

PANEL

CÁNCER: Nuevas formas de contratación y sus implicaciones

Evento realizado el 14 de julio 2022 disponible en: <https://hab.me/QXuVloa>

Participantes

Dr. Alexander Gómez Rivadeneira

Director CEIFA ACEMI

Dra. Jennifer Lorena Ortiz Melo

Asesora del Despacho de la Viceministra Ministerio de Salud y Protección Social

Dr. César Castiblanco

Gerente de Salud ACEMI

Dr. Harold Navia Ramírez

Gestor de Valor Annar Health Technologies

Dr. Álvaro Muñoz

Coordinador, Especialización en Gerencia Organizaciones del Sector Salud de Unisanitas

Dr. Jaime González

Secretario Ejecutivo Asociación Colombiana de Hematología y Oncología – ACHO

Dr. Juan José Pérez

Subdirector Administrativo y Financiero Instituto Nacional de Cancerología – INS

Dra. Liliana Alexandra Upeguí

Coordinadora Médica Nacional de Servicios No PBS – EPS SURA

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI

CONFERENCIA CENTRAL

Tema: Cambios normativos frente a la atención integral del cáncer

Dra. Jennifer Ortiz Melo

Médica epidemióloga y magíster en economía de la salud.

Asesora del despacho de la Viceministra de Protección Social. Ministerio de Salud.

Relacionamiento entre actores del SGSSS

La ponencia se centra en los cambios normativos frente a la atención integral del cáncer liderado por el viceministerio de salud y protección social, con el decreto 441 de 2022 se ajustan algunas disposiciones del decreto anterior 4747 del 2007, el cual estaba integrado en el decreto 780 de 2016.

Con este nuevo decreto se pretende ajustar la relación entre los actores del sistema, incluyendo las entidades responsables de pago (ERP), los prestadores de servicios de salud (PSS) y los nuevos actores integrados al sistema como proveedores de tecnologías en salud (PTS), entre los que se encuentran los gestores farmacéuticos y los operadores logísticos. Este término también abarca aquellos proveedores que ejecutan el plan de intervenciones colectivas, entidades o personas naturales que proveen servicios o tecnologías específicas como por ejemplo el transporte no asistencial o el hospedaje de pacientes para recibir su tratamiento.

Otro de los puntos clave dentro del decreto son los elementos para la negociación entre actores que busca dejar claridad entre las partes, previo a la suscripción del acuerdo de voluntades, dejando claridad principalmente en los compromisos del acuerdo, pero también en los beneficios que van a recibir.

Uno de estos elementos para la negociación que recae sobre las ERP es el tema de la caracterización poblacional, puesto que permite a la contraparte del acuerdo (prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud), conocer el estado de salud de la población y asimismo proyectar aspectos relacionados con la nota técnica, pero también hacer una planeación de la necesidad en servicios y en capacidad instalada que requiere para la atención efectiva de la población.

Por otro lado, los prestadores estarán en la obligación de mostrar y demostrar la capacidad instalada y operativa con la que cuentan, para que asimismo la entidad responsable de pago determine la suficiencia y efectividad de atención de este prestador o proveedor.

El decreto 441 de 2022 introduce un modificador de los acuerdos que direcciona a los actores a estandarizar los contenidos mínimos de los mismos, donde se incluya un listado estándar y homogéneo, aplicable para cualquier modalidad de pago. En el anterior decreto 4747 de 2007 se podía tener un contenido independiente para cada modalidad, con esta modificación se busca

dar garantía al cumplimiento del objeto del contrato y a las necesidades en salud de la población, independientemente de la modalidad de pago.

En cuanto a las modalidades de pago, en la norma se realiza una agrupación en 4 modalidades con el fin de incentivar la obtención de una información homogénea, no obstante, no se limita a las partes de suscribir acuerdos usando otras modalidades. El objeto de esta recomendación tiene que ver con disminuir el fraccionamiento de la atención y mantener el carácter de integralidad en la atención de pacientes con cáncer. Las 4 modalidades incluidas en el decreto son: 1) Pago Individual por Caso, Conjunto Integral de Atenciones, paquete o canasta, 2) Pago global prospectivo, 3) Pago por capitación y 4) Pago por evento.

La norma incluye una serie de reglas para la renovación automática y la liquidación de los acuerdos, además de la estandarización de definiciones clave para el sector, incluyendo, pago prospectivo, retrospectivo, riesgo primario y riesgo técnico. Igualmente, contiene la definición y las características de las modalidades de pago.

Esto último es importante porque dentro de los acuerdos, independientemente de la denominación con la cual se oferten los acuerdos, si la modalidad de pago cumple las características especificadas en el decreto, este debe ser declarado como tal en el sistema de información.

Sobre la nota técnica de los acuerdos, el decreto establece algunos parámetros mínimos para su construcción, no obstante, se insta a las instituciones a construir la nota técnica con un sentido de gestión integral del riesgo, donde se incluya la definición y cuantificación tanto del riesgo primario como el riesgo técnico, con el objeto de proyectar el comportamiento operativo y financiero del acuerdo.

