

GANA-GANA EN SALUD

La clave para la sostenibilidad



Gestión del Riesgo CAC
Cuenta de Alto Costo
Bogotá, D. C., 26 de enero de 2024

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de Gestión del Riesgo

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

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

ALIANSALUD EPS
ANAS WAYUU EPSI
ASMET SALUD EPS
CAJACOPI ATLÁNTICO
CAPITAL SALUD EPS
COMFAORIENTE
EMSSANAR
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS
SALUD BOLÍVAR EPS
SALUD BOLÍVAR EPS

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

MALLAMAS EPSI
MUTUAL SER EPS (Contributivo)
MUTUAL SER EPS (Subsidiado)
NUEVA EPS (Contributivo)
NUEVA EPS (Subsidiado)
PIJAOS SALUD EPSI
SALUD MÍA EPS
SALUD TOTAL EPS
SAVIA SALUD EPS

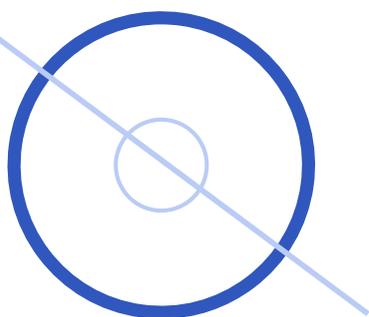


Contenido



Gana - gana en salud
La clave para la sostenibilidad

- 1** Contexto para la generación de acuerdos **03**
- 2** Actores y seguimiento de los acuerdos **05**
- 3** Recomendaciones para la contratación **10**
- 4** Planeación de una ruta de VIH, experiencia exitosa **14**
- 5** Referencias **15**



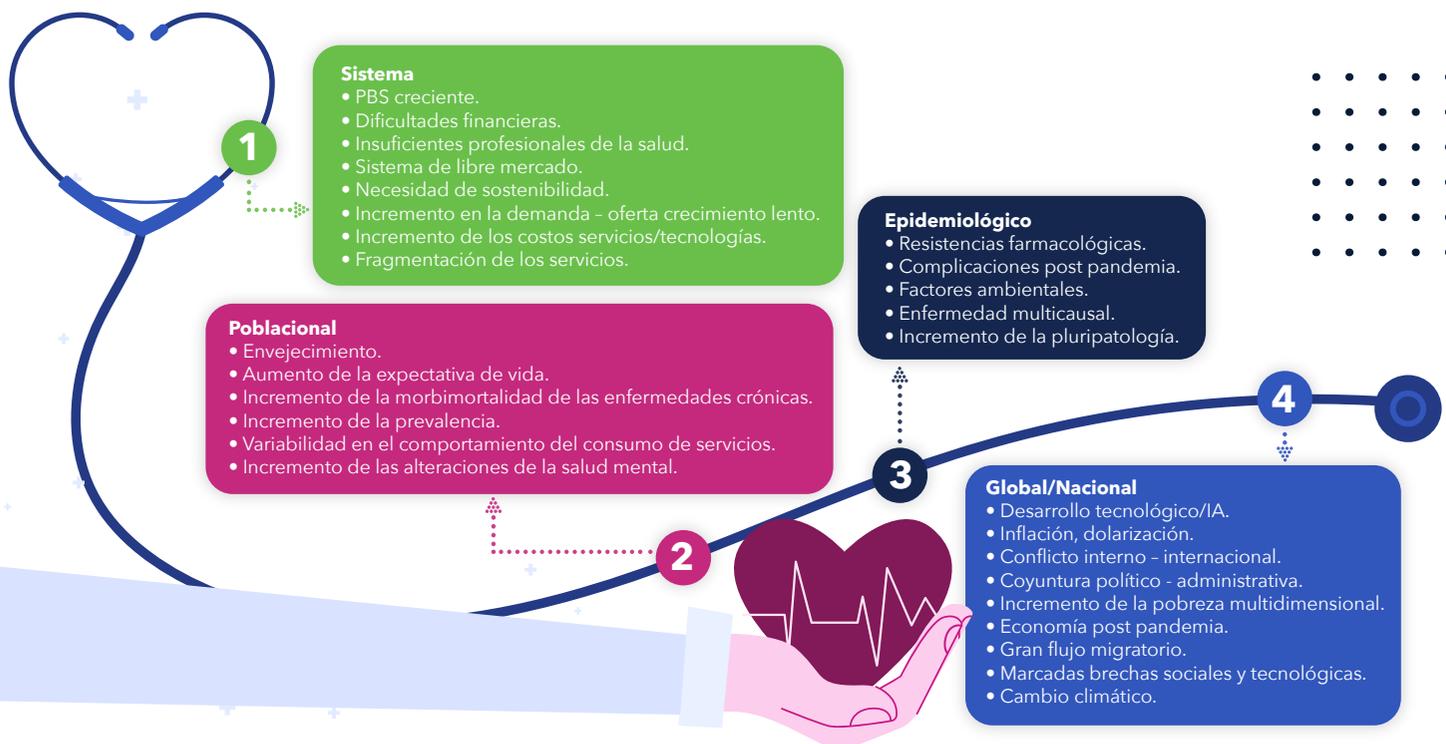
La transición en los sistemas de salud implica un cambio de paradigma en cuanto a la contratación de servicios: qué aspectos considerar, qué priorizar y hacia dónde dirigir los esfuerzos para fomentar los ecosistemas más eficientes centrados en las necesidades de los pacientes. Desde el 2006, Michael Porter introdujo el concepto de atención basada en valor, que redefine los sistemas priorizando el valor.

Los acuerdos de voluntades, como los nombra el [Decreto 441 de 2002](#) (1) entre las EAPB, las IPS, los proveedores y otros garantes de servicios de salud, deben cumplir con la normatividad vigente en el país, y adicionalmente con unas condiciones mínimas que determinan su viabilidad y que permiten la estabilidad financiera del sistema. Por esta razón el planteamiento de la contratación en salud debe reconocer el contexto en el que está inserto el sistema y los condicionantes internos y externos alrededor de los acuerdos.

1. Contexto para la generación de acuerdos

La determinación de los procesos de contratación, la modalidad de pago y la selección de un prestador o proveedor de tecnologías, requiere el total conocimiento del contexto por parte de todos los actores involucrados en la negociación, lo cual será un elemento fundamental para el éxito de los mismos. Dicho contexto debe ser analizado más allá de la dimensión interna de las instituciones comprometidas, extendiéndose hacia la realidad nacional y global que envuelve las organizaciones.

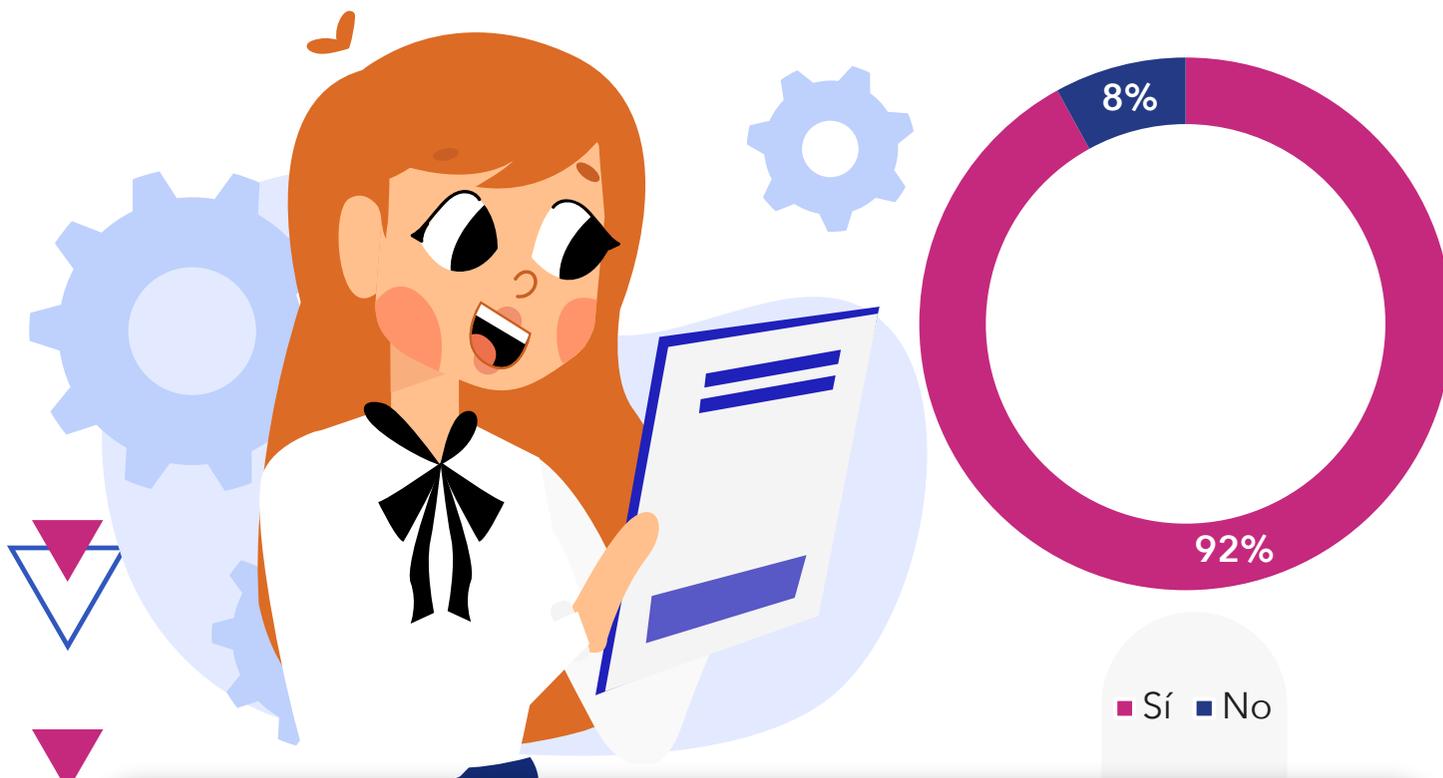
Figura 1. Principales factores contextuales que impactan las organizaciones de salud



Boletín#5

Durante la sesión virtual que precede a este resumen, se indagó a través de la plataforma Mentimeter (2), a los asistentes si al interior de sus EPS cuentan con equipos de diferentes áreas encargadas de la gestión y de la revisión de los modelos de contratación, encontrándose de manera satisfactoria que esta medida está siendo adoptada como una buena práctica en la mayoría de las organizaciones. Esta conformación de equipos deberá darse de manera similar al interior de la IPS o el proveedor de servicios contratado.

Figura 2. ¿En su modelo de contratación interviene desde la EPS e IPS un equipo clínico, administrativo y de contratación? (n=73)



Entre los beneficios de incluir a las diferentes áreas concedoras del contexto para la planeación de la contratación, están:

- Mejores resultados clínicos.
- Menor variabilidad en la atención asistencial, adherencia a protocolos y guías de práctica conservando la autonomía médica.
- Mayor estabilidad de la contratación.
- Sostenibilidad financiera de las dos partes.
- Mayor agilidad en los procesos para la atención, verificación de los servicios prestados y pago final.
- Mayor satisfacción del usuario con el servicio prestado por EPS - IPS.
- Mayor oportunidad.
- Mejor equilibrio oferta - demanda - necesidad.
- Más rápida identificación de riesgos primarios y técnicos.

Por el contrario, para la gestión de las enfermedades de alto costo y el seguimiento efectivo de una cohorte, la contratación basada únicamente en criterios administrativos y balance prestación - gasto, desconoce la experiencia de los equipos líderes, procura mayor riesgo de variabilidad clínica, provee información incompleta para la toma de decisiones e induce a un desbalance entre la necesidad y la oferta.

Figura 3. Riesgos de la contratación centrada en las áreas administrativas



2. Actores y seguimiento de los acuerdos



Considerando el contexto anteriormente mencionado, los modelos de contratación requieren de adaptabilidad, ya que aún persisten modelos de pago tradicionales para la gestión de las poblaciones con enfermedades de alto costo (EAC) ([ver Boletín #1 de 2022 GR](#)). Con el crecimiento exponencial de los costos de los servicios, la transición epidemiológica, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y los avances en tecnología e innovación, es necesario migrar hacia nuevos modelos de atención que consideren los resultados significativos para el paciente en relación con la cantidad de recursos utilizados para alcanzar dichos resultados (3).

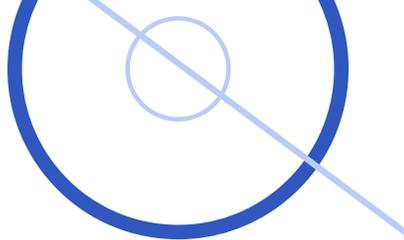
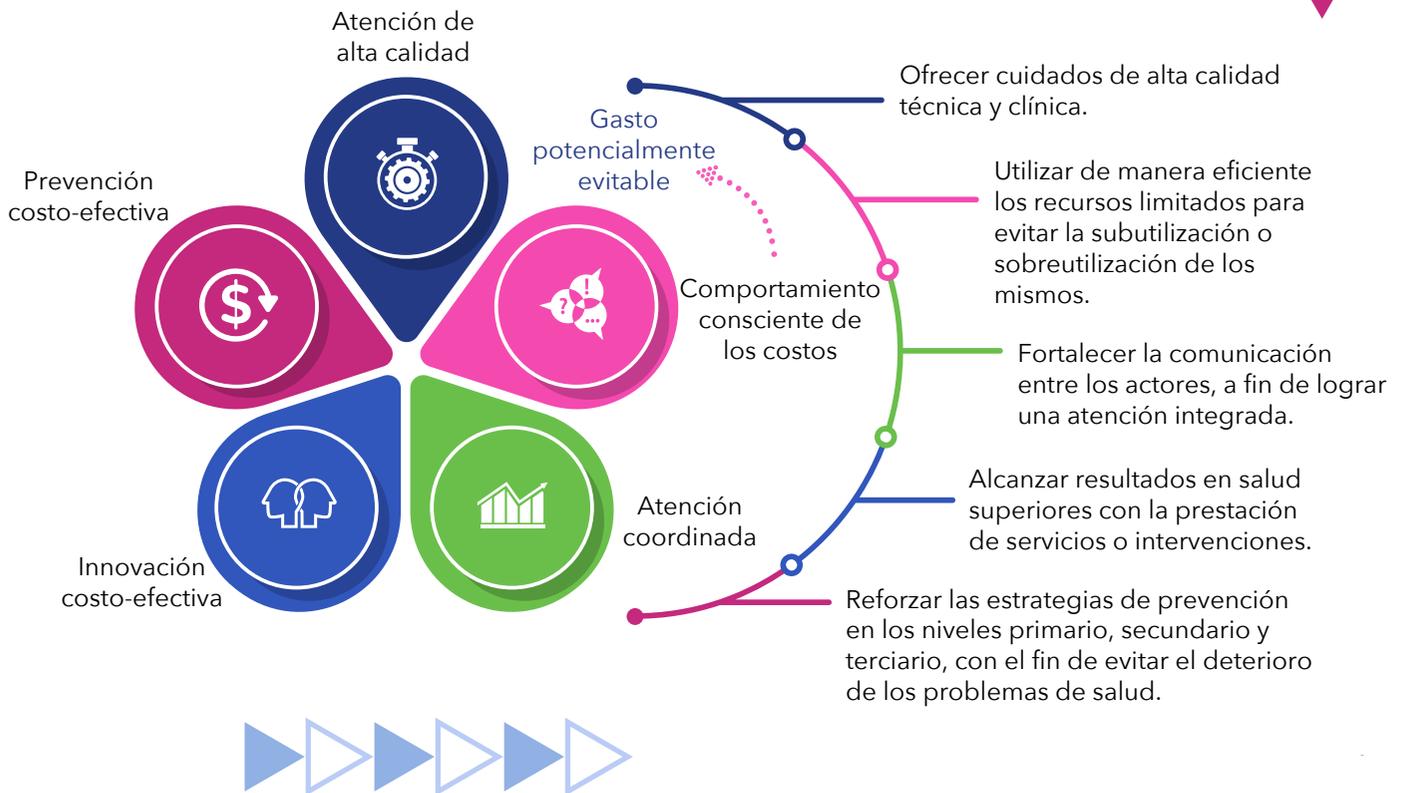


Figura 4. El valor aumenta cuando los costos para alcanzar resultados iguales o superiores disminuyen (3) (4)

$$\text{Valor} = \frac{\text{Resultados que importan al paciente}}{\text{Costos del episodio}}$$



Dimensiones del valor

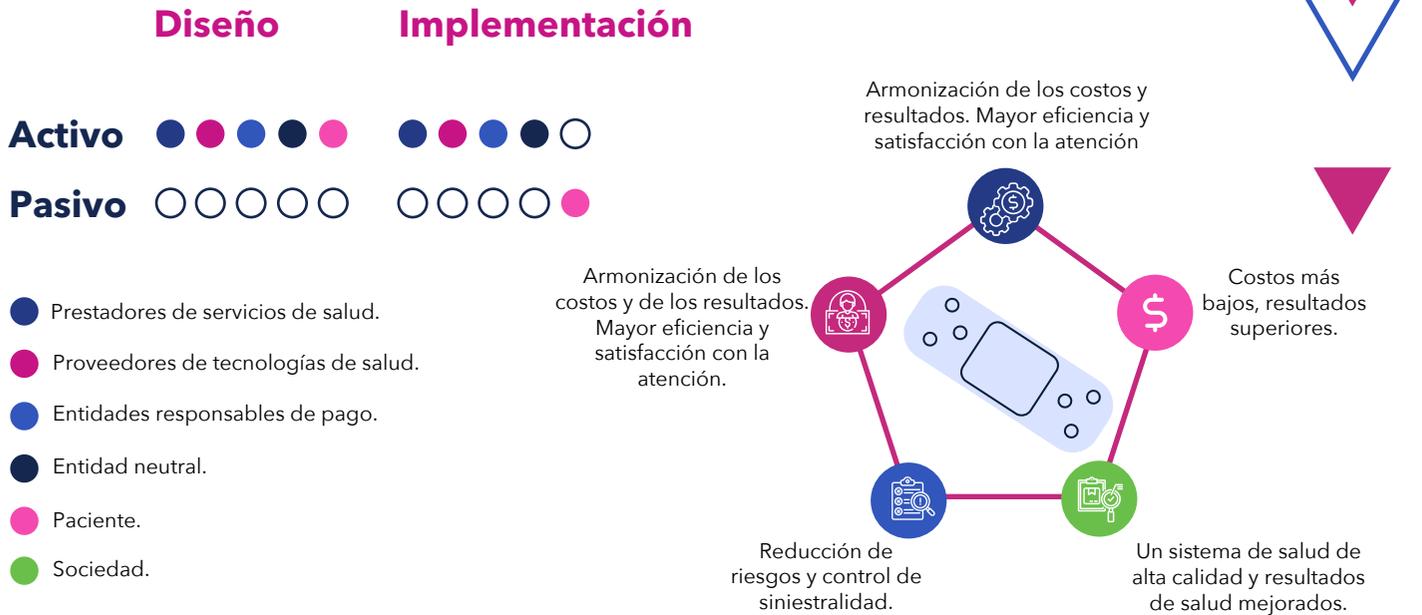


Así mismo, desde una perspectiva centrada en el paciente, se hace hincapié en asegurar la participación de todos los actores del sistema de salud en la creación de modelos de contratación. Esto incluye considerar las opiniones de los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías de la salud, las entidades responsables de los pagos y, por supuesto, la perspectiva del paciente (3).





Figura 5. Actores del diseño e implementación de los cuidados basados en valor, y beneficios (3) (4)



Es así como, durante la quinta reunión de gestión del riesgo (GR), se realizaron preguntas a los participantes en tiempo real mediante la herramienta de Mentimeter (2), representantes de las EPS del país, sobre los procesos de contratación y el modelo de atención basado en valor; quienes expusieron las siguientes consideraciones:

En relación con la etapa precontractual, los participantes manifestaron que el cumplimiento normativo es uno de los aspectos más relevantes de este proceso; mientras que la experiencia del paciente se percibe como menos relevante.

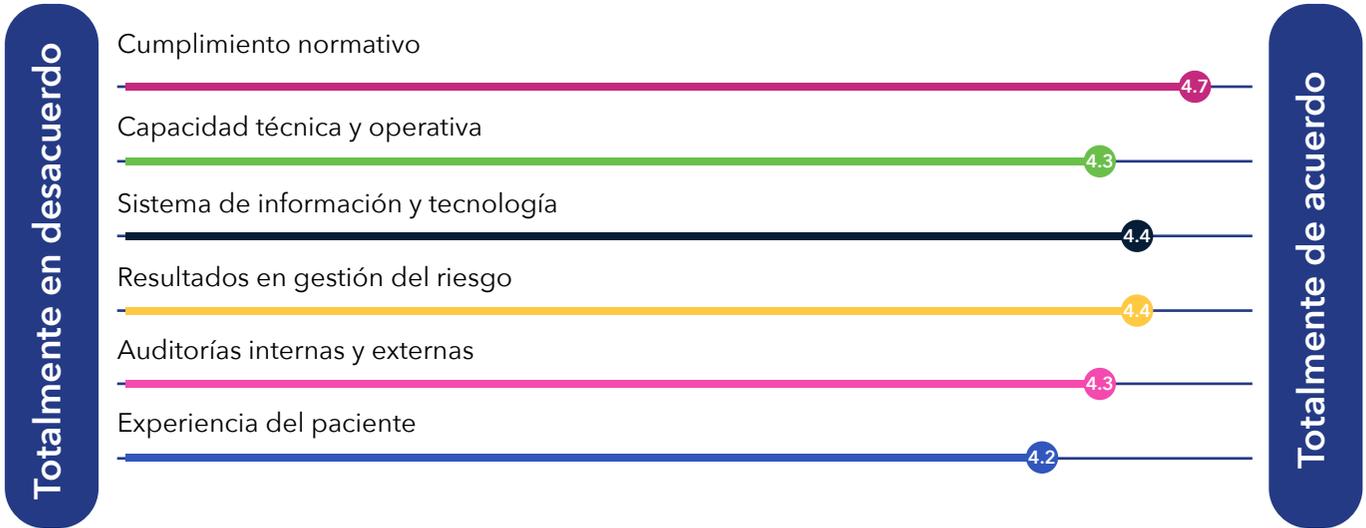
En esta fase, es fundamental subrayar la importancia de definir el alcance del acuerdo, considerando aspectos como: los objetivos, las condiciones, la estratificación de los riesgos, la duración, los servicios a incluir, los actores involucrados y la caracterización de la población. También se destaca la necesidad de establecer métricas de valor, la estructura de pago acordados con el modelo de atención seleccionado y la identificación de los riesgos y de sus responsables.

En adición, es crucial diseñar el monitoreo y el seguimiento del acuerdo, así como establecer cuáles son mecanismos de resolución de disparidades, recomendando la participación de una entidad neutral sin conflictos de interés. Además, es relevante evaluar la alineación de las expectativas de la entidad responsable del pago y otros actores del ecosistema con los objetivos planteados, verificando la capacidad y la oferta de servicios en el territorio para atender las necesidades de la población.



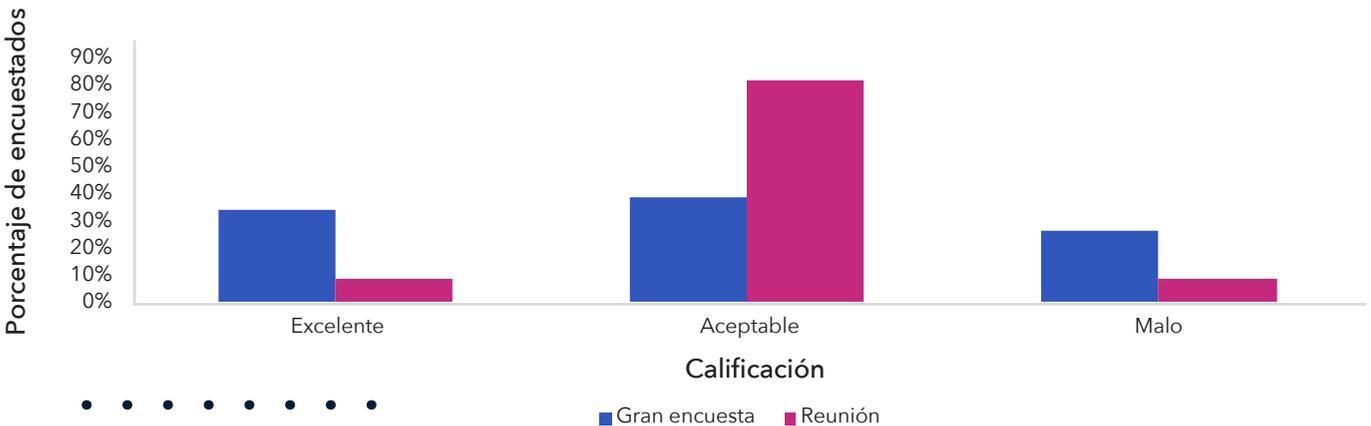


Figura 6. ¿Qué tan relevantes considera los siguientes aspectos, en la etapa precontractual? (n= 63)



En el contexto de la propuesta de cuidados basados en valor, para la definición de métricas, se recomienda la medición de aquellos elementos que sean significativos para los pacientes, abarcando tanto los resultados como las experiencias reportadas por ellos mismos. En enero de 2023, se llevó a cabo la gran encuesta respecto al sistema de salud en Colombia, con la participación de 2.704 personas. Ante la pregunta "¿cómo califica, según su experiencia, los servicios de salud en general?", el 73% de las personas dio una calificación por encima de 3 en una escala de 1 a 5 (5). Durante la quinta reunión de gestión del riesgo (GR), se planteó la misma pregunta a los participantes, evidenciando que el 91% calificó los servicios de salud entre aceptable y excelente. En este sentido, es esencial comprender las perspectivas, las necesidades percibidas, las experiencias y la confianza de los pacientes en el sistema de salud, para así, maximizar los resultados.

Figura 7. ¿De acuerdo con su experiencia, ¿cómo califica los servicios de salud en general? (gran encuesta vs reunión GR) (n= 2.704 vs 67)





Respecto a las métricas de valor, la consulta de la iniciativa internacional para la medición de resultados en salud (ICHOM) desempeña un papel fundamental en el entendimiento de lo que se está midiendo en el ámbito de la salud basada en valor y en los resultados informados por los pacientes (PROMS). La información proporcionada por la ICHOM permite a los tomadores de decisiones, incluidos los profesionales de la salud, los gestores de los sistemas de salud y los responsables de las políticas, tomar decisiones más informadas y estratégicas para mejorar la calidad de la atención y la asignación eficiente de los recursos (6).



El consorcio ha desarrollado un conjunto de indicadores para diversas condiciones médicas, creado por un grupo de trabajo compuesto por clínicos, epidemiólogos y representantes de los pacientes de diferentes partes del mundo. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, se ha considerado la medición de los resultados centrados en aspectos como: la depresión relacionada con la salud, la calidad de vida, la disfunción sexual, la artralgia, la neuropatía, los síntomas vasomotores, la imagen corporal, las complicaciones agudas del tratamiento, la intervención quirúrgica debido a los márgenes positivos, entre otros. Este enfoque ha generado propuestas de líneas temporales con puntos de recopilación de los datos, diseñadas para posibles trayectorias o cadenas de valor, que un paciente podría seguir. Esto permite identificar el momento óptimo para la aplicación de encuestas en concordancia con el ciclo de atención (6).



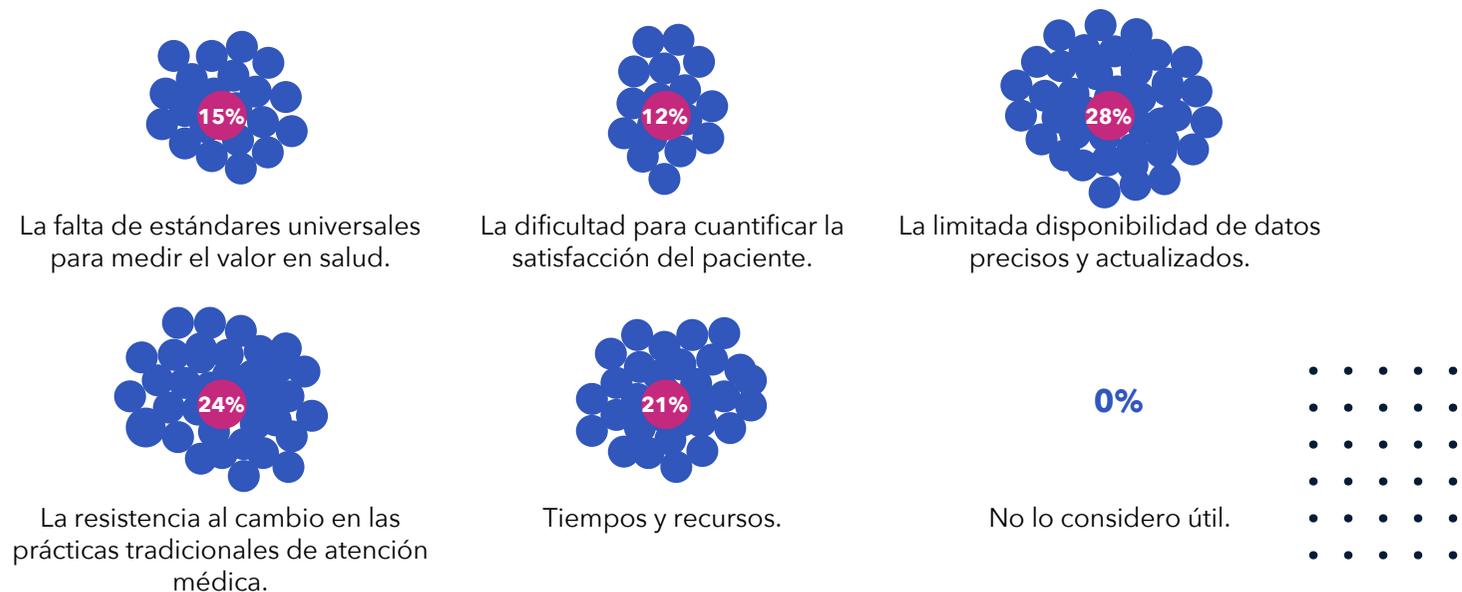
¿En su entidad están midiendo resultados y experiencias reportados por los pacientes?



Cuéntenos AQUÍ



Figura 8. ¿Cuáles cree que sean los desafíos para medir los indicadores que aporten valor en salud? (n= 59)





Dado que la transición de la medición de los resultados clínicos a la inclusión de la perspectiva de los pacientes presenta desafíos, los participantes en la reunión identificaron la limitada disponibilidad de los datos precisos y actualizados, así como la resistencia al cambio en las prácticas tradicionales de atención médica, como los principales obstáculos para medir los indicadores que aporten valor en salud. Reformular los modelos de pago actuales, orientándolos hacia aquellos que fomenten la obtención de resultados de salud superiores, podría brindar mayores garantías tanto para los proveedores como para los usuarios. A largo plazo, esto podría resultar en la reducción de los costos innecesarios para el sistema. Para lograrlo, es necesario evaluar la factibilidad, identificar posibles barreras y proponer soluciones adaptadas al contexto nacional y territorial (7).

3. Recomendaciones para la contratación

Todos los procesos de contratación están inmersos en situaciones de alta vulnerabilidad, cambiantes, fácilmente afectables por factores no controlables; los cuales a través del proceso de negociación deberán preverse y definir planes de contingencia y procesos de alerta desde la EPS o IPS para identificarlos tempranamente.

Dentro de los principales riesgos en la contratación se encuentran (8):

Primario

Ocurrencia

Condiciones geográficas, sociales, traslados.

Severidad

Nuevos usuarios condición avanzada, eventos salud pública.

Técnico

Utilización

Ausencia de guías y protocolos, tecnologías con poca evidencia, variabilidad clínica.

Morbilidad evitable

Modelos no definidos, fragmentación.

Adicional a los anteriores, se debe siempre contemplar las instituciones de salud como organizaciones con vulnerabilidades que se relacionan con las estructuras empresariales, y deben siempre verificarse e indagarse al considerar un modelo de contratación: riesgo reputacional, financiero, de talento humano; seguridad, ciberseguridad y tecnología, mercado, legal.



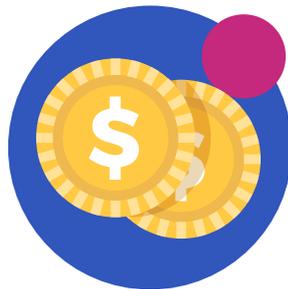


La definición del modelo de pago es uno de los puntos críticos en la contratación, no obstante, no deberá ser el eje central de la negociación. Para determinar la forma de pago, es importante conocer el riesgo de la incidencia, y desde la EPS y el prestador, conocer todas las circunstancias que podrían incrementar el número de casos, o si esta prestación va a ser de baja frecuencia; así mismo, si el servicio va aunado a una cadena de atenciones o si es un procedimiento o grupo de procedimientos puntuales y con un límite definido.

Figura 9. Modelos de pago en acuerdos de voluntades (9)

Retrospectivos

"Fee for service o pago por evento" Asociado a modelos de prestación individual, "paquetes" o "canastas".



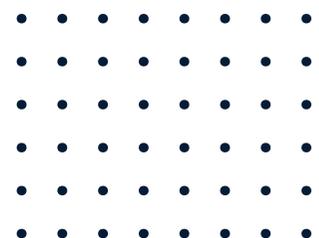
Prospectivos

Pago ex - ante
Asociado a pagos globales prospectivos.



Los pagos por evento suponen una amplia logística, donde es necesario definir un volumen de atenciones, las condiciones específicas de prestación, contenido a través de un modelo autorizador que deberá argumentarse de manera clara durante el proceso de facturación y pago de cuentas médicas.

Si, por el contrario, la selección se hace hacia un modelo de pago prospectivo, las dos entidades deberán conocer claramente el comportamiento de la cohorte de los pacientes a asignar, y las variaciones en severidad y presentación de comorbilidades en el grupo, para disminuir el riesgo primario. Siempre podrán combinarse diferentes modalidades de pago, toda vez que las condiciones de la población así lo requieran.



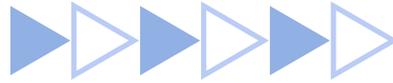
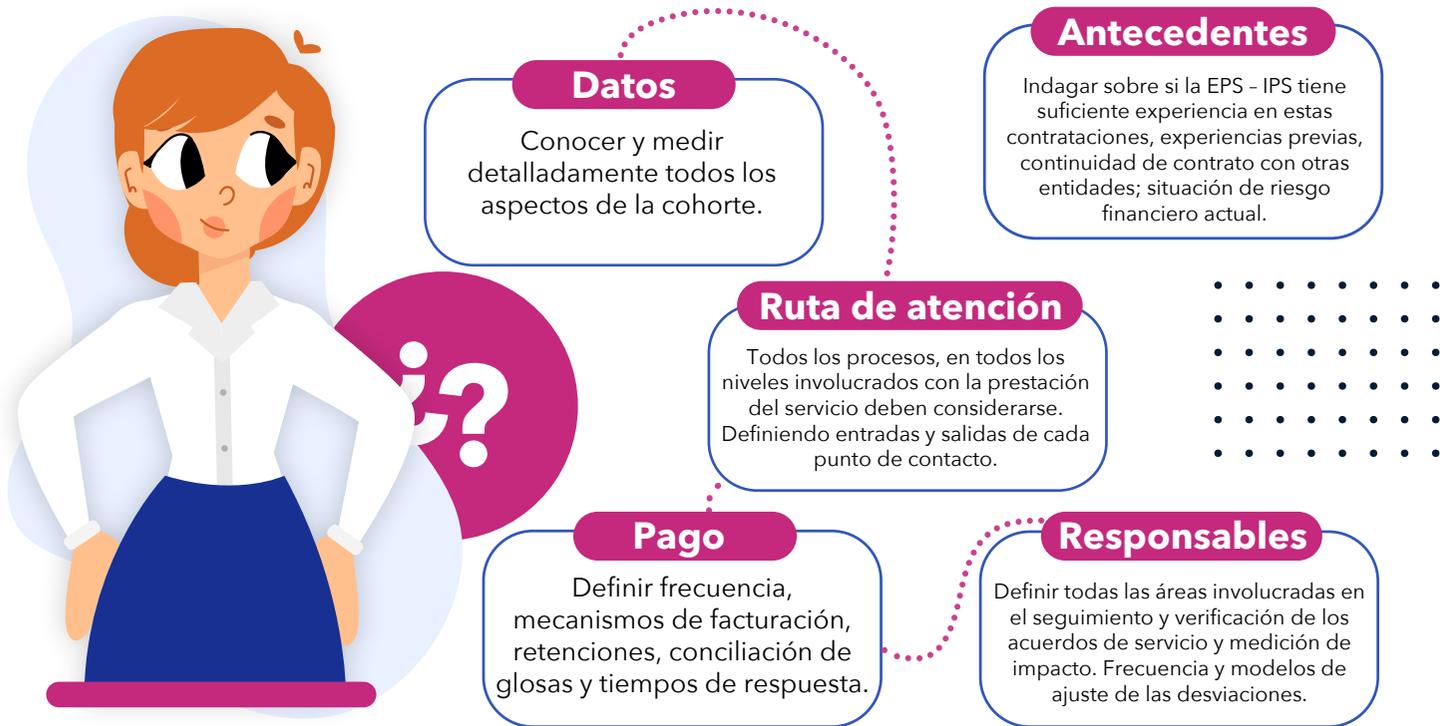


Figura 10. Aspectos clave para la definición de los mejores modelos de contratación



Las notas técnicas, son instrumentos de medición y seguimiento al contrato, a fin de identificar de manera clara la población asignada + la frecuencia de atenciones + el costo por CUPS, manteniendo siempre la persona como unidad de medida. Así mismo, deberá establecerse un acuerdo frente a la periodicidad con la cual se va a revisar la nota técnica, a fin de identificar la necesidad de ajuste en cualquiera de sus tres elementos.

Toda vez que la EPS, la IPS o el proveedor de servicios tengan experiencia en la contratación de servicios o recursos iguales o similares, será necesario recolectar ese conocimiento, identificando condiciones históricas que afectaron o facilitaron el acuerdo, anticipándose a los posibles cambios. Así mismo, deberán considerarse ajustes ante la renovación o inicio de nuevos contratos, que involucren nuevas herramientas, determinando a medida que madura la relación EPS - IPS nuevos resultados y seguimiento de impacto, así como el ajuste de indicadores cada vez más cercanos a la zona de máximo cumplimiento posible.

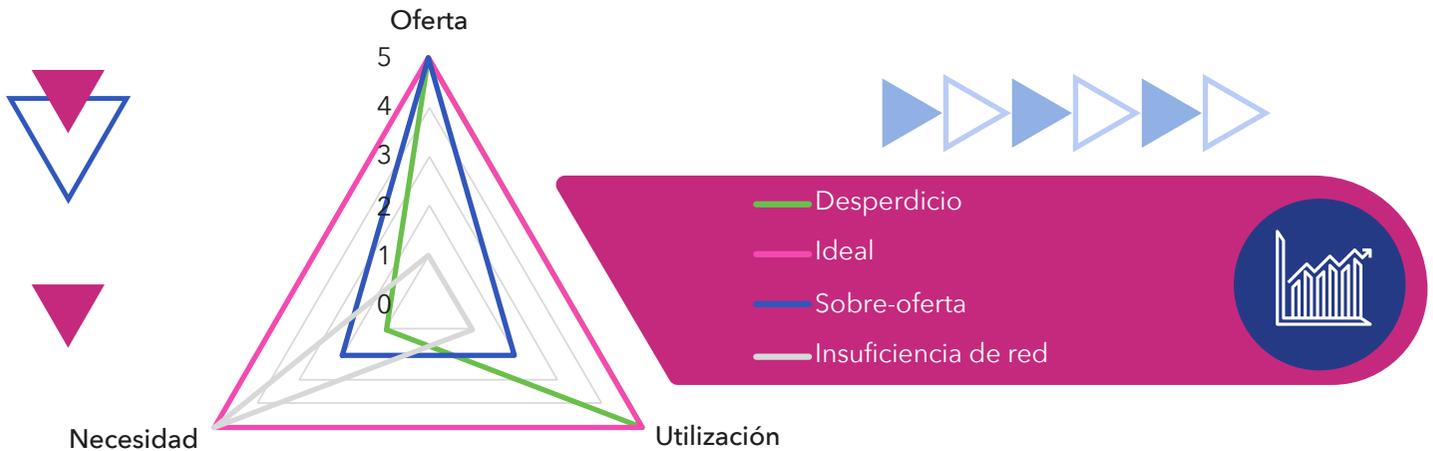
Figura 11. Factores para involucrar en la definición de las condiciones de contratación



El balance entre la oferta y la demanda, es otro aspecto fundamental a definir en el abordaje de las condiciones de contratación. Un servicio necesario para la población, del cual se calcula podría generar impacto en los resultados en salud, deberá contar con la oferta necesaria y los procedimientos de inducción a la demanda correspondientes para el acceso.

No obstante, aquellos servicios innecesarios, no relevantes para el pronóstico del paciente e incluso con poca o ninguna evidencia a su favor, deberán contar con métodos para la reducción de la demanda, independientemente de que exista una oferta abierta. Y de manera contraria, la identificación de nuevas necesidades dará lugar a la revisión de los ajustes previamente mencionados (10).

Figura 12. Escenarios de la oferta y la demanda



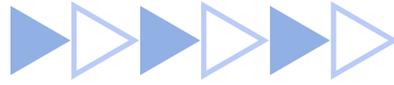
Protección al paciente

Finalmente, pero con la misma importancia, es necesario incluir en la contratación los aspectos fundamentales para la protección del paciente, que reposen de manera clara y debidamente documentada entre las dos partes.

Una de las circunstancias, que debe ser cuidada en torno a las personas es el cambio de prestador, de tal modo que se minimice el impacto en la continuidad del servicio, se procuren facilidades para el acceso y se mejore la experiencia del paciente y los resultados finales.

Entre las principales consideraciones al cambiar de prestador, se recomiendan:

- Notificar al paciente del cambio de prestador, con 1 o 2 meses de anticipación.
- Seguimiento individual del ingreso al nuevo prestador.
- Prever la georreferenciación y evaluar barreras de acceso.
- Mantener o mejorar disponibilidad de servicios.
- Hay que asegurar que el prestador 2 conozca el histórico de atenciones realizadas por el prestador 1.
- Establecer un plan de acción para los pacientes que no aceptan el traslado.
- Monitorear las PQR posteriores al cambio.
- Medir detalladamente las variaciones en la prestación.
- Realizar un recuento objetivo de la nueva experiencia de usuario.



4. Planeación de una ruta de VIH, experiencia exitosa



Experiencia de éxito de una EPS del régimen subsidiado en la ruta de atención a la población viviendo con

VIH **PVV**

1

Definir el alcance del acuerdo: objeto, población a intervenir, criterios de ingreso, de egreso y exclusiones (intervenciones no incluidas en la ruta de atención).

2

Realizar una definición de la población objeto, con estratificación de riesgos que se ajusten a las necesidades.

Los grupos propuestos son: usuarios con diagnóstico confirmado de VIH, niños menores expuestos, gestantes con una sola prueba ELISA positiva para confirmación diagnóstica, usuarios indeterminados, coinfección VIH, tuberculosis, hepatitis C y B.

3

Definir la modalidad de pago, que incluye la modalidad de atención (intramural, extramural y domiciliaria), el soporte documental, y la definición de descuentos.

4

Establecer los servicios que se incluirán: valoración por equipo interdisciplinario, apoyo diagnóstico, vacunación, hospitalización, y manejo integral de complicaciones asociadas a infecciones oportunistas, medicamentos, manejo de coinfecciones, transporte no asistencial y albergues para municipios de zona de dispersión.

5

Articulación con otros sectores del sistema y con otros eslabones del proceso de atención: organizaciones de base comunitaria, proyecto ENterritorio, observatorio de VIH, articulación con otras rutas de atención.

6

Generación de centros de escucha para los usuarios de la ruta, a fin de conocer sus experiencias, perspectivas y necesidades.

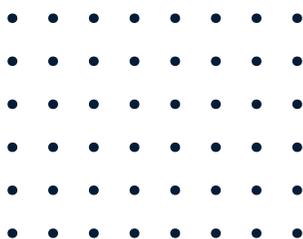


La constitución de la ruta ha generado diversos impactos significativos, como la reducción en la presentación de tutelas y PQR, junto con un aumento en la satisfacción del usuario, que ha pasado del 92,41% en 2022 al 95,70% en 2023. Así mismo, se observa una mejora en los resultados de salud, evidenciada por la disminución en los días transcurridos entre el diagnóstico y el inicio de la terapia antirretroviral (TAR), que ha llegado a 15 días para octubre de 2023. También se ha incrementado la proporción de la población que alcanza la indetectabilidad, pasando del 75,30% en 2019 al 83% en 2023.

Sin embargo, la entidad ha enfrentado desafíos en el diseño, implementación y seguimiento de la ruta, particularmente en la retención de la atención en algunos grupos poblacionales, como los habitantes de la calle, usuarios farmacodependientes, migrantes y aquellos con baja adherencia a la ruta. Estos últimos, debido a características particulares, por las cuales no asisten a valoraciones con el equipo interdisciplinario ni a seguimiento con paraclínicos.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 441 de 2022. 2022 [citado el 14 de diciembre de 2023]; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto_No._441_de_2022.pdf
2. Mentimeter. Presentaciones interactivas para todos- Mentimeter [en línea]. [Citado el 13 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mentimeter.com/es-ES>
3. IECS. Hacia la Salud Basada en Valor en Latinoamérica. 2021 [citado el 13 de diciembre de 2023];79. Disponible en: <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/IECS-Reporte-Final-Toolkit-FINAL.pdf>
4. Cattel D, Schut FT. Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. Heal Econ Policy Law. 2020;15(1):94-112.
5. ANDI. La Gran Encuesta del Sistema de Salud en Colombia. 2023 [citado el 13 de diciembre de 2023]; Disponible en: https://www.andi.com.co/Uploads/001500230000_La_Gran_Encuesta_del_Sistema_de_Salud_en_Colombia_INVAMER_-_ANDI_V3_1-02-2023.pdf
6. ICHOM. Breast Cancer - ICHOM. [Citado el 13 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/breast-cancer/?_gl=1%2A4j0c3y%2A_gcl_au%2ANDk5OTI2MjQwLjE3MDEwODEwOTk
7. Valencia-Mayer C. Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades. Rev salud bosque [en línea]. 13 de diciembre de 2019 [citado el 13 de diciembre de 2023];9(2):35-46. Disponible en: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2806/2242>
8. Moreno D. Optimización de los Procesos de Contratación Estatal en el Sector Salud [en línea]. 2022 [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/contenidos-programa-virtual-sincronico-herramientas-administrativas-para-gestionar-el-sistema-de-salud/>
9. