplinas: como teoría de procesos, medicina basada en la evidencia, psicología organizacional, seguridad industrial y salud ocupacional, con el propósito de mejorar la eficacia y la eficiencia de la atención y prevenir los eventos adversos (complicaciones) evitables de los procesos asistenciales<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. En: *Vía Salud, gestión calidad y logros*. Bogotá. Octubre 2002.

<sup>49</sup> CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. En: *Vía Salud, gestión calidad y logros*. Bogotá. Julio 2004.

La gestión clínica pretende: apoyar y empoderar a los profesionales clínicos en el mejoramiento de los procesos que soportan el cuidado de los pacientes, garantizar que la organización cuente con sistemas para el mejoramiento de la calidad, crear una red de trabajo en donde los prestadores aprendan de los logros y errores de si mismos y de sus colegas.

El término gestión clínica comprende diferentes herramientas: la gestión de procesos (disease mangement), gestión clínica de recursos (managed care), y gestión de pacientes (patient management). En la gestión de los procesos se pretende la atención de procesos de mayor frecuencia -importancia clínica, selección basada en la evidencia de intervenciones diagnóstico- terapéuticas y desarrollo de la autonomía de los pacientes y sus cuidados, y selección de estrategias de intervención y organización para la generalización entre los profesionales y los centros donde ejercen de esta forma de atención clínica.

En la gestión de recursos se busca generar relaciones con los proveedores libremente asociados que facturan sus servicios según los gastos efectuados en un sistema de pago por acto, previa determinación de una política tarifaria, donde los usuarios tienen libertad de proveedor, se une a sus constatados costos económicos (altos costos administrativos) y en equidad (selección adversa de los pacientes más graves - costosos) fruto de su orientación al beneficio económico.

Por último la gestión clínica enfocada a la gestión de pacientes (patient management) describe un enfoque centrado en la atención individual del paciente y sus costos derivados y un enfoque sobre grupos de pacientes, aspectos clínicos y organizativos que afectan los grupos poblacionales y de pacientes.

La gestión clínica debe partir de la definición y evaluación de los resultados que se quieren alcanzar sobre una población usuaria y no usuaria en un período determinado de tiempo, seleccionando las intervenciones clínicas más apropiadas, a la luz de la evidencia científica disponible, para la consecución de esos resultados, previendo y evaluando también el impacto económico de las intervenciones clínicas seleccionadas, para estudiar su adaptación a los recursos disponibles y necesarios para su ejecución y subordinando las formas de organización de la actividad al desarrollo de las intervenciones y el alcance de los resultados.

En UNISALUD la gestión clínica se constituye en la base conceptual para la toma de decisiones gerenciales relacionadas con las actividades asistenciales de los pacientes, su objetivo principal es afectar y modificar la siniestralidad presente en los afiliados de UNISALUD.

La herramienta se despliega en dos escenarios, la atención primaria realizada por prestadores propios de la entidad y la atención especializada ofrecida por proveedores, con los cuales se desarrolla una alianza estratégica a través de convenios de desempeño.

En el primer escenario se desarrolla a través de los profesionales y grupos de trabajo propios de UNISALUD, estrategias de atención con las características de continuidad, longitudinalidad, comprehensividad y coordinación, la participación y conocimiento del modelo se constituyen para los profesionales en métodos de calificación de su desempeño y un mecanismo adicional para acceder a un sistema de bonificaciones y estímulos a la gestión.

En lo referente a la atención especializada se inicia el proceso de gestión clínica a través de la definición de la Red de prestadores externos de UNISALUD, la conformación de la red de prestadores implica inicialmente la consolidación, definición y presentación de un Plan de Salud Anual, un documento técnico que establece las actividades, procedimientos y acciones en salud, que se proyecta los usuarios demandarán en un período de tiempo predefinido. A través de esta herramienta se definen las necesidades de prestadores en volumen, tipo y asignación de gasto en período.

El elemento crítico del número de actividades y procedimientos a realizar permite acordar con los proveedores convenios de desempeño de acuerdo a la demanda esperada. La concentración de la Red de prestadores facilita los mecanismos de coordinación, flujo de información y sistema de referencia y contrarreferencia a fin de garantizar continuidad en los procesos asistenciales.