Por otra parte, se incluyen disposiciones para la información y transparencia en la información relacionada con la población, los servicios y tecnologías incluidas en el plan de beneficios; el seguimiento a los acuerdos con indicadores de calidad, gestión y resultados, los cuales además de estar presentes en los acuerdos tienen la finalidad de ser compartidos con la población objeto para que puedan ejercer su derecho a la libre elección de asegurador de una manera informada.

La construcción de una nota técnica enfocada en la gestión integral del riesgo y empleando los indicadores previamente establecidos, permite a las partes realizar seguimiento del cumplimiento de esta y realizar incentivos que pueden ser económicos o/y no económicos, por la buena gestión en la mejoría, logro y mantenimiento de los resultados de estos indicadores por parte de los PPS y los PTS o en su defecto establecer las medidas correspondientes cuando la gestión no sea adecuada.

En cuanto al flujo de recursos y glosas, la resolución establece algunos parámetros que deben cumplir tanto el prestador de servicios de salud como el responsable del pago, entre los que se encuentran la presentación de los Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de salud como soporte obligatorio el cual será validado de conformidad con lo establecido por el

Ministerio de Salud y Protección Social. Se determinan las condiciones para la aceptación de la factura expresa o tácita y como esta se constituye como título valor en el sector. La ERP estará en la obligación de agregar el detalle de pago a los giros realizados al PSS donde se haga referencia a la cuenta de cobro correspondiente que se paga. Se establece el reconocimiento por parte de la ERP ante el recaudo no efectivo de pagos compartidos.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán someterse a devoluciones y descuentos por usuarios fallecidos o prestaciones realizadas por otro prestador, cuando se ha suscrito un acuerdo en la modalidad prospectiva. Estos descuentos también se realizarán cuando el PSS incumpla con las condiciones y actividades de promoción y prevención del cáncer, como también con las actividades de diagnósticos y tamizaje establecidos en la ley, esto con el fin de garantizar dicha prestación a su población. No obstante, si la ERP no realiza el seguimiento y garantía de atención de los usuarios deberá realizar el reintegro al sistema, esto último también se extiende a situaciones en las que se haya realizado atención de un paciente, pero no se garanticen los servicios y tecnologías que requiere el usuario para su seguimiento o detección de complicaciones.

Otras de las disposiciones de esta norma se encuentran relacionados con los intereses moratorios por incumplimientos de pagos, el reconocimiento económico por acciones dilatorias y el ajuste del valor del contrato si no hay acuerdo entre las partes.

Uno de los cambios más destacados de este nuevo decreto tiene que ver con los mecanismos de protección al usuario. Es deber de las ERP informar a los usuarios a través de sus mecanismos de comunicación, la información correspondiente a las rutas de atención integral y a las condiciones de alto costo, entre las que se incluye el cáncer infantil y el cáncer de adultos. Esta información está relacionada con el desempeño de los prestadores que se encuentran contratados por la entidad para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta los indicadores de calidad, gestión y resultados del prestador; por otra parte, debe mencionar la información correspondiente a la ubicación geográfica donde se especifique por sede, los servicios y tecnologías que oferta dicho prestador.

Los prestadores y proveedores de servicios de salud deberán apoyar el proceso de actualización de datos de la población objeto, en lo que tiene que ver con los siguientes datos específicos:

- Tipo y número de identificación
- Fecha de nacimiento
- Dirección y municipio de residencia
- Teléfono
- Correo
- Contacto de emergencia

Esta recomendación surge de las dificultades evidenciadas durante la pandemia y al inicio del plan de vacunación anticovid.

Del mismo modo, establece el término Atención Integral donde la entidad responsable del pago debe garantizar la integralidad y continuidad de la atención, en cuanto a facilitar a los usuarios los procedimientos relacionados con la atención médica, toma de paraclínicos o dispensación de medicamentos en el mismo lugar de atención o residencia del paciente. Se reducen las barreras de atención en cuanto se elimina del proceso de atención la autorización de los procedimientos relacionados con diferentes patologías, por ejemplo en cáncer infantil todos los procedimientos quedan excluidos de autorización cuando se presume la patología mientras que para cáncer en adultos, VIH y procedimientos relacionados con las RIAS obligatorias la exclusión se hará desde el diagnóstico.

Las ERP deben garantizar a los usuarios la continuidad en la atención cuando se presente un cambio de prestador, principalmente en las enfermedades crónicas. La EPS deberá informar a los usuarios con 30 días de anterioridad a través de sus canales de comunicación, además de brindar acompañamiento en caso de dudas e inquietudes. La EPS también debe facilitar el adecuado flujo de información entre el prestador saliente y el entrante, en cuanto a su condición clínica, donde no se vea interrumpido el proceso de atención.

Modificación de resoluciones reglamentarias

A continuación, los cambios establecidos en las Resoluciones 510 y 1036 de 2002

510/22	1036/22
<ul style="list-style-type: none"> ● Campos de datos del sector salud ● Obligatoriedad para proveedores ● Presentación de RIPS para radicación ● Procedimiento y tiempos para radicación de la factura 	<ul style="list-style-type: none"> ● Actualización y estandarización de campos de datos relacionados con los servicios ● Obligatoriedad de reporte para proveedores que tengan contacto con el usuario ● Reglas únicas de validación

En cuanto al proyecto de Resolución modificatoria de la Resolución 3047 de 2008 se pueden enumerar estos puntos relevantes:

1. Inclusión de proveedores de tecnologías en salud dentro del alcance.
2. Estandarización de definiciones de relacionamiento contractual.
3. Definición de procedimientos para la actualización de datos de contacto.
4. Ajustes en los procesos de autorización.
5. Precisiones procedimentales sobre la atención sin autorización.
6. Definición de tiempos para la prestación de servicios o provisión de tecnologías.
7. Estructuración de variables para la disposición de información al usuario por parte de la ERP.
8. Actualización y definición de contenido de soportes de pago.

9. Estandarización del envío y recepción de soportes y tiempos para su radicación.
10. Reestructuración y actualización del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.
11. Definición de lineamientos técnicos para devoluciones, glosas y respuestas.
12. Determinación de tiempos para el trámite de devoluciones.
13. Descripción de los medios tecnológicos para la transferencia de información (cero papel)
14. Definición de obligatoriedad sobre la publicación de canales transaccionales por parte de la ERP.
15. Características de los canales de comunicación con el usuario.
16. Actualización de los parámetros para la construcción de los indicadores contractuales
17. Condiciones de la tercerización del proceso de auditoría de cuentas médicas.
18. Disposiciones sobre los mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica.
19. Obligatoriedad frente a reporte de información contractual en SIIFA.
20. Indicaciones para la comunicación a los usuarios de la información sobre atenciones en salud recibidas.

Redes integrales de prestadores y proveedores

Con el proyecto modificadorio de la Resolución 1441 de 2016 se incluyen los proveedores de tecnologías en salud, puesto que en el momento las EPS solo están reportando los prestadores de servicios de salud en su red de atención, se busca identificar estos PTS que incluyen gestores farmacéuticos y otros actores.

Además, la norma incluye la estandarización de parámetros de necesidad de oferta de acuerdo con ciertos agrupadores, que se acompaña de la eliminación del proceso documental para demostrar la red prestadora establecida por la entidad responsable del pago y se pretende realizar la automatización de dicho proceso relacionado con habilitación, continuidad, novedades y cálculo de la suficiencia de esta red prestadora.

La información suministrada por la EPS se contrastará con las guías de práctica clínica y los protocolos de atención con el fin de determinar si su red contratada cumple o da respuesta a las necesidades de esta población específica, de acuerdo con los parámetros demográficos y epidemiológicos. Esta comparativa permitirá calcular la suficiencia de la red de prestación que la EPS tiene contratada, este aspecto toma gran relevancia en cuanto a los requisitos que debe cumplir una entidad responsable del pago para su autorización y habilitación.

Se agregan las definiciones y criterios de operación de servicios primarios y complementarios a nivel territorial. Se definen los tiempos para el ajuste frente a las alertas que se generen por novedades en la red prestadora. Las novedades serán reportadas de forma automática, tales como la apertura o habilitación de servicios, cierre de servicios o sedes, modificaciones en la capacidad instalada, salidas de prestadores, salidas de proveedores, terminación de acuerdos de voluntades, entre otros.

Se realizará la identificación de servicios en el ámbito de la Institución prestadora de servicios (IPS) primaria y la adscripción de los usuarios. Los entes territoriales podrán realizar la validación de la red y generar alertas de acuerdo con los parámetros demográficos, epidemiológicos, de funcionamiento y relacionamiento de la red, bajo unos estándares y lineamientos que se puedan cuantificar.

Reglamentación Artículo 2 Ley 2026 de 2020. Prelación en el pago y giro directo

Mediante el decreto 647 de 2022, el viceministerio de salud y protección social reglamenta la prelación en el pago y el giro directo del valor de las atenciones a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer que aplica a todos los actores del sistema, incluyendo:

- La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.
- Entidades Promotoras de Salud - EPS.
- Las instituciones Prestadores de Servicios de Salud - IPS.
- La Superintendencia Nacional de Salud - SNS

El primer punto en esta reglamentación es la identificación de la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer a través de la notificación del evento de las IPS al Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.

El objeto de esta norma es priorizar el pago de las facturas emitidas por los PSS en relación con cáncer infantil. Para ello, los prestadores de servicios de salud deberán facturar de manera independiente los eventos o atenciones realizadas a esta población identificada. Tener en cuenta qué aplica para todas las modalidades de pago y, por lo tanto, se deben ajustar los mecanismos para cumplir con dicha prelación. El mecanismo por el cual se efectuará el pago a la IPS será a través de giro directo por intermedio de la ADRES.

Actualización Integral de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC - 2022

La resolución 2292 de 2021 realiza cambios importantes en el modo de financiación del sistema previo a esta, estaban establecidos el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC y los no contemplados en el PBUPC. Con esta modificación se migra al concepto de pago financiador con UPC, pago financiado con UPC, recobro a ADRES y Exclusiones.

La actualización de tecnologías para el sistema de financiamiento en salud implica un proceso de revisión y ajuste de los artículos de la norma, este proceso es liderado por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Viceministerio de Salud y Protección Social. Para esto se realizó un proceso de revisión al interior de la Dirección y con otras Direcciones del Ministerio de Salud en el año 2021.

El proceso de decisión llevado a cabo entre 2021 y 2022 inicia con la revisión de los procedimientos no financiados con la UPC o los CUPS que estaban en revisión para ser incluidos en la financiación de la UPC, con un posterior análisis de la prescripción en Mipres, el análisis en suministros, la revisión de documentos por el IETS y por último la decisión final de la comisión.

Los cambios más representativos en cuanto a la financiación de procedimientos, tiene que ver con la inclusión de múltiples procedimientos para ser financiados con la UPC.

	2021		2022	
Financiado con UPC	8.529	89,93%	9.197	96,9%
Financiado con presupuestos máximos	937	9,88%	275	2,9 %
Exclusiones	14	0,15%	18	0,19%
FOME	4	0,04%	4	0,04%
	9.484	100%	9.494	100%
Salud Pública	411		411	
Riesgos Laborales	53		53	

Dentro de esta revisión se incluyeron procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, así como también medicamentos relacionados con la atención del cáncer. Entre los medicamentos y procedimientos destacados se encuentran los agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, y los medicamentos relacionados con la sangre y órganos formadores de sangre.

Con esto se puede apreciar un ajuste y un aumento sustancial de los procedimientos y medicamentos incluidos en la financiación con UPC para la atención del cáncer.

Tema: Cambios normativos frente a la atención integral del cáncer

*Moderador: Dr. Cesar Castiblanco
Gerente de Salud – ACEMI*

Este panel tuvo la aportación de 5 expertos del sector salud en representación de cada uno de los actores, con el fin de tener una perspectiva más amplia de la postura de estos, frente a los cambios en la normatividad.

¿Cuáles creen ustedes o cuáles consideran ustedes que son los retos y las oportunidades que este cambio le ofrece al sistema y su opinión desde sus instituciones?

Dra. Liliana Alexandra Upegui

Coordinadora Médica Nacional de Servicios No PBS – EPS SURA

Es importante entender que el reto que ha sido plasmado en este decreto y nos invita a realizar la implementación de modelos que integren ciclos completos de atención, teniendo en cuenta la aproximación a la población que se pretende incluir. Pero también es una oportunidad para hacer una revisión de las necesidades reales de la población, en cuanto a la generación de valor e impacto en salud.

Si bien en los modelos de contratación se genera una relación de confianza entre el prestador y la EPS que se perpetúa y fortalece en el tiempo, es importante retomar y ajustar los modelos de monitorización que expone la norma. Esto para afrontar el reto del manejo eficiente de los recursos; asimismo, es fundamental revisar el impacto en la población e integrar a los proveedores de tecnología en salud.

La población con cáncer es un tema de mucha importancia para el asegurador, en la atención integral y el impacto en salud, pero también en los costos asociados a esta patología, que puede deberse también por ineficiencias.

¿Desde la academia como vislumbran los de cara a estos retos normativos y a todo el contexto de cambio de cara a la atención integral del cáncer en el país?

Dr. Álvaro Muñoz

Coordinador, Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud de Unisanitas

Cuando se habla de una nueva forma de contratación se pensaría que se está realizando un cambio sustancial, no obstante, con estos cambios se observa una decantación o una “maduración” en los procesos de contratación. En los inicios de implementación de la ley 100 se

dividió la contratación entre lo capitado y lo no capitado, asumiendo que la capitación era la forma de ligar un presupuesto básico a la atención sin tener realmente una noción de las implicaciones. Esta “maduración” debería derivar en un mayor entendimiento de las responsabilidades que el prestador adquiere cuando asume una forma contratación que implica transferencia de riesgo.

Desde la academia es preocupante que muchos estudiantes con un nivel de gerencia medio no tienen el entendimiento pleno, de lo que significa riesgo primario, seguro, riesgo técnico con sus dos modalidades y las implicaciones que tiene en la búsqueda de la excelencia operativa.

Un tercer elemento es que debe quedar atrás los modelos de negocio donde se buscaba ganar por margen, por coyuntura o por viveza en los procesos de contratación. Se debe empezar a obtener beneficios por la vía de la gestión en el bienestar del paciente.

Los prestadores deben tener en cuenta que en los procesos de contratación se establece una doble relación con los financiadores. Que el objeto de los procesos y procedimientos en la parte administrativa y asistencial no estén encaminados solo a la gestión de costos, sino verdaderamente al compromiso en la gestión del riesgo en salud.

¿Cuál es su visión frente a los retos y las oportunidades de todos estos cambios normativos, y sobre todo en lo concerniente a las inclusiones en el plan de beneficios de este año?, y ¿Cómo lograr una pertinencia y uso apropiado de las tecnologías que se incluyen en este cambio?

Dr. Jaime González

Secretario Ejecutivo Asociación Colombiana de Hematología y Oncología – ACHO

Se vislumbra un panorama de incertidumbre, y uno de los principales retos es lograr empalmar con el gobierno entrante lo que se ha construido y trabajado durante 30 años, con la propuesta del nuevo gobierno.

Respecto a la 441 y los cambios normativos, en el ámbito médico y como sociedad científica, es un hecho la inclusión de los medicamentos para el tratamiento de cáncer en el plan de beneficios y con esto se pretende dar igualdad en la atención a los pacientes. Por otra parte, muchas normativas no logran dar respuesta a las necesidades y problemáticas de los pacientes, por la falta de aplicación de la misma.

Muchas veces los actores están de acuerdo en los modelos de contratación y en la gestión de la integralidad de la salud, cada una de las partes presenta la suficiencia de su red y la calidad de su atención. No obstante, al momento de llevarlo a la práctica se quedan cortos en el acceso, por la no idoneidad para realizar determinados procedimientos o por la insuficiencia de tecnologías.

Igualmente, se espera que con esta norma de verdad se presente un cambio de paradigma donde se generen negociaciones centradas en la protección del usuario y con un enfoque en resultados en salud. Se conoce que la cuenta de alto costo tiene el papel de medir algunos aspectos centrados en la enfermedad, y es deber del asegurador enfocar su labor en la prevención del cáncer, con la tamización adecuada como las mamografías, citologías, detección de VPH, control de tabaquismo, y todas aquellas actividades enfocadas a la prevención y detección temprana.

Un aspecto para destacar es que, si bien la cuenta de alto costo en sus porcentajes de prescripción respecto a cáncer se ven incrementadas, hay que tener en cuenta, que los pacientes están llegando a las consultas especializadas en etapas avanzadas de la enfermedad y los pacientes merecen ser tratados con las terapias aprobadas para el tratamiento de su enfermedad.

Por lo tanto, la reflexión en este cambio de paradigma está encaminado a generar un nivel de confianza entre el prestador y el asegurador, donde se procure una trasmisión de la información tanto transparente como de calidad, logrando minimizar los impactos en ineficiencias y desperdicios. Finalmente, que el cobro sea por los buenos resultados de la atención en salud y por los ahorros del sistema.

¿Cómo ve los retos y oportunidades en este momento de cada a la atención integral del cáncer?

Dr. Juan José Pérez

Subdirector Administrativo y Financiero Instituto Nacional de Cancerología – INS

“Primero decir que la normativa es una herramienta, no es el fin, sino el medio para conseguir algo y lo segundo que viene de lo anterior es que el objetivo fundamental que destaca la normativa es conseguir resultados en salud”

Esta es una oportunidad para fortalecer el valor en salud y la relación entre las partes. Si bien la medición de resultados no es nueva, se resalta en este decreto, y es importante seguir fortaleciendo el monitoreo para la toma de decisiones con base a los indicadores, y realizar el ajuste de acuerdo con la periodicidad establecida.

Respecto a los modelos de pago, es posible lograr resultados en cada una, no obstante, la modalidad de pago prospectivo puede generar una oportunidad buena para la legislación de valor.

Se resalta el papel de importancia que pueden tener los pacientes y los médicos en la instauración de un modelo de resultados.

¿Cómo ve los retos y cómo ve el cambio de interacción entre los diferentes actores del sistema?

Dr. Harold Navia Ramírez
Gestor de Valor Annar Health Technologies

Existe dos grandes retos dentro del sistema que son en primer lugar la información de calidad y confiable entre los actores, tanto en el prestador, el asegurador y los proveedores. Puesto que los sistemas de información no están estructurados para generar datos sobre estos modelos y es unos de los pasos que deben seguir.

El otro punto es la reconstrucción de la confianza entre los actores, principalmente en lo que tiene que ver con la transferencia del riesgo, donde se debe enfocar la mirada no en quien es el responsable del riesgo, sino en el tipo de riesgo, como se transfiere y como se gestiona, y es allí donde está la oportunidad de alinear los objetivos entre los actores del sistema, en una gestión efectiva del riesgo y en la obtención de resultados en salud.

Al cambiar de un modelo de pago por evento donde algunos actores del sistema ganan más entre más facturen, a un modelo prospectivo donde la ganancia se va a ver reflejada por la disminución en la severidad de los eventos y en la frecuencia de los mismos, va a permitir alinear a todos los actores en la creación, contratación e implementación de un buen modelo, que sin duda va a beneficiar al paciente.

Otro de los retos es la capacitación y entrenamiento a todos los actores con el fin de tener una claridad en la contratación, sobre todo en el componente clínico y en la gestión del riesgo en los modelos prospectivos.

En un modelo prospectivo todos ganan en la medida en que se disminuye el impacto de la enfermedad. Esto contrasta con el modelo por evento, donde se gana en la medida que el paciente esté más enfermo y consuma más recursos.

En los modelos prospectivos, tanto el asegurador, el prestador y el paciente estarán orientados a un mismo horizonte en la disminución de la carga de enfermedad y está tendencia se transmitirá a los proveedores de tecnologías en salud, así como también a la industria farmacéutica. Esto repercutirá en las discusiones, donde se empezará a hablar más de resultados y menos de la tarifa.

Históricamente, a la ecuación del costo, qué tiene tres variables, tarifa, frecuencia y severidad, se le ha dado mayor relevancia a discutir la tarifa, estos modelos donde la tarifa se vuelve plana, y donde la predictibilidad del ingreso y del costo para los actores se puede llevar a futuro, la utilidad no se va a centrar en facturar más, sino en gestionar el riesgo va a permitir mejorar los resultados en salud para los pacientes y los resultados financieros para los actores.

Hay que entender qué el riesgo, qué se transfiere en el sistema entre los actores, es el riesgo financiero, pero qué el resultado es gestionar el riesgo en salud. Este es el principal cambio donde el paciente está de verdad en el centro y los actores a su vez gestionan el riesgo, para minimizar el impacto del costo de la enfermedad.

¿Cómo lograr un mejor relacionamiento entre los actores del sistema?

Dra. Liliana Alexandra Upegú

Coordinadora Médica Nacional de Servicios No PBS – EPS SURA

Este marco normativo genera un nivel de comprensión mayor entre los actores del sistema, donde se tendrá el mismo propósito, el cuidado de esta población teniendo en cuentas sus necesidades, con eficiencia e impacto. Además, debe haber una integración en rutas de atención donde deben participar todos los actores.

Lo que queda expreso en la norma es que el acuerdo de voluntades debe ser una bitácora y que además la nota técnica es una herramienta fundamental entre las partes. Por otro lado, el constituir la factura como título valor brinda una mayor seguridad jurídica para proteger a los actores del sistema.

En conclusión, cada uno de los actores debe plantear una reorganización en su estructura y en la forma en la que interactúan con los demás actores para que esta conexión e interacción se procure de la mejor manera.

¿Qué recomendaciones daría frente al proceso de fortalecimiento de la interacción entre los actores?

Dr. Álvaro Muñoz

Coordinador, Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud de Unisanitas

“Las generalizaciones son garantía de fallo.”

Desde la academia se observa un mayor porcentaje de estudiantes que se dedican a la prestación y no al aseguramiento. Se observa que aquellos que están orientados al aseguramiento se inclinan más por las maestrías, por el contrario, las especialidades están más ocupadas por personas dedicadas a la prestación. En ese orden de ideas se aprecia como cambia el discurso entre cada uno de ellos.

Una apreciación de los estudiantes cuando se pregunta por su modo de evaluación responden que es enfocada en la valoración del costo médico mensual, esto en parte por los jefes que se

encuentran en los niveles de coordinación, normalmente por una gerencia antigua que no los deja avanzar.

Anteriormente con las primeras normatividades financieras se estableció un modelo de negocio conocido como “Basilea” donde en estado realizaba la regulación de los aseguradores y estas medidas regulatorias se transmitirán en cascada hacia los diferentes actores. Inicialmente, fue aplicado a las entidades del régimen contributivo con un descenso en cascada a las entonces administradoras del régimen subsidiado. La expectativa en este principio de cascada era que la regulación llegara hasta el prestador.

No obstante, una de las dificultades estructurales en el estilo gerencial, es el no entendimiento de objeto del negocio, el cual es la gestión del riesgo, esto conlleva a que los prestadores tomen una actitud defensiva frente a la transmisión del riesgo, y por supuesto que procuren mantener su margen bajo unos paradigmas que hoy ya no son válidos.

Para concluir, es entender que el modelo de negocio cambia, donde la gestión del riesgo y el aseguramiento son el centro.

¿Cómo ve el escenario en cuanto a cambio o nuevos retos e interacciones entre los agentes del sistema?

Dr. Juan José Pérez

Subdirector Administrativo y Financiero Instituto Nacional de Cancerología – INS

En la investigación de la gestión administrativa existe bastante publicación descriptiva, poca analítica y casi ninguna de resultados. Mientras no exista un enfoque administrativo de resultados, será mucho más difícil tomar evidencia.

En el ámbito del prestador se entiende el fenómeno de la transferencia del riesgo y de hecho existe un riesgo financiero inherente a este proceso. Aún existen contratos vigentes ligados a los modelos anteriores y eso no va a cambiar, como debería ser. Varias IPS han realizado inversiones y establecido relaciones de largo plazo, enfocados a resultados futuros. Por lo tanto, una recomendación sería la creación de líneas de base con relación a los costos del cáncer de una manera confiable. Pero que se individualicen los datos cuando se presente un cambio de proveedor y no se empleen los mismos datos.

Desafortunadamente, existen inconsistencias entre la fortaleza de elementos técnicos y la realidad práctica de la contratación, donde aún existe una competencia basada en las tarifas.

Existe una fiabilidad y facilidad en la obtención de resultados y datos de oportunidad, satisfacción, reducción de gastos administrativos, aunque es un poco más difícil medir la calidad de vida y supervivencia, pero también es factible.

Por último, cabe anotar que la transferencia del riesgo es necesaria, pero es una condición que se puede compartir entre los actores del sistema, teniendo en cuenta el riesgo poblacional, el riesgo partido, el riesgo técnico y el riesgo primario, en cuanto a severidad y morbilidad evitable.

Existe un riesgo de caer en la percepción, que en el modelo prospectivo se puede emplear todos los recursos de manera ilimitada y es aquí donde se deben tener en cuenta el ajuste de la nota técnica de acuerdo con las complejidades de la patología del cáncer, con sus 200 diagnósticos y la especificación del perfil epidemiológico.

¿Cuáles cree que serían las iniciativas o recomendaciones para responder a la presión tecnológica o el ingreso permanente de tecnologías al sector?

Dr. Jaime González

Secretario Ejecutivo Asociación Colombiana de Hematología y Oncología – ACHO

El cambio en el desarrollo de terapias en oncología en los últimos 15 años desde la quimioterapia, que de hecho es una terapia costosa, se ha promovido en el ajuste de las CUPS en cuanto a una antigua denominación de quimioterapia de alto o de bajo riesgo, cuando en el país ya existe la disponibilidad de terapias con anticuerpos monoclonales o inmunoterapias, las cuales se denominan terapias antineoplásicas.

Cabe destacar que la inmunoterapia ha logrado resultados inesperados en pacientes con enfermedades metastásicas que hoy están curados, lo cual la convierte en una terapia maravillosa pero costosa.

La evolución de las terapias de cáncer está determinada por 2 aspectos, aquellas terapias avanzadas que se emplean en pacientes sin otras opciones terapéuticas o en enfermedades de muy baja incidencia, como el *Dermatofibrosarcoma protuberance* en el cual existe una terapia dirigida, pero el paciente no puede acceder a ella en Colombia, puesto que esta tecnología no cuenta con un estudio de fase 3. Este tipo de situaciones limitan el actuar médico frente al paciente, que eventualmente podría recibir una terapia adecuada para su patología.

Se tiene como proyección la formación de una sala especializada para la evaluación de nuevas tecnologías que permita la inclusión de estas, teniendo en cuenta el costo/beneficio del sistema, pero qué también logre dar solución a los pacientes con enfermedades huérfanas.

Por otro lado, se encuentran las terapias dirigidas donde todos los estudios están aplicados a pacientes con enfermedad avanzada. Por esta razón, es que se hace realmente importante una adecuada gestión del riesgo en la población, enfocados en la detección temprana de la enfermedad. Puesto que estas terapias estarán indicadas de forma continua, a no ser que se determine una progresión de la enfermedad o toxicidad asociada a la terapia.

Esto último derivado de la insuficiencia de estudios de largo plazo, donde no se evidencia la indicación absoluta para el retiro de las terapias, aun si se encuentra un paciente con remisión completa de la enfermedad, salvo en casos puntuales como el cáncer del pulmón en donde la inmunoterapia se retira a los dos años si se encuentra en remisión completa.

No obstante, estas terapias en conjunto con una detección temprana pueden aumentar la tasa de efectividad, como el caso de un melanoma diagnosticado tempranamente, donde se puede iniciar una inmunoterapia de corta duración, lo que minimizaría los costos, en contra posición con el melanoma en estadio avanzado.

El llamado es a hacer una adecuada gestión poblacional, identificación temprana de la enfermedad y terapia dirigida, pero además hacer una adecuada gestión del conocimiento para mejorar la calidad y la oportunidad diagnóstica desde los primeros niveles de atención.

La inclusión de estas nuevas tecnologías requiere una integración de las rutas de atención y fortalecer la consecución de un diagnóstico acertado para el paciente, lo que implica mejorar las capacidades de la red prestadora para que el paciente pueda ser diagnosticado y que pueda iniciar el tratamiento en el menor tiempo posible y consecuente con la realidad de su patología.

Por otra parte, es importante fortalecer los procedimientos de detección temprana que hoy en día son insuficientes, en la medida en que los pacientes asisten a las consultas especializadas con exámenes de tamizaje ordenados con un enfoque diagnóstico como la mamografía. Por lo tanto, el control de costo depende de esta integración a todos los niveles con una perspectiva poblacional.

Conjuntamente, es necesario incluir tanto a las partes clínicas del asegurador y el prestador, como a la parte financiera, en los procesos de negociación técnica para evitar inconsistencias y limitaciones en los acuerdos, todo esto orientado a la consecución de resultados y la generación de valor para las partes.

¿Cómo ve este escenario y como responder a este contexto?

Dr. Harold Navia Ramírez
Gestor de Valor Annar Health Technologies

Existen muchos vacíos teóricos en la negociación de los modelos. Se debe entender que la nota técnica es el eje fundamental, esta debe ser concertada y conciliada entre las partes y no puede estar planteada de forma apresurada solo por cumplir los tiempos del asegurador. En este punto es importante negociar de forma adecuada, entender el riesgo, establecer el tipo de riesgo que se está transfiriendo y delimitarlo.

Ejercer una posición dominante en las negociaciones puede ser contraproducente. La nota técnica debe tener, los servicios desagregados y sus costos promedios, pero a veces se observan negociaciones con notas técnicas sin frecuencias o costos promedios.

Entonces, la capacitación en el diseño y negociación de estos modelos es fundamental, así como reconstruir la confianza, buscando edificar alianzas. En cuanto a las tecnologías, las partes se deben poner de acuerdo y hablar sobre la racionalidad técnica y económica del modelo donde se busque que es lo más costo-efectivo. Entender que ya no se contratan eventos, sino un modelo integral de atención, donde se garantice la continuidad en la atención del paciente, pero también incluyendo una dimensión de sostenibilidad.

Un elemento transcendental son los indicadores en cuanto a la medición del impacto de los modelos, como los son los indicadores de oportunidad, los indicadores de atención, los indicadores de impacto en el diagnóstico temprano y tratamientos curativos.

Es importante, realizar un análisis integral sobre como el modelo prospectivo se aleja de discutir la tarifa y se empieza a hablar más sobre la frecuencia y severidad. Así mismo se tiene que analizar el diagnóstico y tratamiento con un horizonte hacia el mediano y largo plazo, donde tenga en cuenta mucho más los resultados en salud, que los costos asociados a las tecnologías. Esto apuntando a un panorama en el que todas las partes se vean beneficiadas.

¿Usted como representante de las EPS que recomendaría de cara a lograr un avance en la atención integral del cáncer?

Dra. Liliana Alexandra Upegui

Coordinadora Médica Nacional de Servicios No PBS – EPS SURA

Desde el aseguramiento es importante entender que se debe ser propositivo frente a los prestadores y tener en cuenta los datos poblacionales en la construcción de los modelos, de una forma constructiva.

Se debe procurar un rumbo de atención en el cual el asegurador aporte al proceso desde un rol de direccionamiento, teniendo como base los datos poblacionales, la caracterización de la población, los datos de consumo basados en elementos técnicos y de este modo plantear al prestador la dirección en la atención, dando oportunidad al prestador de aportar desde su experiencia y conocimiento de esos elementos técnicos que hacen parte del ideal de atención para los pacientes.

Teniendo en cuenta el rol de cada uno en el proceso de contratación se pueden generar conversaciones y acuerdos muy específicos que puedan ser medidos en el tiempo. La monitorización se vuelve un elemento fundamental para lograr el éxito del modelo de atención y contratación, incluyendo la medición del impacto en salud.

¿Desde las IPS cómo ve el escenario y qué recomendaciones daría a las instituciones en cuanto a transformación frente a los cambios, y al fortalecimiento del monitoreo y evaluación?

Dr. Juan José Pérez

Subdirector Administrativo y Financiero Instituto Nacional de Cancerología – INS

La primera recomendación es que el proceso que se realice en el tema de contratación debe ser metódico, organizado y con tiempo, donde se puede crear una nota técnica con todos los aspectos epidemiológicos y poblacionales. Para esto se requiere un fortalecimiento en el lenguaje epidemiológico y de salud pública, incluyendo también la parte normativa.

En segundo lugar, establecer que el monitoreo debe comenzar desde el inicio del contrato establecido, teniendo en cuenta los indicadores, que en ocasiones y para IPS pequeñas pueden ser pequeños datos, y conjuntamente crear nuevos indicadores para medir el costo/enfermedad, este es un primer paso importante para la construcción de esos tres elementos que contempla la norma, calidad, gestión y resultados.

Igualmente, se debe construir relaciones de confianza y de largo plazo para obtener mejores resultados, puesto que en el corto plazo puede no ser evidente la mejora en la aplicación de las guías y protocolos, especialmente en cuanto a resultados de gastos. El equipo de salud debe tener un papel más protagónico en los procesos de contratación.

Por otra parte, los pacientes bien informados pueden tomar decisiones que beneficien el proceso, especialmente en los escenarios del final de la donde el cuidado domiciliario y paliativo pueden ser una alternativa frente a los cuidados intrahospitalarios.

Finalmente, existe una discusión sobre el valor de las tecnologías en salud, que pueden ayudar a que el modelo se mueva de forma eficiente. Algunas de ellas que no son novedosas, como por ejemplo la teleoncología, donde en el marco de la pandemia, se logró evidenciar que se puede hacer buena atención en salud a través de medios tecnológicos.

Pero también otras alternativas como la atención domiciliaria, el teleapoyo y teleorientación, que en muchos casos pueden minimizar los impactos en costos de atención al reducir el porcentaje de hospitalizaciones y maximizar los controles ambulatorios de los pacientes con cáncer. Hay que recordar que la identificación de los riesgos ayuda a su contención y que siguiendo este modelo centrado en el paciente en pocos años se podrá evidenciar resultados adecuados en la calidad de atención.