

Propuesta metodológica de cálculo de la UPC para avanzar en la inclusión de criterios de equidad social y regional.

Ministerio de Salud y Protección social
Universidad Nacional de Colombia

2024



Contenido

1 Metodología actual de cálculo de la UPC

2 ¿Por qué se necesita cambiar el modelo de cálculo de la UPC?

3 Propuesta para una nueva metodología

Introducción

Con el propósito de lograr una sociedad más justa y equitativa, en la Constitución de 1991 la República de Colombia se organizó como un Estado social de derecho, cuya misión es asegurar el respeto, la garantía y la realización integral de los derechos humanos.

Ese mandato constitucional se expresa en el ámbito de la salud. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 señala que: “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.” Luego agrega que: “El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.”

A pesar de los avances que ha tenido el país en la afiliación de las personas a la seguridad social en salud, del mejoramiento en las tecnología de atención y del aumento en el número de entidades prestadoras de servicios de salud, las estadísticas revelan la persistencia de altos niveles de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, así como grandes diferencias regionales en los indicadores de enfermedad y mortalidad.

Esta característica se conjuga con la concentración de las entidades prestadoras de servicios de salud en zonas favorables al aprovechamiento de economías de escala y de aglomeración.

Todo ello genera una tendencia a profundizar las desigualdades, debido al incremento de las barreras de acceso, pues a la escasez relativa de prestadores de servicios en una zona, se suma el incremento de los costos de desplazamiento y de los gastos de bolsillo en que deben incurrir las personas para lograr la atención a sus necesidades de salud.

A fin de ampliar los mecanismos con los cuales cumplir el propósito de reducir la inequidad en salud, el gobierno puede modificar la manera en que se calcula la cantidad de recursos financieros que debe transferir a las entidades que operan el aseguramiento, las que a su vez traspasan esos recursos a las organizaciones que prestan los servicios de salud a las personas.

Actualmente ese cálculo se realiza tomando en cuenta la información provista por las aseguradoras (EPS) sobre los diferentes servicios prestados a sus afiliados. Con esos datos se efectúa un análisis actuarial en el que se busca diferenciar el costo de la atención según la edad, el sexo y la región en que habita la persona, para luego proyectar el gasto futuro.

Esa forma de cálculo no incluye el gasto de las personas que necesitaron el servicio pero no fueron atendidas.

Presupuestar ese gasto futuro debe contemplar las necesidades de la población, así como los planes y políticas que agencia el gobierno.



1

Metología actual de cálculo de la UPC

El cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es un método utilizado en Colombia para establecer el monto de dinero que el Estado transfiere a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por cada afiliado al sistema de salud, a fin de que estas entidades gestionen y paguen los servicios que a sus afiliados brindan las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). La UPC se determina por la proyección al futuro de los gastos pasados, analizados mediante un modelo de cálculo basado en el enfoque de riesgo. Con la información sobre los servicios prestados en un año a los afiliados se estima un valor que puede ser interpretado como el costo de los servicios de salud que se pagarían por la atención de una persona. Ese promedio se ajusta considerando características como edad, sexo y zona de afiliación, pues se entiende que la atención de algunos grupos de edad puede resultar más costosa, o algunas zonas tienen mayor gasto o uno de los dos sexos para algunos grupos de edad puede demandar más recursos.



Detalles del modelo actual

En este modelo la unidad de pago por capitación (UPC) se asimila a una prima de seguro. Se parte de la idea de que al asegurador tiene que responder por los costos no conocidos de la posible siniestralidad futura y, por tanto, la preocupación es determinar un nivel de prima suficiente para cubrir esas obligaciones futuras.

Se utiliza el método de la razón de pérdida (*Loss Ratio*), cuyo objetivo es determinar el incremento necesario en las primas actuales para mantener el equilibrio entre la prima y la siniestralidad (como se denomina a los pagos por la atención de las personas).

En síntesis el proceso de cálculo consiste en: estimar el número de afiliados en el futuro; pronosticar el valor esperado de las prestaciones en salud que se deben financiar; calcular la prima y el monto de las atenciones causadas pero que no se han avisado al asegurador (IBNR) y aplicar un ajuste por inflación. A la UPC futura, así obtenida, se le agregan los ajustadores de riesgo: sexo, edad zona, cuyos valores de ponderación se obtienen del análisis de las frecuencias de uso y los valores de los servicios de cada grupo.

Datos de años anteriores

Proyecciones de afiliados, de atenciones, de frecuencias de uso, de IBNR y de inflación

$$\text{Prima pura} = \frac{\text{Valor total de las reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}}$$

Comparación con año base
Definición del porcentaje de incremento de la UPC
Aplicación de ajustadores de riesgo

Hay un análisis de UPC para el régimen contributivo y otro para el régimen subsidiado

Ajustadores de riesgo



Sexo

Hay enfermedades que solo afectan a uno de los dos sexos. En los reportes de información para el cálculo de la UPC hay enfermedades que se presentan en mayor proporción en uno de los dos sexos



Edad

Hay etapas de la vida en la que se requieren mayores cuidados, por ejemplo en los menores de un año. En otros momentos, la acumulación de daños en el estado de salud puede generar mayor demanda de servicios

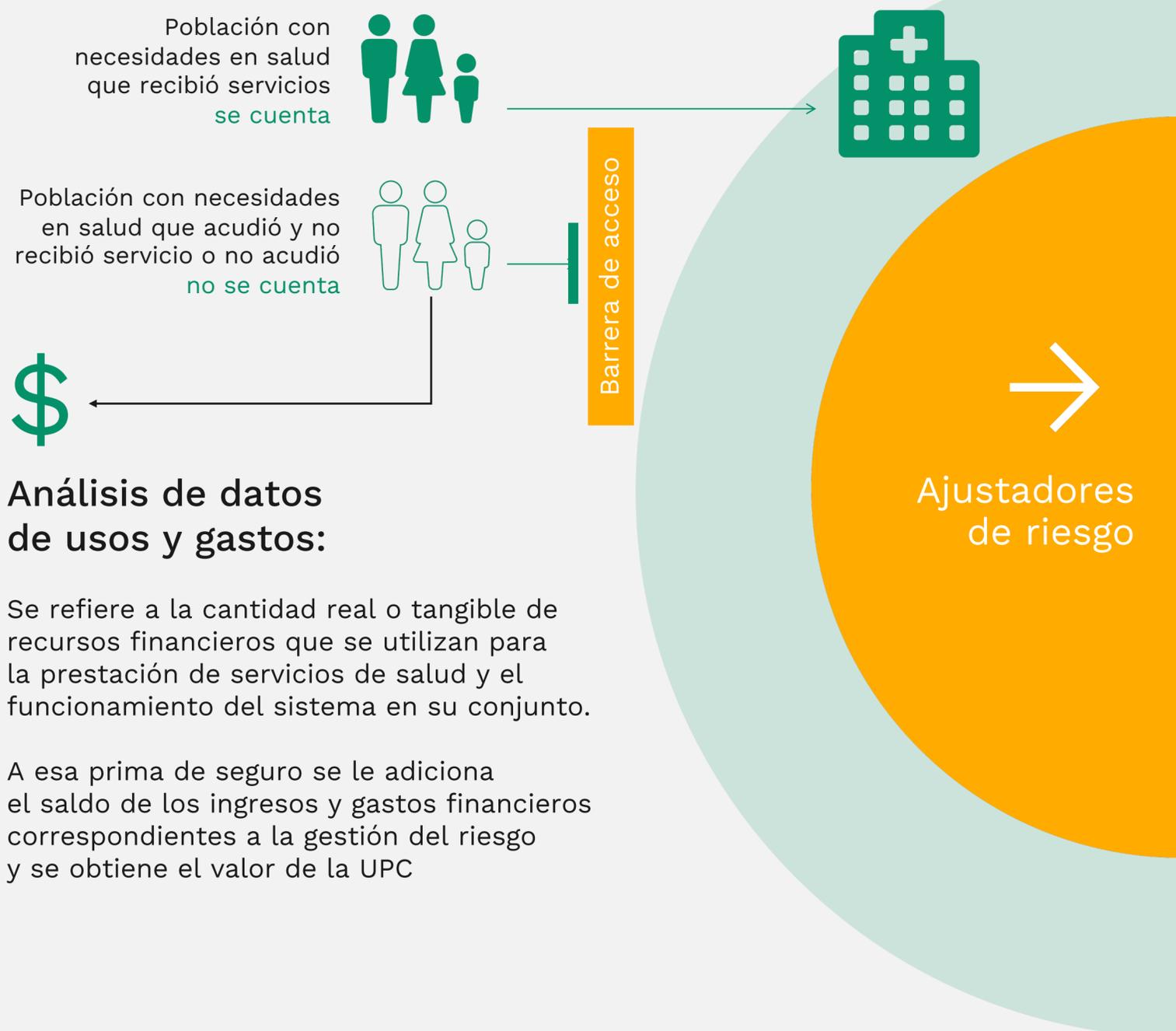


Ubicación

Hay zonas en las que se debe asumir un mayor costo de los servicios, bien sea por la distancia o bien porque recibe población de otras zonas

As se ve el cálculo hoy

Años anteriores



Análisis de datos de usos y gastos:

Se refiere a la cantidad real o tangible de recursos financieros que se utilizan para la prestación de servicios de salud y el funcionamiento del sistema en su conjunto.

A esa prima de seguro se le adiciona el saldo de los ingresos y gastos financieros correspondientes a la gestión del riesgo y se obtiene el valor de la UPC



Sexo



Edad



Ubicación

Esto resulta en una matriz que asigna un valor relativo a cada grupo etario, discriminado por sexo en algunos rangos de edad

A la matriz de edad y sexo se agrega un porcentaje si la zona es categorizada como Ciudad y otro si es zona alejada

En el régimen Subsidiado se reconoce un pago adicional para zonas especiales por dispersión geográfica en áreas no municipalizadas

La UPC se multiplica por cada ponderador, se agrega el porcentaje de incremento para las zonas que corresponda y así se tiene el valor de UPC que debe transferir el gobierno a las EPS por cada afiliado.

Estructura de costos por grupo etario de la UPC, 2023

Régimen Contributivo

Grupo de edad	Ponderador
Menores de un año	2,9966
1 - 4 años	0,8618
5 - 14 años	0,3475
15 - 18 años hombres	0,3354
15 - 18 años mujeres	0,5262
19 - 44 años hombres	0,5785
19 - 44 años mujeres	1,0683
45 - 49 años	1,0902
50 - 54 años	1,3796
55 - 59 años	1,6332
60 - 64 años	2,0971
65 - 69 años	2,5977
70 - 74 años	3,1411
75 años y mayores	3,9188

¿Qué pasa con las personas que se enfrentan a barreras de acceso?

No se tienen en cuenta dentro de la proyección presupuestal

Esto aumenta las brechas de equidad en la población



Existe entonces una diferencia entre la demanda total (necesidades) y la demanda efectiva



Problemas y desafíos del modelo actual



La presupuestación basada en gastos efectivos no tiene en cuenta a las personas que, a pesar de necesitar atención médica, no logran acceder al sistema de salud, pues solo se contempla el gasto que se generó por personas atendidas.



Algunos estudios muestran que los ajustadores de riesgo utilizados (edad, sexo y zona) no son buenos predictores del cambio en el gasto futuro en salud, por ello abogan por introducir en los ajustadores de riesgo elementos relativos a las patologías atendidas.



La aplicación de ajustadores de riesgo responde a la necesidad de mantener el principio de equivalencia, o sea que ninguna aseguradora enfrente mayor riesgo de descalce porque sus afiliados generen mayor costo, y de evitar la selección de riesgo por parte de los aseguradores; no obedece al propósito de actuar sobre el perfil epidemiológico de la población



El cálculo basado en la estimación de una prima pura considerando el conjunto de las atenciones no facilita el seguimiento de la evolución de los resultados en la cantidad de atenciones, el gasto y el perfil epidemiológico de la población atendida



Los sectores menos favorecidos (particularmente los afiliados al régimen subsidiado) reportan una menor frecuencia de utilización, las barreras geográficas de acceso afectan de manera diferencial a estos grupos poblacionales.



Diferenciar las atenciones y el costo entre el régimen subsidiado y el contributivo, a pesar de que tienen el mismo paquete de servicios médicos, reproduce la desigualdad, en tanto se generarán menores valores para transferir, dadas las limitaciones de acceso que se presentan en el régimen subsidiado



**MEJORAR EL PRONÓSTICO
DEL GASTO AYUDARÁ A
REDUCIR LAS BRECHAS
DE EQUIDAD EN EL
SISTEMA, GARANTIZANDO
UNA DISTRIBUCIÓN
MÁS JUSTA.**



Algunas cifras

En el **regimen contributivo** el

70%

de los afiliados asiste a controles de promoción y prevención.

En el subsidiado solo el

50%

Los departamentos de Chocó, Guainía y La Guajira registran una tasa de mortalidad infantil por desnutrición superior en

32

veces a la de Bogotá, Caldas y Valle del Cauca

En mortalidad materna los departamentos de Guainía y Vichada presentan una tasa superior en

20

veces a las de Quindío, Bogotá y Santander, y el 100% de las muertes fueron de afiliadas al régimen subsidiado

En los quintiles de más bajos ingresos las razones de no asistencia al médico son la falta de dinero, la lejanía al centro de atención, la falta de oportunidad en la cita y el exceso de trámites

2

¿Por qué se necesita cambiar el modelo de cálculo de la UPC?

Hacia un modelo con perspectiva de equidad que tome en cuenta las políticas en salud.

Para avanzar en el camino de la inclusión es necesario presupuestar los recursos para atender a la población que demanda servicios de salud pero no puede obtenerlos.

Igualmente, se debe contemplar el valor de la prestación de servicios en los programas de salud que el gobierno ha determinado como prioritarios, este es el caso de las Rutas de Atención Integral en Salud -RIAS como la de Promoción y mantenimiento de la salud y la Materno - perinatal.

Así mismo es preciso mejorar el conocimiento sobre el perfil epidemiológico de la población, para lo cual una estimación desagregada de la utilización de servicios será una herramienta importante para la planeación en el sector.



Es necesario un cambio con visión de equidad

Los estudios que abordan los resultados en salud desde la perspectiva de la equidad han subrayado las importantes diferencias en la atención por regiones, dando lugar a que el sistema de salud actúe de manera procíclica con los determinantes sociales de la salud.

En las zonas con mayores desventajas económicas se evidencia una menor presencia de cobertura en servicios trazadores de atención primaria y, en consecuencia, un bajo nivel de acceso de la población a la prestación de esos servicios, con el consiguiente impacto futuro en enfermedades crónicas o muertes evitables.

La universalización del acceso efectivo a los programas de promoción y prevención, así como a las prestaciones materno-perinatales constituye un decidido paso hacia el logro de la equidad

Moveirse hacia un enfoque de equidad responde a intereses de la política sanitaria nacional e internacional y su foco de atención está en el acceso, los procesos y los desenlaces en salud; es decir, en el individuo y su condición de salud.

El departamento del Chocó registra una esperanza de vida 12 años inferior a la de Bogotá. Si no se realizan cambios Chocó emplearía 16 años en alcanzar la esperanza de vida que tenía Bogotá en 2019





El Estado como responsable del aseguramiento en salud

En un Estado social de derecho la sociedad es la que asegura a cada uno de sus miembros contra los riesgos derivados de la vida en comunidad. En Colombia, el Estado delegó en las Empresas promotoras de salud (EPS) la operación del aseguramiento.

El sistema de aseguramiento en salud involucra tres agentes con tres funciones diferenciadas

Estado
Rectoría

Por el ejercicio de su función de rectoría del sistema, el Estado debe formular y adoptar políticas de salud que garanticen el goce efectivo del derecho, en igualdad de trato y oportunidades para toda la población.

En desarrollo de sus tareas el Estado se encarga de gestionar el financiamiento del sistema y de establecer los lineamientos de la política de atención en salud.

El Estado también tiene la tarea de coordinar las acciones de los distintos agentes que intervienen en el sistema

EPS
Operación del aseguramiento

Las EPS tienen como misión administrar los riesgos financieros y epidemiológicos que resultan de la atención de su población afiliada

IPS
Prestación de servicios

Las IPS, a través de sus modelos de atención en salud, deben responder a las demandas de servicios de los afiliados, de acuerdo con la forma de contratación establecida con las EPS



Existe hoy un modelo que debe responder a dos propósitos diferentes

1

Visión Estatal

En dirección a cumplir su misión de garantizar el goce del derecho, un primer paso es generar las condiciones para ir progresivamente hacia la universalidad en el acceso.

Ese camino se configura con dos componentes: la gestión del financiamiento y la formulación de programas de atención que expresen los derroteros de la política sanitaria.

Con ello, lo que se requiere es establecer las necesidades de la población y avanzar hacia su satisfacción.

El carácter progresivo implica estimar la demanda de servicios, enfatizando en los programas que sustentan su política y determinar los recursos financieros requeridos.

2

Visión de los operadores del aseguramiento

La tarea de los delegatarios de la función de aseguramiento (EPS) es generar un modelo de gestión del riesgo en condiciones de eficiencia.

Por ello su objetivo es calcular la cantidad y tipo de prestaciones que se podrían brindar a sus afiliados con los ingresos recibidos.

Una fusión no provechosa para la planeación

Para el Estado que propende por la universalidad en el acceso, las características de edad, sexo y zona sirven para orientar su estimación de las necesidades de la población, por ello no requiere el cálculo de una prima.

Para las EPS esas características poblacionales no funcionan bien como ajustadores de riesgo y requieren en cambio un ajuste que de cuenta de los perfiles epidemiológicos de sus afiliados.

Mantener un método de cálculo que fusiona estas dos perspectiva no permite que las parte puedan realizar una buena planeación



Con una sola formulación se pretende resolver los objetivos de dos tipos de organización con propósitos distintos

2

Propuesta para una nueva metodología

El reto es generar un método de pronóstico de los recursos financieros que se requieren para atender las demandas de servicios de salud de la población en un periodo, considerando que urge tanto la universalización del acceso a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como la reducción de la desigualdad en desenlaces en salud tales como la mortalidad materna e infantil.

Configurar una demanda modular en la que se pueda medir el costo de la universalización de algunos programas, calcular el costo de aquellos servicios que presentan altos costos unitarios y muy baja frecuencia de uso, y estimar el costo de aquellos servicios en los que nos es tan fácil diferenciar su probabilidad de ocurrencia en la población, permite estimaciones que incluyen criterios de equidad y mejoran las posibilidades de la planeación.



Introducción a la propuesta

Según los datos reportados por la OCDE, Colombia es el país con mayor gasto público en salud respecto de los países de la región. La mayor cantidad de recursos circulan a través de la UPC y han sido más abundantes para el régimen contributivo, que registra mejores resultados en el acceso a la atención y en los desenlaces en salud que el régimen subsidiado. Así mismo los datos del DANE muestran grandes diferencias en el acceso y la mortalidad entre las regiones del país.

Cumplir con el objetivo de garantizar el derecho a la salud para toda la población implica proveer los medios y recursos para ampliar la cobertura de la prestación de servicios.

Un camino que se puede seguir es la determinación de la demanda esperada de atenciones en salud, en la que se contemple la universalización del acceso en ramos esenciales como los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como en la atención materno-perinatal.

A medida que se fortalezca el conocimiento en el perfil epidemiológico de la población se podrán hacer pronósticos presupuestales más ajustados a las necesidades de la población.

La salud es un derecho fundamental

El Sistema de seguridad social en salud debe permitir el acceso efectivo a los servicios de salud para todos los ciudadanos en todos los ámbitos de la promoción de la salud y la prevención y/o control de la enfermedad, su tratamiento, así como la rehabilitación y el cuidado paliativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, Documentos básicos, 2014)



Introducción de elementos de equidad,
hacia la universalización en el acceso a:



Programas de
salud materna
y perinatal

la universalización de la atención en estos programas contribuye a disminuir la mortalidad por causas asociadas a la maternidad, a partir de la realización de controles y la atención oportuna de las alteraciones que inciden en la salud de la materna y el recién nacido.



Promoción y
mantenimiento
de la salud



La universalización de la atención en este campo es una manera de evitar la acumulación de desventajas/ventajas sociales y psicológicas que producen estados de salud diferenciales, la aparición precoz de enfermedades, sus evoluciones más o menos graves, así como los distintos grados de supervivencia una vez que se manifiestan.

Configuración de la demanda esperada

Módulo Promoción y prevención en salud

Incluye las atenciones contempladas en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud. Específicamente aquellas que implican una intervención individualizada y que se realizan en IPS que cubren el primer nivel de atención. Más adelante podría integrarse el componente educativo.

Módulo materno perinatal

Incluye las atenciones previstas en la ruta integral de atención materno-perinatal. Se excluyen aquellas prestaciones ya incorporadas al módulo de promoción y prevención. Más adelante podría integrarse el componente educativo.

Módulo atenciones de muy baja frecuencia de uso y alto valor unitario

Tiene el propósito de permitir el monitoreo de la evolución de algunas tecnologías que se aplican a un muy reducido número de personas, pero tienen un valor unitario muy elevado.

Otras atenciones

Este es el grupo mayoritario de atenciones y corresponde a todo aquello en lo que resulta difícil encontrar una particularización poblacional y/o epidemiológica y por lo tanto se deben estimar las probabilidades de ocurrencia.

Proceso de estimación de la demanda de servicios



Módulo de Promoción y Prevención

Para cada ciclo de vida de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud se seleccionan las atenciones que deben recibir las personas:

- Primera infancia: gestación hasta 5 años
- Infancia: entre 6 y 11 años
- Adolescencia: entre 12 y 17 años
- Juventud. Entre 18 y 28 años
- Adulthood: entre 29 y 59 años
- Vejez: De 60 años y más

A partir de la base de datos reportados por las EPS se encuentran estadísticas descriptivas de la cantidad de procedimiento por cada actividad dentro del ciclo de vida así como el costo. Esto permite hacer comparaciones entre municipios y encontrar un grupo de municipios que tienen la mejor respuesta en cada caso. Esa mejor respuesta será el valor que debe presupuestarse por cada persona según su ciclo de vida

Así, el presupuesto incluirá el gasto requerido para que las personas reciban el mejor paquete de prestaciones que se ofrece en el país



Módulo materno-perinatal

Igual que en el modulo de promoción y prevención se seleccionan las atenciones correspondientes a este grupo, se determina su utilización por municipio, se elige el grupo de municipios con mayor respuesta y dicha respuesta se aplica en el resto de municipios, según la frecuencia de uso.



Módulo de atenciones de muy baja frecuencia y elevado costo unitario

Estas atenciones corresponden a frecuencias de uso de 1,5 personas por 100 mil habitantes y valores unitarios que superan los 12 millones de pesos.

Su rareza hace que no tenga lugar la aplicación del cálculo de probabilidad de ocurrencia y por ello su costo se distribuiría igualitariamente entre toda la población afiliada



Módulo de otras atenciones

Estas atenciones corresponden a frecuencias de uso de 1,5 personas por 100 mil habitantes y valores unitarios que superan los 12 millones de pesos.

Su rareza hace que no tenga lugar la aplicación del cálculo de probabilidad de ocurrencia y por ello su costo se distribuiría igualitariamente entre toda la población afiliada

Determinación de la zonas a partir de indicadores en determinantes sociales en salud y en desenlaces en salud



Grupo 1: municipios con mayores índices de educación, salud y acceso a servicios públicos y con las menores tasas de mortalidad ajustadas



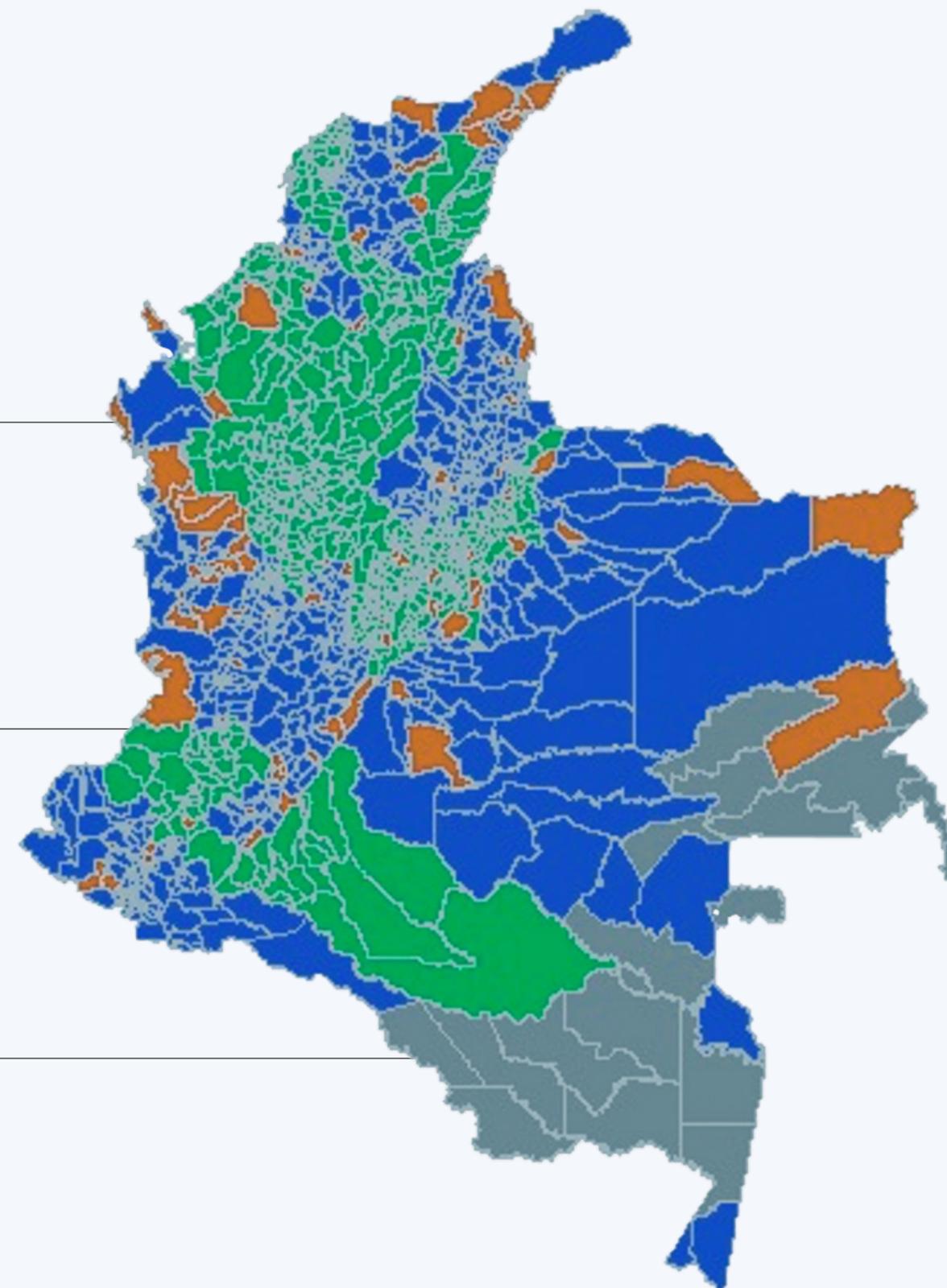
Grupo 2: municipios con el menor índice de educación, salud y acceso a servicios públicos y con tasas de mortalidad ajustada intermedias



Grupo 3: municipios con índices de educación, salud y acceso a servicios públicos intermedios y con las mayores tasas de mortalidad ajustada



Grupo 4: Archipiélago de San Andrés, y áreas no municipalizadas de los departamentos de Guainía, Vaupés y Amazonas.



Así se ve el cálculo hoy

- + demanda en promoción y prevención (universalizada)
- + demanda materno-perinatal (universalizada)
- + demanda de muy baja frecuencia y alto valor unitario (causada)
- + demanda de otras atenciones (causada)

Demanda esperada

- + gasto en promoción y prevención (universalizada)
- + gasto materno-perinatal (universalizada)
- + gasto de muy baja frecuencia y alto valor unitario (causada)
- + gasto de otras atenciones (causada)

Gasto esperado

La demanda está diferenciada por edad, sexo y zona <



Para un niño o niña entre 5 y 11 años

- Se presupuestará el mismo valor de P y P, independientemente de la zona en que resida
- Tendrá presupuestado un valor de atenciones de muy baja frecuencia y elevado costo unitario igual al de otra persona del país
- Participará en el valor del módulo de otras atenciones según le corresponda por sus características de edad y zona de residencia



Para una mujer joven

- Se presupuestará el mismo valor de P y P según el ciclo de vida, independientemente de la zona en que resida
- Tendrá presupuestado un valor de atenciones de muy baja frecuencia y elevado costo unitario igual al de otra persona del país
- También será presupuestado el valor de la atención en materno-perinatal según la frecuencia de uso de su grupo etario
- Participará en el valor del módulo de otras atenciones según le corresponda por sus características de edad y zona de residencia



Ventajas

Se abre un camino para la reducción de las brechas de equidad, gracias a la presupuestación para la universalización en el acceso a la prestación de servicios en algunos programas.

A través del proceso de cálculo anual el conjunto de agentes y la población pueden hacer monitoreo de los resultados en la atención en salud y proyectar los cambios en la política de salud.

El cálculo anual a través de las diferencias de acceso permite ver la evolución en términos de cierre de brechas.

El uso de indicadores socio-demográficos y epidemiológicos para categorizar las zonas posibilita observar los cambios en las brechas de acceso y recoger las mejoras que hagan otros sectores

Requisito indispensable

Compromiso de todos los agentes del sistema para confeccionar bases de datos que respondan con la mayor fidelidad posible a las acciones que se están realizando y a los datos sobre usos y costos de las atenciones en salud.

Un buen sistema de información redundante en el logro de mejores pronósticos de gasto futuro, en la orientación de las políticas y en las mejoras de los procesos de planeación de los agentes del sistema

Propuesta metodológica de cálculo de la UPC para avanzar en la inclusión de criterios de equidad social y regional.

Ministerio de Salud y Protección social
Universidad Nacional de Colombia

2024