

Gestión del riesgo colectivo: intervención de APS que permite dar continuidad en la atención en salud

Sofía Rios,
Leonardo Salas,
Edizabeth Ramirez,
Patricia Arce,
Juliana Damelines,
Kimberly Piñeros,
Diane Moyano,
Catherin Rodríguez

Resumen

La gestión del riesgo colectivo, abordada desde una perspectiva de articulación de las acciones individuales con las familias y colectivos, debe mostrar resultados diferenciados permitiendo ver la operacionalización del plan de acciones colectivas con el accionar de las EAPB. Para esto se retoma el concepto de Atención Primaria en Salud (APS) y se articula con los gestores comunitarios los cuales permiten evidenciar los resultados. Objetivo: analizar la gestión del riesgo colectivo en salud por medio de la afectación de los determinantes sociales intermedios en la ciudad de Bogotá entre el año 2017 y 2019. Metodología: estudio de caso sobre la estrategia de gestión del riesgo basada en APS. Para esto, se estructuraron tres fases el estudio; fase I (identificación de riesgos), fase II (análisis de riesgos colectivos) y fase III (intervención centrada en las personas). Resultados: se mencionan las acciones realizadas en una EAPB - Subsidiada que permiten mitigar y/o disminuir la externalidad que representa en los indicadores de morbilidad y mortalidad. Particularmente, la acción del gestor permitió evidenciar cuatro

grupos de cohortes: gestantes, niños y niñas menores de 5 años, detección temprana de cáncer cérvico-uterino y enfermedades crónicas. Conclusiones: los gestores de riesgo son un insumo útil como estrategia en APS en la ciudad de Bogotá, debido a que se identificó adecuadamente a la mayoría de la población en riesgo y se canalizó oportunamente a las entidades prestadoras de servicio pudiendo tener resultados beneficiosos para la población.

1. Introducción

La gestión del riesgo, desde la perspectiva de la administración, es concebida como un “proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones, la planificación y, en consecuencia, el desempeño de las organizaciones, en aras de lograr minimización de las pérdidas y maximización de ganancias”. (1,2) En salud pública, la gestión del riesgo es el resultado de un desarrollo histórico que busca integrar diferentes elementos (3) para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o, si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y consecuencias. (4) Específicamente, en lo que respecta a las entidades territoriales en Colombia, la gestión del riesgo se da por medio de la acción coordinada de actores sectoriales y extra sectoriales en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, esto se traduce en la “afectación positiva de los determinantes que inciden en los riesgos en salud de las comunidades o colectivos y que afectan sus condiciones de salud” (4,5)

En Colombia la gestión individual del riesgo en salud incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el autocuidado de

los individuos y sus familias y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) son responsables del seguimiento de cohortes de grupos de riesgo y de la ejecución del componente individual de los programas de salud pública. (6) Dichas empresas y las Entidades Territoriales deben articular las intervenciones colectivas e individuales propendiendo por la integralidad y continuidad de la atención de las personas, y la realización de actividades complementarias.

Para lograr esto, el país avanzó en la implementación del Modelo de Atención en Salud (MIAS), el cual considera entre otros, la organización de la atención de los afiliados según los riesgos identificados, la articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes del Sistema de Salud alrededor de las prioridades territoriales en salud. (7) En ese sentido, los entes territoriales tienen la responsabilidad de definir estrategias que modifiquen los determinantes sociales que se asocian a riesgos y condiciones de salud a nivel comunitario o colectivo; mientras que, la gestión del riesgo individual, a cargo de las EPS, tienen la responsabilidad de identificar y clasificar prioridades y grupos de riesgo para organizar la red de prestación de servicios según los riesgos.

