

# RECURSOS QUE SE CONVIERTEN EN SALUD

Análisis y evolución del ponderador de la  
UPC



Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad  
Social en Salud – ADRES -

**ISSN 2665-2951 (En línea).** Usted puede descargar o imprimir los contenidos de la ADRES para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento a la ADRES como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar a la ADRES a través de su portal web [www.adres.gov.co](http://www.adres.gov.co)

**CRISTINA ARANGO OLAYA**  
Directora General

**ÁLVARO ROJAS FUENTES**  
Director de Liquidaciones y Garantías

**LAURA MELISA BELTRÁN OCHOA**  
Directora de Otras Prestaciones

**MARCELA BRUN VERGARA**  
Directora de Gestión de los Recursos Financieros de la Salud

**SERGIO ANDRÉS SOLER ROSAS**  
Director de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones

**ANDRÉS FERNANDO AGUDELO AGUILAR**  
Director Administrativo y Financiero

**LUISA FERNANDA GONZÁLEZ MOZO**  
Jefe de la Oficina de Planeación y Control de Riesgos

**DIEGO SANTACUZ SANTACRUZ**  
Jefe de la Oficina de Control Interno

**FABIO ERNESTO ROJAS CONDE**  
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica

**MARÍA LUCÍA FLÓREZ JIMÉNEZ**  
Subdirectora de Garantías

**CLAUDIA PULIDO BUITRAGO**  
Subdirectora de Liquidaciones del Aseguramiento

#### **Equipo técnico:**

Carlos Mario Ramírez Ramírez<sup>1</sup>  
Paul Ricardo Díaz Trillos<sup>2</sup>  
Camilo Antonio Arias Camacho  
Juan Carlos Girón Sanabria  
Julio Andrés González Godoy

---

<sup>1</sup> Director General de la ADRES durante el 2018, año en el que inició la elaboración del documento.

<sup>2</sup> Subdirector de Garantías de la ADRES durante 2018, año en el que inició la elaboración del documento

## TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción .....	5
2.	Ajuste por riesgo en el SGSS colombiano.....	7
3.	Evolución del ponderador.....	9
3.1.	Ajuste por grupo etario .....	10
3.2.	Zonas geográficas apartadas .....	14
3.3.	Grandes ciudades .....	15
3.4.	Concentración de riesgo etario.....	17
3.5.	Resumen del comportamiento en el periodo .....	18
4.	Proyecciones de corto plazo .....	19
5.	Conclusiones.....	20

# 1. Introducción

En el Sistema de Seguridad Social de Salud en Colombia -SGSSS- conviven dos mecanismos de pago a las Entidades Prestadoras de Salud -EPS-, que permiten el acceso a los afiliados a lo que se conoce como Plan de Beneficios en Salud (PBS). Estos dos mecanismos de financiación son: capitación (o pago de la UPC) y recobros (o pago de servicios y tecnología sin cargo a la UPC). Para el régimen contributivo, el monto de pagos por capitación alcanzó cerca de \$18,9 billones en el 2017, mientras que el monto de pagos por eventos sin cargo a la UPC ascendió a \$3,0 billones.

Los sistemas de capitación consisten en el pago, por parte del Estado, de un monto periódico a cada Entidad Prestadora de Salud por cada afiliado con el que cuente la EPS. Nótese que, si se paga lo mismo por afiliados que cuentan con diferentes riesgos, existen incentivos para que las EPS atraigan únicamente a los individuos menos riesgosos y que, por tanto, generen menos gastos incurriendo en lo que se conoce en la literatura económica como: selección indirecta. Esto es, aun bajo una prima y un nivel de servicios regulados, las EPS podrían imponer ciertas condiciones para que atraer a los individuos menos riesgosos y alejar a los más riesgosos, mediante la puesta en marcha de obstáculos a su afiliación o prestación de sus servicios. A su vez, las EPS que concentren a los individuos más costosos, si estos se remuneran de manera similar a los menos riesgosos, enfrentarán una mayor carga financiera y pérdidas.

Para mitigar el efecto de los problemas de tipo selección, se realizan ajustes de riesgos. Estos consisten en ajustar la prima promedio por afiliado con base en condiciones observables sobre las cuales las EPS no tengan injerencia y que sirva como aproximación del costo en el cual se pueda incurrir por las tecnologías y servicios de salud del grupo. Por ejemplo, la prima se puede ajustar por grupo etario, localización geográfica y género, entre otros.

En Colombia la prima de salud por persona se denomina Unidad de Pago por Capitación – UPC – y actualmente se realizan ajustes de riesgo por grupo etario, género, localización en zonas geográficas apartadas, localización en grandes ciudades y EPS con concentración de riesgos mayores.

Todo lo anterior permite introducir el concepto del ponderador de la UPC, el cual, se define como la razón entre el gasto observado durante un año y el gasto calculado como la multiplicación de los afiliados por la UPC. El ponderador indica, entonces, cuál es el porcentaje de gasto explicado por los ajustes de riesgos y no por la UPC plana (UPC sin ajustes de riesgo).

Con base en el *Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2018*<sup>3</sup>, el ponderador asciende a 1,14 y se traduce en una diferencia en el gasto anual de \$2,3 billones respecto al gasto que se hubiera efectuado en el caso en que el ponderador fuera igual a 1, es decir, en el caso en que no se hubiera

---

<sup>3</sup> *Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2018*, Ministerio de Salud y Protección Social, 2018.

presentado corrección por factores adicionales de riesgo. En adición, se observa que el ponderador se ha traducido en un monto de \$60 mm en 2007 y de \$2,3 billones en el 2017, hecho que hace indispensable la comprensión de sus dinámicas para entender el gasto en salud en Colombia.

El objetivo de este documento es describir, desagregar y analizar la evolución de los parámetros de ajustes de riesgo para explicar el crecimiento del ponderador de la UPC en los últimos años

y, de esta manera, prever su comportamiento futuro.

