
El Sistema de Salud Colombiano y su Modelo de Compensación: La Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la Cuenta de Alto Costo (CAC)

El Sistema de Salud Colombiano posee un mecanismo de compensación de gastos -ex post- entre las EPS, en un número determinado de enfermedades de alto costo (enfermedad renal crónica, algunos cánceres, VIH y otras) desde aquellos con menor concentración de riesgos hacia aquellos con mayor concentración, pero que compensa con un pago asociado a resultados clínicos. Según manifiestan, tal particularidad ha permitido generar los incentivos adecuados para mejorar la eficiencia del uso de recursos en salud.

I. Presentación

Desde hace un tiempo, la Asociación de Isapres de Chile con el propósito de apoyar la discusión de la reforma del sistema de salud privado en Chile, ha venido invitando a figuras internacionales pertenecientes a países que destacan en materia de salud, con el fin de recoger sus experiencias, de modo que sean provechosas para los temas que se discuten en Chile.

En este marco, en agosto de 2017, se invitó a la economista de la salud Sra. Lizbeth Acuña, directora ejecutiva de la Cuenta de Alto Costo de Colombia (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo), la cual expuso sobre el modelo de compensación colombiano, su normativa regulatoria, funciones, presupuesto, patologías cubierta y puesta en marcha, entre otras. La CAC se creó en el año 2007, como un organismo técnico autónomo, encargado de compensar a las aseguradoras (EPS) con pacientes con enfermedades de alto costo, pero evaluando y premiando a aquellas que muestran mejorías en indicadores de gestión de la salud. Con este sistema de incentivos lo que se busca es que las EPS comiencen a contratar a prestadores que le agreguen valor y aporten mejoría a los resultados sanitarios, tanto en los procesos como en los resultados.

Este documento, se construyó a partir de las principales ideas recogidas de su presentación abierta y posterior reunión con los departamentos de estudios de las Isapres, así como también de información de su web¹ y algunos estudios publicados².

¹ <https://cuentadealtocosto.org/site/>

² Guerrero (et al), 2011. "Sistema de Salud de Colombia". Salud pública Mex 2011; 53 supl 2: S 144-S 155.

II. El Modelo de Salud Colombiano: Organización y Cobertura

El sistema de salud colombiano cubre al 98% de la población del país (47 MM de habitantes), cuyo eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas (48 EPS), que reciben las cotizaciones y, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (3.600 IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) al régimen contributivo o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado. La cobertura del POS es igual para todos, es definida por el Estado y cubre desde atención primaria hasta enfermedades de Alto Costo. Por otra parte, solo el 05% de la población cuenta con seguros adicionales (medicina pre pagada).

De este modo, en Colombia hay dos regímenes de aseguramiento que dan cobertura a prácticamente toda la población, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos denominado Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES, ex Fosyga)³. Están obligados a cotizar en el régimen contributivo todos los trabajadores dependientes, independientes con sueldos mayores al mínimo y pensionados. Pueden elegir libremente entre una IPS pública o privada y la contribución es de 12,5% del salario. En el caso de los dependientes y pensionados, los trabajadores pagan el 4% y el 8,5% restante lo paga el empleador o ente a cargo de la pensión. Los independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Por su parte, el régimen subsidiado asegura a todas las personas sin capacidad de pago, no cubiertas por el RC. Este régimen se financia con el 1,5% de lo recaudado en el régimen contributivo, más aportes fiscales y parafiscales⁴.

Las contribuciones de los trabajadores dependientes e independientes afiliados a las EPS, de los pensionados, del gobierno y de los empleadores se juntan en el ADRES (ex Fosyga), el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que cada régimen tiene. En el caso del RS, a los recursos del ADRES se suman transferencias fiscales a los municipios.

De los 47 millones de colombianos, el 45% está afiliado al régimen contributivo, el 48% al régimen subsidiado, el 5% pertenece a regímenes especiales o de excepción⁵ y el 2% no está asegurado⁶.

En tanto, del gasto total en salud, el 40% aproximadamente corresponde a gasto público y el 45% a gasto en salud del régimen contributivo, mientras que el 15% restante a gasto privado en salud, que incluye al gasto de bolsillo.

³ Su nombre cambio recientemente, antes era conocido como Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

⁴ Gravámenes especiales a cierto grupo de empleadores para financiar la salud subsidiada.

⁵ Magisterio, Fuerzas Militares, la Policía Nacional, trabajadores de Universidades Públicas y de la Empresa Colombiana de Petróleos.

⁶ Población Pobre No Asegurada (PPNA), la cual es atendida en las entidades territoriales, para posteriormente ser inscrita en el régimen subsidiado.

Por último, Las EPS utilizan diversos mecanismos de pago a las IPS, desde pagos retrospectivos por evento, a pagos prospectivos por grupo de diagnóstico, capitación por servicios, y algunos esquemas de riesgos compartidos.

III. Mecanismo de Compensación Ex Ante y Ex Post para la Distribución de Recursos

En el sistema de aseguramiento colombiano existen dos mecanismos de compensación y redistribución de recursos:

III.1 Mecanismo de Compensación Ex Ante: La Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Este pago es prospectivo (definido por persona) y corresponde al pago de una prima por asegurado ajustada por el riesgo que el asegurador adquiere debido al compromiso de pagar por los servicios de salud incluidos en el POS. La UPC varía dependiendo de la edad, sexo y ubicación geográfica del beneficiario. En el año 2017, la UPC promedio anual fue de US\$ 250 para beneficiarios del RC y de US\$ 230 para beneficiarios del RS, ajustándose un 8% real respecto al año anterior.

Este mecanismo de pago ex ante basado en una prima ajustada por riesgo tuvo como fin disminuir los incentivos a la selección de riesgos que algunas EPS realizaban. Además con este sistema se promueve la eficiencia en los gastos, pues cualquier reducción de costos se traduce en beneficios para la aseguradora que lo logra (recibe el pago de la media del sistema y está gastando por debajo esa media). Sin embargo, tiene el problema de que para cualquier regulador o entidad es imposible predecir con certeza el gasto en salud de cada uno de los beneficiarios de las EPS, por lo que este ajuste de riesgo deja una parte importante del gasto fuera, por lo que aún quedan incentivos para la selección de riesgos. Lo anterior, hizo necesaria la existencia de una compensación ex post, la cual redistribuye recursos en base a resultados sanitarios.

III.2 El Mecanismo de Redistribución Ex Post: La Cuenta de Alto Costo (CAC)

Este es un mecanismo de redistribución de recursos ex post entre las EPS, desde aquellos con menor concentración de riesgos en ciertas enfermedades de alto costo hacia aquellos con mayor concentración, pero con un pago asociado a resultados. En términos simples, este fondo financia a la minoría que consume la mayoría de los recursos de salud debido a que el tratamiento de sus enfermedades es muy costoso, pero se premia a las EPS que tienen una buena gestión sanitaria y se castiga a las que lo hacen mal –de estas últimas salen los dineros para premiar a las EPS que lo hacen bien-. Con este sistema de incentivos lo que se busca es que las EPS comiencen a contratar a prestadores que le agreguen valor y aporten mejoría a los resultados sanitarios, tanto de procesos como de resultados.

Este mecanismo comenzó a operar el año 2007, cuando la CAC se conformó como un organismo técnico no gubernamental del SGSSS, el cual obliga a las EPS de ambos regímenes (RC y RS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a asociarse para financiar enfermedades de alto costo. La CAC partió el año 2007 compensando la enfermedad renal crónica estadio cinco, en el 2008 incorporó los otros estadios de ERN, para en el 2011 incluir el VIH, en el 2014 once cánceres⁷ y en el 2015 la hemofilia y la artritis reumatoide.

La CAC opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo, además de promover la gestión del riesgo en salud por medio de una estrategia de manejo de la enfermedad, premiándose a las EPS con mejores resultados sanitarios. De este modo, no sólo se premia la concentración de riesgos, sino que también se premia la gestión, para lo cual CAC cuenta con importante sistema de información y de auditoría de procedimientos médicos.

La CAC tiene la autoridad para pedir a las EPS la información clínica de cada persona respecto a las enfermedades que compensa la CAC, y se audita toda la información, para luego generar indicadores de procesos y de resultados sanitarios, de los cuales depende la redistribución de recursos (incentivo financiero), pero más importante aún logra estandarizar los tratamientos otorgados para estas patologías entre los distintos IPS (incentivo reputacional). Con ello, se fortalece la gestión clínica en estas patologías de alto costo, se identifica bien a la población que consume mayores recursos en salud y se ha logrado bajar la incidencia de las enfermedades. En efecto, según la doctora Acuña, Colombia ha logrado controlar el avance de estas enfermedades de alto costo, mediante el tratamiento oportuno y eficiente de los pacientes.

En concreto, un 40% del pago que reciben las EPS proviene de la desviación respecto a la prevalencia promedio del país y el 60% restante corresponde a gestión. En todo caso la CAC no maneja los fondos directamente, sino que un fondo fiduciario lo hace, y reparte los dineros de acuerdo a los cálculos realizados por la CAC. En el año 2016, este fondo repartió US\$ 50 millones, según lo señalado por la dra. Acuña.

La CAC se financia con el 4%⁸ de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo. Esta institución partió con 7 trabajadores y hoy cuenta con 62 personas, entre médicos, enfermeras y economistas, entre otros. Este personal se dedica principalmente a auditar la información clínica de los pacientes con enfermedades de alto costo, pues el manejo de la información real es fundamental en el funcionamiento de este mecanismo, sobre todo en lo que se refiere a gestión sanitaria. La información reveló que tratamientos estaban siendo insuficientes o mal hechos, reveló falta de diagnósticos, entre muchas otras falencias, pero ha permitido, además de mejorar la calidad de la atención que se les da a

⁷ Cérvix, mama, estómago, colorrectal, próstata, pulmón, melanoma, leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide, linfoma de Hodgkins y no Hodgkins.

⁸ Hasta antes del 2016 era con el 2%.

los pacientes, el poder crear mecanismos de pago de riesgos compartidos con información que es fidedigna. Con todo, el sistema de salud Colombiano ha logrado una sustancial contención de costo, ya sea por la vía mantener a su población más sana como a través de lograr una mayor eficiencia en el pago de prestaciones sin descuidar la calidad.

En suma, la CAC es un ente técnico e imparcial (no afilia, no compra medicamentos ni reparte recursos), que lo que busca es promover la gestión de riesgo, que no es más que garantizar el acceso a los servicios de salud en forma oportuna para que las personas se mantengan sanas o al menos controladas, para que las enfermedades no se conviertan en problemas de alto costo. Y en el caso que la enfermedad de alto costo ya se haya manifestado, o como el caso del cáncer que en muchos casos no es prevenible, lo que se busca es que el paciente este bien cuidado para evitar complicaciones.

IV. Retos del Sistema de Salud Colombiano

Uno de los mayores retos del sistema de salud colombiano es lograr que una mayor proporción de la población se encuentre en el régimen contributivo, pues se sabe que una parte importante de personas se encuentra en el régimen subsidiado pese a que cuentan con recursos para estar en el régimen contributivo, lo que se debe a la alta informalidad laboral existente en el país.

Por otra parte, hay quienes sostienen que en el mediano plazo la sostenibilidad financiera del sistema está en entredicho, debido a la judicialización, pues los jueces ordenan en forma prominente el financiamiento de servicios médicos no incluidos en el POS. Por lo que una meta importante para este sistema es fijar límites a la cobertura que sean respetados y acatadas tanto por los médicos como por el poder judicial.

No obstante, hay que destacar que las políticas en salud pública se han fortalecido de manera importante, con la disponibilidad de información que cada día es más completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, pues sin ello es muy difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención.