

**PAPELES EN SALUD**

**Edición No. 08**

Enero de 2017

Bogotá D.C



**Impacto en el mecanismo  
expost de ERC al evaluar  
indicadores de gestión**



**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**LUIS FERNANDO CORREA**  
**Viceministro de Salud Pública y**  
**Prestación de Servicios (e)**

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**FÉLIX REGULO NATES SOLANO**  
**Director de Regulación de Beneficios,**  
**Costos y Tarifas del aseguramiento en**  
**Salud**

**AMANDA VEGA FIGUEROA**  
**Subdirectora Costos y Tarifas del**  
**aseguramiento en Salud**

Impacto en el mecanismo expost de Enfermedad Renal Crónica  
ERC al evaluar indicadores de gestión  
© Ministerio de Salud y Protección Social

**Documento elaborado por**

**ADRIANA MARCELA CABALLERO OTALORA**

Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

**GUIOVANNI ESTEBAN HURTADO CÁRDENAS**

Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES**  
**GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y EVALUACIÓN PÚBLICA**  
**GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)  
Documento de trabajo No.08

# Contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>7</b>
<b>Metodología y datos.....</b>	<b>8</b>
1. Tipo de estudio.....	8
2. Fuentes de información .....	8
3. Método.....	8
3.1 Valor a distribuir.....	8
3.2 Aproximación al pago por desempeño .....	9
3.3 Distribución de recursos .....	12
<b>Resultados .....</b>	<b>13</b>
1. Indicador de captación de pacientes. ....	13
A. Hipertensión Arterial. ....	13
B. Diabetes Mellitus .....	14
C. Resultados del Indicador.....	15
2. Indicador de estudiados para ERC. ....	16
A. Contexto del indicador.....	16
B. Resultados del Indicador.....	17
3. Indicador de incidencia ERC estadio 5. ....	18
<b>Conclusiones.....</b>	<b>20</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>21</b>

## Abreviaturas (opcional)

CAC:	Cuenta de Alto Costo
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
DM	Diabetes Mellitus
EOC	Entidades Obligadas a Compensar
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPS-C	Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo
EPS-S	Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado
ER	Enfermedad Renal
ERC	Enfermedad Renal Crónica
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
GE	Grupo etario
GPC	Guía de práctica clínica
HTA	Hipertensión Arterial
KDOQI	Fundación Nacional del Riñón (Del inglés: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)
OMS	Organización Mundial de la Salud
TFG	Tasa de filtración glomerular
TRR	Terapia de remplazo renal
UPC	Unidad de Pago por Capitación

## RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud como una patología progresiva y altamente degenerativa, la etiología de esta enfermedad son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, patologías crónicas y con alto impacto financiero tanto para el SGSSS como para las familias, y empresas dado que estas patologías pueden producir periodos prolongados de ausentismo laboral como consecuencia de incapacidades.

A su vez estas patologías denominadas precursoras pueden ser diagnosticadas y tratadas en el primer nivel de atención siempre y cuando se realice una búsqueda activa de estos pacientes, y se les practiquen los exámenes médicos requeridos para confirmar los diagnósticos.

Las tres patologías han presentado un incremento en el número de casos que ha llamado la atención del órgano rector del SGSSS, por ello se ha expedido la Resolución 248 en el año 2014, que busca incentivar la gestión de las EPS en el tratamiento de estos pacientes con el fin de obtener resultados en salud.

La medición de estos indicadores atada a la distribución de recursos se ha realizado por dos años consecutivos donde a pesar el corto tiempo se observan mejorías en los mismos, este documento presenta el comportamiento de los indicadores durante las dos mediciones en las que han sido evaluados.

**Palabras clave:** Gestión, Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Indicadores.

**Códigos JEL:** I10 – I11

## Introducción

La ley 1122 de 2007 en sus artículos 19 y 25, establecieron las bases para que las aseguradoras optaran por la conformación de un fondo inter EPS que les permitiera gestionar el riesgo de aquellas patologías denominadas de alto costo. Con el apoyo gubernamental del Ministerio de la Protección Social se expidió la Resolución 2699 de 2007, por medio de la cual se creó la Cuenta de Alto Costo, estipulando que las Entidades Promotoras de Salud - (EPS), de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades obligadas a compensar (EOC) administrarían financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas - alto costo - y de las correspondientes actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que determinara el entonces Ministerio de la Protección Social; dicha Cuenta de Alto Costo, a su vez, tendría dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

La Enfermedad Renal Crónica fue la primea patología a gestionar por parte de la Cuenta de Alto Costo (CAC), esta es catalogada por la Organización Mundial de la Salud como una patología progresiva y altamente degenerativa lo que ha llevado a los países centrar los esfuerzos para evitar que los pacientes lleguen a la fase de terapia de reemplazo renal, a diferencia de muchas enfermedades esta se caracteriza por tener enfermedades precursoras cuyo diagnóstico y tratamiento se puede dar en el los niveles de atención primaria como los son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, entre las dos aportan el 70% de los pacientes en estadio 5 de la ERC.