El documento está comprendido por cinco partes, siendo esta primera la introducción; la segunda detalla los ajustes de riesgo en el pago por capitación en Colombia; el capítulo 3 muestra la evolución del ponderador; el capítulo 4 aborda algunas metodologías de proyección y el quinto concluye e incorpora recomendaciones de política derivadas de los resultados del estudio.

## 2. Ajuste por riesgo en el SGSS colombiano

Existe consenso sobre la necesidad de realizar ajustes de riesgo cuando se realizan pagos por capitación. En particular, Riascos et al. (2017)<sup>4</sup> señalan que el mecanismo de ajuste de riesgos ayuda a contener los gastos del sistema, así como también, a garantizar la solvencia de las EPS. Los autores resumen la dinámica del gasto por individuo a través de la siguiente ecuación:

$$(1) g_{it} = 360 \times \frac{Y_{it}}{d_{it}}$$

en donde  $g_{it}$  es el gasto en salud del afiliado  $i$  en el año  $t$ ,  $Y_{it}$  es el gasto anual de salud en el periodo  $t$  y  $d_{it}$  el número de días que estuvo afiliado el individuo durante el año  $t$ . Bajo esta consideración, Riascos et al. (2017) señalan que el mecanismo de ajustes de riesgo se realiza conforme la siguiente ecuación:

$$(2) \log(g_i) = \beta_0 + \sum_{j=1}^K \beta_j D_j + \varepsilon_i$$

en donde  $D$  es un grupo de  $K$  variables que indican la presencia de ciertas características sociodemográficas como el género, grupo etario y localización, y el error ( $\varepsilon_i$ ) es el choque aleatorio de riesgo de cada afiliado. Por ende, en ausencia de estas condiciones, cuando todas las variables  $D$  son cero, se llega a la UPC plana:

$$(3) UPC_0 = \widehat{\beta}_0$$

La ecuación (2) se puede reescribir de la siguiente manera para la estimación de la UPC realmente reconocida ( $UPC_r$ ):

$$(4) UPC_r = UPC_0 + \sum_{j=1}^K \widehat{\beta}_j D_j$$

De esta última ecuación, se desprende que la sumatoria de las  $UPC_r$  de todos los individuos equivale el gasto observado en salud, mientras que su diferencia con respecto a sumatoria de las  $UPC_0$  representa una desviación frente al gasto en salud que se hubiera efectuado en ausencia del reconocimiento de los ponderadores resultantes del ajuste de riesgo. Ahora bien, el estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2018<sup>5</sup> señala que el cociente entre el promedio anual de reconocimientos por UPC y la UPC plana aprobada para cada año se conoce como el ponderador de la UPC.

El ponderador y sus cambios responden al número, signo y la magnitud de los coeficientes de ajuste de riesgo  $\widehat{\beta}_j$  así como el número de personas con ajustes de riesgo.

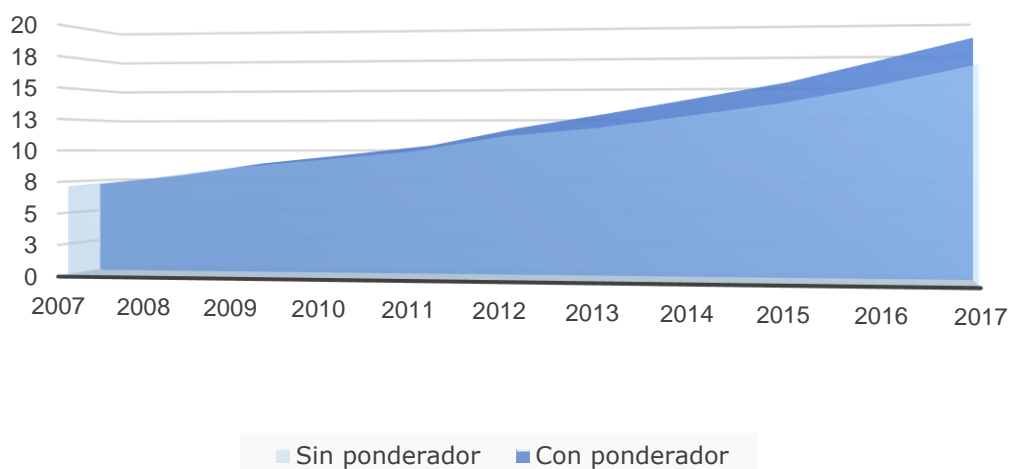
<sup>4</sup> Riascos, A., Romero, M. y Serna N., Risk Adjustment Revisited using Machine Learning Techniques. Documento Cede N° 27 de 2017, Facultad de Economía, Universidad de los Andes, 2017.

<sup>5</sup> Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2018, Ministerio de Salud y Protección Social, 2018.

Para el caso aplicado en Colombia, el agregado de la UPC reconocida y la UPC plana de la población del Régimen

Contributivo han presentado el comportamiento que se muestra en el **Gráfico 1.**

**Gráfico 1. Gasto en Colombia salud con y sin ponderador entre 2007 y 2017 (Billones \$)**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de cifras del Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el 2018

Tal y como se observa en el **Gráfico 1**, durante los últimos años el peso relativo de los ajustes de riesgo ha pasado de cerca de \$60 mm en el año 2007, a más de \$2,3 billones en el estimado de 2017 en valores corrientes, lo que se traduce en una variación nominal de 4.010% y en una real de 2.650%. Este incremento ha obedecido a diferentes factores que serán

tratados en detalle en el siguiente capítulo. Entre ellos se destacan: el incremento del número de variables por las cuales se ajusta la UPC plana; el cambio de la magnitud de los coeficientes y; el incremento poblacional de la población más costosa.



### 3. Evolución del ponderador

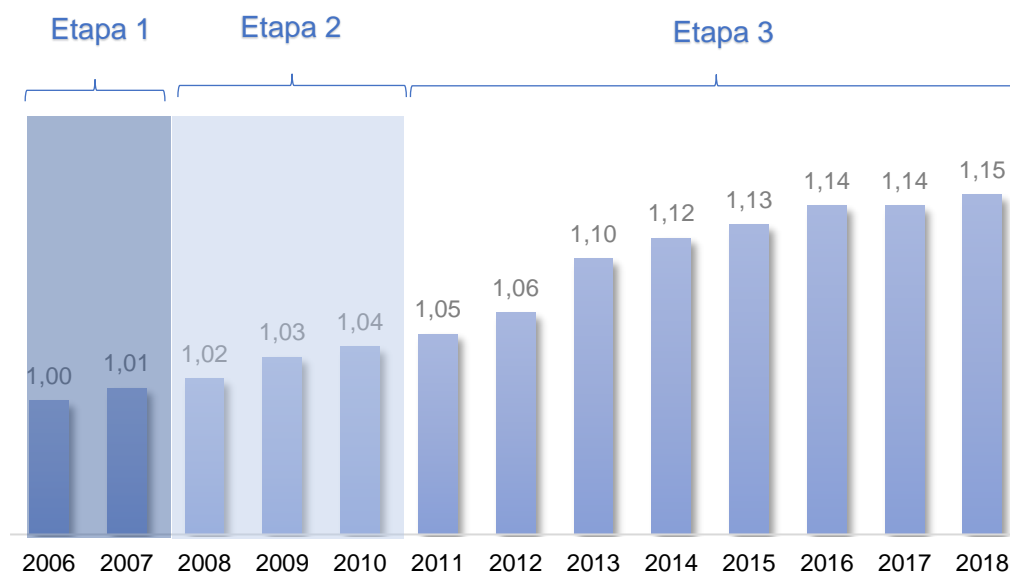
Se estima que, para el 2017 el ponderador de la UPC representó el 12,5% del total de gasto en salud del Plan de Beneficios en Salud del régimen contributivo mientras que en el año 2007 este fue de 0,75%. Diferentes dinámicas afectaron este aumento en la importancia relativa de los ajustes de riesgos realizados.

Con objeto de desagregar y analizar la información de los ajustes de riesgo y del ponderador, se utiliza la información de la población afiliada reportada en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- y, como marco de referencia, los diferentes actos administrativos por medio de los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido las disposiciones respecto a la UPC, incluyéndose dentro de estas, la estructura de costo y los grupos a los cuales se les aplica.

Dado que la información pública de la BDUA más antigua con la que se cuenta corresponde al año 2006, desde esta fecha es posible dividir la evolución del ponderador en tres etapas. En la primera, de 2006 a 2007, se calculaban primas diferenciales con base en dos características sociodemográficas: 1) grupos etarios con género y 2) zonas geográficas apartadas. En la segunda etapa, de 2008 a 2010, se incluyeron primas diferenciales en caso de que el afiliado se encuentre en grandes ciudades. En la tercera etapa, de 2011 en adelante, se incluye remuneración adicional en el caso en que el afiliado se encuentre en una EPS con concentración alta de riesgos.

El **Gráfico 2** muestra el valor del ponderador en las tres etapas reseñadas:

**Gráfico 2. Evolución Histórica del ponderador de la UPC**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

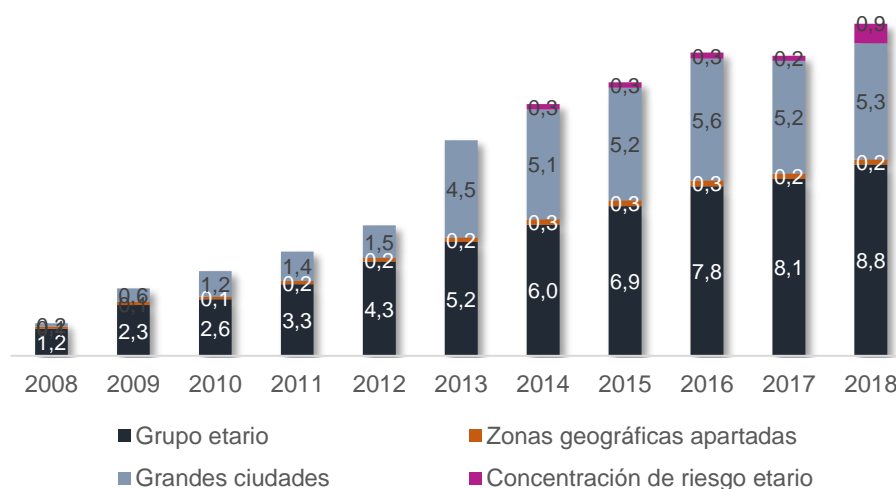
En la primera etapa, la UPC real reconocida tuvo un crecimiento del 0,9% respecto a la UPC plana. En la segunda etapa, el crecimiento promedio anual se mantuvo alrededor del 1,0%. Por otro lado, en la tercera etapa, el promedio de crecimiento anual correspondió al 1,3%. Este comportamiento se explica por las dinámicas poblacionales y el número y magnitud de los grupos poblacionales con estructuras de costos diferenciales, tal y como se describe en los próximos capítulos.

En el **Gráfico 3** se presenta la evolución del “ponderador” en forma de porcentaje adicional

sobre el gasto, si este se hubiera realizado con la UPC plana, desagregando el excedente porcentual de gasto de cada riesgo. Lo anterior con objeto de entender su preponderancia en la dinámica del gasto en salud.

En particular, para el año 2018, la estimación arroja que el gasto adicional sobre la UPC plana se compone en un 57,6% por el ajuste de grupo etario y género, un 35,0% por el ajuste de grandes ciudades, un 5,8% por el ajuste de concentración de riesgo etario y 1,6% por el ajuste de zonas geográficas apartadas.

