

# **PLANIFICANDO MEJORES RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO**

## y su impacto en la distribución de recursos



Gestión del Riesgo CAC  
Cuenta de Alto Costo

Bogotá, D. C., 15 de noviembre de 2023

**Lizbeth Acuña Merchán**  
Directora Ejecutiva

**Luis Alberto Soler Vanoy**  
Coordinador de Gestión del Riesgo

**Gestoras del riesgo**  
Ana María Díaz Díaz  
Martha Lucía Salas Antolines  
**Profesional de gestión del riesgo**  
Cristian Alejandro González Rojas

### Entidades que participaron en esta reunión de gestión del riesgo realizada por la Cuenta de Alto Costo:

ALIANSALUD EPS  
ANAS WAYUU EPSI  
ASMET SALUD EPS  
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC - EPSI  
CAJACOPI ATLÁNTICO  
CAPITAL SALUD EPS  
CAPRESOCA EPS  
COMFACHOCÓ  
COMFAORIENTE  
EMSSANAR  
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA  
COMFENALCO VALLE  
COMPENSAR EPS  
COOSALUD (Contributivo)  
COOSALUD (Subsidiado)  
DUSAKAWI EPSI  
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN  
EPS SANITAS  
EPS SURA  
FAMISANAR EPS  
SALUD BOLÍVAR EPS

FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES  
MALLAMAS EPSI  
MUTUAL SER EPS (Contributivo)  
MUTUAL SER EPS (Subsidiado)  
NUEVA EPS (Contributivo)  
NUEVA EPS (Subsidiado)  
PIJAOS SALUD EPSI  
SALUD MÍA EPS  
SALUD TOTAL EPS  
SAVIA SALUD EPS

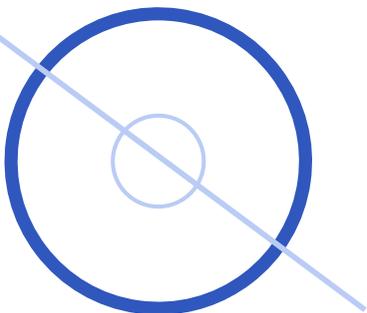


# Contenido



Planificando mejores resultados de la gestión del riesgo y su impacto en la distribución de recursos

- 1** Mecanismo *ex ante* 03
- 2** Mecanismo *ex post* 05
- 3** Ponderaciones finales de cada cohorte para el mecanismo *ex post* 06
- 4** ¿Cuáles han sido los resultados país en los dos últimos periodos? 06
- 5** Experiencias exitosas de la gestión del riesgo, que mejoran la distribución de los recursos 11



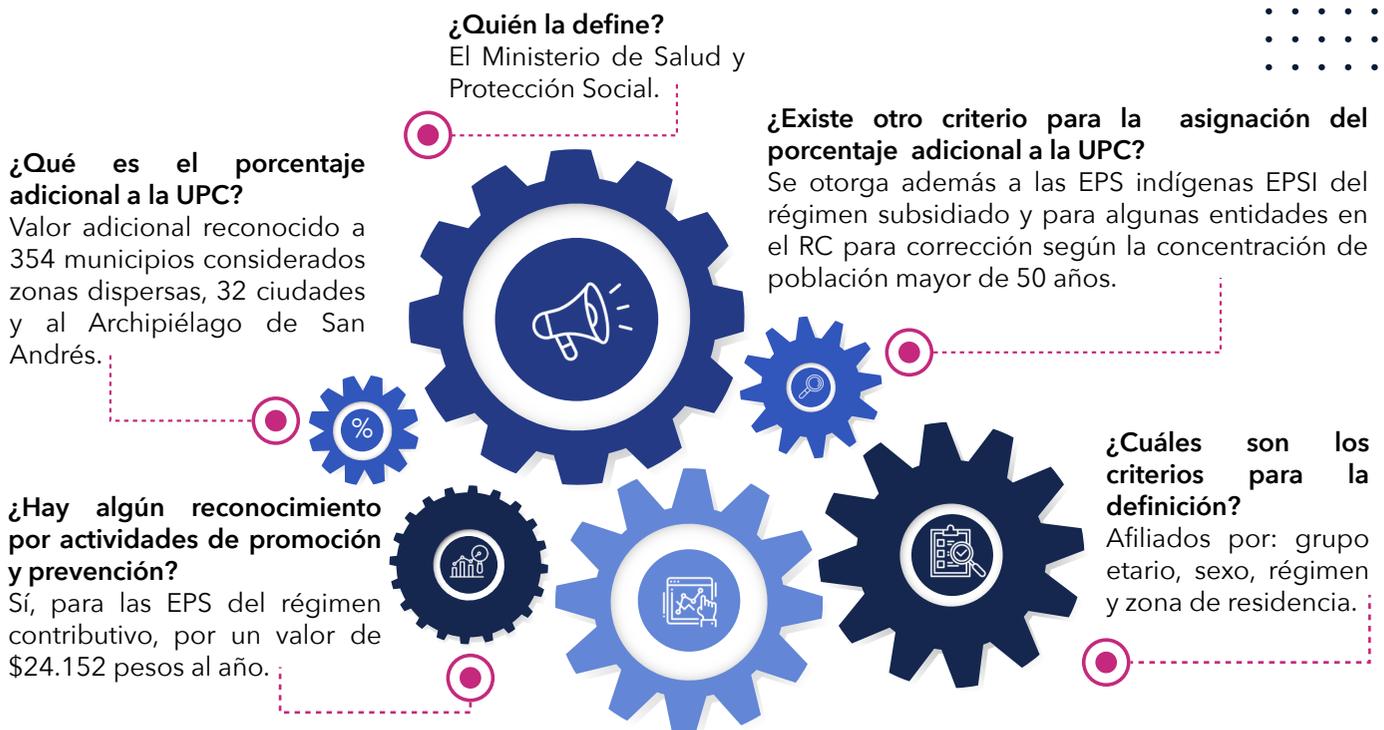
En el sistema de salud colombiano existen mecanismos que rigen el control de los recursos financieros y la provisión de servicios de salud. Entre esos enfoques están los mecanismos *ex ante* y *ex post*, cada uno con características específicas que juegan un papel crucial en la gestión del riesgo. Los mecanismos *ex ante* se caracterizan por la consideración de aspectos como las condiciones de acceso, perfiles epidemiológicos y demográficos, y la garantía de la cobertura de la totalidad de las intervenciones, todo ello antes de que se realicen procedimientos médicos o se generen gastos de salud (1).