A la fecha la CAC ha realizado ocho mediciones del comportamiento de la ERC, en las cuales se evidencia un incremento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadio 5, estos resultados en salud llevo al gobierno a establecer indicadores que permitan evaluar la gestión de las aseguradoras en el manejo de esta enfermedad y de sus precursoras, el resultado de ello se plasma en la expedición del Resolución 248 en el año 2014, cumpliendo así dos años de edición y aunque los resultados en salud se miden a largo plazo, este documento muestra los resultados obtenidos hasta el momento.

## Metodología y datos.

### 1. Tipo de estudio

La metodología realizada se basa en un estudio de corte transversal se toman los datos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica y su respectivo estadio y otras enfermedades precursoras como son Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, el período de análisis son 2014 y 2015 entre el primero de Julio y el treinta de junio, el universo son los pacientes reportados por las aseguradoras tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

### 2. Fuentes de información

Para realizar los análisis y evaluar el impacto de la medición de la gestión a través de indicadores se requiere la siguiente información:

Población: la afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud que al momento del corte de la información se encuentre activa, identificando su lugar de residencia, fecha de nacimiento, fecha de afiliación y aseguradora.

Caracterización de los pacientes: la totalidad de variables que solicita la cuenta alto costo y las demás que el Ministerio de Salud consideren indispensables para la revisión según lo establecido por la Resolución 2463 de 2014.

La información es recolectada y auditada por la Cuenta de Alto, luego es enviada al Ministerio de Salud y Protección Social el cual realiza los análisis respectivos

### 3. Método

#### 3.1 Valor a distribuir

El método utilizado se basa en el supuesto de que la distribución de pacientes con ERC en estadio 5 y sus principales precursoras no presenta una distribución normal, por lo tanto no considera límites inferiores y superiores, ni intervalos de confianza. El método de



cálculo se basa en las prevalencias de cada EPS comparada con la prevalencia general de cada grupo etario.

La transición planteada pasa de reconocer recursos a las aseguradoras por el número de pacientes con ERC en estadio 5 a reconocer la gestión realizada por la aseguradora para que el paciente no avance de estadio y en el mejor de los casos que no llegue a ningún estadio, sin embargo se reconoce que existe concentración de pacientes con ERC estadio 5 en algunas aseguradoras, lo cual puede ocasionar una desviación del costo reconocido en la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

### 3.2 Aproximación al pago por desempeño

El pago por desempeño se puede definir como el logro de resultados en salud asociado al uso eficiente de los recursos. El pago de desempeño está construido a partir del seguimiento de indicadores confiables, estos indicadores pueden ser de resultado o de proceso capaces de orientar mejoras de salud.

El pago por desempeño se basa en las teorías clásicas de economía y administración donde se afirma que el incentivo es útil para aumentar el desempeño.

(Bardey, 2015) Establece que son 4 aspectos que se deben tener en cuenta para desarrollar un mecanismo de pago por desempeño:

1. ¿Qué recompensar?
2. ¿A quiénes se debe recompensar?
3. ¿Qué recompensar?
4. Efectos indeseados de los pago por desempeño

De igual manera esta forma de pago tiende a ser más utilizado en el ámbito ambulatorio ya que este permite controlar la puerta de entrada mientras que en el ámbito hospitalario la baja frecuencia no permite tener resultados a corto plazo.

Teniendo en cuenta lo anterior se da respuesta a los interrogantes planteados de la siguiente manera.

1. ¿Qué recompensar? La Gestión de riesgo en salud realizada por las aseguradoras con pacientes diagnosticados con las principales enfermedades precursoras de la ERC, así como realizar una búsqueda activa para el diagnóstico temprano de las patologías mencionadas.
2. ¿A quiénes recompensar? De manera directa se recompensa a aquellas aseguradoras con programas efectivos para el seguimiento de la población bajo estudio, e indirectamente a los pacientes con riesgo de moderado a alto de desarrollar estas enfermedades.
3. ¿Qué recompensar? Los ingresos fundamentales de las aseguradoras en Colombia son los que provienen de la UPC, por tanto se los recursos provienen de esta fuente a manera de compensación.
4. Efectos indeseados del pago por desempeño. En la implementación de este mecanismo son varios los riesgos que se corren, entre los que cabe la pena mencionar el riesgo moral a reportar más pacientes de los diagnosticados, para mitigar este riesgo se lleva a cabo un proceso de auditoría muestral, dando como resultado evitar la participación en el reconocimiento de recursos por gestión de aseguradoras cuya glosa en el muestra se encuentre superior al 10%.

Dado que es necesario abordar los análisis y reconocimiento de recursos con información confiable y robusta la decisión establecer un límite superior se soporta en que el margen de error se refiere a la cantidad de error muestral en un diseño de determinado, medido como el radio del intervalo de confianza del indicador bajo estudio.

Por ejemplo, una confianza del 99% es más alta que una confianza del 90% lo que implica que la probabilidad que el mencionado intervalo contenga al verdadero parámetro poblacional es mayor en el primer caso que en el segundo caso, bajo las mismas condiciones estadísticas como el tamaño de la muestra y la variación de la misma; por lo tanto, el radio del intervalo de confianza es mayor en el primer caso. La relación del tamaño de muestra con el concepto de margen de error y

nivel de confianza es inversamente proporcional. Bajo las mismas condiciones, un mayor tamaño de muestra implica una menor longitud del nivel de confianza y por lo tanto un menor margen de error. En los estudios estadísticos empíricos generalmente se utilizan niveles de confianza de 99%, 95% o mínimo un 90%, que corresponden a niveles de significancia del 1%, 5% y máximo 10%.

La decisión de implementar este modelo de pago, con estas enfermedades se encuentra enmarcado en la atención primaria en salud donde estas patologías se atienden de manera efectiva así como el diagnóstico se realiza de manera ágil, lo cual permite observar resultados en el corto y mediano plazo.

Este mecanismo de gestión basa el pago en indicadores confiable, los cuales pueden ser de proceso o de resultado.

Actualmente son tres indicadores a los que se les realiza seguimiento:

1. **Porcentaje de personas con las principales precursoras de ERC en población entre los 18 y 69 años.** Este indicador tiene como denominador los casos esperados los cuales son estimados a partir de la prevalencia estimada en la ENS. Este indicador presenta una mejoría en el año 2015 sin embargo aún es bajo dado que el resultado del país se ubica en 35.3% es decir de cada 100 casos esperados entre los 18 y 69 años, 35 se encuentran identificados.

Es importante tener presente que la medición de este indicador tiene en cuenta los casos captados con las principales precursoras entre los 18 y 69 años, dado que es la población con mayor riesgo de desarrollar estas patologías.

2. **Porcentaje de personas estudiadas para ERC:** Este indicador presenta el porcentaje de personas a las que se les practica exámenes para determinar la presencia de daño renal. Este indicador presenta mejora en el año 2015 con respecto al año 2014, ubicándose en el 52.9% es decir de cada 100 personas con riesgo de desarrollar insuficiencia renal 52 son estudiadas.

Este indicador es medido para toda la población, dado que independientemente del riesgo de desarrollar alguna de las patologías precursoras, si una persona presenta causas probables de daño renal es necesario que le practiquen los exámenes correspondientes.

3. **Tasa de incidencia de TRR:** Este indicador son personas que son reportadas en TRR que no habían sido reportadas en mediciones anteriores, esta indicador en el país presenta un incremento posiblemente como consecuencia de un mayor porcentaje de personas estudiadas.

### 3.3 Distribución de recursos

El monto a distribuir estimado se divide entre el 40% por siniestralidad por tanto este porcentaje es entregado a aquellas aseguradoras cuya concentración de pacientes con ERC estadio 5 con necesidad de reemplazo de terapia renal entiéndase aquellos pacientes que requieren tratamiento con Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Trasplante renal o tratamiento médico no dialítica, es mayor que el promedio.

El 60% restante se entrega por el cumplimiento de indicadores de gestión, el cumplimiento o no se determina como la distancia de la meta (referencia país), ponderada por la población objeto de cada indicador.