**Gráfico 3. Gasto adicional a la UPC plana (% de la UPC plana)**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

### 3.1. Ajuste por grupo etario

El ajuste de riesgo por grupo etario es el más antiguo de los cuatro que se implementan en la actualidad. Antes de 2008, fecha de referencia para el presente estudio, se realizaba ajuste de riesgo a siete grupos

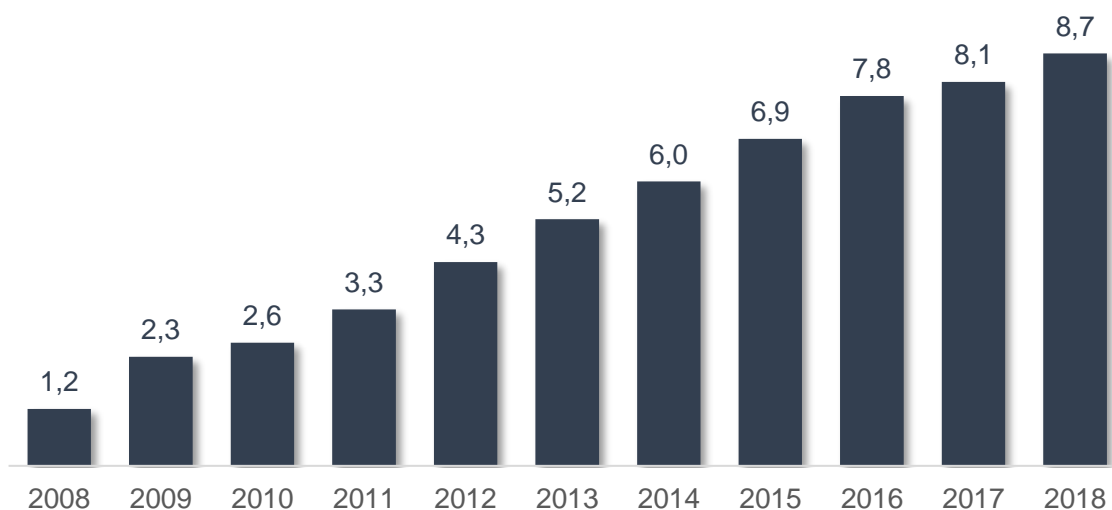
etarios. Con el Acuerdo 404 de 2008 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se amplía el número de grupos a catorce.

De conformidad con el estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el 2018, los grupos etarios existentes antes de 2008 eran: 1) menores de un año, 2) entre uno y cuatro años, 3) entre cinco y catorce años, 4) hombres entre quince y cuarenta y cuatro años, 5) mujeres entre quince y cuarenta y cuatro años, 6) entre cuarenta y cinco y cincuenta y nueve años y 7) mayores de sesenta años.

Con la aplicación del Acuerdo 404 de 2008, se amplió el número de grupos etarios a catorce, los cuales son: 1) menores de un año, 2) entre uno y cuatro años, 3) entre cinco y catorce

años, 4) hombres entre quince y dieciocho años, 5) mujeres entre quince y dieciocho años, 6) hombres entre diecinueve y cuarenta y cuatro años, 7) mujeres entre diecinueve y cuarenta y cuatro años, 8) entre cuarenta y cinco y cuarenta y nueve años, 9) entre cincuenta y cincuenta y cuatro años, 10) entre cincuenta y cinco y cincuenta y nueve años, 11) entre sesenta y sesenta y cuatro años, 12) entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años,, 13) entre setenta y setenta y cuatro años, y por último, 14) mayores de 75 años. El Gráfico 4. muestra el porcentaje de gasto adicional sobre la UPC plana que ha implicado el ajuste de grupo etario:

**Gráfico 4. Gasto adicional por ajuste de grupos etarios (% de la UPC plana)**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

Se observa que, durante el periodo, el ponderador de grupo etario pasó de significar un 1,2% adicional a la UPC plana en el año 2008, a llegar al 8,7% en el año 2018. Dichos porcentajes implican un estimado de recursos de cerca de \$100 mm en el año 2008 y casi \$1,5 billones en 2018 (valores corrientes), que

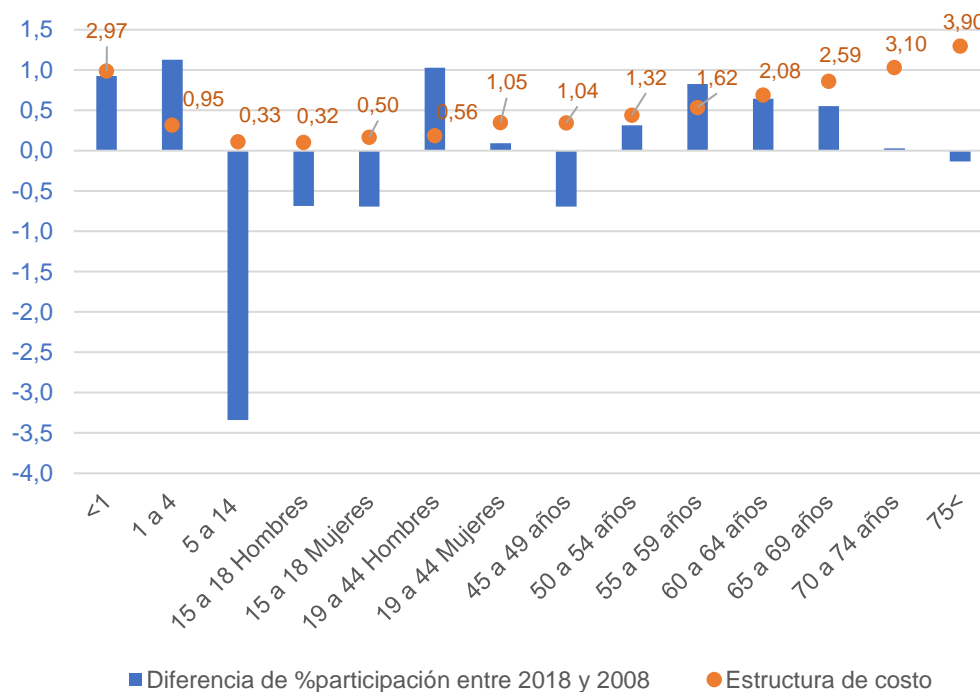
implican un crecimiento del 15 veces en términos nominales y de 9,5 veces en reales.