Para su operación en Bogotá, se retoman los planteamientos de la Atención Primaria en Salud (APS) la cual es definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsa-

bilidad y autodeterminación. La APS forma parte tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...” (8)

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio de la declaración de Astaná, reafirma la anterior definición y propone: “Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos”. (9,10) De igual forma, indica que para que la APS sea sostenible se deberá: “Reforzar la capacidad y las infraestructuras de la atención primaria —el primer contacto con los servicios de salud— dando prioridad a las funciones esenciales de salud pública” (9) Asimismo, el país le apostó al MIAS y por medio de las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS – busca complementar las acciones de gestión del riesgo colectivo en interacción con la gestión individual del riesgo.

Planes de Beneficios-EAPB-, Administradora

De acuerdo con lo anterior, es claro que, para un buen desarrollo de la gestión del riesgo en una ciudad como Bogotá, es necesario integrar las acciones familiares, colectivas y poblacionales con las individuales, para esto tal y como lo indica la normativa nacional deben garantizar y “definir previamente los mecanismos de gestión y coordinación con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Administradora de Riesgos Laborales (ARL) e Instituciones Prestadoras de Salud-IPS- que garanticen el acceso efectivo de la población canalizada” así como “el mecanismo para el modelo de evaluación” que se debe dar en la gestión del riesgo. (11,12)

Es así como para lograr dicha articulación, se propone una intervención a

través de los “gestores del riesgo”, los cuales son personas con un entrenamiento en salud (técnicos y auxiliares), que permiten un abordaje integral que parte del enfoque de riesgo hasta el abordaje del contexto, para de esta forma afectar determinantes sociales intermedios, generar alertas que promuevan un cambio en las condiciones de salud de las comunidades y, a su vez, dar un continuo en la atención, debido a que, al ser la puerta de entrada, permite garantizar que se realice una canalización a la gestión del riesgo individual y que en el seguimiento se evidencie una prestación de servicios diferenciada. (13–15)

La acción de los gestores del riesgo es conocida en la literatura como promotor o agente de salud; (16) sin embargo, el gestor del riesgo en la ciudad de Bogotá tiene una connotación diferenciada; esto dado que, el abordaje se hace a las personas identificadas bajo unos criterios de riesgo, que se basan en la priorización del plan territorial de salud, y que son consideradas como de alta externalidad, a partir del cual el gestor deberá realizar canalización a servicios sociales y de salud.

Si bien, la gestión del riesgo a nivel territorial se basa en la afectación positiva de los determinantes, para este caso, se abordará la afectación a los determinantes intermediarios de la salud. Específicamente, lo relacionado con el acceso a los servicios de salud, los factores conductuales, psicosociales y culturales que de allí se desprenden y que permiten visibilizar el accionar de salud pública. (11)

Para evaluar la gestión del riesgo en salud, se plantea la integración de las acciones de la promoción de la salud en la afectación de los determinantes sociales intermedios de la salud, siendo identificados

los individuos a intervenir por medio de las cohortes que hacen parte de la gestión del riesgo en Bogotá.

2. Metodología

Se realiza un estudio de caso sobre la estrategia de gestión del riesgo basada en APS, implementada en la ciudad de Bogotá durante los años 2017–2019. Se describe la estrategia de priorización de zonas vulnerables en la ciudad, y cómo opera la acción realizada por el gestor del riesgo desde la estrategia de cuidado familiar del plan de intervenciones colectivas (PIC), dentro de las acciones operativas del espacio vivienda¹.

Para la identificación de la población con mayor riesgo, se realizó un ejercicio de caracterización en la ciudad, a partir de los datos de afiliación por régimen, sumado al seguimiento a las actividades de detección temprana² o protección específica³ (PEDT) registrada desde las EAPB, para este caso se escogieron las EAPB que concentraban mayor población tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo, es válido

1 El espacio vivienda hace referencia al “espacio donde transcurre la cotidianidad de la interacción de la familia. Desde la visión integrada el espacio vivienda, debe incluir el abordaje de familias e individuos en sus hogares o en instituciones de protección y restitución de derechos (centros de reclusión, instituciones de protección a menores, entre otros) que hacen sus veces y de la infraestructura para garantizar una vivienda saludable en el entorno barrial. Las acciones están mediadas por el fortalecimiento del cuidado”. (18,19) El alcance del Espacio Vivienda son las personas, las familias y cuidadores, que habitan en un contexto social compartido en la escuela, el trabajo y el espacio público.

2 Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (19)

3 Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. (19)

indicar que para el régimen subsidiado se escogen dos EAPB, con la finalidad de conocer qué tanto se está garantizando el acceso a la prestación del servicio en esta población. Se utiliza la herramienta ArcGis 10.7.1 para realizar el ejercicio de georreferenciación de la población afiliada al régimen subsidiado, e identificar las zonas de Bogotá donde se concentra esta población.

A partir del reconocimiento de estas zonas, los gestores del riesgo focalizaron su accionar por medio de un proceso que puede ser explicado en tres fases:

- » **Fase I.** Identificación de riesgos: se define como personas en riesgo, aquellas que no hayan tenido en el último año acercamiento a los servicios de salud. Esta población se identifica de acuerdo con los registros de las consultas de PEDT.
- » **Fase II.** Análisis de riesgos colectivos: a partir de los datos disponibles de la población identificada en la fase I, tales como, los datos demográficos y el comportamiento de indicadores trazadores de mortalidad y morbilidad, se realiza una georreferenciación que permitirá identificar la concentración de personas en riesgo en la ciudad.
- » **Fase III.** Intervención centrada en las personas: cuando se planea la gestión del riesgo se usan dos criterios de inclusión: 1. Población que no haya asistido en el último año a una consulta de PEDT y 2. Que la información de residencia y contacto telefónico sea identificable. Para poder identificar de esta forma la población, se requiere de un proceso de articulación con las EAPB, el cual permitirá el continuo del cuidado y, por ende, evidenciar un beneficio en la población. El gestor del riesgo, una vez tiene la ruta, aborda a cada una

de las familias identificadas y les aplica el instrumento de “Identificación de necesidades de atención en acciones de PEDT y evaluación del riesgo”, este instrumento arroja una clasificación de alerta de riesgo familiar y la necesidad de intervención de la siguiente manera:

- **Alta:** Necesidad imperante de consulta para el usuario o algún miembro de la familia “atención médica prioritaria”. El gestor deberá asignar la cita vía telefónica para el mismo día, de manera coordinada con los profesionales a cargo, y realizar el seguimiento de cumplimiento.
- **Media:** Necesidad de cita médica para el usuario o algún miembro de la familia. El gestor del riesgo deberá coordinar el agendamiento de la cita para los 3 días siguiente a su visita y realizar seguimiento telefónico al cumplimiento de la misma.
- **Baja:** La familia o el individuo en el momento no tienen ningún riesgo potencial en su salud detectado y no requiere de citas médicas. El gestor brinda información en salud sobre signos de alarma y, si hay niños menores de 5 años o embarazadas en el entorno familiar, también se brinda información sobre la oferta institucional.

3. Resultados

Identificación de riesgos

A partir de la caracterización se identificó que del total de población afiliada ($n=7'567.287$) en Bogotá, el 17,1 % ($n=1.291.158$) estaba afiliada al régimen subsidiado y que, de éste, el 79 % ($n=981.505$) se encuentran afiliados a la EAPB subsidiado I, seguido del

8,24 % que corresponde a la EAPB subsidiado II (n=102.731).

Frente a las acciones de PEDT, se obtuvo como resultado que la proporción de coberturas en los principales indicadores de seguimiento por el MinSalud, están por debajo del 50 % en la mayoría de los indicadores para el año 2016, evidenciado

indicadores como: proporción de gestantes con captación temprana a control prenatal, proporción de gestantes con consejería en lactancia materna, proporción de gestantes con tamizaje para sífilis, proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, proporción de niños menores de cinco años con control de crecimiento y desarrollo entre otros.

