

Año 4, número 8 ■ Enero-abril 2015

CONEXIÓN[®]

ISSN: 2322-6420

Revista de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - Acemi



Gestión de riesgo en salud



Riesgo primario, riesgo técnico y riesgo operacional: Elementos básicos y definiciones

Introducción

El modelo de aseguramiento en salud que existe en Colombia tiene una característica que es medular a su concepción: la transferencia de riesgo financiero del Estado a los aseguradores vía un pago per cápita, la UPC. Con este pago, el asegurador debe garantizar la prestación de unos servicios definidos en un plan de beneficios. En términos de aseguramiento, los ingresos por la UPC son los recursos con que el asegurador cuenta para pagar los eventos que ocurren a sus asegurados, eventos que en su gran mayoría son de atención curativa. Así pues, la ecuación del asegurador es simple: ingresos por UPC, menos egresos por eventos

de atención en salud. A los egresos se suman los gastos administrativos y otros no operacionales, pero ciertamente los números grandes están en la prestación de servicios de salud.

Luego, si más del 90 % de los egresos de una EPS son debidos a servicios de salud, lo lógico es que la EPS lleve a cabo acciones para: 1) disminuir la probabilidad de que ocurran eventos que requieren atención médica, y 2) una vez ocurran los eventos, disminuir su costo. Todo asegurador, independientemente del ramo de aseguramiento, enfrenta estos dos tipos de riesgo: la probabilidad de que

Ramón Abel Castaño Y.*

ocurra un siniestro y los costos de reparar el siniestro cuando este se materializa. El primer tipo de riesgo se denomina riesgo primario, o riesgo de seguro, y el segundo se denomina riesgo técnico o riesgo de desempeño. Veamos por ejemplo un seguro de vehículos: el riesgo primario es la probabilidad de que un vehículo que el asegurador tiene amparado tenga un choque. Una vez ocurre el siniestro (choque), el asegurador tratará de que el costo de reparar el siniestro no supere lo que se requiere razonablemente para ello.

* MD, PhD. Consultor en salud.

Riesgo primario y riesgo técnico en salud

En el aseguramiento en salud ocurren los mismos tipos de riesgo: el riesgo primario se refiere a la probabilidad de que ocurra una enfermedad o un accidente. Por ejemplo, ¿cuál es la probabilidad de que un individuo presente un infarto agudo de miocardio durante el año 2015? Supongamos que esta probabilidad sea de 1 por 1000, lo que quiere decir que por cada 1000 individuos asegurados se espera que ocurra un evento de infarto agudo de miocardio. Si una EPS tiene un millón de afiliados, espera que ocurran 1000 eventos de este tipo en el año. Sin embargo, este número puede variar hacia abajo o hacia arriba. Pueden resultar 950 eventos, o quizá 1080. Esta variación es la que se denomina riesgo primario.

Una vez ocurre el infarto, los costos asociados a su tratamiento pueden variar para situaciones de similar complejidad y severidad. Por ejemplo, dos pacientes con el mismo tipo de infarto y la misma severidad, pueden tener costos diferentes, porque el que acude a la institución A recibe un tratamiento muy agresivo mientras el que acude a la institución B recibe un tratamiento más conservador; sin embargo, al final el resultado es el mismo. Esta variación en las

conductas médicas, que por lo general no está soportada en la evidencia científica, es la que se denomina riesgo técnico.

Ahora bien, la variación en el costo de la atención médica de un paciente a otro puede deberse a que la complejidad o la severidad del evento es diferente. Por ejemplo, un infarto agudo de miocardio en un paciente de 70 años, con obstrucción proximal de la arteria coronaria izquierda, que además es diabético, hipertenso severo y obeso, es mucho más grave que un infarto en otro paciente de 55 años, con obstrucción distal de la arteria circunfleja, con un peso normal y sin ninguna otra comorbilidad. Esta variación obedece al azar de la enfermedad coronaria y no a una decisión médica, por lo cual hace parte del riesgo primario.

En otros casos la variación en el costo puede deberse a variaciones de las decisiones médicas en el proceso de atención. Por ejemplo, dos pacientes, C y D, de similar complejidad, llegan al servicio de urgencias con infartos de similar severidad, pero el paciente C pasa más tiempo esperando en urgencias mientras se define el diagnóstico; por su parte, el paciente D es pasado inmediatamente a la sala de hemodinamia para su intervención. El paciente C podrá empeorar mientras espera, y es

muy posible que el costo final del manejo del infarto sea mayor que el costo del evento del paciente D. En este caso, la variación en el costo del manejo del infarto es un problema de riesgo técnico porque la mayor severidad del cuadro clínico del paciente C y su consecuente costo se debieron a una demora en la atención.

El riesgo primario y el riesgo técnico se multiplican para determinar el nivel de siniestralidad de una EPS. Pero analicemos estos dos tipos de riesgo con mayor detalle para entender mejor sus implicaciones. Ya se mencionó que el riesgo primario es la variación en la ocurrencia de enfermedades o accidentes, y en la severidad de estos cuando dicha severidad no es modificable. Por su parte, el riesgo técnico tiene tres componentes: dado que ya apareció la enfermedad u ocurrió el accidente (riesgo primario), estos pueden tener uno o varios episodios de atención. Por ejemplo, un paciente diabético puede tener cuatro contactos por consulta externa para control de su enfermedad en un año, y un episodio de hipoglicemia que lo lleva a consultar a urgencias. Un paciente con un cuadro gripal puede tener un solo contacto con el servicio de consulta externa. Un paciente con infarto agudo de miocardio puede tener varios episodios: el inicial cuando presentó el infarto, un reingreso a los 20 días después del egreso inicial, y cuatro contactos posteriores para continuar el manejo de su enfermedad. Este paciente tuvo seis episodios o contactos.

El segundo componente del riesgo técnico es el consumo de servicios durante cada episodio o contacto. Por ejemplo, en un contacto por un cuadro gripal un paciente consume una consulta y puede re-

El riesgo primario es la variación en la probabilidad de que ocurra una enfermedad o un accidente. El riesgo técnico es la variación en el costo de la atención de una enfermedad o un accidente.

querir medicamentos solamente, mientras que otro podrá requerir pruebas de laboratorio, medicamentos y una cita de revisión.

El tercer componente es el de los procesos, insumos, o factores de producción que se utilizan para prestar el servicio. Por ejemplo, en el caso del cuadro gripal, la consulta consume un tiempo del médico y de la enfermera, y unos insumos básicos. El paciente diabético que consulta por un episodio de hipoglicemia puede consumir una consulta de urgencias, una prueba de laboratorio (glicemia) y unos líquidos intravenosos. Y el cuarto componente es el precio que el prestador cobra a la EPS por cada proceso, insumo, o factor de producción. La figura 1 muestra estos componentes. Allí se muestra que los componentes del riesgo primario (número

de condiciones médicas por persona y una parte de la severidad de los episodios) son claramente diferentes a los componentes del riesgo técnico.

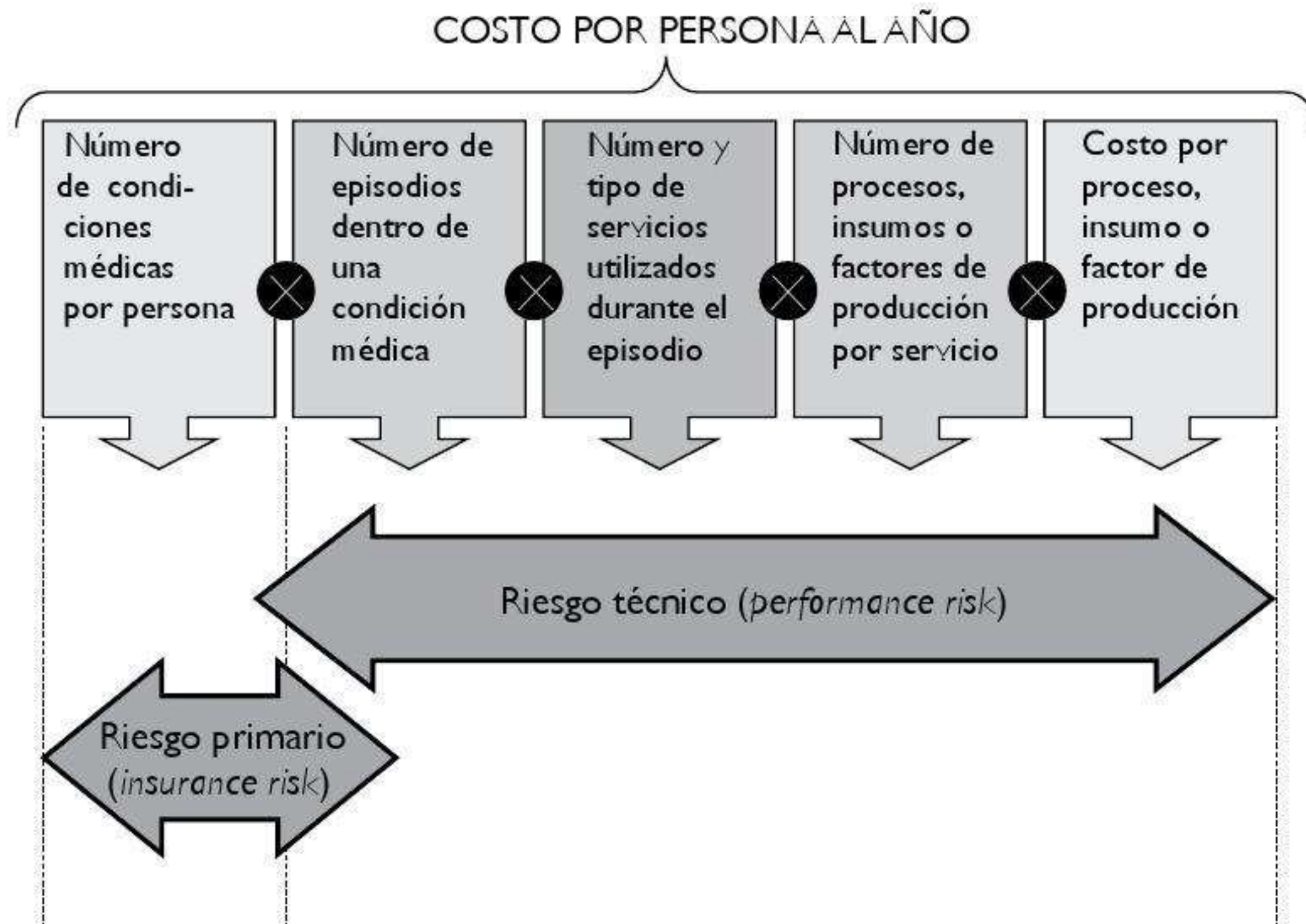
Gestión del riesgo primario y del riesgo técnico

Ahora bien, ¿cuál es el rol que la EPS debe cumplir frente a estos dos tipos de riesgo? Veamos cada uno por aparte. En cuanto al riesgo primario, si la EPS quiere reducir la probabilidad de que ocurra una condición médica, debe tomar acciones de promoción de la salud y de prevención primaria. Entre las primeras hay muchas acciones que no le corresponden a las EPS, por tratarse de aspectos relacionados con los determinantes socioeconómicos de la salud, que son del ámbito de otros agentes que cuentan con recursos para

ello. Por ejemplo, la creación de entornos saludables en el hogar, el trabajo, la escuela y el espacio público involucra a agentes como la Secretaría de Ambiente, la Secretaría de Educación o la Secretaría de Bienestar Social, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud. Otro ejemplo son las acciones de salud que no son servicios personales, tales como el control de vectores, la seguridad vial, etcétera. Estas acciones de salud son responsabilidad de las entidades territoriales, pues involucran aquellos bienes que se consideran públicos. Frente a estas acciones, la EPS debe ejercer un papel de abogacía para que estos agentes cumplan con dichas funciones, pues tienen los recursos para ello.

El otro elemento para disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos es la prevención primaria.

Figura 1. Riesgo primario y riesgo técnico



Fuente: Castaño, R. A. (2014). Basado en: Miller, H. D. (2008).

Frente al riesgo técnico, el rol de la EPS es el de garantizar la atención oportuna pero costo-efectiva, es decir, que se utilicen los recursos de manera que se genere un mayor valor por cada peso utilizado, pero que no se exceda el valor esperado del costo médico total de la EPS.