Dicho incremento se explica por el crecimiento de la población que se encuentra en los grupos etarios más costosos, así como también, por cambios en el ajuste riesgo de cada grupo etario. En cuanto al primer elemento, tal y

como se observa en el **Gráfico 5**, los grupos con ajustes de riesgo más costosos (recién nacidos y adultos mayores) han crecido más que proporcionalmente en comparación con aquellos grupos que representan estructuras de costo bajas.

Vale la pena mencionar que la estructura de costo se refiere al número por el cual se multiplica la UPC plana para obtener la remuneración del grupo. Por ejemplo, si la estructura de costo es igual a 2,0, la UPC real reconocida de este grupo será el doble que la UPC plana.

**Gráfico 5. Cambio en % de participación de los grupos etarios y estructura de costo**

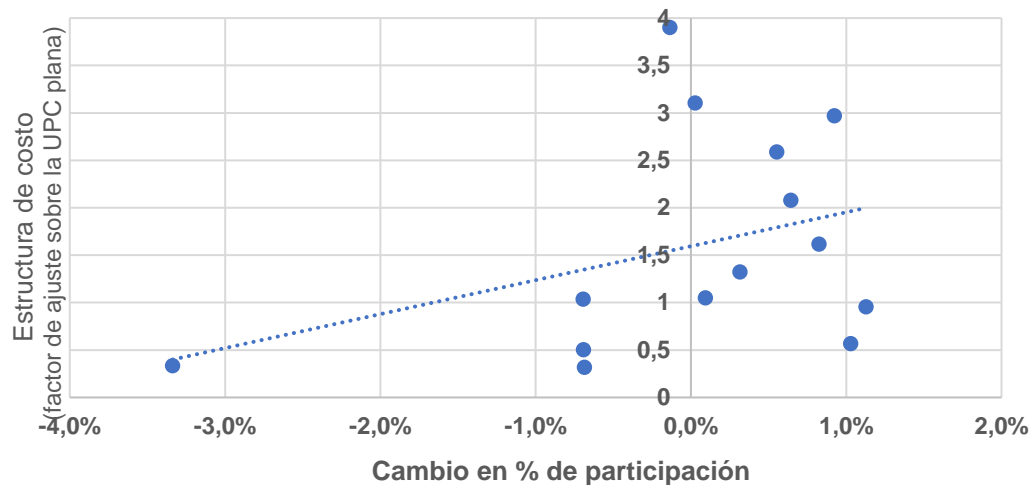


Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

En el **Gráfico 5** se observa cómo los recién nacidos, niños y niñas de hasta cuatro años, los hombres de 19 a 44 años y la población de 50 a 74 años aumentaron su participación dentro del total de la población del régimen contributivo, promoviendo de esta manera un nivel del ponderador superior.

Adicionalmente, cuando se muestra la relación entre el valor de la estructura de costo y el cambio porcentual del periodo, se puede observar que, a mayor estructura de costo, se ha presentado una tendencia de crecimiento mayor en la participación del grupo como se muestra en el **Gráfico 6**.

**Gráfico 6. Relación del cambio en % de participación y estructura de costo**

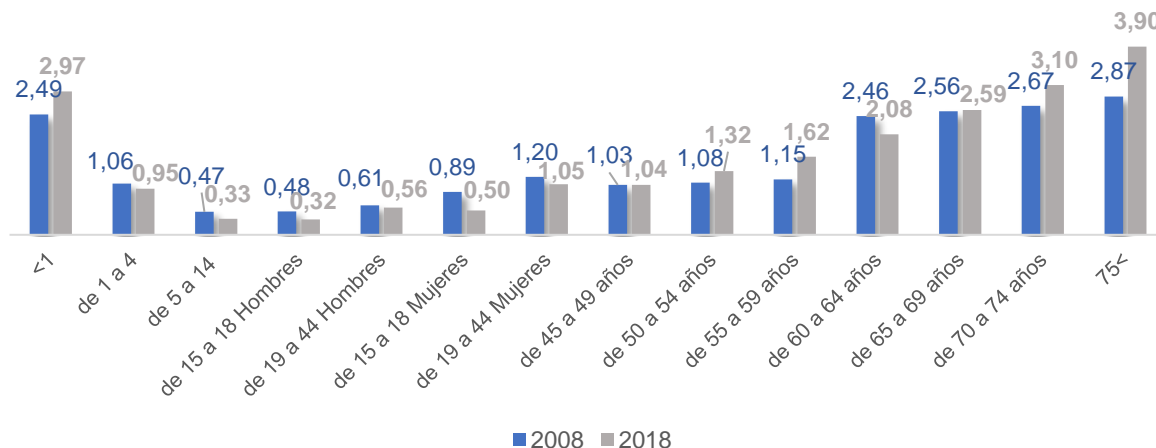


Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

Ahora bien, no solo la población ha sufrido cambios durante el periodo, la estructura de costos también se ha ido modificando con el tiempo y ajustándose en armonía con los gastos relativos de los grupos. En particular, se observa que las diferencias entre grupos etarios se han ido aumentando, reflejando de esta manera la heterogeneidad de los costos asociados a cada grupo (**Gráfico 6**).

También se observa que los grupos etarios con mayores estructuras de costo han sido sujetos de mayores incrementos, en línea con las evaluaciones de los perfiles de riesgo realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mientras que los de menores niveles de estructura de costos han experimentado disminuciones en sus valores tal y como se evidencia en el **Gráfico 7**.

**Gráfico 7. Cambios en las estructuras de costos 2008-2018 (Factor de ajuste sobre la UPC plana)**



Fuente: Elaboración propia a partir de actos administrativos

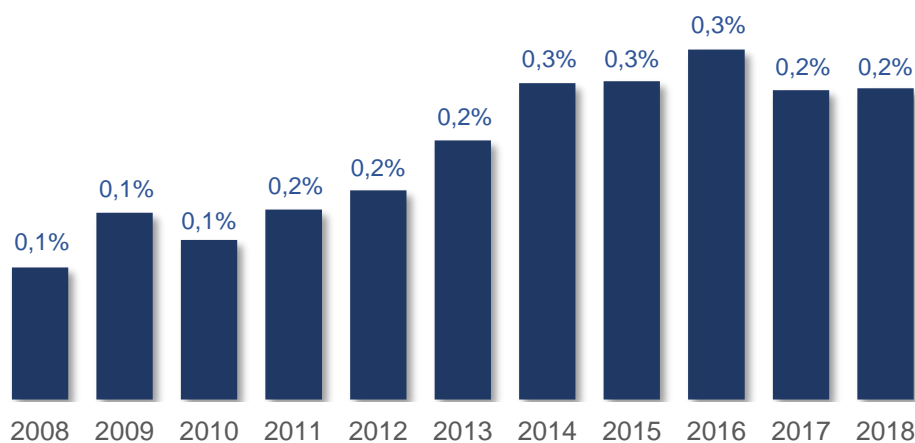
### 3.2. Zonas geográficas apartadas

El Acuerdo 84 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estipuló una prima adicional del 33% para la UPC de 1998 de los afiliados de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá, exceptuando las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicó la misma UPC definida para el resto del país. Dicha prima adicional se puede explicar en los términos en que se expone en los considerandos del Decreto 2562 de 2014: *“Que en la mayoría de estas zonas, la población pertenece a grupos étnicos, añadiendo así retos culturales al ya difícil acceso y adicionalmente varias de estas zonas fueron epicentro del conflicto armado, por lo que se hace más difícil y costoso garantizar el acceso a los servicios de salud y mantener a la población sana pues en estas condiciones la*

*oferta del personal de salud y prestadores de servicios es muy reducida, hace aún más difícil y costoso establecer entidades prestadoras de servicios.”*

Con el tiempo, el porcentaje de la prima adicional y las zonas beneficiarias fueron ajustándose, pasando de definirse una prima adicional por los departamentos enunciados, hasta la definición actual que consiste en el establecimiento de una prima adicional para 362 municipios. A pesar del cambio en su definición, este factor de riesgo denota un impacto moderado sobre la UPC plana moderado (menor a 0,3%). El Gráfico 8 muestra el porcentaje adicional sobre la UPC plana total que ha significado este ajuste. Es de notar que, en recursos, el porcentaje de 2008 correspondió a cerca de \$8 mm, mientras que en 2018 significó cerca de \$46 mm (valores corrientes), que implican un crecimiento del 475% en términos nominales y de 301% en reales.

**Gráfico 8. Gasto adicional por concepto de zonas apartadas (% de la UPC plana)**

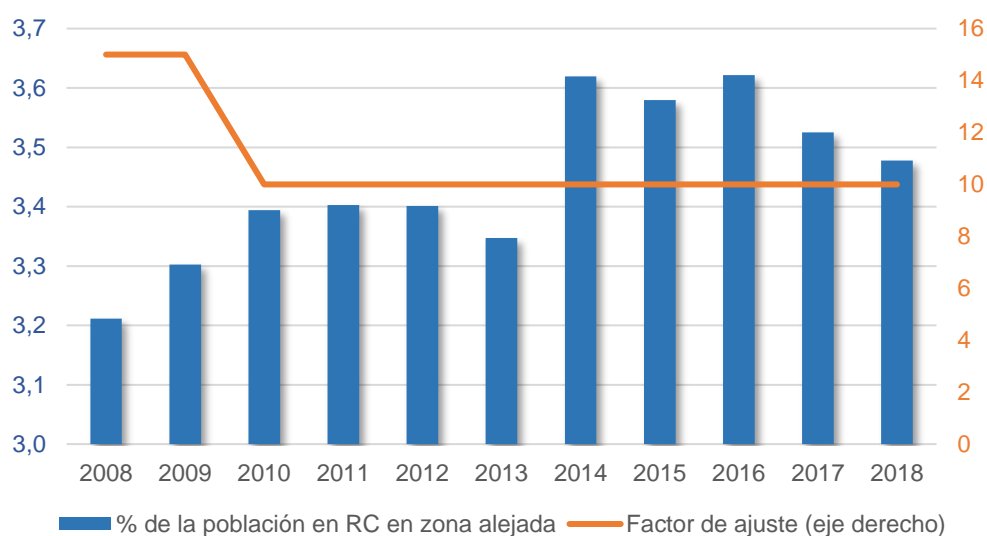


Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

Ahora bien, la estabilidad en el peso de este ajuste de riesgo sobre el gasto se ha visto enmarcado también por la estabilidad tanto en la población beneficiaria para las zonas donde

existe este tipo de prima adicional como del porcentaje por el cual se ajusta tal y como se evidencia en la siguiente gráfica:

**Gráfico 9. Evolución de población y % de prima adicional por Zonas Geográficas Apartadas**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

Dicha estabilidad se ha presentado durante el periodo de análisis, excepto en el año 2010 en el cual se ajustó el parámetro cayendo de un 15% a 10% adicional UPC y en el cambio de

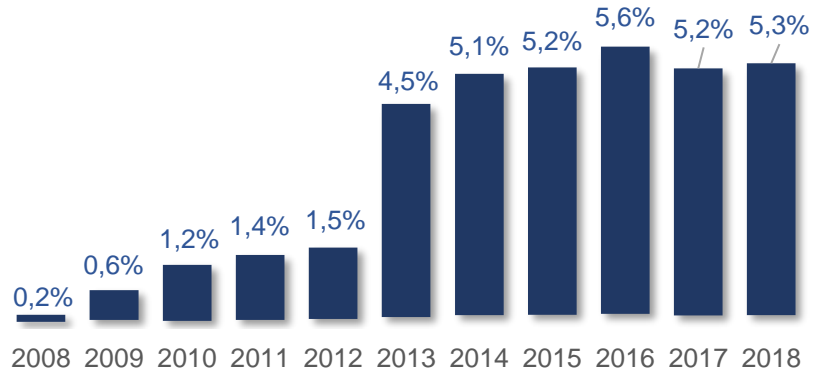
metodología implementado en el año 2014, en el cual los individuos beneficiarios pasaron de definirse a partir de su ubicación departamental, para determinarse a nivel municipal.

### 3.3. Grandes ciudades

La segunda variable más importante en cuanto a su peso sobre el gasto total es la que se realiza por localización en grandes ciudades. Este factor de ajuste adicional se incorporó en el Acuerdo 291 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, teniendo en

cuenta que: “(...) de acuerdo con los análisis realizados de la información disponible, se identificó una mayor frecuencia de uso en las ciudades de que trata el presente acuerdo”. En este sentido, para el año 2018, el ponderador por grandes ciudades explica el 35% del gasto adicional a la prima plana. En el **Gráfico 10** se observa la evolución durante el periodo:

**Gráfico 10. Gasto adicional por concepto de Grandes Ciudades (% de la UPC plana)**

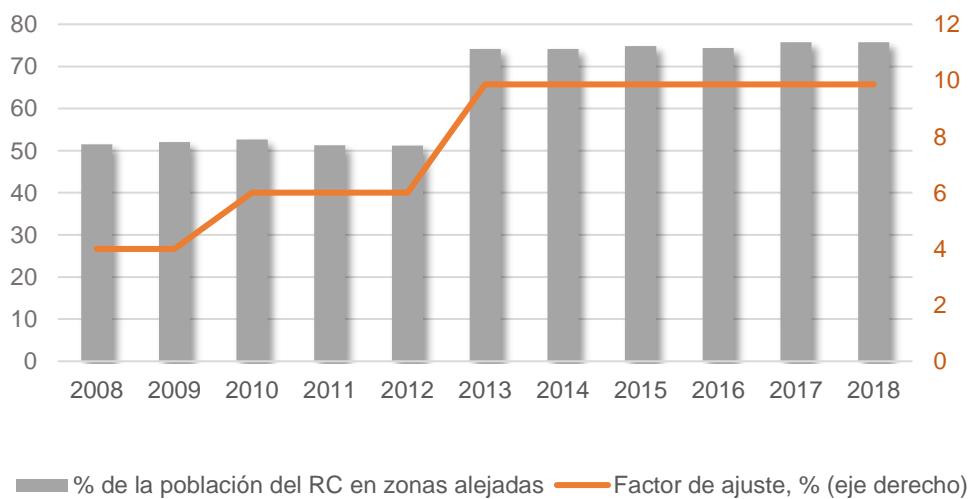


Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

Esta variable presenta un comportamiento creciente con un aumento significativo en el 2013, año en el cual se amplió el número de ciudades en las cuales los afiliados son objeto de una prima adicional a la UPC, pasando de 10 a 31. Adicionalmente, en el mismo año se ajustó el porcentaje adicional reconocido, pasando de 6% a 9,86%. En 2008 este ajuste de riesgo significaba \$12 mm, aproximadamente, mientras que en el año

2018 llega a estar cercano a los \$950 mm (valores corrientes), lo que representa una variación nominal de 70,8 veces y una real de 49,4. La **Gráfica 11** muestra la evolución de la población beneficiaria, que asciende a, aproximadamente, tres de cada cuatro afiliados al régimen contributivo; así como también, la magnitud del ajuste de riesgo adicional:

**Gráfico 11. Evolución de población y % de prima adicional por Grandes Ciudades**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA



### 3.4. Concentración de riesgo etario

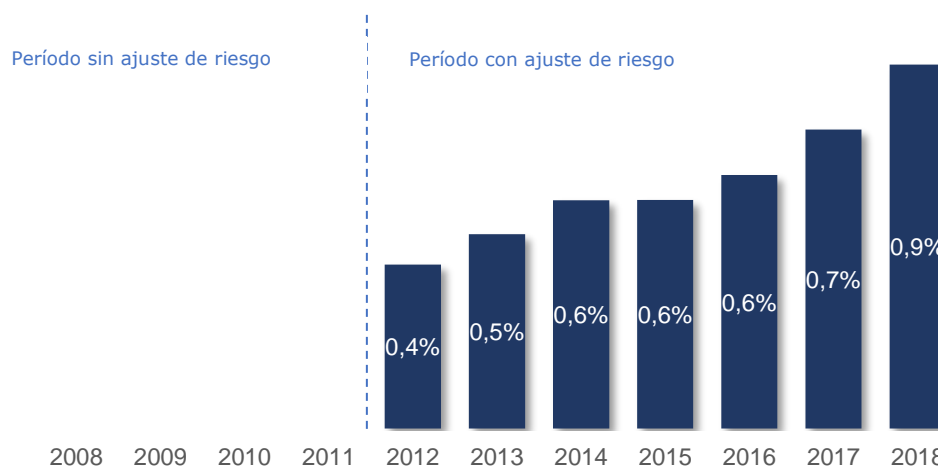
El ajuste de riesgo de más reciente corresponde a la inclusión en la prima de la concentración de riesgo etario para ciertas EPS. Con base en el Acuerdo 26 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, a las EPS que cumplan con uno de los dos requisitos que se mencionan a continuación, se le reconoce una prima adicional a la UPC:

*“1. Que utilizando los datos de cierre del año inmediatamente anterior certificados por la Oficina Competente del Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, presenten al calcular la proporción entre sus afiliados activos mayores de 50 años y el total de sus afiliados activos, un valor superior a una y media (1,5) desviaciones estándar por encima del promedio de la proporción calculada para todas las EPS, según información de afiliados activos registrados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).*

*2. Que utilizando los datos de cierre del año inmediatamente anterior certificados por la Oficina competente del Ministerio de Protección Social o quien haga sus veces, las EPS que presenten en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) una proporción de afiliados mayores de 50 años con relación a los afiliados totales de cada EPS superior al promedio de esta proporción del año anterior para todas las EPS y una tasa de crecimiento de los afiliados activos para los grupos etarios mayores de 50 años igual o mayor a una y media (1,5) desviaciones estándar del año anterior de la proporción de mayores de 50 años para cada EPS.”*

Este ponderador fue implementado en el Acuerdo 26 de 2011 con objeto de “corregir la situación de concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de 50 años evidenciada en algunas EPS del Sistema y para incentivar la movilidad de estos afiliados (...)”. El **Gráfico 12** muestra el porcentaje adicional del gasto total atribuible al ponderador de riesgo etario.

