



FORO VIRTUAL AJUSTE UPC POR CONDICIONES DE SALUD, PERSPECTIVA Y RETOS DE IMPLEMENTACIÓN

*Asociación Colombiana de
Empresas de Medicina Integral*

MEMORIAS DEL EVENTO

Ayuda de memoria de las
conferencias y el panel del evento
7 de junio de 2022

info@acemi.org.co



www.acemi.org.co



Generalidades del ajuste de riesgo

El ajuste de riesgo (risk adjustment) facilita comparar las cantidades de recursos que consumen los individuos de una población teniendo en cuenta edad, sexo, condición de salud, entre otros. También puede definirse como el **“Proceso por el cual se trata de adecuar la financiación capítativa a las características de cada persona”**

El ajuste de riesgo se usa para prevenir la selección adversa eliminando el incentivo financiero de seleccionar a los más jóvenes y a los menos enfermos. Para lograrlo, un esquema óptimo de ajuste de riesgo normaliza la población con diferentes costos de atención de manera que se maximice la varianza explicada por el modelo sin que se generen incentivos que incrementen la selección adversa en la atención en salud de los individuos de la población. Las investigaciones realizadas en economía de la salud consideran que el máximo porcentaje de componentes de varianza que puede ser explicado por un modelo de ajuste por riesgos está entre un 10% y un 25% (este es el rango de predictibilidad del modelo).

El ajuste de riesgo requiere una planificación de acciones que debe incluir una Matriz de identificación de riesgos que permita implementar la estrategia de ajuste mitigando con acciones co-

rectivas para mantener los propósitos planteados. El ajuste por riesgos es una estrategia para estabilizar y consolidar los sistemas de salud.

En Colombia, el ajuste de riesgo se aplica para optimizar la prima (UPC) en función del riesgo. La UPC ajustada por condiciones de salud es una estrategia para generar nuevos ajustadores en el cálculo de la UPC y mejorar la predicción a partir de información de diagnósticos y uso de medicamentos, enlazando con incentivos que den cuenta de resultados en salud. Esta UPC ajustada por riesgo aumenta los niveles de predicción de los costos y de la utilización de servicios para que los recursos financieros que reciben las aseguradoras realmente sean suficientes de acuerdo con su población y se transfiera a las IPS por eso es un tema de todos y no sólo de las EPS.



El ajuste de la UPC por diagnóstico es una buena idea porque ajusta la UPC a las condiciones de salud de la población afiliada permitiendo mayor eficiencia en el gasto en salud, introduce incentivos para la detección temprana y control de enfermedades más prevalentes y costosas preservando la calidad de la aten-

ción (gestión del riesgo en salud) y genera tranquilidad para toda la cadena de actores del sector salud al equilibrar los riesgos financieros. Es importante tener en cuenta que el ajuste por riesgo en enfermedades de alto costo “neutraliza” la concentración de prevalencia entre las EPS, pero no la “soluciona” de fondo.

Métodos para calcular el ajuste por riesgo

Existen diferentes metodologías para calcular el ajuste de la UPC que tienen ventajas y desventajas que deben ser consideradas enfatizando en el detalle metodológico para anticipar impactos en el corto, mediano y largo plazo. Precisar la metodología de cálculo en cada paso facilita darle transparencia al proceso y generar confiabilidad. El sistema de salud para definir ajuste de riesgo debería tener en cuenta:

- Selección de patologías con criterios técnico
- Desarrollo de un proceso estable para censar patologías
- Sistema de información robusto
- Estandarización de la medición de resultados entre regímenes y territorios para evaluar con imparcialidad
- Inclusiones técnicamente sustentables en el plan de beneficios
- Ajuste por riesgo entre EPS basado en mediciones objetivas con información confiable

Existen dos maneras de calcular los ponderadores o ajustadores:

Tabla. Métodos de cálculo para los ponderadores/ajustadores

Método estadístico		Normativa/científica (lista de referencia)
Definición	Proyección a partir de los gastos históricos de los individuos con las condiciones	Proyección a partir de las atenciones y tratamientos que aseguren como mínimo el control de la enfermedad

Ventajas	Mejora la variabilidad del gasto para el asegurador	Asegura remuneración individual de atención suficiente para el control de la enfermedad
	Mejora la precisión del cálculo con las ventajas de ser replicable y tener la posibilidad de incorporar opciones de los expertos usando métodos apropiados.	Puede implementarse cuando no hay información confiable.
Desventajas	Traduce ineficiencias (mayor o menor gasto en patologías) de la atención y tratamiento	Debe actualizarse periódicamente para incorporar el uso de las nuevas tecnologías.
	No permite aislar las atenciones y correlacionar con la condición.	No se reconocen incidencias en la remuneración individual a las EPS.
		Es imposible mantener a mediano plazo el cálculo de la UPC actualizado sin métodos estadísticos que permitan diferenciar el pago para enfermedades que coexisten.
Viabilidad	Colombia ya puede predecir estimaciones a largo plazo que le permiten definir sus propias metas sin recurrir a referentes internacionales	Existen importante problemas de confiabilidad en los datos que no permiten conocer con certeza que está sucediendo por eso es mejor un método de lista de referencia.

Fuente: Tabla elaborada a partir de los aportes de conferencistas y panelistas del evento

Los criterios de selección de los ponderadores tienen un alto grado de consenso entre los conferencistas y panelistas. A continuación, se enuncian los criterios mencionados en el evento en un tabla comparativa para resaltar el grado de similitud entre las propuestas.

Criterios de selección de las condiciones usadas como ponderadores / ajustadores	
Propuesta Ministerio de Salud	Propuesta Cuenta de Alto Costo
Enfermedad crónica no transmisible	Mejora la variabilidad del gasto para el asegurador
	Carácter permanente o crónico de la enfermedad
	Importancia en la carga de enfermedad del país
La enfermedad por sí misma es una causa prevenible de muerte	

Tiene identificado factores de riesgo modificable	Posibilidad de prevención e intervención de la enfermedad
Puede controlarse usando tratamientos descritos en guías de manejo	Disponibilidad de guías de atención
Hay propuestas de estandarización del tratamiento	Posibilidad de prevención e intervención de la enfermedad
	Costo de la enfermedad para el SGSSS
Las patologías contribuyen a la predicción del gasto	

Propuesta del Ministerio de Salud

Implementar un ajuste adicional a la UPC incorporando enfermedades priorizadas (Diabetes mellitus tipo 2, Diabetes coexistente con Hipertensión arterial y Enfermedad Renal Crónica) con un método de cálculo basado en lista de referencia para determinar el valor del ajuste en la UPC. No se incluyó la Diabetes tipo 1 por que tiene baja prevalencia.

El Ministerio considera que la información existente sobre las enfermedades precursoras no representa realmente los que está sucediendo en el país y por lo tanto no es confiable por ese motivo, el Ministerio propone, a partir de una lista de referencia, ajustadores basados en un gasto "ideal" eficiente.

El propósito es que la UPC sea más eficiente, incentive a que las EPS hagan una adecuada gestión del riesgo, permita alcanzar mejores resultados en salud y generar ahorros a mediano plazo que faciliten la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio aclaró en el evento que esta propuesta no afecta los recursos de la UPC de PyP sino que establece que el fondo para reconocer los incentivos debe ser equivalente al monto de esos recursos de promoción y prevención y también anunció que la Resolución 4003 de 2008 está siendo actualizada para alinear la atención de la diabetes en el régimen subsidiado con la nueva ruta que será expedida por el Ministerio de Salud.



Comentarios a la propuesta del Ministerio de Salud

Dado que en 2022 se ha realizado la inclusión más grande en la historia del sistema, esta actualización, adicional a las presiones sobre los recursos asignados para su financiación, los cambios en las modalidades de contratación entre EPS e IPS y el debate sobre su suficiencia, la posibilidad de requerir la implementación de 5 nuevas rutas de atención, la incertidumbre frente a las necesidades de atención de los pacientes son síndromes post-Covid y la territorialización del modelo de atención ha generado asimetrías en el sistema de salud por haber recibido cargas de siniestralidad más altas y tienen efectos sobre los requerimientos financieros que deben asignar y garantizar las aseguradoras para responder por sus obligaciones a futuro tanto a los afiliados como a su red de prestadores.

Aportes para aplicar el ajuste a la UPC por condiciones de salud

Ampliar el debate facilitando la verificación

La suficiencia de la UPC no es un problema de la EPS sino un parámetro para clave para el buen funcionamiento del sistema.



Tener en cuenta diferentes modelos matemáticos a la luz de la información disponible y que, en cualquier caso, el modelo o los modelos evaluados puedan ser plenamente replicables suministrando públicamente los detalles usados en el diseño de la metodología. Es recomendable la evaluación y monitoreo permanente de los cambios que se propongan e implementen involucrando en el debate a todos los agentes del sector.

Fortalecer la capacidad analítica del sistema

- Estimación estadística del costo usando métodos actuariales empezando con medicamentos y dispositivos porque concentran el grueso del gasto. Revisar los modelos según su alcance poblacional para aprovechar mejor la información que está disponible.
- Replicar modelos a gran escala aprovechando la experiencia acumulada en modelos de años anteriores con la información de calidad mejorada dis-

ponible en este momento.

- Mejoramiento de la operación y conocimiento de los sistemas de información para ajustes de riesgo que vayan más allá de la compensación financiera hacia la sostenibilidad y el logro de resultados.
- Más allá del modelo matemático el ajuste de riesgo busca tratar mejor a las personas.
- Las EPS tienen una capacidad técnica que puede permitirles utilizar la información para conocer a la población afiliada y si el Ministerio no avanza en esa capacidad con una mirada poblacional que supere el alcance de la EPS en sus modelos si no lo hace las EPS tendrían la ventaja.
- Asimetría de la información que se genera desde la prestación crea múltiples dificultades en el funcionamiento del sistema de salud. La articulación entre actores del sistema es un reto.

Usar un método estadístico para el cálculo de los ponderadores.

En ese sentido, considerar los beneficios de utilizar modelos de ajuste de riesgo incluyendo variables que permitan seg-



mentar a la población de acuerdo con el costo de la atención en salud aplicando el concepto actuarial de tarificación para determinar el costo promedio por afiliado similar a la UPC buscando garantizar la sostenibilidad financiera del sistema sin generar incentivos perversos.

La tarificación (pricing risk) consiste en estimar el precio de un producto de aseguramiento para una población usando la frecuencia (probabilidad de ocurrencia de eventos) y el valor promedio de la pérdida financiera dada la ocurrencia del evento (severidad).

Un ejemplo de ejercicio de tarificación de la UPC, elaborado usando los datos de los costos de atención en salud de la UPC y de los presupuestos máximos para el año 2018, utilizó un modelo lineal generalizado en el cual se asumió una distribución tweedie, permitió estimar el costo de la atención en salud en \$15.4 billones. La estimación de costos

para ese año por parte del Ministerio de Salud fue de \$15.28 billones. La cifra real de gasto en atención en salud fue \$15.86 billones.

La distribución tweedie se utiliza para estimar el costo de atención en salud por cada afiliado analizando simultáneamente a las personas que han tenido costo de atención en salud y también a aquellas que no han tenido ese costo.

Verificar el desempeño de los métodos de ajuste



Para mejorar la confiabilidad del método seleccionado se puede utilizar un Backtesting (prueba de desempeño) para verificar las bondades de la metodología propuesta y la validación de los supuestos utilizados para su construcción. El Backtesting es un modelo experto que ya ha sido usado en Colombia y es conveniente debido a las implicaciones de la propuesta que se está debatiendo.

Preservar la estabilidad de la UPC

El control de los costos crecientes del sistema no depende del método que se use sino de la capacidad efectiva de compensar las desviaciones de concentración de riesgo entre aseguradores teniendo en cuenta la suficiencia global de la UPC, por lo tanto, es conveniente seguir revisando el cálculo de la UPC actual para continuar mejorándola pero teniendo en mente que las inclusiones y cambios estructurales deben ser graduales, porque además de tener en cuenta la financiación de los servicios incluidos se debe analizar la arquitectura y estabilidad financiera del sistema, en cuanto a los requerimientos de capital y fortaleza financiera de las aseguradoras.

Por ese motivo se sugiere una gradualidad en la implementación para ajustar procesos y manejar costos que incluya la definición de un cronograma de inclusiones de los ajustes en el cálculo de la UPC bien pensado en cuanto al análisis de suficiencia y de la distribución entre las diferentes patologías incluidas en el plan de beneficios para incluir progresivamente en la metodología de ajuste las condiciones de salud con asimetrías importantes en su distribución entre EPS (es importante tener en cuenta la pluripatología) de los grupos de condiciones de salud con mayor gasto y concentración desigual.

Gestionar los riesgos de implementar el ajuste

Establecer una matriz de riesgos para el sistema, que incluya las diferentes dimensiones del riesgo: salud, financieros, técnicos y permita evidenciar los efectos de los cambios estructurales del sistema. Es recomendable la evaluación y monitoreo permanente de los cambios que se propongan e implementen involucrando en el debate a todos los agentes del sector.

Optimizar la propuesta del Ministerio

Si el Ministerio considera que, a pesar de las sugerencias, la propuesta planteada es la más conveniente para el sector salud se sugiere tener en cuenta:

- Financiación del ajuste para que no sea suma cero. Financiación de los pagos por incentivos con recursos adicionales para que no ocurra una des-

financiación de la UPC para preservar el funcionamiento del Sistema.

- No reducir los ponderadores por edad para mayores de 60 años
- El impacto en el aumento del costo por las nuevas rutas que están por ser implementadas.
- Revisión de la selección de las patologías a ser incluidas (seleccionadas por alta severidad y alta frecuencia) para que incluyan cáncer y VIH y por su alta severidad y concentración desigual entre EPS.
- Revisar la exclusión de diabetes tipo 1
- Revisión del panel de afiliados.
- Las EPS requieren identificar las condiciones de cada afiliado antes de la implementación del ajuste.

Retos para continuar consolidando el sistema

- Definir una senda de implementación de los ajustes valorando los efectos sobre los actores del sistema buscando una mejor asignación y utilización de los recursos de la UPC y enfatizando en una mayor predicción en su estimación.



- Continuar avanzando en la identificación de las patologías de cada afiliado
- Los mecanismos de ajustes deben estar alineados con las políticas de calidad para la atención en salud y la asignación de recursos. Balance entre ajustadores por pluripatología es un reto. Al no adicionar recursos en un ajuste se debe tener cuidado para no afectar la adecuada financiación del resto de atenciones del plan de beneficiarios.
- El ajuste ex ante por riesgos se debe complementar con el ex post. Repensar el ajuste Ex Post para alinearlo con las nuevas variables incluidas en el Ex Ante.
- El flujo de información para los cálculos de prima y ajuste de riesgo ex ante o ex post son de periodicidad anual pero las intervenciones para optimizar la gestión oportuna del riesgo debe ser con periodicidad oportuna.
- La transferencias de recursos debe respaldarse con calidad de información e monitoreo de indicadores de gestión para minimizar la inequitativa distribución del costo médico, como consecuencia de la concentración del riesgo de patologías del alto costo, selección adversa y selección del riesgo de los usuarios.