De lo anterior se puede concluir que si el tamaño de una aseguradora es pequeño que no le permite obtener recursos por siniestralidad si puede recibirlos por el cumplimiento de indicadores de gestión mencionados.

## Resultados

Como se mencionó a lo largo del presente documento la aplicación de indicadores de gestión en el mecanismo ex – post de distribución de recursos por ERC y sus enfermedades precursoras lleva dos años, durante este periodo fueron 50 aseguradoras las que reportaron la información y a las cuales se les realizó el proceso de auditoría, los principales resultados se presentan a continuación:

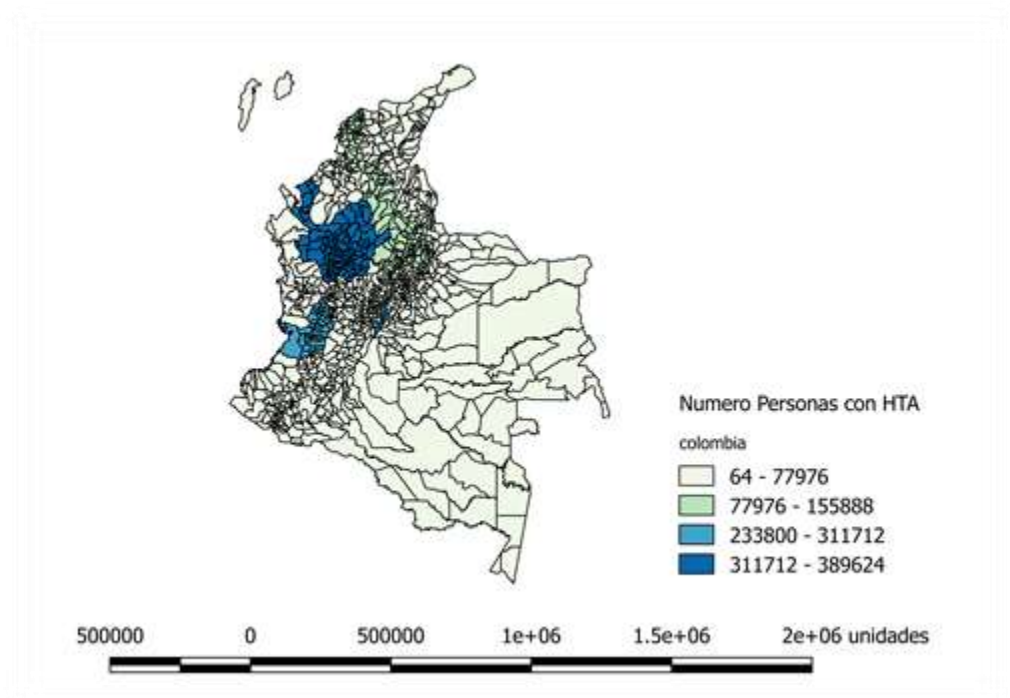
### 1. Indicador de captación de pacientes.

#### A. Hipertensión Arterial.

Entre el la medición con corte junio de 2014 y la medición de junio de 2015 los pacientes diagnosticados con esta enfermedad crónica presentó una variación del 10,49% siendo el grupo de edad entre los 60 y 64 años el grupo con mayor número de casos diagnosticados.

La distribución geográfica de los pacientes se presenta en el Mapa 1

**Mapa 1 Distribución Geográfica del número de pacientes con Diagnostico de HTA. 2015**



Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

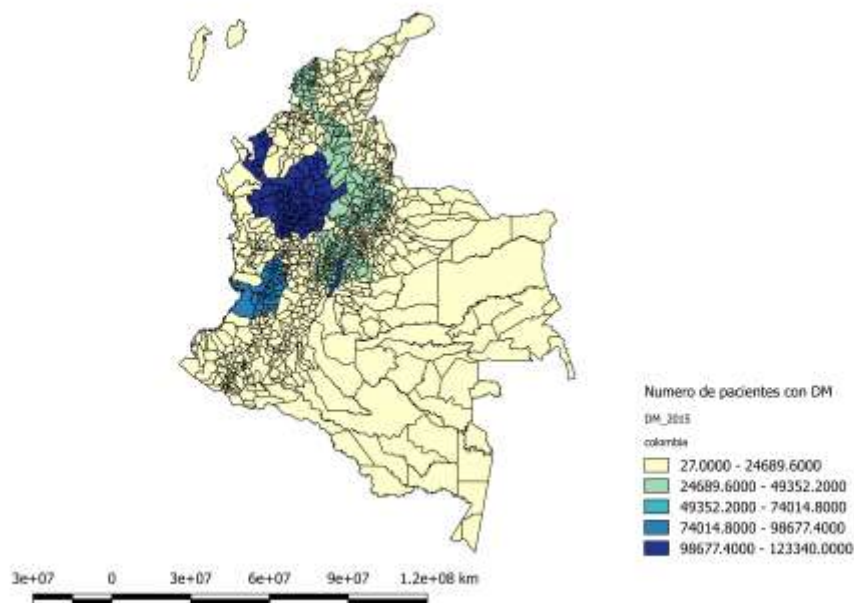
El mapa muestra que los departamentos con mayor número de pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial son Bogotá y Antioquia, de igual manera el 66% de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial pertenecen al régimen contributivo.