**Gráfico 12. Gasto adicional por concepto de Concentración de Riesgo (% de la UPC plana)**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

De la misma manera que con las demás variables de ajuste de riesgo, es posible establecer el monto de recursos del gasto

total que se explican por este ponderador. En 2014 significó \$45 mm del gasto total, mientras que en el año 2017 ascendió a

\$135 mm aproximadamente (valores nominales), lo que representa una variación nominal de 200% y una real de 43%. Ahora bien, en 2017 uno de cada

tres afiliados se encontraba en las EPS que recibieron prima adicional por concentración de riesgo etario tal y como se ilustra en el **Gráfico 13**.

**Gráfico 13. Evolución de población de ponderador de concentración de riesgo etario de EPS**



Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

### 3.5. Resumen del comportamiento en el periodo

Para finalizar el capítulo se presenta una tabla que resume los análisis que se han

realizado mostrando el gasto adicional a la UPC plana por cada factor de ajuste:

**Tabla 1. Resumen valores que aportan los factores de ajuste**

Factor de ajuste	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Grupo etario	97	202	241	327	481	614	762	937	1160	1332
Zonas geográficas apartadas	8	13	12	15	18	24	32	34	41	40
Grandes ciudades	12	54	109	135	166	524	639	705	834	848
Concentración de riesgo etario	0	0	0	0	0	0	32	34	41	40
<b>Total ajuste</b>	<b>117</b>	<b>269</b>	<b>362</b>	<b>477</b>	<b>665</b>	<b>1.162</b>	<b>1.465</b>	<b>1.710</b>	<b>2.076</b>	<b>2.260</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras de la BDUA

## 4. Proyecciones de corto plazo

Una vez analizada la evolución del ponderador, se realizan ejercicios de proyección del mismo en el corto plazo. Para ello, como escenario central, se tiene en cuenta que el número y magnitud de los factores de ajuste permanecen constantes y el crecimiento porcentual de la población de cada segmento es el

promedio del que ha tenido en los últimos años. Para el caso del ponderador de riesgo de concentración etario, se mantienen las mismas EPS establecidas para el año 2018. Con base en lo anterior, la proyección hasta el año 2020 se presenta en el **Gráfico 14**:

Gráfico 14. Proyecciones de corto plazo del ponderador



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el ejercicio planteado, se proyecta que el ponderador pase de 1,143 en 2017 a 1,174 en 2020. Este resultado implicaría que el porcentaje adicional de UPC reconocida sobre la UPC plana sería de 3% adicional el cual implica un gasto adicional de más de \$500 mm para la

vigencia de 2020, generado por dicho crecimiento.

Bajo estos supuestos, el valor adicional del ponderador se vería explicado en un 85% por el crecimiento de los grupos etarios más costosos. Es decir, en ausencia de cambios en los porcentajes

de ajuste o en el número y definición de los factores actualmente dispuestos, así como también, de mantenerse la

tendencia de crecimiento de los grupos etarios, el ponderador total tendría un aumento considerable.

## 5. Conclusiones

Bajo el anterior contexto, es posible resaltar que, desde el punto de vista conceptual, el ponderador de la UPC es el resultado final de la aplicación del mecanismo de ajuste de riesgos. Este mecanismo es ampliamente utilizado en los sistemas de salud del mundo, debido a sus bondades en la eficiencia del aseguramiento. Los mecanismos de ajustes de riesgos se encuentran fundamentados en los resultados y en el consenso existente en la literatura especializada de selección de riesgos y selección adversa.

En este sentido, el mecanismo de ajuste de riesgos tiene incidencia en el monto y la calidad del gasto que se realiza en Colombia, y este se puede observar a través del ponderador de la UPC, el cual refleja la diferencia entre el gasto en la UPC plana y el gasto observado.

Las cifras de la BDUA muestran cómo en Colombia el ponderador ha aumentado su relevancia dentro del gasto del sector, pasando de significar \$60 mm en 2007 a \$2,3 billones en 2017. Este trabajo logra identificar las razones por las cuales se ha presentado dicho aumento. Dentro de estos factores se destacan: el envejecimiento de la población afiliada al régimen contributivo; las dinámicas poblacionales dentro del territorio; y la prima adicional que reciben los afiliados de las ciudades principales. Muestra de lo

anterior es que el 75% de la población afiliada al Régimen Contributivo cuenta con esta remuneración adicional.

De persistir las dinámicas poblacionales presentadas hasta el momento, el ponderador seguirá creciendo y, de acuerdo con las estimaciones realizadas en el presente documento, el ponderador será congruente con un gasto adicional de más de \$500 mm para el 2020.

Por último, es de notar que un mayor monto, que se explique por el ponderador, no es necesariamente perjudicial para las finanzas públicas. Puede ser que el ajuste de riesgo implique una mayor remuneración para ciertas poblaciones para evitar que existan selección de riesgos por parte de las EPS. Sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza cambiante de las condiciones de utilización del sistema por grupos poblacionales y los costos de las mismas, es pertinente realizar una actualización permanente de los grupos poblacionales, número de parámetros incluidos en el ajuste de riesgo, y la magnitud del ajuste de riesgo para cada grupo poblacional. Por el diseño del sistema en Colombia, sería recomendable que se contemplara la evaluación del mecanismo de ajuste de riesgos de manera anual.