Se pretende desplegar una Red de prestadores con las características exigidas por el modelo:

- Seguridad para mantener la prestación de los servicios con proveedores idóneos y comprometidos con la vigilancia y procesos de mejoramiento ante los eventos adversos de la atención en salud.
- Efectividad en los convenios de adscripción y desempeño se establece el sistema de auditoría de la calidad que establezca el uso de la mejor evidencia científica en las acciones, a fin de evitar la sobre utilización de recursos.
- Atención centrada en el paciente, con la selección de proveedores con procesos de asistencia definidos con carácter de accesibilidad y facilidad en los procedimientos de información y expresión del usuario.
- Oportunidad, seguimiento a las franjas de atención de la Red de prestadores y de los casos que exigen celeridad y continuidad en la terapéutica o proceso diagnóstico de patologías específicas. El concepto de oportunidad se refiere



igualmente a la posibilidad de dar respuesta a los proveedores de servicios con las necesidades en los procesos de autorización de procedimientos, referencia de pacientes y cancelación de pagos por servicios prestados.

## 2.7 Gestión de la Salud

### 2.7.1 Estrategia de gestión de la salud basada en la evaluación del impacto de las políticas universitarias sobre la salud

Marco conceptual de la estrategia de gestión de la salud incluida como línea de acción del modelo de salud de UNISALUD

Para poder entender a cabalidad las concepciones actuales de la salud y las diferentes alternativas que existan para actuar sobre ella, resulta insoslayable recordar los hitos históricos que a lo largo de las épocas han vertido ideas amalgamadas por el tiempo y el uso.

Debido a que este documento pretende brindar una mirada panorámica se ha privilegiado la fluidez del texto sobre la rigurosidad obviando citar fuentes que pueden ser consultadas al final del documento donde aparecen referenciadas.

#### 2.7.1.1 Historia del Concepto "Salud"

La humanidad ha tenido desde sus albores interés en conservar y recuperar la salud explorando prácticas preventivas y terapéuticas tanto individuales como colectivas.

Las concepciones más primitivas asocian salud con el regalo de una deidad y podrían definirse como el reflejo del orden del universo o del mundo espiritual en la realidad física individual y colectiva que debía preservarse o recuperarse mediante prácticas dirigidas a esas deidades sobrenaturales.

En los griegos la salud se desprende de su connotación sobrenatural, se separa la prevención (arte de estar sano mediante el ejercicio, el descanso y la nutrición practicados con la moderación adecuada a la naturaleza individual de cada quien) de la curación (arte de re-equilibrar los humores del cuerpo mediante la modificación del entorno) enfatizando en lo individual y advirtiendo que estar sano no es el propósito de la vida sino un medio para vivir mejor.

Los romanos enfatizan en el saneamiento ambiental como medida de prevención colectiva, en lo nocivo de perder la libertad por esclavitud, pobreza o

discapacidad, en la importancia del desarrollo de los niños y en la complementariedad entre mente y cuerpo; todo esto termina equiparando la salud con la capacidad de llevar una adecuada vida cotidiana y no una vida contemplativa como para los griegos.

Con el cristianismo la salud espiritual prima sobre la corporal, por tanto salvar el alma eterna es más importante que cuidar el cuerpo corruptible, la medida preventiva más importante es la cuarentena que resulta de la aplicación de un mandato religioso y se instaura la caridad hacia el enfermo como valor social.

Los árabes puntualizan la importancia del aire libre y la fortaleza de carácter; crean hospitales con jardines, bibliotecas y música y los subsidios por incapacidad para los hospitalizados.

En la Modernidad se retoman y fusionan las concepciones de la salud griegas y romanas, vuelve a primar el cuerpo sobre espíritu y la razón sobre la fe y se establece la noción de Estado con deberes hacia los individuos-ciudadanos.

A partir de ese momento se plantean diversas definiciones del término salud que retoman en diferentes grados los conceptos construidos en el crisol de la historia tales como: equilibrio corporal, mental social y ecológico, igualdad social, ausencia de dolor o enfermedad, salvación del alma y adecuado funcionamiento en la vida cotidiana.

A continuación se citan a manera de ejemplo algunas de ellas.

#### 2.7.1.2 Definiciones de Salud

1. Organización Mundial de la Salud: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".
2. Sigerist: "La salud no es solo la ausencia de enfermedad sino algo positivo, una alegre actitud hacia la vida y animosa aceptación de las responsabilidades que la vida pone al individuo. Si un individuo esta socialmente desadaptado, no posee el balance que constituye la salud. La salud es una de nuestras más preciosas posesiones y es prerequisite para el bienestar y la felicidad humanas".
3. Lifson: "La salud es el grado al cual las funciones humanas son realizadas y el dolor está ausente".
4. Blum: "La salud consiste en la capacidad del organismo para mantener un balance apropiado para la edad y necesidades sociales en las cuales esté razonablemente

libre de notoria insatisfacción, incomodidad, enfermedad o incapacidad y comportarse en una forma que promueva la supervivencia de la especie así como la realización y gozo del individuo".