### **B. Diabetes Mellitus**

Entre el la medición con corte junio de 2014 y la medición de junio de 2015 los pacientes diagnosticados con esta enfermedad crónica presentó una variación del 16.50% siendo el grupo de edad entre los 60 y 64 años el grupo con mayor número de casos diagnosticados.

La distribución geográfica de los pacientes se presenta en el Mapa 2

**Mapa 2 Distribución Geográfica del número de pacientes con Diagnostico de DM. 2015**



Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

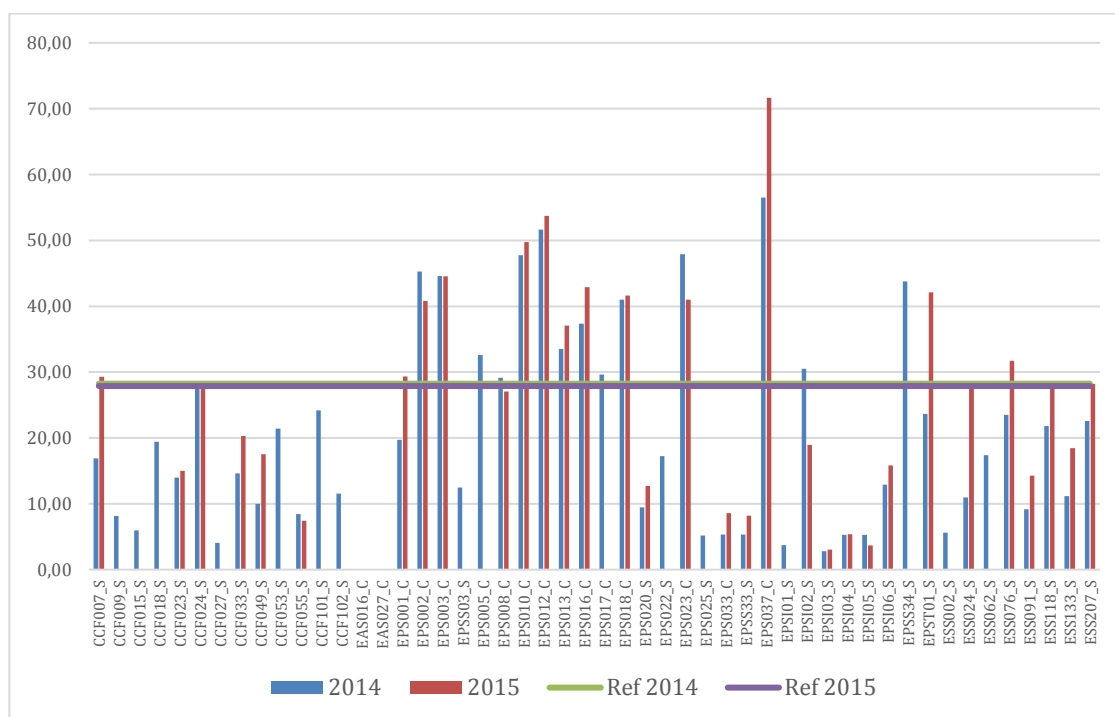
El mapa muestra que los departamentos con mayor número de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus son Bogotá y Antioquia, de igual manera el 69% de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus pertenecen al régimen contributivo.

**C. Resultados del Indicador.**

Entre las dos mediciones este indicador presenta una mejoría en 27 EPS, de las cuales 17 pertenecen al régimen subsidiado.

Las EPS con mayor incremento en este indicador son Savia Salud, seguida por Coosalud y Nueva EPS.

**Gráfica 1 Comportamiento de indicador de captación de pacientes 2014- 2015.**



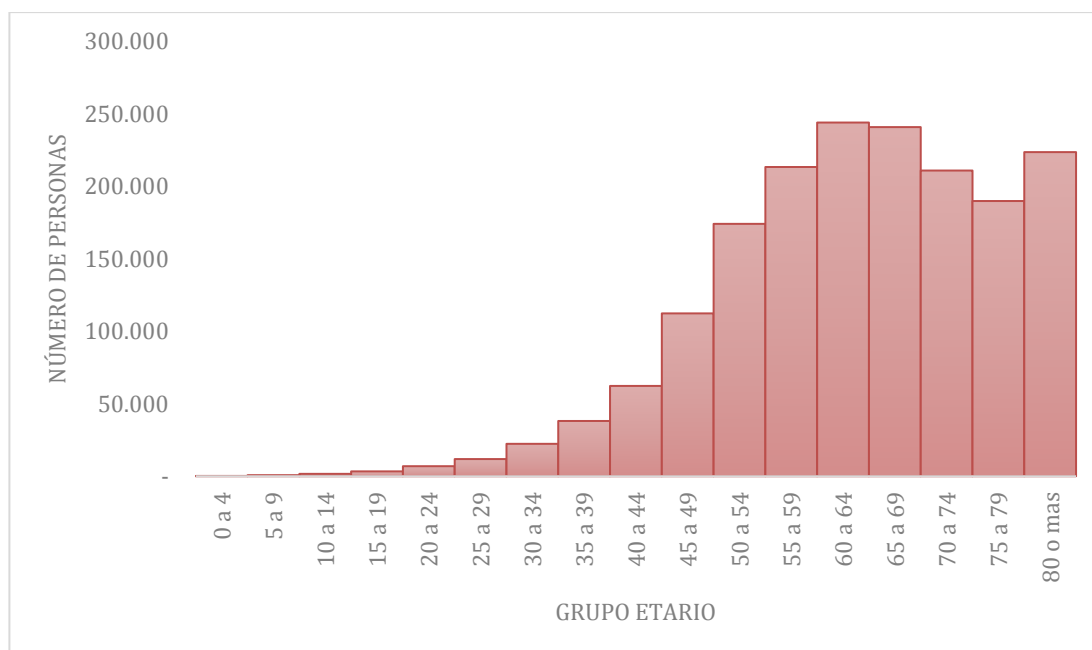
Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

## 2. Indicador de estudiados para ERC.

### A. Contexto del indicador.

Las personas estudiadas para enfermedad Renal tuvo un variación positiva del 45,51% entre las dos mediciones, el mayor número de personas estudiadas se encuentran entre los 60 y 64 años lo cual es consistente con el comportamiento en el indicador de captación de principales precursoras, en la gráfica xx se presenta la distribución por grupo etario de las personas estudiadas para la ERC.

**Gráfica 2 Número de Personas Estudiadas para ERC. 2015**

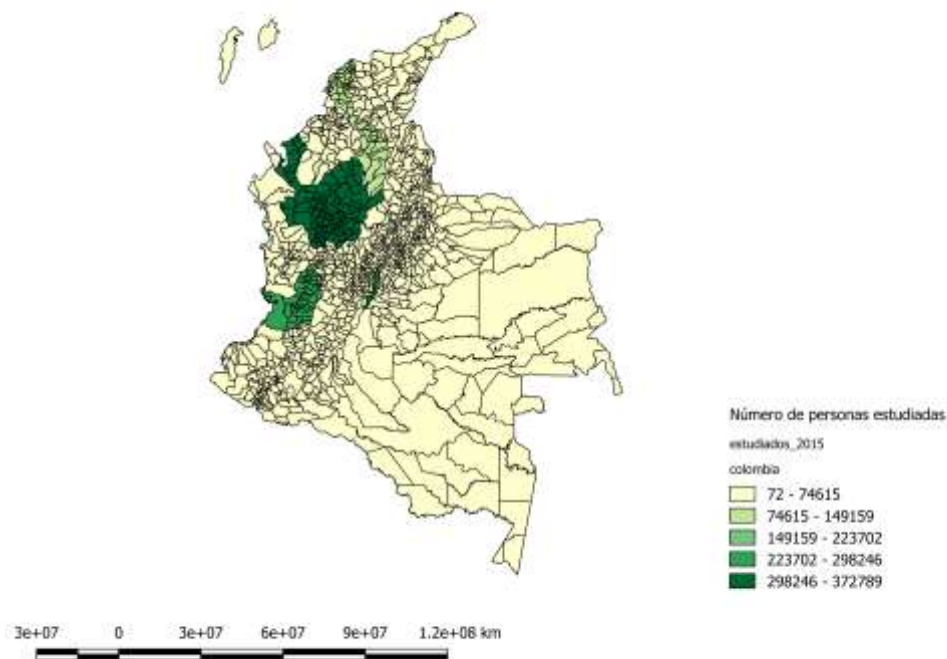


Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Ahora bien los departamentos que presentan mayor concentración de pacientes estudiados para Enfermedad Renal Crónica ERC son Antioquia, Bogotá y Valle, así mismo los que presentan menor número de pacientes estudiados para ERC son Amazonas, Guainía y Vaupés, lo anterior se observa en el mapa 3.



**Mapa 3 Distribución Geográfica del número de pacientes Estudiados para ERC. 2015**



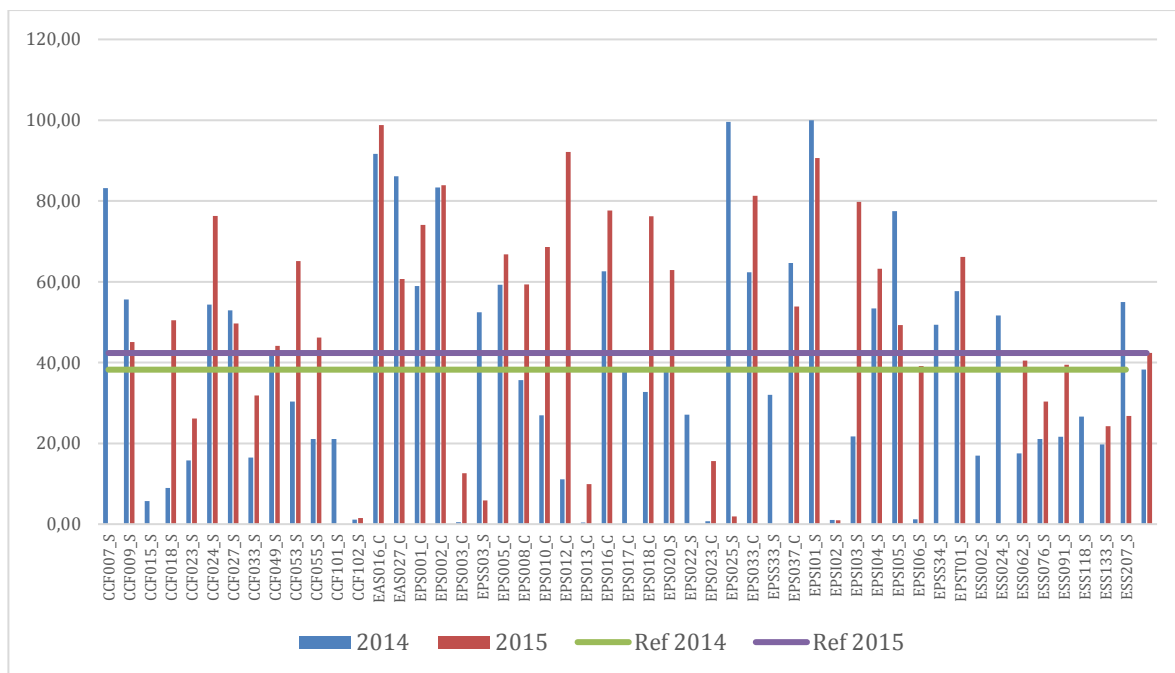
Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

**B. Resultados del Indicador.**

Este indicador presenta una mejoría en 30 EPS, de las cuales 17 pertenecen al régimen subsidiado.

Las EPS con mayor incremento en este indicador son Comfenalco Valle, A.I.C. y S.O.S.