Tabla 1. Indicadores PEDT para las dos EAPB con mayor concentración de personas del régimen subsidiado, Bogotá 2016

Indicadores PEDT	EAPB_ Contributivo	EAPB_ Subsidiado I	EAPB_ Subsidiado II
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	57,94	33,66	37,55
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	18,60	18,09	26,99
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	55,19	19,60	27,69
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	59,07	28,66	42,43
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	73,87	38,70	56,37
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	61,27	45,13	45,22
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	64,30	45,61	30,02
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	54,61	46,83	20,99
Proporción de mujeres con toma de mamografía	44,75	19,26	9,59
Proporción de personas con consulta del adulto	4,94	8,32	5,93
Proporción de personas con consulta del joven	14,60	11,57	6,49

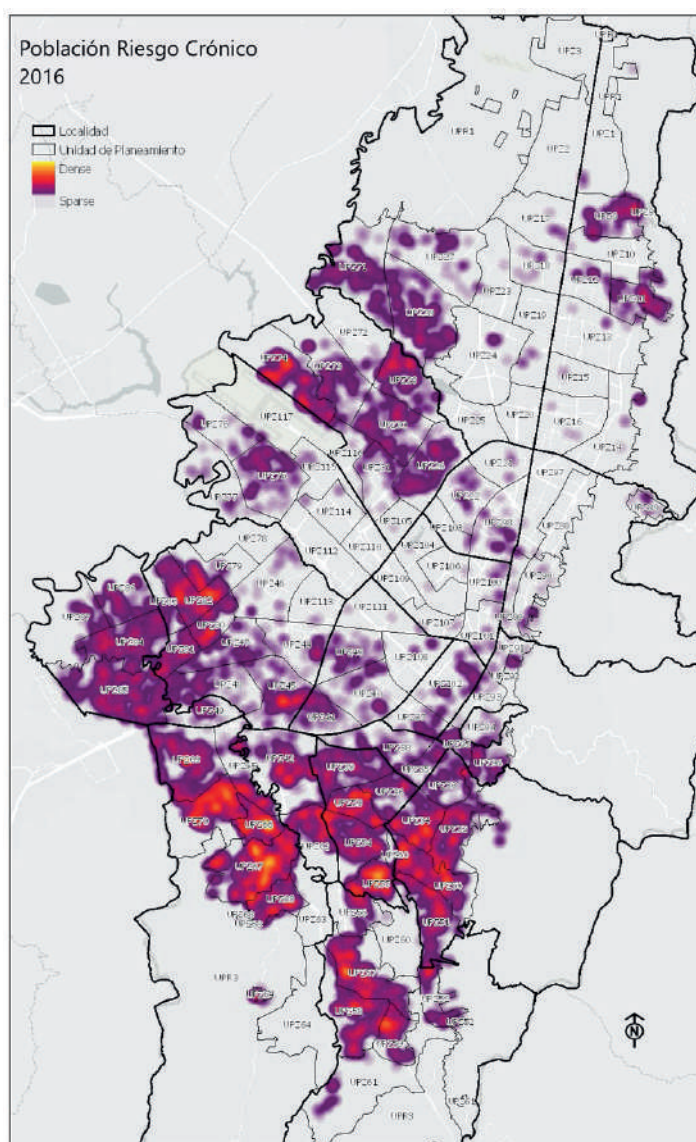
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Seguimiento de actividades de protección específica y detección temprana. Fecha de consulta: septiembre 2019.

4. Análisis de riesgos colectivos

Identificando que el mayor riesgo de enfermar o morir se encuentra en la población afiliada al régimen subsidiado, y que éste está mediado por las condiciones de vulnerabilidad social y económica, y de las relacionadas con el entorno donde se desarrollan sus vidas, el ejercicio de georreferenciación

de población afiliada al régimen subsidiado, tomando como referente la EAPB subsidiado I, ya que concentra el 79 % de la población del Distrito Capital, identificando que el asentamiento poblacional se encuentra en las localidades y Unidades de Planeación Zonal (UPZ) que históricamente son reconocidas en la ciudad por presentar indicadores elevados de mortalidad y morbilidad.

Figura 1. Población con riesgo de enfermedad crónica en la ciudad de Bogotá, perteneciente a la EAPB subsidiado 1 Salud en el año 2016



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Elaboración propia grupo de Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSyE). Bogotá, 2016.

5. Intervención centrada en la persona

Esta intervención se hace a partir del análisis de riesgos colectivos, la cual permite gestionar la salud de la población con la intención de incidir en los indicadores de manera positiva. A partir de esto, la acción del gestor de riesgo recobra un valor no solo desde el punto de vista de su quehacer, sino social, debido a que son personas que se acercan a la comunidad con la finalidad de canalizar a los servicios sociales y de salud, este último guiado a la prestación del servicio. Específicamente, se logró identificar que la acción del gestor permitió un acercamiento con las familias y comunidades, lo que conlleva a que se obtengan datos a favor de la interacción con el sistema de salud. Para ilustrar, la acción del gestor permitió evidenciar cuatro cohortes de seguimiento: cohorte de gestantes, cohorte de niños y niñas menores de 5 años, cohorte de detección temprana de cáncer cérvico-uterino y cohorte de condiciones crónicas. Para los años de análisis, la ciudad ha avanzado en la gestión de riesgo con corte a julio 2019, evidenciando los siguientes resultados:

1. Cohorte de gestantes: el enfoque dado es mediante la identificación de mujeres gestantes que no hayan asistido a sus controles prenatales o que tengan algún riesgo. Del total caracterizado e intervenido por los gestores (3845 gestantes), se evidenció que el 66 % (n=2573) son mujeres de EAPB subsidiado I y 33 % (n=1272) fueron identificadas a partir del diálogo comunitario de los gestores. De las mujeres pertenecientes EAPB subsidiado I, se tiene que el 46,2 % (n=1189) cursaban por la gestación, 2,44 % (n=63) estaban en puerperio inmediato y el 51,3 % (n=1321) eran mujeres en edad fértil y en post parto tardío. Respecto a las mujeres en gestación, el 81 % (n=970) asistieron a control prenatal y el 5 % (n=51) tenían patologías asociadas.

Respecto a las mujeres en puerperio inmediato, el 100 % asistieron a control post parto. Respecto a las mujeres en post parto tardío, el 100 % se canalizaron a servicios de control de fecundidad y se adhirieron a un método de planificación familiar. Del total de nacidos vivos, el 14 % (n=182) tenían bajo peso al nacer, de los cuales, el 69,2 % (n=126) se canalizaron a plan canguro y se les hizo el respectivo seguimiento para la recuperación del peso con adecuadas técnicas de lactancia materna exclusiva y estrategias de promoción de la salud. Del total de gestantes identificadas por los gestores, el 64,1 % (n=816) sin control prenatal fueron canalizadas a su respectiva EAPB.

2. Cohorte de niños y niñas menores de 5 años:

los gestores de riesgo han identificado a 36.070 niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo. Al 99,8 % (n=36.000) se le asignó una cita de control de crecimiento y desarrollo, de los cuales, el 52,2 % (n=18.781) ingresa a la ruta de promoción y mantenimiento. Específicamente se encontró que el 5,1 % (n=966) de los niños presentaron alertas nutricionales, dado por: 11,2 % (n=108) tenía desnutrición aguda, 43,7 % (n=422) estaba en riesgo de desnutrición, 34,8 % (n=336) estaba en sobrepeso y el 10,4 % (n=100) estaba en obesidad. Particularmente, el 100 % de los niños con desnutrición se recuperó, debido a que el 52,7 % (n=57) se encuentra en peso adecuado, el 24,1 % (n=26) está actualmente en riesgo de desnutrición y el 23,1 % (n=25) pasó de desnutrición aguda severa a moderada.

3. Cohorte de detección temprana de cáncer cérvico uterino:

los gestores de riesgo han identificado a 61.051 mujeres con necesidad de toma de citología. El 95,1 % (n=58.060) de estas mujeres ha asignado citas, sin embargo, solo el 53,9 % (n=31.318) han asistido a la cita asignada por el gestor. Las razones de inasistencia fueron: motivos personales, olvido de la cita, demora en la atención, distancia del servicio, falta de dinero y falta de interés. Del total de pacientes que asistieron a la cita, el 5,6 % (n=1.768) han tenido un resultado positivo. Además, el 58,1 % (n=1.028) de las mujeres con resultado positivo en la

citología han requerido colposcopia, de las cuales, el 36,5 % (n=375) presentó un resultado confirmado. Por otro lado, se inició tratamiento al 50 % de estas mujeres.

4. Cohorte de condiciones crónicas: los gestores de riesgo han identificado a 26.996 usuarios con alguna enfermedad crónica no transmisible (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica). El 4,2 % (n=1.124) se encontraban en alerta alta (personas con enfermedad crónica sin tratamiento y sin adherencia al programa, sin control hace más de 6 meses), de los cuales el 100 % fue asignado a consulta de medicina interna. Además, el 47,1 % (n=12.722) se encontraban en alerta media⁴, de los cuales el 76 % quedó con cita asignada. Por último, el 48,7 % (n=13.150) se encontraban en alerta baja⁵, de los cuales el 100 % fue informado y educado.

Al revisar el seguimiento a los indicadores PEDT, se evidencia para la EAPB_Sub-sidiado _I un aumento en las proporciones, se muestra el cambio porcentual para cada una de las EAPB. Ver tabla 2 (página12).

6. Conclusiones

» Los gestores de riesgo como estrategia de APS permiten una vinculación más efectiva entre la comunidad y las redes prestadoras de servicio y, por ende, genera una afectación positiva en los determinantes sociales intermedios en la población a riesgo. Así mismo, permitió asegurar una coordinación y continuidad de la atención de los servicios individuales y colectivos del Distrito Capital.

- » Desde la concepción del modelo propuesto en la ciudad, las acciones colectivas deben estar articuladas con la gestión del riesgo individual, ésta última está mediada por las EAPB en las cuales la Secretaría Distrital de Salud ejerce su función rectora por medio de la orientación de las acciones hacia la salud de la población, el diseño de modelos de atención basados en promoción y prevención y la garantía de las funciones esenciales de la salud pública, entre otras.
- » La implementación de las rutas de atención integral permite que se establezca un canal efectivo frente a esta articulación, la cual ha generado mayor resolutivez en el momento del abordaje. En esta articulación, los gestores del riesgo que actúan en los espacios de vida cotidiana, juegan un papel imperioso en la gestión de la salud de la población, dado que ellos son los que se encargan de abordar estos colectivos de manera asertiva, por medio de la acción de los gestores se ha logrado: 1. Identificar alertas tempranas, 2. Notificar y activar las RIAS, 3. Realizar seguimiento a los individuos y familias y 4. Reducir las barreras de acceso.

Como limitación al estudio se tendrá la evaluación de las acciones frente a la reducción de los costos per cápita. (17) Por lo que es necesario poder evaluar la reducción del costo per cápita obtenido del total de las personas a las que se les ha gestionado el riesgo de manera oportuna y eficaz, para esto la ciudad debe mantener estas estrategias, dado que no solo beneficia a la población abordada, sino que genera cohesión y capital social. Lo anterior por el valor comunitario que representan los gestores del riesgo y la posibilidad de llegar a las personas con mayor vulnerabilidad.