En contraste, el mecanismo *ex post* implica la revisión y el control posteriores a la prestación de servicios médicos y la generación de costos, evaluando los resultados de la gestión de riesgos, calidad de la información reportada y el comportamiento de las enfermedades de alto costo (EAC). A continuación, se describirán los elementos clave de los mecanismos *ex ante* y *ex post* para que desde su reconocimiento sean implementadas estrategias en aras del alcance de mejores resultados en salud.

## Mecanismo *ex ante*

En el marco de la implementación de la Ley 100, se han incorporado importantes elementos al sistema de salud y protección social. Entre estos se destaca la unidad de pago por capitación (UPC), que representa el monto anual que se le reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) con el fin de garantizar la cobertura de las prestaciones del plan de beneficios en salud (PBS), en los regímenes contributivo y subsidiado (2).

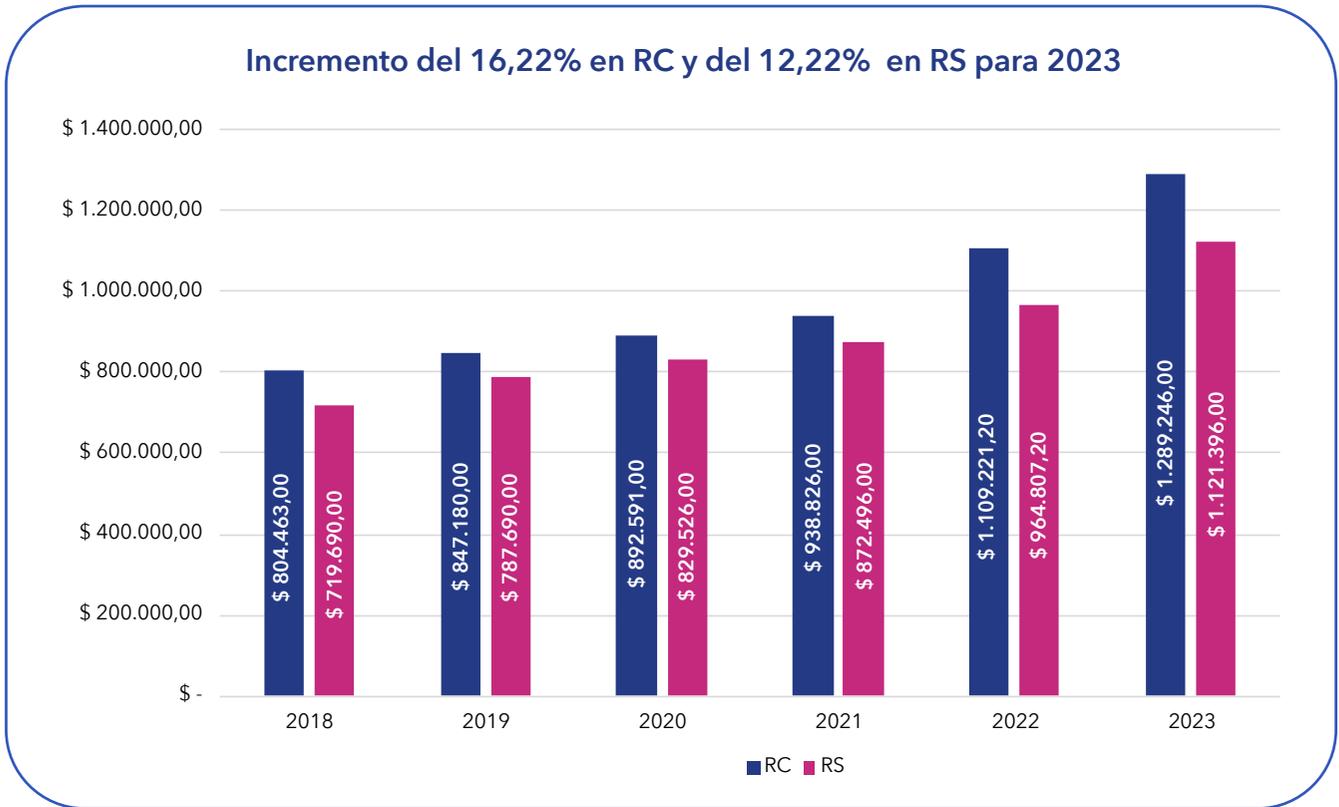
**Figura 1. ABC del mecanismo *ex ante***



Fuente: Pardo Rivas CT, Humanez Jiménez LC, Sánchez Parra GM, Vertel Díaz AC, Varelas Callejas DA. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) (1).



Figura 2. Evolutivo de la UPC plana según el régimen



Fuente: Pardo Rivas CT, Humanez Jiménez LC, Sánchez Parra GM, Vertel Díaz AC, Varelas Callejas DA. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) (1).



Para la prestación de servicios de salud, las EPS del régimen contributivo cuentan con el 90% de la UPC y las EPS de régimen subsidiado del 92%. Esto implica que destinan el 10% y 8%, respectivamente, para cubrir los costos administrativos.



# Mecanismo ex post

Figura 3. ABC del mecanismo ex post

**Conoce los pasos de los mecanismos de distribución de recursos**

**Paso 1**  
Establece la prevalencia (y los montos totales para los mecanismos de VIH y ERC).

**Paso 2**  
Detalla el cálculo de los indicadores definidos en la resolución.

**Paso 3**  
Consolida los resultados para el cálculo de los montos a recibir o aportar para cada EPS.

- ¿Quién lo define?**  
El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda.
- ¿Cuál es su propósito?**  
Promover la gestión del riesgo y disminuir la selección de riesgos.
- ¿Cómo se aplica?**  
Se realiza posterior al análisis de la información reportada por las entidades, durante el proceso de la auditoría.
- ¿De cuáles cohortes la CAC realiza el cálculo?**  
ERC, VIH y 11 tipos de cánceres priorizados.
- ¿Cuáles son los insumos aportados por el MSPS para el cálculo?**  
Montos a distribuir (cáncer), indicadores de tamizaje y mortalidad (cáncer); y traslados forzosos (cáncer, ERC y VIH).

Fuente: MSPS. Resolución 1912 de 2015 (VIH); MSPS. Resolución 248 de 2014 (ERC); MSPS. Resolución 1620 de 2020 (Cáncer) (3).

Encuentra aquí las resoluciones que reglamentan los mecanismos de distribución ex post que realiza la Cuenta de Alto Costo:

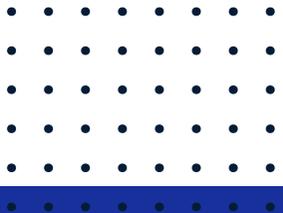


## ¿Dónde se pueden consultar los resultados de los mecanismos de ERC y VIH?

Ingrese al aplicativo **SISCAC** y busque la siguiente ruta: > Módulo de la cohorte> mecanismos> paso 3.

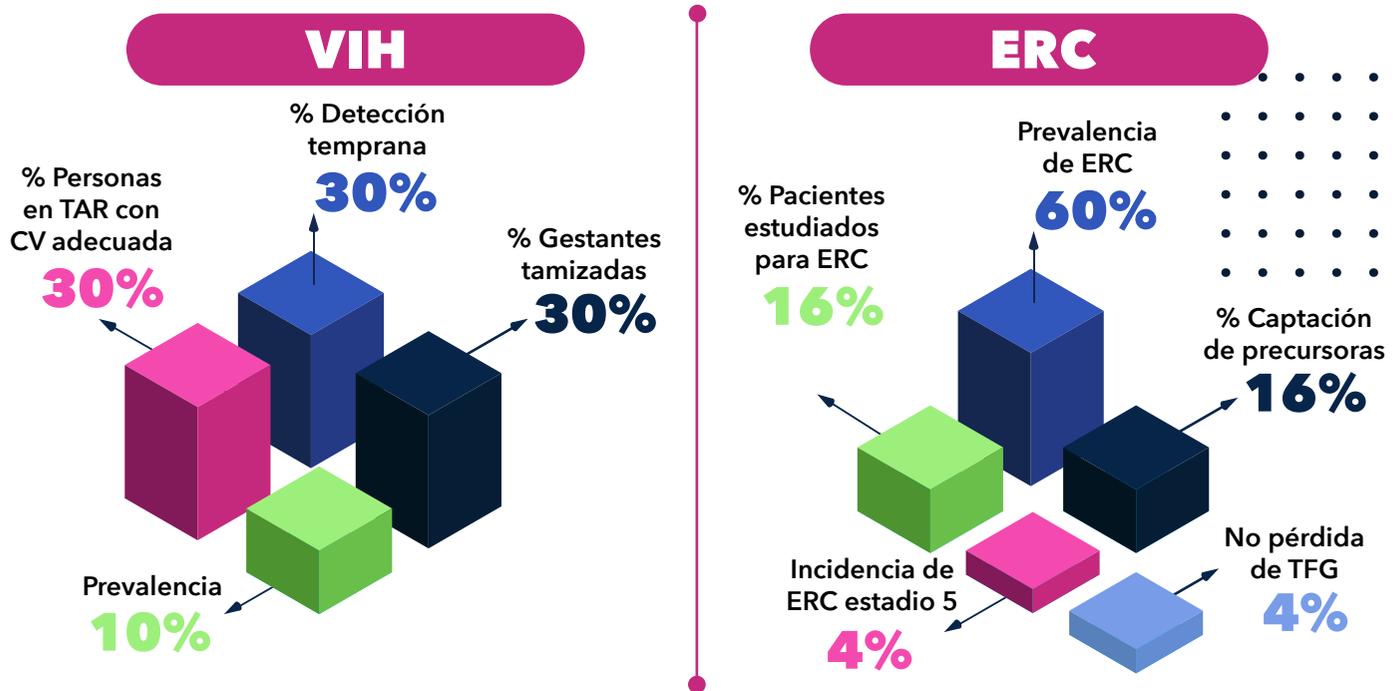
## ¿Dónde se pueden consultar los resultados de los mecanismos de Cáncer?

**SISCAC**>Módulo de Cáncer> mecanismos> paso 3; y, en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.



## Ponderaciones finales de cada cohorte para el mecanismo ex post

Figura 4. Peso porcentual de cada indicador por cohorte para mecanismos de distribución de recursos

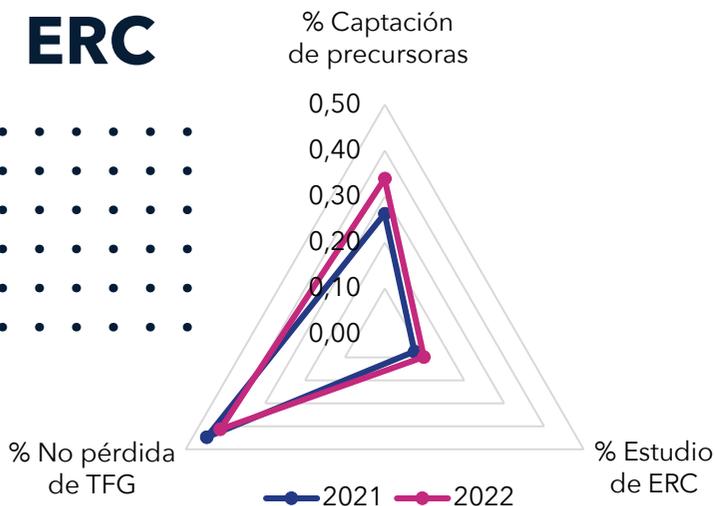


Fuente: MSPS. Resolución 1912 de 2015 (VIH); MSPS. Resolución 248 de 2014 (ERC); MSPS. Resolución 1620 de 2020 (Cáncer) (3).

Para cáncer, las ponderaciones están definidas para cada uno de los once cánceres priorizados, para consultarlas, la entidad puede ingresar al módulo de [SISCAC](#) > Cáncer > mecanismos > paso 3.

## ¿Cuáles han sido los resultados país en los dos últimos periodos?

Figura 5. Comparativo de los resultados del mecanismo de distribución de recursos para ERC, 2021 - 2022



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Base de datos de la Resolución 2463 de 2014.

### Incidencia y prevalencia ERC 5 \* 100.000 afiliados

| Indicador        | Año  | Resultado |
|------------------|------|-----------|
| Prevalencia ERC5 | 2021 | 72,31     |
|                  | 2022 | 69,11     |
| Incidencia ERC5  | 2021 | 6,50      |
|                  | 2022 | 6,58      |

### ¿Cuál ha sido la variación de los indicadores de ERC en los dos últimos periodos?

- Captación de hipertensos y/o diabéticos: +20,09%
- Estudiados para ERC: +31,84%
- Incidencia ERC 5: -3,35%
- No pérdida de la TFG: -7,70%
- Prevalencia ERC 5: -8,75%



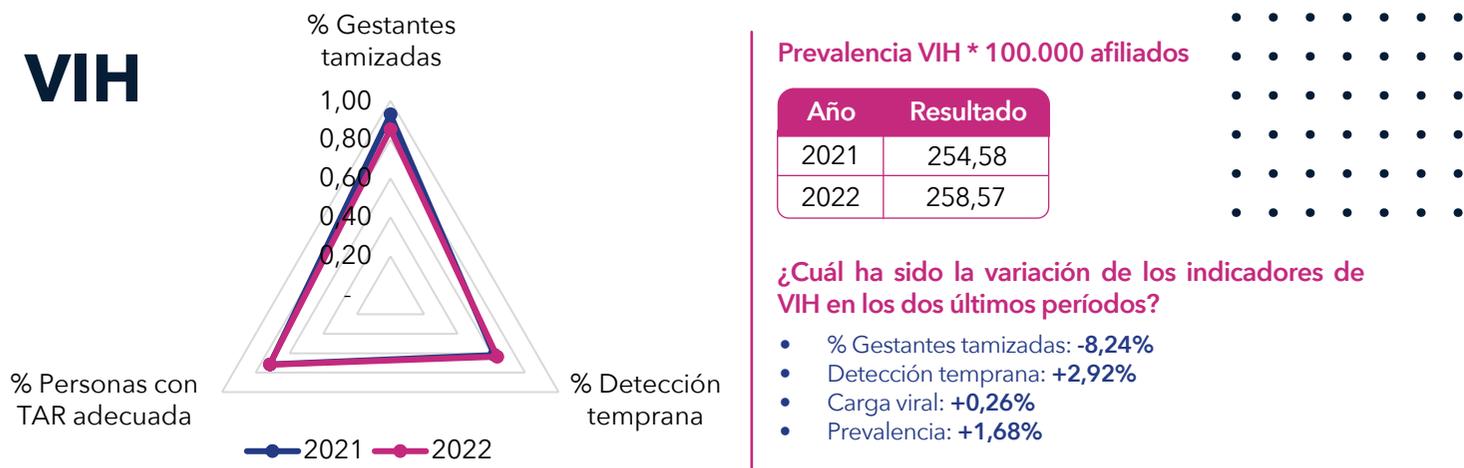
El punto de referencia de los indicadores del mecanismo de ERC es el resultado país, estando así definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo con lo expuesto en la **figura 5**, y el comportamiento de los últimos dos años, a pesar del aumento en la captación, aún se enfrenta el desafío de no alcanzar las metas establecidas de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2007. **Esta encuesta establece una prevalencia del 22,8% de hipertensión en la población de 18 a 69 años y un 3,5% de diabetes mellitus en el mismo grupo de edad.** Para este indicador, en el último periodo de reporte, el porcentaje nacional de inconsistencia fue de 5,53%; superando el límite del 5% establecido.

Por su parte, en lo que respecta al estudio de ERC en la población hipertensa y diabética, este también ha sido un reto preponderante en el país; y para el caso del mecanismo de distribución de recursos, se encuentra asociado a la consistencia de los datos reportados por la EAPB. Por lo tanto, es esencial destacar la importancia de fortalecer las acciones en el primer nivel de atención para la detección temprana de la ERC y su derivación oportuna a otros niveles de complejidad para garantizar el tratamiento adecuado.

Con la misma dinámica del indicador de captación, para estudiados, en el proceso de auditoría, se evalúa el porcentaje de inconsistencias en las variables relacionadas con el estudio de la ERC, con el mismo límite del 5%. En 2021, en el ámbito nacional, esta proporción de inconsistencias fue alrededor del 41%, y en 2022, disminuyó a aproximadamente el 14%, lo que refleja avances en la calidad de los datos suministrados, aunque aún existen oportunidades de mejora.

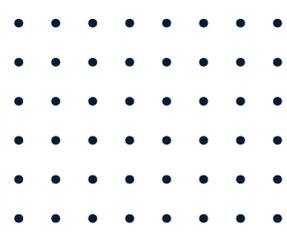


**Figura 6. Comparativo de los resultados del mecanismo de distribución de recursos para VIH, 2021 - 2022**



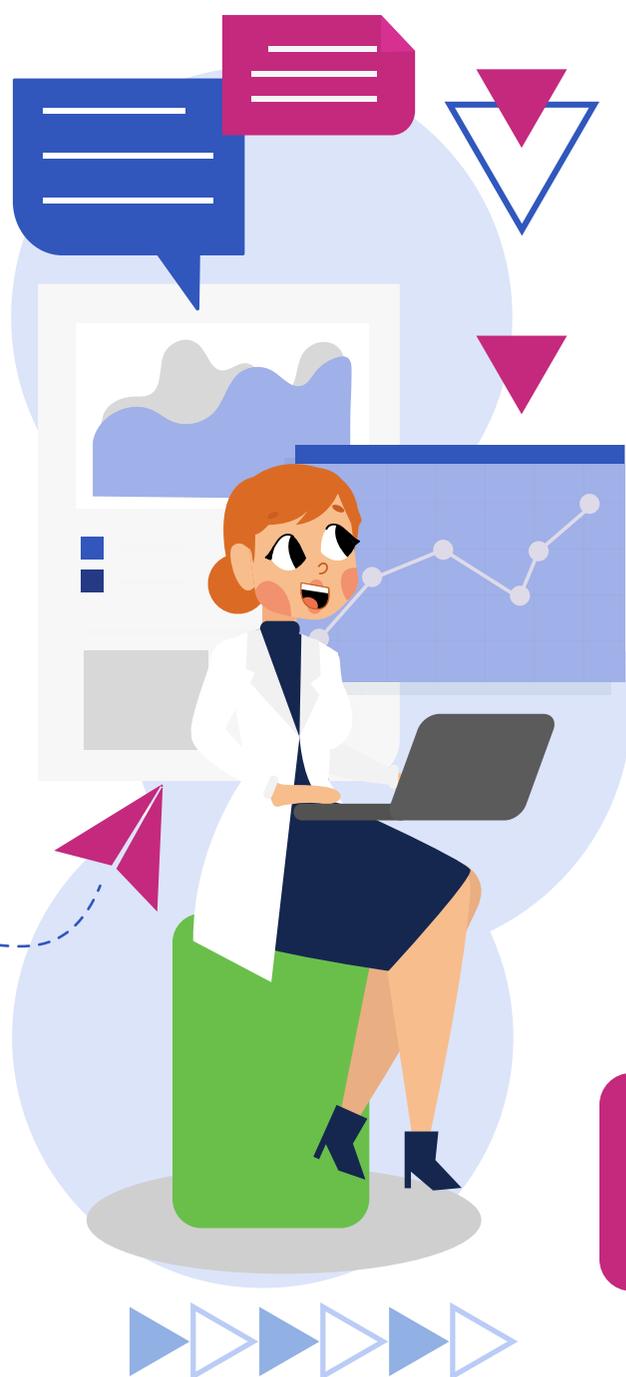
Fuente: Cuenta de Alto Costo. Base de datos de la Resolución 273 de 2019.

El punto de referencia de los indicadores del mecanismo de ERC es el resultado país, estando así definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, en todo el país, se desarrollan y ejecutan acciones para alcanzar los objetivos 95-95-95, siendo de suma importancia para lograr este propósito, fortalecer el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva, así como fomentar la participación en estrategias que aborden tanto la prevención como el acceso completo a la atención médica, desde las pruebas iniciales hasta el tratamiento oportuno y continuado, garantizando la retención en la atención (3).



En lo que respecta a las mujeres embarazadas, el país está enfocando sus esfuerzos a través de la Alianza para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita. Un componente esencial de esta iniciativa es la identificación temprana de las mujeres embarazadas y asegurar que reciban un tratamiento adecuado y oportuno (4). En este contexto, la tamización se convierte en una herramienta crucial para alcanzar este objetivo. En el año 2022, se ha registrado una reducción del 8,24% con respecto al periodo anterior. Es imperativo fortalecer las acciones que garanticen que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a las pruebas durante su periodo gestacional.

## ¿Qué impacto tiene la calidad del dato en los resultados del mecanismo?



En el caso del indicador que evalúa la proporción de mujeres gestantes tamizadas, se analiza el porcentaje de inconsistencias identificadas durante el proceso de auditoría efectuado en una muestra representativa. Estas inconsistencias pueden deberse a diversas razones, como la falta de documentación, la invalidez de los documentos, que impide la confirmación del diagnóstico de embarazo durante la auditoría.

Para confirmar el diagnóstico en la población gestante, se verificará que en los registros médicos se encuentren pruebas concluyentes de embarazo, ya sea a través de hallazgos en el examen físico, resultados de análisis de laboratorio o ecografías. En este proceso, se parte del supuesto de que los resultados de la muestra son representativos de toda la población. Por lo tanto, si el porcentaje de inconsistencias supera el 5%, se asume que el proceso de tamizaje en la población en cuestión no es óptimo, ajustándose el resultado al 0%.

Según los datos preliminares del año 2023, 14 EPS presentaron tasas de inconsistencia superiores al 5%. En el ámbito nacional, el porcentaje de inconsistencias en esta población, en un análisis preliminar, asciende al 11,9%, lo que indica dificultades en el registro adecuado y en el intercambio de información entre las EAPB y las redes de prestación de servicios, aspecto esencial para promover una gestión de los riesgos de manera oportuna.

Las EAPB pueden acceder a esta información preliminar, a través de **SISCAC**, en los módulos de tableros de calidad, en donde podrán visualizar los hallazgos del proceso de auditoría para la toma de decisiones.

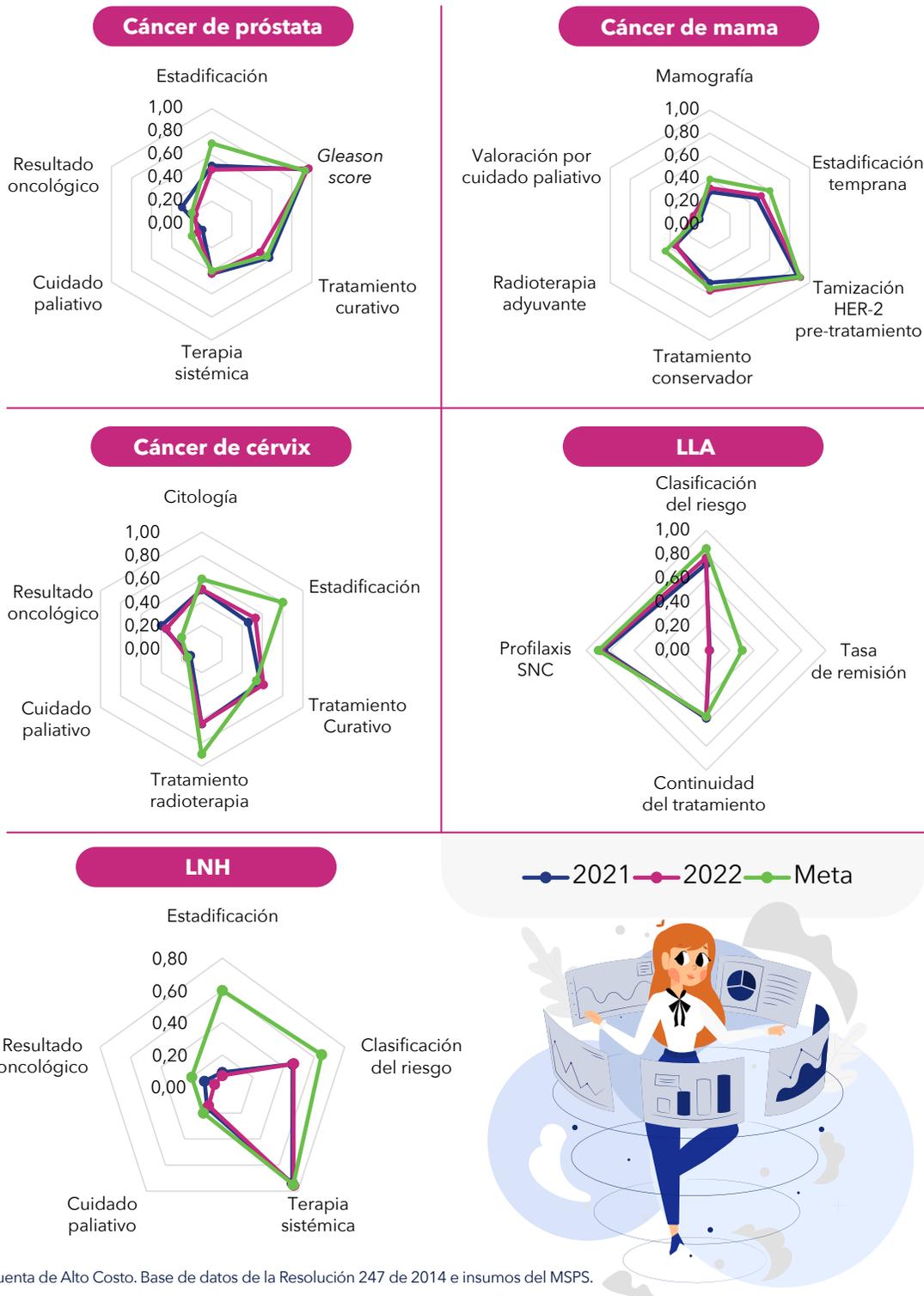




# Cáncer

A continuación, se mostrarán los resultados de algunos de los tipos de cáncer priorizados sólidos y hematolinfáticos más prevalentes.

**Figura 7. Comparativo de los resultados del mecanismo de distribución de recursos para cáncer, 2021 - 2022**



Fuente: Cuenta de Alto Costo. Base de datos de la Resolución 247 de 2014 e insumos del MSPS.



De acuerdo con los resultados de los años 2021 y 2022, la estadificación temprana y la remisión post-inducción han sido unos de los indicadores con los mayores retos en el cumplimiento; tanto así, que en el caso del linfoma no Hodgkin desde 2020, ninguna entidad ha logrado la meta (60%) de estadificación temprana; y en leucemia linfocítica en niños este hallazgo es evidenciado en el indicador remisión post-inducción (30%).

**Tabla 1. Variación de indicadores de oportunidad por tipo de cáncer**

| Tipo de cáncer | Indicadores                             | 2021  | 2022  | Variación (%) | Meta  |
|----------------|---|-------|-------|---------------|-------|
| Próstata       | Oportunidad del diagnóstico             | 45,98 | 52,84 | 14,91%        | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 92,59 | 82,00 | -11,44%       | 60,00 |
| Pulmón         | Oportunidad del diagnóstico             | 30,02 | 39,22 | 30,66%        | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 55,71 | 55,54 | -0,30%        | 45,00 |
| Estómago       | Oportunidad del diagnóstico             | 24,40 | 26,97 | 10,54%        | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 56,07 | 59,73 | 6,53%         | 40,00 |
|                | Oportunidad de la terapia de adyuvancia | 9,41  | 8,64  | -8,18%        | 12,00 |
| Mama           | Oportunidad del diagnóstico             | 32,76 | 34,37 | 4,92%         | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 67,90 | 63,17 | -6,96%        | 45,00 |
| Cérvix         | Oportunidad del diagnóstico             | 44,34 | 39,96 | -9,87%        | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 78,13 | 74,31 | -4,89%        | 45,00 |
| Colorrectal    | Oportunidad del diagnóstico             | 27,47 | 29,43 | 7,12%         | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 61,85 | 63,23 | 2,24%         | 45,00 |
|                | Oportunidad de la terapia de adyuvancia | 9,28  | 9,07  | -2,26%        | 8,00  |
| LLAA           | Oportunidad del diagnóstico             | 13,18 | 15,87 | 20,38%        | 10,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 22,29 | 21,39 | -4,02%        | 6,00  |
| LLAN           | Oportunidad del diagnóstico             | 9,83  | 8,94  | -9,10%        | 5,00  |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 21,58 | 13,12 | -39,22%       | 5,00  |
| LMAA           | Oportunidad del diagnóstico             | 10,94 | 18,80 | 71,87%        | 10,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 21,48 | 21,83 | 1,61%         | 5,00  |
| LMAN           | Oportunidad del diagnóstico             | 12,00 | 5,95  | -50,40%       | 5,00  |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 24,00 | 8,11  | -66,20%       | 5,00  |
| LNHA           | Oportunidad del diagnóstico             | 31,22 | 36,55 | 17,07%        | 30,00 |
|                | Oportunidad de inicio del tratamiento   | 43,61 | 42,56 | -2,42%        | 30,00 |

Fuente: Cuenta de Alto Costo. Base de datos de la Resolución 247 de 2014.

En cuanto a la oportunidad del proceso de atención, contemplada desde el diagnóstico hasta el tratamiento, se evidencian a nivel país brechas que conducen a tiempos de espera más prolongados para el acceso a los servicios; cobrando importancia la suficiencia de red para la prestación en cada territorio del país.





En el periodo 2021 - 2022, se destaca el buen resultado nacional obtenido, en lo que concierne al diagnóstico oportuno del cáncer de estómago y colorrectal, así como el comienzo puntual de la terapia adyuvante para el cáncer de estómago. Para los demás tipos de cáncer, aún se evidencian oportunidades de mejora evidentes que requieren el fortalecimiento de rutas de atención integral. Es importante tener en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social establece las metas que deben cumplirse para cada uno de los tipos de cáncer priorizados, según lo definido en el mecanismo de distribución. Sin embargo, en el caso de la prevalencia y la mortalidad temprana, se toma como referencia el resultado a nivel nacional.



## Experiencias exitosas

de la gestión del riesgo,  
que mejoran la  
distribución de **recursos**

### 1 Gestión del riesgo de salud materno perinatal

Dentro de las principales recomendaciones que propone la entidad participante, frente al tamizaje oportuno y efectivo de población gestante para la búsqueda y detección temprana del diagnóstico de VIH, y la gestión de la información, garantizando la calidad del dato y el mantenimiento de las inconsistencias por debajo del punto de corte máximo, se encuentran:

- Programación de consulta de primera vez por enfermería, de 50 minutos que permita indagar por todos los antecedentes personales y familiares; clasificar el riesgo materno fetal y solicitar todos los paraclínicos necesarios.
- Realización de pruebas en el punto de atención, para el diagnóstico inmediato durante la asistencia al control prenatal.
- Capacitación permanente a los profesionales asistenciales para el registro correcto de paraclínicos.
- Mejoras del aplicativo de historia clínica, para parametrización e interoperabilidad con laboratorio clínico.
- **Consejerías de VIH:** pretest - postest consignadas en HC.
- Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna.
- **Indicador de captación oportuna de gestantes, < 10 semanas de gestación, con solicitud total de paraclínicos:** objetivo de cumplimiento 90%.
- Los pasos más importantes, llevados a cabo por esta entidad del régimen contributivo, para el estudio oportuno de VIH en la población gestante, son:



Figura 8. Fases para el tamizaje oportuno de VIH en gestantes, experiencia de una EPS del régimen contributivo



Fuente: intervención de EPS del régimen contributivo en reunión de gestión del riesgo "planificando mejores resultados de la gestión del riesgo y su impacto en la distribución de recursos".

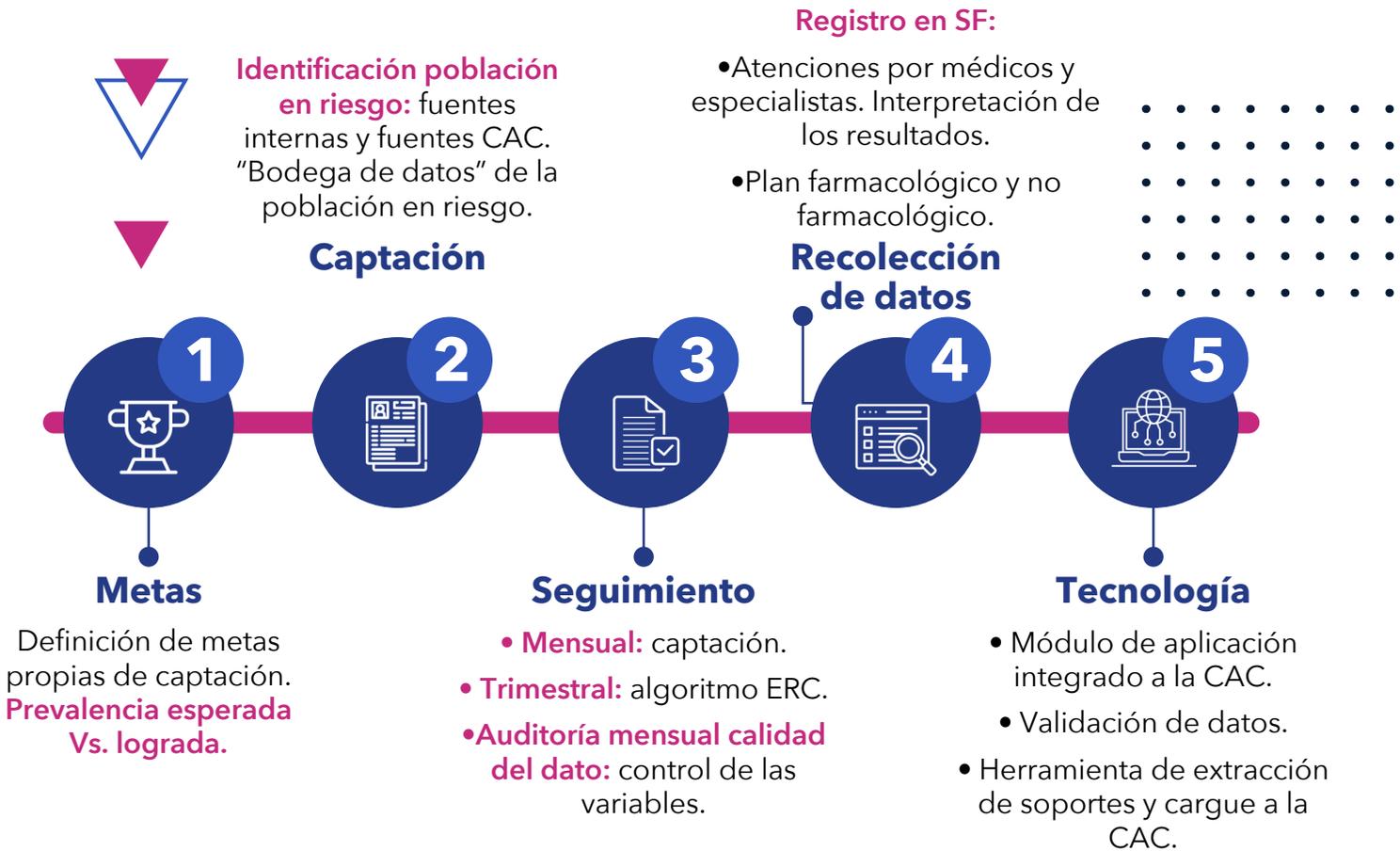
## 2 Gestión para la captación de precursoras y la calidad del dato en el diagnóstico

En el régimen subsidiado, una de las entidades con mejores resultados en calidad del dato para la verificación diagnóstica de hipertensión y/o diabetes, compartió los principales desarrollos en su gestión, que le ha permitido soportar de manera satisfactoria los procesos de auditoría y garantizar el diagnóstico y la inclusión a rutas de atención de su población afiliada:

- Realizar procesos de auditoría y verificación del dato de manera regular, por parte de auditores entrenados.
- Formación en competencias específicas a los equipos de gestión del riesgo nacionales y regionales.
- Definición y socialización de metas municipales y por prestador para la captación de precursoras.
- Identificación de morbilidad sentida (resultado de tamizaciones y antecedentes familiares) y morbilidad registrada (reportes en sistemas de información).
- Estrategias de interoperabilidad para la vinculación a la historia clínica de paraclínicos y soportes de atención.
- Los pasos más relevantes para la captación de usuarios y el aseguramiento de la calidad del dato, realizado por la entidad, son:



**Figura 9. Fases para la captación de personas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, experiencia de una EPS del régimen subsidiado**



**Fuente:** intervención de EPS del régimen contributivo en reunión de gestión del riesgo "planificando mejores resultados de la gestión del riesgo y su impacto en la distribución de recursos".



## Bibliografía

- 1.** Pardo Rivas CT, Humanez Jiménez LC, Sánchez Parra GM, Vertel Díaz AC, Varelas Callejas DA. La Unidad de Pago por Capitación (UPC). 2021 Mar 26 [citado 2023 Oct 12]; Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4117>
- 2.** Ministerio de Salud y Protección Social. Unidad de pago por capitación (UPC) [en línea]. [Citado 2023 Oct 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>
- 3.** Cuenta de Alto Costo. Normatividad - Cuenta de Alto Costo [en línea]. [Citado 2023 Nov 14]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/normatividad/>
- 4.** Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA Colombia | ¡Igualdad ya, para poner fin al SIDA! [En línea]. [Citado 2023 Oct 12]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/news/igualdad-ya-para-poner-fin-al-sida>
- 5.** Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita [en línea]. [Citado 2023 Oct 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud-Sexual-y-Reproductiva.aspx>



© Todos los derechos reservados

**Revisión de estilo**

Alejandro Niño Bogoya  
Unidad de Comunicación y Difusión

**Diseño y diagramación**

Angie Tatiana Silva Salamanca  
Unidad de Comunicación y Difusión

**Noviembre, 2023**



Fondo Colombiano de  
Enfermedades de Alto Costo



MINISTERIO DE SALUD Y  
PROTECCIÓN SOCIAL



MINISTERIO DE HACIENDA Y  
CRÉDITO PÚBLICO

¡Síguenos en nuestras redes sociales!



[www.cuentadealtocosto.org](http://www.cuentadealtocosto.org)

