

Gestión de riesgo para la prevención primaria de tuberculosis en una entidad administradora de planes de beneficios en salud en Colombia

Risk management for the primary prevention of tuberculosis in an entity that administers health benefit plans in Colombia

Marlén A. Rojas-Suarez y Juan C. García-Ubaque

Recibido 14 junio 2021 / Enviado para modificación 23 octubre 2021 / Aceptado 26 octubre 2021

RESUMEN

Objetivo Diseñar y validar un modelo para la gestión del riesgo en salud, orientado a disminuir la incidencia de la tuberculosis en la población afiliada a las empresas administradoras de planes de beneficios colombianas (EAPB) desde la perspectiva de prevención primaria de la enfermedad.

Métodos A partir de una reflexión inductiva, se diseñó un modelo de atención en tuberculosis orientado a coordinar acciones de gestión integral de riesgo en salud en el contexto de un modelo de aseguramiento fundamentado en la atención primaria en salud (APS). Se realizó una validación facial y de contenido del modelo con expertos temáticos en el programa de control de la tuberculosis de algunas EAPB y otros sectores.

Resultados Se identificaron aspectos eje, fortalezas y oportunidades de mejora que se utilizaron como elementos centrales para el modelo, el cual se orienta a prevenir el desarrollo de la enfermedad, al tiempo que continúa promoviendo el seguimiento a los tratamientos y los procesos de rehabilitación. La revisión de expertos permitió validar y enriquecer el diseño planteado.

Discusión La gestión del riesgo en salud es una responsabilidad asignada dentro del sistema de salud colombiano a las EAPB. El diseño del presente modelo aporta para que la gestión del riesgo se realice de manera organizada, definida y estandarizada, a fin de obtener mejores resultados en la prevención de la tuberculosis.

Palabras Clave: Tuberculosis, gestión de riesgos, prevención primaria, aseguradoras, planes de salud de prepago (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To design and validate a model for health risk management, aimed at reducing the incidence of tuberculosis in the population affiliated with the Colombian Benefit Plan Administration Companies (EAPB) from the perspective of primary prevention of the disease.

Methods From an inductive reflection, a tuberculosis care model was designed aimed at coordinating comprehensive health risk management actions in the context of an assurance model based on primary care (PHC). A facial and content validation of the model was carried out with thematic experts in the tuberculosis control program of some EAPB and other sectors.

Results Core aspects, strengths and opportunities for improvement were identified that were used as central elements for the model, which is aimed at preventing the development of the disease, while continuing to promote the follow-up of treatments and rehabilitation processes. The expert review allowed to validate and enrich the proposed design.

Discussion Health risk management is a responsibility assigned within the Colombian health system to the EAPB. The design of this model contributes so that risk management is carried out in an organized, defined and standardized manner; seeking to obtain better results in the prevention of tuberculosis.

MR: Enf. Esp. Epidemiología. M. Sc. Salud Pública. Coordinador Nodo Regional, Compensar EPS, Bogotá, Colombia. marojass@unal.edu.co
JG: MD. M. Sc. Salud Pública. Ph.D. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Bogotá, Colombia. jcgarciau@unal.edu.co

Key Words: Tuberculosis, risk management, primary prevention, insurance carriers, prepaid health plans (*source: MeSH, NLM*).

Existen retos importantes para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) en Colombia en el marco de la estrategia fin de la tuberculosis, específicamente, con respecto a monitorizar las acciones de prevención y control, dirigir la respuesta en atención básica e influir en los diferentes espacios de vida cotidiana. Particularmente, las EAPB no han logrado controlar ni eliminar la mortalidad por tuberculosis, pues, aunque es cierto que la misma ha disminuido en el país, su incidencia ha aumentado. Algunas de las funciones de las empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado que no se cumplen idóneamente son las siguientes: atender con la celeridad y frecuencia que requiere la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo; definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo; Prestar el servicio de salud, a nivel territorial, mediante la integración de redes; Promover, junto con la nación y las entidades territoriales, los servicios de telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas; e implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública (1).

A pesar de ello, el plan estratégico “fin de la tuberculosis, Colombia 2016-2025 (MinSalud)” les concedió un papel más bien “pasivo”, fundamentalmente como receptores de asistencia técnica y coadyuvantes en algunos procesos.

Es por esa razón que se hace necesaria una gestión oportuna y eficiente de los riesgos en la prevención de la tuberculosis (en adelante, TB). Para ello, se propuso diseñar y validar con expertos un modelo integral de atención y gestión del riesgo orientado a disminuir la incidencia de la tuberculosis en la población afiliada a las EAPB desde la perspectiva de prevención primaria de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este modelo se desarrolló mediante una investigación cualitativa de tipo analítico-proyectiva, que permite la construcción de un programa como solución a un problema. Particularmente, la actividad se orientó a analizar y determinar las características de un programa preventivo de la tuberculosis como enfermedad de interés en salud pública. Adicionalmente, para la construcción del programa se adoptó el modelo de gestión de riesgos como eje principal.

Inicialmente, se hizo una revisión bibliográfica, acompañada, de manera simultánea, de un acercamiento a algunas de las entidades territoriales de salud y entidades administradoras de planes de beneficios en salud existentes, con el fin de conocer las estrategias y programas de gestión de riesgo en prevención de tuberculosis existentes en Colombia.

A partir de la información recolectada, se diseñó una base estructural junto con componentes y pilares para el direccionamiento del programa propuesto. También se describieron roles y equipos de trabajo para el desarrollo de la gestión del riesgo, particularmente, para la identificación, evaluación, implementación y seguimiento del riesgo en poblaciones determinadas.

Finalmente, con los mismos expertos se realizó una validación facial del instrumento diseñado.

RESULTADOS

No se encontraron publicaciones relacionadas con la implementación de modelos o programas de gestión de riesgo para prevenir la TB por parte de las EAPB. Sin embargo, existen acercamientos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, así como de algunas secretarías de salud departamentales y municipales, en las que se destaca la necesidad de trabajo articulado en la gestión de riesgo, tanto individual como colectivo, en manos de las aseguradoras y el plan de acciones colectivas (PIC) (2-4).

En consecuencia, el modelo para la gestión del riesgo en salud, orientado a disminuir la incidencia de la tuberculosis en la población afiliada a las EAPB, desde la perspectiva de prevención primaria de la enfermedad, tomó algunos de los elementos recolectados y se estructuró en tres partes, como se describe a continuación.

Contexto

Para el modelo planteado, es relevante insistir en que a nivel mundial la tasa de incidencia de tuberculosis presentó una reducción acumulada de 9% entre 2015 y 2019: pasó de 142 a 130 nuevos casos por cada 100 000 habitantes. No obstante, uno de los hitos de la estrategia “poner fin a la TB” era lograr una reducción del 20% de incidencia entre 2015 y 2020; al respecto, la región que más se ha acercado a cumplir con este hito es Europa; mientras que, contrario a lo previsto, en la región de las Américas la incidencia de TB ha aumentado.

Más específicamente, en el 2020 la OMS destacó que la región de Europa alcanzó un hito importante: logró una

reducción del 19% entre 2015 y 2019; por su parte, África también ha avanzado mucho, con una reducción del 16%. Las reducciones en otras regiones de la OMS fueron del 3,5% en la Región del Mediterráneo Oriental, del 8,7% en la Región de Asia Sudoriental y del 6,1% en la Región del Pacífico Occidental. En la Región de las Américas, la incidencia está aumentando lentamente, debido a una tendencia al alza en Brasil (1).

En Colombia, la TB es una de las enfermedades transmisibles que aporta un número importante de casos al sistema de vigilancia (Sivigila) (2). Particularmente, entre los territorios con mayor tasa de incidencia se encuentran Amazonas, Guainía, Risaralda, Barranquilla, Meta, Arauca y Casanare; mientras que entre los de menor tasa están Sucre, Nariño y Boyacá (5).

Con este aspecto claro, el modelo insiste en la necesidad de avanzar en esquemas de prevención de la TB, particularmente en relación con los casos de multiresistencia a los tratamientos, y puntualiza que, de acuerdo con la regulación vigente para el sistema de salud, el país debería basar su estrategia en la Gestión Integral del Riesgo en

Salud (GIRS) a fin de anticiparse a la enfermedad y sus secuelas. Así, en caso de no lograrlo, se deberá detectar y tratar precozmente los cuadros de TB con el objetivo de disminuir sus consecuencias (2).

Grupos de riesgo para la tuberculosis

A continuación, desde la propuesta del modelo, se plantean los conceptos asociados al riesgo y su gestión; en particular, se señala que un grupo de riesgo corresponde a un colectivo de personas que comparten un perfil a nivel individual específico que, de acuerdo con la información disponible, incluye una condición que representa o está asociada a una mayor posibilidad de contraer la enfermedad. Igualmente, se insiste en que un grupo de riesgo también se puede definir como todas las personas que viven en un lugar geográfico específico asociado con una alta carga de enfermedad o un tipo específico de institución (como las cárceles) (5). En ese sentido, se llama la atención con respecto a que los grupos de riesgo para TB se pueden clasificar entendiendo el contexto y la situación epidemiológica del lugar (5) (Tabla 1).