En este punto hay acciones que se realizan directamente sobre los individuos, tales como las vacunas para prevenir las enfermedades inmunoprevenibles, o como el control de peso y la dejación del tabaquismo para reducir la incidencia de diabetes, enfermedad coronaria o cáncer de pulmón. Pero hay otras que se realizan sobre la población abierta, como por ejemplo la educación en salud. En el primer tipo de acciones, la EPS tiene un claro incentivo para expandir sus coberturas de inmunizaciones, pues es una manera muy costo-efectiva de evitar la aparición de la enfermedad inmunoprevenible en su población afiliada. En cuanto a las acciones de educación en salud sobre población abierta, el esquema de incentivos actuales hace que las EPS no inviertan muchos recursos en educación por medios masivos y más bien lo hagan sobre su población afiliada, a través de canales exclusivos.

Una manera básica de abordar el riesgo primario es lograr un número alto de individuos asegurados, de modo que la variación en el número de condiciones médicas se reduzca como efecto de la ley

de los grandes números. Esto es lo que se conoce como "dispersión de riesgos", y se explica porque entre mayor sea el número de personas aseguradas, el número de casos será más cercano al esperado. Por ejemplo, en el caso del infarto agudo de miocardio, una EPS que tenga 500 000 afiliados esperaría tener 500 infartos en el año, pero este número casi nunca es 500 sino que puede variar entre, digamos, 400 a 600. En cambio, una EPS con cinco millones de afiliados espera tener 5000 infartos en el año, pero este número puede variar entre, digamos 4800 y 5200. Obsérvese que la variación en el primer caso es muy alta: 100 casos por encima o por debajo del valor esperado, que corresponden a una variación del 20 %. En cambio, en la EPS más grande, la variación es de 200 casos por encima o por debajo del valor esperado, es decir, solo un 4 %. En otras palabras, la EPS de menor tamaño está expuesta a un mayor riesgo primario que la EPS grande, por el solo hecho de ser más pequeña.

Frente al riesgo técnico, el rol de la EPS es el de garantizar la atención oportuna pero costo-efec-

tiva, es decir, que se utilicen los recursos de manera que se genere un mayor valor por cada peso utilizado, pero que no se exceda el valor esperado del costo médico total de la EPS. Por ejemplo, si se logra disminuir los episodios evitables en un paciente que ya es diabético, mediante un adecuado manejo médico y de apoyo al paciente para el autocuidado, se generará un menor costo médico por la ocurrencia de menos episodios de urgencias u hospitalizaciones. También se reduce el riesgo técnico buscando que la respuesta a los episodios sea la más costo-efectiva, es decir, que no se induzca la demanda innecesaria de servicios, insumos, procesos o factores de producción, pero que tampoco se deje de hacer lo que hay que hacer. Y una tercera forma de reducir el riesgo técnico es buscar reducciones en los precios que se pagan por los procesos, insumos o factores de producción que se consumen en cada servicio.

Riesgo en salud versus riesgos empresariales

La gestión exitosa del riesgo en salud a la que se hace referencia en este artículo no es la gestión de los riesgos empresariales en general (riesgo de mercado, riesgo de crédito, riesgo operacional y riesgo estratégico). La gestión del riesgo en salud se refiere más bien a la gestión del riesgo asegurado, que es diferente al riesgo operativo. De hecho, en la literatura de seguros, este riesgo se denomina "underwriting risk" o "riesgo de suscripción", es decir, el riesgo inherente a la naturaleza de un asegurador (De Groot, 2005). El que asegura contra incendios trata de que no ocurran los incendios y, cuando estos ocurren, trata de que generen las menores pérdidas posibles. El que asegura carros

Así el riesgo operacional sea de cero, esto no necesariamente implica que se esté gestionando adecuadamente el riesgo primario o el riesgo técnico.

trata de que no haya choques y, cuando estos ocurren, trata de que su reparación sea lo más ajustada posible a lo necesario.

El riesgo de suscripción se refiere principalmente a las variaciones inesperadas en la siniestralidad, es decir, al riesgo primario y al riesgo técnico, y, en consecuencia, al riesgo de que las primas sean insuficientes para cubrir los costos de los siniestros. Es por ello que toda aseguradora debe mantener unas reservas de capital y de liquidez que le permitan amortiguar el impacto de estas variaciones. Pero adicionalmente toda asegu-

radora debe gestionar los riesgos asegurados para minimizar la incidencia y severidad de los siniestros y los costos de reparación de estos. En salud, se diría que toda aseguradora debe gestionar el riesgo asegurado para minimizar la incidencia y severidad de las condiciones médicas (riesgo primario), así como la variabilidad en las conductas médicas (riesgo técnico), y de este modo garantizar que las primas sean suficientes para cubrir los siniestros.