**Gráfica 3 Comportamiento del Indicador de Estudiados 2014 -2015**



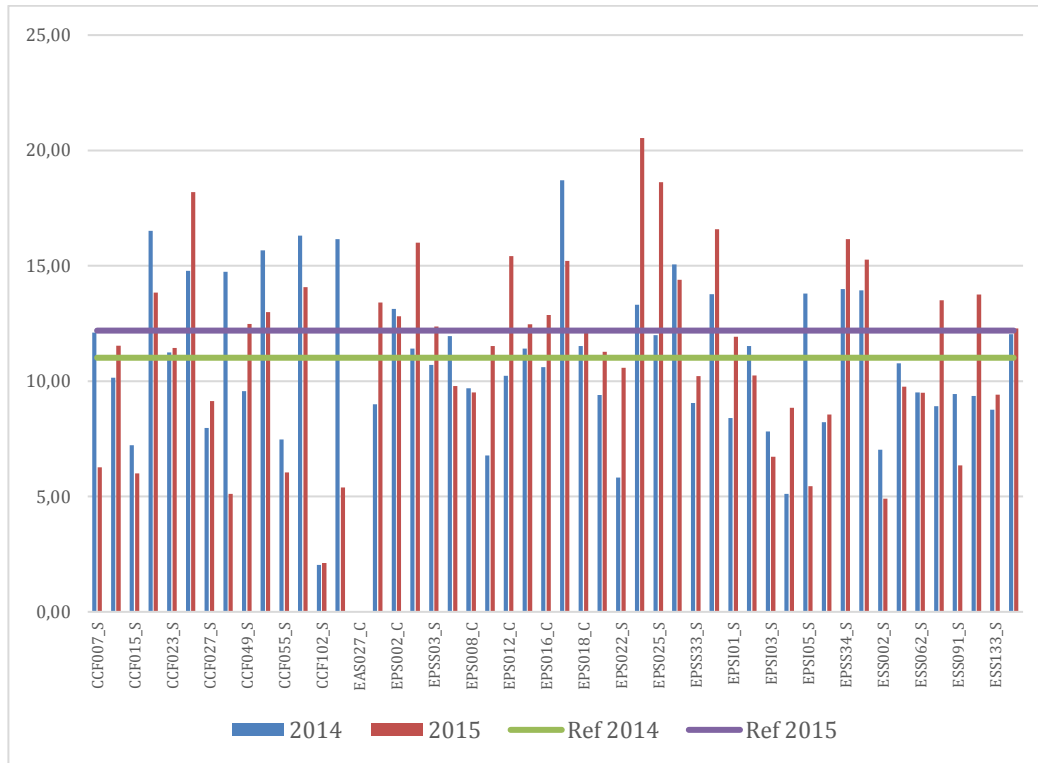
Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

### 3. Indicador de incidencia ERC estadio 5.

Este indicador presenta un retroceso, toda vez que el indicador incrementa entre los dos años comparados, sin embargo no es posible dar una conclusión al respecto. Primero: por la historia natural de la enfermedad cuya progresión entre estadios, no es en un corto tiempo y segundo: podría ser resultado de la búsqueda activa de pacientes realizada por las aseguradoras.

En el año 2014 se reportaron 4.716 casos nuevos y en el 2015 este número se ubicó en 5.327.

**Gráfica 4 Comportamiento del indicador de incidencia ERC 5. 2014 - 2015.**



Fuente: Base de Alto Costo Resolución 2463 de 2014. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

## Conclusiones

En dos años de aplicación del mecanismo ex – post de distribución de recursos por enfermedad renal crónica en estadio 5 con necesidad de reemplazo renal y sus principales precursoras, se evidencia un impacto positivo en los indicadores de gestión propuestos durante la primera fase del mecanismo, lo anterior representa mejoras en el diagnóstico temprano de las enfermedades permitiendo así una distribución equitativa de los recursos entre los regímenes.

Los resultados en salud a largo plazo posiblemente mejoraran, teniendo en cuenta que estas tres patologías son consideradas crónicas y como tal pueden ocasionar una disminución en la productividad de las personas que las padecen, dado que un diagnóstico tardío ocasionaría un ausentismo laboral que afectaría la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La primera experiencia en este tipo de mecanismos ha mostrado un alto impacto en las políticas de salud, que relacionadas con las rutas de atención integral; establecidas en el marco del modelo de atención representan un mejor acceso a los tratamientos por parte de los pacientes, debido a que hay un incentivo a la búsqueda activa que permite identificar pacientes asintomáticos en fases temprana de la enfermedad.

## Bibliografía

- Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Monitor estrategico*, 4-7.
- Cuenta de Alto Costo. (2012 -2015). *Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia*. Bogota.
- Mezzano , S., & Aros, C. (2005). Enfermedad Renal Crónica: Clasificación. Mecanismos de Progresión y Estrategias de Renoprotección. *Rev Médica*, 338-348.
- Peiró, S., & García-Altes, A. (2008). *Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos*. . España: Gaceta Sanitaria.