Tabla 1. Detección sistemática de tuberculosis activa: principios y recomendaciones

Sitio potencial de tamización	Grupo de riesgo
Comunidad	Áreas geográficas con una subpoblación de alta prevalencia, con escaso acceso a los servicios de salud y con factores de riesgo asociados
Condición física (salud)	Personas con TB con una lesión fibrótica sin tratar identificado por la radiografía de tórax Las personas que viven y que asisten a la prueba del VIH Personas con diabetes mellitus Personas desnutridas Personas con insuficiencia renal crónica Personas que tienen tratamientos que comprometen su sistema inmunitario Personas con gastrectomía o derivación yeyunoileal Personas tratadas previamente para la enfermedad (tuberculosis) Personas mayores de 65 años
Condición de hábitos	Personas con enfermedad respiratoria crónica y los fumadores Personas con un trastorno de alcohol-uso y usuarios de drogas IV
Servicios de inmigración	Los inmigrantes procedentes de entornos con una alta prevalencia de la TB Personas en condición de desplazamiento
Espacios y/o los lugares de trabajo	Personas que residen en refugios o en cárceles Funcionarios de prisiones Otras instituciones de congregación Trabajadores de la salud Mineros u otros que están expuestos a la sílice Otros lugares de trabajo con alta prevalencia de la tuberculosis

Así las cosas, dentro del enfoque centrado en la prevención que se plantea, se debe tomar en consideración la complejidad del diagnóstico, los grupos poblacionales en riesgo, la zona geográfica, los factores ambientales y los factores sociales, pues, en su conjunto, influyen en el desarrollo y transmisión de esta enfermedad.

Derivado de este análisis, el modelo se orienta a, primero, implementar la gestión integral del riesgo para TB, a partir de la búsqueda de la articulación territorial de las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes agentes del sistema; segundo, a enfocar las acciones en minimizar el riesgo de ocurrencia de la enfermedad,

y, tercero, a controlar, reducir y evitar las consecuencias de la TB en los grupos poblacionales identificados como de riesgo para los diferentes estadios de la enfermedad.

Marco general del modelo TB-RM

El marco general de la propuesta del Modelo TB-RM de gestión del riesgo para prevenir el desarrollo de la tuberculosis en las EAPB busca alinear los marcos estratégicos, tácticos y operativos en función del modelo integral de atención en salud (MIAS), ajustado a modelo de atención integral territorial de la salud (MAITE) y de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) que propuso el Ministerio de Salud y Protección Social para el país. Para ello, se considera la importancia de alinear las cuatro etapas que constituyen el ciclo de gestión del riesgo, generar cinco equipos responsables y construir una base estructural con seis componentes y cuatro pilares.

Base estructural: la base estructural del modelo se encuentra de manera genérica en la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad, y, de manera específica, en el Modelo de Atención en Salud apropiado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia, se establece como escenario para implementar todas las medidas de promoción y prevención en la población priorizada por parte de la EAPB y busca que todas estas entidades realicen las actividades previstas con su población adscrita o afiliada.

Principios fundamentales: también adoptados de la estrategia “Fin a la tuberculosis”, resultan esenciales para facilitar el logro de los propósitos del modelo.

- Rectoría y transparencia gubernamental, con seguimiento y evaluación
- Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades
- Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad
- Adaptación de la estrategia con perspectiva global

Herramientas tecnológicas: se formula una caja de herramientas que apoya la implementación del sistema de gestión de riesgo, la cual está constituida por:

- Mecanismo unificado de registro de información
- Repositorio documental
- Herramientas de la gestión del riesgo (Matriz MIECR)

Pilares: con base en algunas de las recomendaciones de la OMS, se establecen los siguientes pilares para el modelo de gestión de riesgo:

- Pilar 1: atención y prevención integradas de la TB centrada en el paciente
- Pilar 2: políticas audaces y sistemas de apoyo
- Pilar 3: innovación e investigación intensificada
- Pilar 4: implementación de la gestión integral de riesgos en salud (6).

Componentes: deben ser implementados y analizados por cada uno de los equipos en los ciclos de gestión del riesgo del presente Modelo TB-RM:

- Determinantes sociales en salud
- Red integrada
- Normatividad
- Salud y seguridad en trabajadores
- Diseño e implementación en programas
- Estandarización de guías clínicas

Equipos y funciones para la gestión del riesgo en salud: se plantea que el Modelo TB-RM cuente con cinco equipos básicos para el desarrollo de sus acciones y actividades. Los roles que debe cumplir cada equipo se describen de acuerdo con la matriz RACI (RACI por las iniciales de los tipos de responsabilidad: responsable, encargado, consultado e informado). De esta manera se logra asegurar que cada uno de los componentes del alcance esté asignado a una persona o a un equipo. Se plantea que el Modelo TB-RM cuente con cinco equipos básicos para el desarrollo de sus acciones y actividades:

- a) Dirección de la EAPB
- b) Equipo de planeación de atención en salud
- c) Equipo de análisis de gestión del riesgo
- d) Equipo de red integrada de servicios de salud
- e) Equipo de evaluación y auditoría

Ciclo para la gestión del riesgo en salud

Incluye los lineamientos orientados a asegurar el correcto cumplimiento en la ejecución de las actividades definidas para cada una de las etapas de la gestión integral del riesgo por parte de las EAPB, así como algunas herramientas y actividades adicionales específicas para la prevención de la tuberculosis. En particular se destacan como etapas para el proceso:

- Identificación y registro de poblaciones en riesgo
- Evaluación y priorización de riesgos
- Desarrollo, implementación y seguimiento del plan de abordaje de riesgos (programas)
- Reevaluación de riesgos

Igualmente, y como instrumentos de trabajo se tiene...

- Matriz de identificación y evaluación cualitativa de riesgos MIECR: esta matriz es una herramienta del modelo TB-RM que permite registrar los riesgos, establecer un grado de exposición entre los riesgos evaluados y priorizar los riesgos que presente un nivel relevante en el análisis de su exposición para generar planes de tratamiento.
- Matriz de probabilidad e impacto: es la herramienta que permite priorizar los riesgos y establecer cómo abordarlos, considerando además su probabilidad de ocurrencia e impacto potencial. Para este fin, la calificación, evaluación, medición y priorización del riesgo se realizan mediante la aplicación de la matriz MIECR, que ayuda a clasificar y a medir los riesgos y a priorizar su intervención con planes de gestión del riesgo por cada uno de ellos.

Los planes de respuesta describen las acciones que se llevarán a cabo si la oportunidad o amenaza ocurre. Para tal fin se precisan: estrategia, actividades, responsables, duración y fechas compromiso. Se formulan dos tipos de planes de respuesta:

- Afrontamiento del riesgo
- Contingencia

Los métodos sugeridos para encontrar causas y definir controles a los riesgos identificados en el modelo son los siguientes:

- El análisis de causa raíz (RCA).
- Tormenta de ideas
- Técnica Delphi (7)
- Análisis DOFA (8)

Se precisa que las estrategias de intervención para cada caso, aunque individualizadas, deben tener un enfoque explícito en la promoción, la prevención y el autocuidado, dando respuestas, directas y específicas a cada uno los grupos de riesgo identificados y priorizados previamente. Sin embargo, y como resulta obvio, este modelo no tiene como alcance la definición de estrategias o técnicas específicas para el diagnóstico o para el tratamiento de la enfermedad.

La validación realizada permitió fortalecer aspectos como acciones preventivas más claras y se profundizó en aspectos como medidas individuales más cercanas al contexto colombiano. También se robustecieron aspectos como los roles y equipos para que se identificaran y se

relacionaran fácilmente y también la relación documental de la medición del modelo, de acuerdo con lo sugerido por la OMS (que no se había contemplado inicialmente).

DISCUSIÓN

La tuberculosis sigue siendo un tema de interés en salud pública (9), no solo porque la mortalidad sigue siendo relevante, especialmente en países de menor ingreso (10), sino por el estigma social (11) y la relativamente creciente multirresistencia al tratamiento (12), especialmente en pacientes inmunosuprimidos (13).

En este trabajo se tuvo como propósito formular un modelo, orientado a la gestión del riesgo en salud, para disminuir la incidencia de la tuberculosis en la población, desde la perspectiva de las instituciones o niveles que asumen las funciones de articulación en los sistemas de salud (14) que, para el caso colombiano, corresponden a las EAPB. Sobre todo, se pretendió examinar cuáles serían estas acciones de prevención que puede desarrollar la aseguradora, según su rol dentro del sistema de salud. Además, se lograron esquematizar y agrupar los principales factores de riesgo que suelen estar asociados a algunas de las comorbilidades más importantes o habituales en esta patología.