5. Romano: "La salud consiste en la capacidad del organismo para mantener un balance en el cual pueda estar razonablemente libre de sufrimiento innecesario, incapacidad o limitación de la acción incluyendo la capacidad social".

6. Dubos: "La salud es la expresión de armonía entre el ambiente, las formas de vida y los varios componentes de la naturaleza de los hombres".

7. Hoyman: "La salud es ajuste personal óptima para una total y fructífera vida creativa".

8. Wykie: "La salud es el perfecto ajuste continuado de un organismo a su ambiente".

9. Bersh: "El fenómeno salud debe entenderse como el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud".

10. Restrepo: "Condición de los seres humanos que cambia permanentemente moviéndose a lo largo de un continuo entre la no existencia (muerte) y la plena existencia o salud plena. Sobre el continuo se desplazan los individuos según la acción de factores o determinantes del grado de salud. Es fácil determinar la muerte o la enfermedad severa, pero difícil, grados intermedios de salud o la salud plena".

11. Carlson. (1989) afirman que la salud es el estado natural, estar libre de defecto y de separación, contar con células en armonía con su ambiente y con suficiente energía; armonía con nosotros mismos (incluyendo lo femenino) y con el universo. Coordinación y congruencia de todos los aspectos del ser (pensamientos, emociones, lo que decimos o hacemos). No apartarse del anteproyecto físico, psicológico, intelectual y espiritual de cada quien".

12. Artells: "La salud no exhibe solamente aspectos de "consumo" sino que presenta simultáneamente aspectos vinculados al concepto de inversión en la medida en que la preservación y la recuperación de una buena salud equivale para el individuo y la sociedad a asegurar un flujo de beneficios a lo largo del tiempo, ya sea en forma de un incremento en el tiempo de ocio o en forma de una mayor disposición de tiempo para usarlo productivamente".

Estas 12 distintas acepciones del término salud son una muestra de la mirada de definiciones que se encuentran a lo largo de la historia reciente del mundo occidental.

Aunque no es posible presentar una definición única y universalmente aceptada del término salud, si se puede enunciar algunos aspectos comunes importantes.

#### 2.7.1.3 Elementos Comunes:

1. Las definiciones de salud incluyen como elementos centrales la potencialidad (autorrealización), la armonía (capacidad de adaptación) y el funcionamiento (vida cotidiana adecuada).
2. Las definiciones enfatizan en que la salud es un recurso para vivir mejor y no el objeto de la vida de la gente.
3. Las definiciones recalcan la importancia de superar la división entre la mente y el cuerpo. Además, algunas esbozan un componente espiritual.
4. Las definiciones sugieren tener presente al individuo, a la familia y a la comunidad al momento de intervenir.
5. Parece existir un acuerdo en que salud es más que simplemente no estar enfermo, en que existen unos factores que determinan heterogeneidades en el estado de salud y en que es un recurso para el desarrollo social y la calidad de vida.
6. Salud es un concepto positivo que enfatiza en capacidades físicas y en recursos personales y sociales.
7. Los factores del ambiente social y económico están interrelacionados y son determinantes importantes de la salud.
8. La gente no puede alcanzar su máximo potencial a menos que puedan tomar control de aquellas cosas que determinan su bienestar.
9. Todos los sectores de la comunidad están interrelacionados y comparten su conocimiento, experticia y perspectivas; trabajando juntos pueden crear una comunidad saludable.
10. La salud está profundamente influida por variables sociales y puede requerir cierto grado de cambio social.

Sin embargo, la principal conclusión es: dado que no resulta factible una definición de salud, sería útil precisar cuáles son los elementos sobre los cuales se puede incidir para mejorar la salud (Determinantes de la Salud).

#### 2.7.1.4 Determinantes de la Salud

Determinante de la salud es un factor o conjunto de factores que modifican el estado de salud de una población, desplazándolo al interior de un continuum hipotético, entre la ausencia de muerte, enfermedad o discapacidad y entre el óptimo bienestar biológico.

Dentro de este continuum la asistencia sanitaria atiende la enfermedad, la lesión y la discapacidad disminuyendo su carga dentro de la población. Aunque la atención médica tiene un gran rol para disminuir la enfermedad, el estado de salud de una población es realmente el resultado de la respuesta de los individuos que afecta su comportamiento y su biología y ocurre en un ambiente físico y social determinado.