⁴ Se discrimina por los usuarios que requieren cita control al programa de crónicos y por usuarios que requieren otras actividades de PYD

⁵ usuarios que durante la visita se encuentran adherentes al programa, es decir, asisten a controles, se realizan laboratorios, toman medicamentos según prescripción y no tienen signos de alarma

Tabla 2. Cambio porcentual de los indicadores de PEDT para las dos EAPB con mayor población subsidiada, comparación Bogotá 2016-2018

Indicadores PEDT	EAPB_ Contributivo	EAPB_ Subsidiado I	EAPB_ Subsidiado II
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	9,9	69,2	13,5
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	62,0	100,7	76,7
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	-43,0	189,8	124,8
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	-7,4	79,2	-2,6
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	4,2	58,9	8,6
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	13,7	45,5	40,8
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	18,0	57,5	43,3
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	9,6	22,9	28,8
Proporción de mujeres con toma de mamografía	13,3	24,1	-23,0
Proporción de personas con consulta del adulto	1024,7	112,4	-24,7
Proporción de personas con consulta del joven	242,4	288,6	-5,9

Fuente: Cálculos propios grupo ACCVSyE Subsecretaría Salud Pública – SDS- a partir de reportes PEDT.

Finalmente, no es posible afirmar que la continuidad en la gestión del riesgo basado en la atención primaria en salud y mediado por gestores, incidió en la transformación de las coberturas de las acciones de PYD, ya que esto puede estar afectado por múltiples factores.

Agradecimientos: a la subdirección de acciones colectivas de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por el suministro de información y claridades pertinentes.

Referencias

1. INCONTEC. Norma técnica Colombia NTC- ISO 31000. Bogotá (Colombia); 2011. p. 1–20.
2. Puerto Jiménez DN. La gestión del riesgo en salud en Colombia. Facultad de Ciencias Económicas [Internet]. 2011;1–107. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>
3. Krewski D, Hogan V, Turner MC, Zeman PL, McDowell I, Edwards N, et al. An integrated framework for risk management and population health. *Human and Ecological Risk Assessment*. 2007 Nov;13(6):1288–312.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Lineamientos de Política para el Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia. Bogotá: MinSalud; 2018. p. 1–17.
5. Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. Política Integral de Atención en Salud. Colombia; 2016.
6. Superintendencia Nacional de Salud. Evaluación de la gestión del riesgo en salud. 2019 [cited 2020 Sep 24];1–24. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/RIPD03.docx>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Conclusiones jornadas. Cuéntanos tu experiencia en gestión del riesgo en salud. 2018 [cited 2020 Sep 24];1–5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/conclusiones-jornada-experiencia-gestion-riesgo-salud-2018.pdf>
8. OMS. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 2012;8–10. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
9. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? The Lancet. 2018;
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Astaná [Internet]. 2018 p. 12. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015. Diario oficial N°49436 [Internet]. 2015;2015(49). Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MSPS_0518_2015.pdf
12. Alzate MR, Angulo Espinosa SI, Segura Cardona AM, Trujillo Zea A. Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia. *Revista CES Medicina*. 2010;24(1):19–35.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280. Bogotá; Colombia; 2018 p. 1–348.
14. Chomalí Garib M, Miranda Suarez F. Gestión de riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Rev Méd Clín Condes* [Internet]. 2003;14(4):180–5. Available from: <http://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/lil-401318>
15. Struijs JN, Drewes HW, Heijink R, Baan CA. How to evaluate population management? Transforming the Care

- Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy [Internet]. 2015;119(4):522–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.003>
16. Ferreira GR, Goede H, Silva HT, Giovanella L, Ramirez NA, Istúriz OF, et al. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Unasur Isags; 2015. 300.
 17. Hendriks RJP, Drewes HW, Spreeuwenberg M, Ruwaard D, Struijs JN, Baan CA. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy [Internet]. 2016;120(5):471–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.008>
 18. Secretaría Distrital de Salud. Guía técnica para la operación del plan de salud pública de intervenciones colectivas [Internet]. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá: SDS; 2016. p. 1–69. Available from: http://saludcapital.gov.co/Documents/Guia_Tecnica_Operacion_del_Plan_SP_IC.pdf
 19. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 [Internet]. Ministerio de Salud Colombia; 2000 p. 1–6. Available from: http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion_412.pdf