La importancia de este enfoque radica en que se conoce que realizar acciones oportunas de prevención para estas poblaciones suele resultar más costo-efectivo que asumir los tratamientos complejos de las complicaciones o de una mayor incidencia en los grupos poblacionales vinculados a un caso índice (2).

Aunque el enfoque de gestión de riesgos en salud puede tener un impacto importante en la salud de los usuarios, es claro que no permite gestionar absolutamente todos los factores de riesgo y determinantes del estado de la salud de las poblaciones beneficiarias, pues muchas de las intervenciones requeridas suelen estar fuera del alcance de las competencias, responsabilidades y acciones a cargo de estos niveles. Sin embargo, sí es posible asumir, desde un enfoque promocional, acciones de abogacía y liderazgo intersectorial con el fin de apalancar las acciones de este modelo y otros similares, con otros esfuerzos en los campos sociales, económicos, culturales y educativos (15). En ese sentido, se reitera que, aunque las EAPB no son las únicas entidades comprometidos con la gestión del riesgo en salud, se espera que tomen acciones concretas dentro del marco de sus responsabilidades.

El Modelo TB-RM es dinámico, iterativo y sensible al cambio, lo cual permite una mejora continua del sistema. Por ello...

- Es imprescindible el desarrollo de todas las etapas para el logro del éxito del modelo.

- Crea valor al contribuir al logro de los objetivos y al desempeño de la organización, ya que permite un primer acercamiento a un modelo preventivo y predictivo de esta enfermedad.
- Podría ajustarse a otras patologías y a diferentes tipos de aseguradoras en salud.
- Permite optimizar, estandarizar, normalizar, documentar y estructurar el proceso de gestión del riesgo en salud de una EAPB.
- Toma en cuenta factores tanto humanos como culturales y los establece como fundamentales a la hora de su implementación.
- Representa un componente clave para la continuidad del servicio, al integrar un proceso con un enfoque preventivo que permite mejorar la eficiencia en el logro de los objetivos de la organización.
- Debe estar respaldado por las actualizaciones normativas sobre los programas de tuberculosis, tanto a nivel local como a nivel global ♦

REFERENCIAS

1. Colombia. Ley 1122 de 2007. Colombia: Congreso de la República de Colombia; 2007.
2. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Gestión integral del riesgo en salud: Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la política de atención integral en salud. Documento de trabajo [Internet]. Bogotá: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones; 2018 [cited 2021 Mar 2]. <https://n9.cl/0jdz5>.
3. Instituto Nacional de Salud. Es hora de actuar. Poner fin a la tuberculosis. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019 [cited 2021 Mar 2]. <https://n9.cl/hthnz>.
4. Instituto Nacional de Salud. Una Mirada hacia el comportamiento de la tuberculosis en Colombia, 2018 (semanas epidemiológicas 1-36) [Internet]. Boletín Epidemiológico Semanal. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018 [cited 2021 Mar 2]. <https://n9.cl/qh1dj>.
5. World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: WHO; 2013.
6. World Health Organization. Implementación de la Estrategia Fin de la TB; Aspectos esenciales. Geneva: WHO; 2016 [cited 2021 Mar 2].
7. Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El método Delphi. REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació. 2016; 9(1):87-102. <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>.
8. Ponce Talancón H. La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2007 [cited 2021 May 2]; 12(1):113-30. <https://n9.cl/mon8>.
9. World Health Organization. La mortalidad de la tuberculosis se ha reducido a cerca de la mitad desde 1990 [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2021 Apr 6]. <https://n9.cl/swzf1>.
10. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 3]. Geneva: WHO. <https://n9.cl/1g7qw>.
11. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL. Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). Index Enferm. 2011; 20(4):229-32. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300004>.
12. Gómez-Tangarife V, Gómez-Restrepo A, Robledo-Restrepo J, Hernández-Sarmiento J. Resistencia a Medicamentos en Mycobacterium tuberculosis: contribución de mecanismos constitutivos y adquiridos. Rev. Salud Pública. (Bogotá) 2018; 20(4):491-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.50575>.
13. Suárez I, Fünfer SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheuer G, Rybniker J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. Deutsches Arzteblatt International. 2019; 116(43):729-35. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0729>.
14. Gutiérrez Ossa JA, Restrepo Avedaño D. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Sociedad y Economía. [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 17]; (23):183-204. <https://n9.cl/es021>.
15. García JC. Enfoque gerencial de la promoción de la salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.