Por lo tanto la cantidad, calidad, grado de organización y tipo de estructuración, la relación profesional-paciente y los recursos asignados a la provisión de atención médica influyen la duración y la transmisión de las enfermedades, pero no aumentan el estado de salud de una población a menos que modifiquen alguno de los otros Determinantes de la Salud.

#### 2.7.1.5 Determinantes comportamentales

Se define comportamiento el agregado de decisiones personales sobre las cuales el individuo tiene control, así como la respuesta a estímulos internos o condiciones externas, mientras la biología hace referencia a aspectos de la salud física y mental desarrollados dentro del cuerpo humano como un resultado de la contribución de la constitución genética a la salud influidos por la historia familiar y los problemas físicos y mentales adquiridos durante la vida.

La respuesta individual se genera en las representaciones sociales en torno al cuerpo, la salud y la enfermedad que transmite el entorno cultural, pero está enmarcada por la carga genética de la población, que requiere para su desarrollo un ambiente físico y social.

#### 2.7.1.6 Determinantes Culturales

La cultura es para la antropología, una malla o matriz de influencias colectivas que modelan las vidas de grupos e individuos, incluye formas de vida, conducta

compartida, instituciones sociales, sistema de normas, creencias y valores y la visión del mundo que permite a la gente darle significado a su experiencia personal y colectiva.

El entorno sociocultural y la respuesta individual se relacionan por vías complejas, la influencia "cultural" es siempre más fácil de percibir en las sociedades con las cuales no estamos familiarizados. Nuestra propia cultura nos resulta transparente.

La experiencia de un trastorno más que un simple espejo del proceso de enfermar refleja expectativas y valores personales y colectivos que pueden ser determinantes más poderosos sobre la conducta de búsqueda de auxilio y la incapacidad real que las anormalidades biológicas.

#### 2.7.1.7 Determinantes Ambientales

El concepto central es que el ambiente es parte central e insustituible de la salud humana. Los determinantes ambientales de la salud pueden subdividirse en tres: determinantes sociales, económicos y físicos, estos tres "ambientes" se traslapan y configuran el entorno en el cual las personas y las familias viven.

El Ambiente físico (físico, químico y biológico) podemos pensarlo como aquello que puede ser sentido, tocado, oído, escuchado y degustado; también contiene elementos como radiación y ozono.

Puede dañar la salud de los individuos y de las comunidades si contiene sustancias tóxicas, irritantes, agentes infecciosos, riesgos físicos en hogares, escuelas y sitios de trabajo o la puede fomentar, por ejemplo, al proporcionar lugares limpios y seguros para la vida cotidiana.

El aire, agua, suelos, condiciones de vivienda, infraestructura, vectores, energía, uso de la tierra, contaminación, cultivos y alimentos, tráfico, zonas verdes, clima, condiciones de trabajo, ruido, olores, vista, seguridad pública, diseño urbano, comunicaciones, uso de la tierra y disposición de basuras.

El Ambiente económico-financiero. Existe una relación entre el desempeño económico, la distribución del ingreso y el estado de salud. El ingreso per capita promedio de un país y la más equitativa distribución del ingreso se relaciona estrechamente con una población saludable.

En general, si el desarrollo económico va de la mano con un decremento de las inequidades sociales, es ambientalmente amigable y fortalece el capital social tendrá un impacto positivo sobre un amplio rango de indicadores sociales y de

salud. Especialmente en los países más pobres, las políticas que aceleran el crecimiento del ingreso familiar, reducen la pobreza y expanden las oportunidades, particularmente para las mujeres jóvenes, ayudan a la gente a mejorar su salud.

La distribución del ingreso no sólo es importante para la salud sino también para la cohesión social. Las sociedades cohesionadas socialmente son aquellas que tienen instituciones que funcionan bien y comunidades desarrolladas en lo cívico.

Se han identificado en el ambiente social algunos determinantes, entre ellos:

1. Políticas que impidan a la gente estar en desventajas a largo plazo durante los periodos críticos del curso de la vida, puesto que las circunstancias económicas y sociales afectan su salud a largo plazo.
2. El ambiente físico y psicológico especialmente el que genera estrés de larga duración.
3. El ambiente en la primera infancia.
4. El impacto del trabajo sobre la salud, especialmente el grado de control y de satisfacción sobre el propio trabajo.
5. La ansiedad generada por el desempleo y la inseguridad laboral.
6. El rol de la amistad y la cohesión social, que al no existir crea miseria y termina costando vidas.
7. Los estudios recientes señalan que existe un gradiente social en la distribución de las enfermedades en el interior de las estratificaciones socio-económicas convencionales llamadas "clases sociales".
8. Los efectos del alcohol y de otras drogas que además de tener un impacto directo sobre la salud individual, irónicamente ahondan las difíciles condiciones sociales y económicas de las que muchos están intentando escapar.
9. Suplencia de comida saludable y una dieta nutritiva son importantes para promover la salud y el bienestar.
10. Sistemas saludables de transporte en los que se reduzca conducir y se aumenta caminar y pedalear, respaldados por un mejor transporte público que aumentan la salud de cuatro maneras: facilitan el ejercicio, reducen los accidentes fatales, incrementan el contacto social y reducen la contaminación del aire.

Los servicios de atención en salud que prestan atención médica de calidad tienen una influencia importante sobre el curso de las enfermedades (primordialmente sobre las de origen infeccioso) disminuyendo o controlando las complicaciones y evitando muertes prematuras; sin embargo, su influencia sobre el estado de bienestar de una población es muy limitada.

UNISALUD es consciente de que muchos de los determinantes de la salud de su población afiliada están fuera de su control directo, haciendo infructuoso empeñarse en actuar directamente sobre ellos. UNISALUD ha generado la presente estrategia para superar esa limitante a través de la influencia positiva en las políticas de la Universidad.

### 2.7.2 Estrategia de Gestión de la Salud basada en la Evaluación del Impacto sobre la Salud de las Políticas Universitarias

Un impacto es el efecto resultado de una acción. Evaluar el impacto sobre la salud se fundamenta en la premisa que las políticas -relacionadas o no con salud- afectan directa o indirectamente la salud de una población.

Lo anterior, es debido a que la salud es determinada por un amplio rango de factores interdependientes (económicos, sociales, políticos, psicológicos, genéticos y ambientales) que se pueden modificar y las políticas entran a modificar algunos de ellos; por lo tanto, resulta imprescindible evaluar el posible impacto sobre la salud describiendo esas modificaciones e interacciones.

La evaluación del impacto sobre la salud, es una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos que desde una aproximación multidisciplinaria e intersectorial, examina los impactos directos e indirectos sobre la salud de las poblaciones, resultado de la implementación de políticas que afectan la salud (sin afectar directamente a los servicios de atención médica).

En síntesis, la estrategia se fundamenta en una idea: UNISALUD se beneficia al colaborar con las instancias universitarias que formulan políticas para que esas políticas no generen, involuntariamente, impactos negativos sobre la salud de la comunidad.

Es importante, aclarar que esta estrategia apunta a políticas no relacionadas con la prestación de servicios de salud. Las políticas no relacionadas con la prestación de servicios de salud modifican el ambiente en el que las personas cotidianamente viven, trabajan y se relacionan. El ambiente físico, social y cultural es un determinante de la salud más importante que la prestación de servicios.



Las preguntas centrales de la estrategia de Gestión de la Salud son:

- ¿Cómo las políticas de la Universidad afectan la salud?
- ¿Cómo mejorar sus resultados benéficos y mitigar los nocivos para optimizar el impacto sobre la salud de la comunidad?

#### 2.7.2.1 Antecedentes en la Evaluación del Impacto en Salud de las Políticas

La Carta de Ottawa (1986) instó a los formuladores de políticas a considerar los efectos potenciales sobre la salud, con lo cual evaluar su impacto se convirtió en un instrumento para la formulación de políticas públicas. Evaluar el impacto de las políticas públicas se ha visto fortalecido y respaldado tanto por la declaración de Yakarta en el terreno de la promoción de la salud como por la Declaración de Milán en el campo de las Ciudades Saludables.

En este momento, evaluar el impacto social, ambiental y en salud de una política pública es obligatorio en Norte-América y Europa y su práctica se ha extendido en el mundo gracias a los organismos multilaterales.

#### 2.7.2.2 Objetivo de la Estrategia de Gestión de la Salud

Realizar evaluaciones del impacto de las políticas universitarias no relacionadas con la prestación de servicios de salud, sobre la salud de la comunidad universitaria. Enfatizando que las políticas universitarias favorezcan el desarrollo de la gestión del riesgo en salud.

#### 2.7.2.3 Alcance de la Estrategia

Si la Estrategia de Gestión de la Salud tiene en cuenta a los posibles afectados, sobre todo a los más vulnerables, jugaría un papel importante para promover la equidad en la formulación de políticas saludables en el ámbito Universitario.

#### 2.7.2.4 Metodología de la Estrategia

La estrategia de gestión de la salud se basa en aplicar una metodología internacional de evaluación del impacto sobre la salud la cual apunta a estimar el impacto potencial sobre los determinantes de la salud para inferir el cambio que tendrá la salud de una población.

Hay dos tipos de evaluación del impacto sobre la salud según la relación temporal entre la ejecución de la actividad y la evaluación. Si la actividad se ejecuta y luego se evalúa, la evaluación se denomina retrospectiva, si se evalúa antes de la ejecución la evaluación se denomina prospectiva.

Cuando la EIS es prospectiva se parte del supuesto que la actividad cambiará el ambiente y el ambiente incidirá en la salud y el reto consiste en predecir esos cambios.

Pero si la EIS es retrospectiva el supuesto es que los impactos ocurridos pueden ser medidos y asociados con la actividad y el reto es medirlos y aislarlos de otros impactos no relacionados con la actividad estudiada.

#### 2.7.2.5 Operacionalización de la Estrategia

El respaldo institucional de las directivas de la Universidad es fundamental para poder implementar esta estrategia, así como la concertación con Salud Ocupacional y Bienestar Universitario con miras a que esta estrategia sea aceptada y apropiada por la comunidad universitaria.

La implementación de esta estrategia requiere la conformación, en cada una de las sedes de UNISALUD, de un equipo de soporte encargado de gestionar los recursos necesarios y de llevar a cabo la evaluación en cada uno de sus componentes.

#### 2.7.3 Evaluación de Impacto

##### a. Selección de la política a ser evaluada

Deben ser considerados los siguientes criterios:

- Utilidad: Los beneficios para la salud de la población derivados de evaluar la política exceden los costos de realizar la evaluación, debido al tamaño y/o vulnerabilidad de la población afectable por la política.
- Sensatez: UNISALUD tiene probabilidades de generar cambios en la política, de ser necesario, al finalizar la evaluación.
- Factibilidad: UNISALUD dispone de los recursos necesarios para realizar la evaluación.

##### b. Evaluación rápida y superficial

Esta evaluación inicial consiste en realizar estimaciones gruesas de impactos probables y en documentar evaluaciones previas realizadas en condiciones similares.

Esta evaluación rápida permite establecer si el impacto ya ha sido reportado como no significativo en estudios previos y precisar qué cantidad de información relevante se encuentra disponible.

Esta evaluación rápida tiene como objetivo proteger el patrimonio de UNISALUD evitando iniciar evaluaciones exhaustivas que no se puedan concluir por falta de información o de utilidad.

c. Evaluación a profundidad (impacto sobre la salud)

Esta evaluación tiene como objetivo identificar y jerarquizar impactos positivos potenciales sobre la salud (relacionados con los determinantes de la salud) y negativos (caracterizando peligros-amenazas).

Para alcanzar este objetivo se requiere especificar y presupuestar los recursos necesarios, levantar la línea de base de las comunidades o áreas afectadas en términos demográficos y epidemiológicos (teniendo en cuenta tanto la vulnerabilidad de la comunidad como la capacidad de respuesta de sus instituciones) y recoger la opinión de los líderes, interesados y afectados de la comunidad.

d. Evaluación y fortalecimiento de la Evaluación de Impacto sobre la Salud.

- Seguimiento periódico de la política evaluada.
- Evaluación de las recomendaciones propuestas.
- Sugerir necesidades en investigación y en gestión de recursos para futuras evaluaciones de impacto sobre la salud.
- Mejoramiento continuo de la evaluación de impacto sobre la salud como herramienta de gestión de la salud.

2.7.4 Abogacía para modificar (de ser necesario) el impacto de la política sobre la salud.

Una vez la evaluación de impacto sobre la salud ha concluido, y se ha generado un reporte de evaluación con una determinación cuantitativa y cualitativa de los impactos en salud (que ojalá pueda llegar hasta tasar costos y contrastarlos contra los efectos positivos y negativos de la política evaluada) se requiere maximizar los impactos positivos y mitigar los negativos.

Para optimizar el impacto global de la política es necesario formular recomendaciones de mitigación de los impactos negativos y de potenciación de los impactos positivos.

Para UNISALUD además es pertinente usar la evaluación de impacto para prepararse, en caso de que los impactos negativos se conviertan en necesidades de atención médica por los individuos afectados.

Para facilitar y acompañar el proceso de modificación del impacto de la política sobre la salud, los resultados de la evaluación deben permear los espacios universitarios donde se toman las decisiones y a través de los medios de comunicación de la Universidad posicionar el tema dentro de las preocupaciones de la comunidad universitaria para que se involucre en las soluciones o acceda a los cambios.

Elementos claves a ser considerados en la implementación de la estrategia de la gestión de la salud basada en la evaluación de impacto sobre la salud:

1. Profundizar y divulgar en la evidencia documentada que explica el nexo entre políticas y salud de una población.
2. Opiniones, experiencias y expectativas de los afectados por la política.
3. Pautas de análisis que faciliten el entendimiento para formuladores y la divulgación hacia el público en general.
4. Las alternativas propuestas por UNISALUD, a los formuladores de las políticas evaluadas (para maximizar los impactos positivos y mitigar los negativos) deben ser razonables.

Impactos esperados de la implantación de la estrategia

- Aumenta el conocimiento que tiene la Universidad sobre los efectos de sus propias políticas sobre la salud de su comunidad.
- Se racionalizan recursos de la Universidad, porque se evidencian los impactos de una política antes de que se implemente, ahorrando los gastos derivados de mitigar ese efecto negativo de haberse presentado.
- Incrementar la prioridad que le asignan a la salud los formuladores de política en la Universidad.
- Identificar las conexiones entre políticas universitarias y bienestar de la comunidad en tópicos diferentes a la prestación de servicios.
- Estrechar los lazos con otras instancias de la Universidad como Salud Ocupacional y Bienestar.

## 2.8 Ética del Modelo de Salud, UNISALUD

Las responsabilidades de las organizaciones de salud son mayores, considerando las circunstancias sociales generadas por los movimientos de derechos humanos y civiles en los años 70, los cambios en los modelos de salud que confieren y ratifican los derechos y deberes a los usuarios de salud, las tendencias financieras, informáticas, políticas y de globalización presentadas a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Las obligaciones están claramente definidas y el gestor de servicios de salud, se ve avocado a dirigir estas organizaciones, con las premisas de ofrecer excelentes y seguros servicios de salud que utilicen correctamente los recursos y que mantengan informado al colectivo sobre la situación real de la organización, su salud y la de la comunidad.

La propuesta actual de UNISALUD se basa en tres aspectos básicos necesarios a tener en cuenta: la salud, la enfermedad y el riesgo de enfermar. Para intervenirlas se hace necesario la concepción de un esquema sistémico que abarque los tópicos mencionados de una manera ordenada y coherente, generando una respuesta a las necesidades de salud de los interesados para lograr un balance de resultados entre el mejoramiento del desempeño del micro-sistema y la costo efectividad de las acciones.

Este esquema, que se denomina Modelo de Salud, implica cambiar los paradigmas actuales, pasando de una organización netamente asistencialista a una organización más protectora y favorecedora de los hábitos de vida sana y el autocuidado. Que piense primordialmente en el estado de salud, desde lo general a lo particular, resaltando al ser humano, su familia, su entorno y su salud.

Cualquier esquema o Modelo debe estar enmarcado dentro de una gestión ética, que para el caso de las organizaciones de salud debe estar cimentada en un conjunto de previsiones que contengan las necesidades de los usuarios, la evidencia científica y los criterios de calidad y calidez; sin olvidar los aspectos económicos y administrativos, los cuales son compatibles, no excluyentes y sin juicios de valor entre ellos. Se resalta en este aspecto el humanismo en la atención entendido como el respeto, la dignidad y los derechos del paciente como persona autónoma, que posee una serie de valores que deben ser tenidos en cuenta, además de los ya mencionados, el uso de evidencia científica como expresión de los principios de beneficencia y no maleficencia y el entendimiento de las necesidades particulares de cada individuo expresado en el principio de justicia y equidad.

Al conceptuar sobre esquemas de salud, es posible olvidar en ocasiones y sin mala intención, que es necesario contemplar todas las variables posibles, tanto para lo esperado como para lo inesperado. En este caso se requiere prever todas las variables acerca de lo pertinente, lo justo, el actuar bajo las nuevas reglas y esquemas, la comodidad de hacerlo, los niveles de exigencia, la invitación a la participación de los usuarios internos y externos generada desde la misma gerencia y la utilización de los recursos para lograr el cumplimiento de los objetivos.

No se puede perder de vista que estamos inmersos en un Sistema de Salud que tiene como principios la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación, creando dicotomías sobre dónde deben estar centrados los recursos; quizá orientados a buscar la viabilidad del sistema y/o encauzados a mejorar la calidad de vida y en qué proporción.

Otro aspecto que confunde a los gestores es la decisión de cómo distribuir el gasto para garantizar el mantenimiento y la rehabilitación de la salud e invertir en

programas de fomento y protección; observando de lejos la posición actual del asegurador y del prestador como "negocios" diferentes, que no siempre buscan ser justos y equitativos. Se basa esta premisa como referencia al principio de justicia en el cual no sólo se asegura la equidad en el acceso sino la priorización en el uso de los recursos y su uso racional, con especial énfasis en que la inversión en estrategias de prevención se puede considerar una estrategia ética de control del gasto.