En este último sentido, las EPS están expuestas a un riesgo de insuficiencia de primas muy espe-

cífico del contexto colombiano, pues por el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a diferencia de los seguros voluntarios, no les es permitido ajustar la prima ni el plan de beneficios al riesgo individual, y tampoco seleccionar los riesgos. Esto hace aún más crítica la gestión del riesgo en salud.

Riesgo primario y técnico versus riesgo operacional

La relación con el riesgo operacional es clara. Si la red prestadora funciona correctamente, habrá menor posibilidad de que un paciente se quede sin atención en un evento de urgencias; si el sistema de información es robusto, la historia clínica electrónica siempre estará disponible y se podrá hacer un mejor seguimiento al paciente. Si los contratos con la red prestadora están correctamente definidos y monitoreados, no habrá suspensiones de servicios ni remisiones a prestadores sin contrato.

Foto: www.pixabay.com



Las EPS deben garantizar la atención oportuna pero costo-efectiva: utilizar los recursos de forma que se preste el servicio con la mejor calidad posible sin exceder los presupuestos proyectados por la EPS.

Sin embargo, así el riesgo operacional sea de cero, esto no necesariamente implica que se esté gestionando adecuadamente el riesgo primario o el riesgo técnico. Por ejemplo, un pagador que contrata los prestadores de mediana y alta complejidad bajo la modalidad de pago por servicio, pero no se da cuenta de que un prestador dado está induciendo la demanda de un dispositivo de última generación que no ha demostrado beneficios superiores a la tecnología actual, está enfrentando un riesgo en la variación del costo de los eventos que lo puede llevar a la quiebra, así su sistema de información, autorizaciones y recepción de facturas funcione perfectamente.

Acciones directas versus indirectas de la EPS

Toda EPS debe definir estrategias de intervención de los dos tipos de riesgos, independientemente de que las ejecute

directamente o no. Ya se mencionó, por ejemplo, que la gestión del riesgo primario implica intervenir sobre determinantes socioeconómicos de la salud; ello no quiere decir que la EPS tenga que ejecutar estas acciones, pero como mínimo, deberá realizar acciones de abogacía intersectorial para que los responsables de ellas las ejecuten de la manera más efectiva.

Frente al riesgo técnico, la EPS podría contratar con prestadores que estén en capacidad de gestionar este riesgo con acciones de prevención secundaria y terciaria, y que mediante un efectivo control entre pares hagan el uso más costo-efectivo de los recursos. Sin embargo, cuando los prestadores no están organizados para lograr esta gestión del riesgo técnico, es muy difícil que mediante una simple transferencia de recursos por capitación o por cualquier modalidad de pago prospectivo se

logre una adecuada gestión del riesgo técnico. En consecuencia, es necesario que el sector prestador desarrolle las estructuras y procesos necesarios para gestionar adecuadamente el riesgo técnico, y de este modo hacer su parte en la gestión del riesgo en salud.

Referencias

De Groot, P. (2005). *Risk and Capital Management: A New Perspective for Insurers*. KPMG. Publication Number 213772.

Castaño, R. A. (2014). *Mecanismos de pago en salud: Anatomía, fisiología y fisiopatología*. Bogotá: ECOE Ediciones.

Miller, H. D. (2008). *From Volume to Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs*. Disponible en: <http://www.nrhi.org/uploads/NRHI-PaymentReformPrimer.pdf> ■

conexia

Ayudamos a nuestros clientes a brindar una mejor calidad de atención, simplificando el acceso a las prestaciones, alcanzando mejoras significativas en la gestión y control de la atención.

- Nuestro objetivo es lograr la excelencia operacional, agilizando procesos internos y permitiendo que el personal cuente con las herramientas necesarias para llevar adelante sus tareas.



La implementación del servicio Conexia mejora la calidad de acceso a la salud del afiliado y reduce los costos médicos y operacionales

www.conexia.com