La respuesta planteada, quizá salomónica, es que no se puede dejar de lado la prestación y que la inversión en los programas de fomento y protección de la salud, debe aumentar paulatinamente a pesar de ser costosos, agotadores y en gran parte frustrantes en materia de mediciones e impactos.

Estas reflexiones, que buscan disminuir el precepto de la equivocación deben obligar a tomar decisiones certeras que hagan sentir tranquilos a los actores, que no vayan en contra de alguna disposición, que demuestren la bondad de lo realizado, que mejoren las oportunidades de acceso a los servicios y que busquen acciones más asertivas referentes a la calidad de vida.

Si se tiene en cuenta el concepto vanguardista que el ejercicio de la medicina tiene hoy un contexto médico/paciente/sociedad, todos los actos médicos se salen del purismo de la relación simple médico/paciente y necesariamente afectan a la sociedad en todo su conjunto. Con esta premisa es pertinente anotar que los Estados deben apoyar a la comunidad y a las personas en la adopción de aquellas decisiones relativas a la salud que aunque siguen siendo una responsabilidad individual afecta a todos.

Adicionalmente, nuestra Constitución Política<sup>50</sup> en uno de los apartes del Artículo 49 reza: "... toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad...", así visto sería pertinente una intervención para informar al usuario, incluso retirándolo de su rutina o haciendo búsqueda activa de su probabilidad de enfermar, acerca de nuestro interés para mantenerlo lo más sano posible, haciendo claridad de que conocemos su derecho de aceptar o no ambas premisas, ésto por supuesto hace parte de la responsabilidad ética social que cada individuo tiene frente a los recursos limitados de la salud.

Esta posición, estará siempre en la búsqueda del servicio ideal, orientada hacia nuestro usuario que es el motivo de existir de la organización y para quien se crean servicios del mejor nivel: que recuperen, mantengan y mejoren su estado de salud. Parafraseando a Víctor Guédez<sup>51</sup> : "El servicio es un atributo de esencia ética y la ética es filosofía traducida en servicio".

<sup>50</sup> COLOMBIA. ASAMBLEA CONSTITUYENTE. Constitución Política de Colombia de 1991.

<sup>51</sup> GUÉDEZ, Víctor .La Ética Gerencial.

No se pretende caer en errores éticos para un MODELO de Salud, hay que recordar que tener valores y principios frágiles, una inadecuada conceptualización, malos hábitos, mal ambiente laboral, mala práctica profesional y mala información entre otros, son preceptos débiles para la implementación de una nueva concepción. Recordemos que la ética no sólo tiene que ver con los principios sino que también es un asunto de capacidad, intuición, actitud, aptitud y resultados.

Hoy en día las organizaciones de salud tienen el reto de construir modelos de gestión ética, enmarcados dentro de valores lo más universales posibles, que permitan una adecuada asistencia de la salud y que además contengan cohesión, creatividad, desarrollo profesional y así lograr la autosostenibilidad de la institución, haciendo vigentes los nuevos valores de la empresa de salud: solidaridad, altruismo y rentabilidad social, entre otros.

Este Modelo de salud se basa en varias premisas universalmente aceptadas, de especial mención un concepto de Adela Cortina en<sup>52</sup> que nos parece pertinente dada su trascendencia "... La salud es en sí misma un valor moral..." quedando de esta forma, la salud como un valor supremo de los seres humanos. Otra referencia importante es el libro de los valores de la casa editorial El Tiempo<sup>53</sup>, dedicada a los niños, que en su clasificación de los valores, entre otros habla, "... de los valores biológicos que tienen como consecuencia la salud y se cultivan mediante la educación física e higiénica". Con certera candidez se describe lo que debe ser la política obvia de fomento y protección de la salud.

Por último cada actor del sistema tiene dentro del modelo un deber ético. El asegurador debe informar, controlar y garantizar acceso. El prestador debe brindar calidad, acciones fundamentadas en medicina basada en la evidencia, informar, respetar la dignidad del paciente, humanizar, usar racionalmente los recursos y el usuario su autocuidado, el uso racional de los recursos y participación activa y decidida en la sostenibilidad de la organización.

---

<sup>52</sup> CORTINA, Adela. *El mundo de los valores*.

<sup>53</sup> CASA EDITORIAL EL TIEMPO. *El Libro de los valores*.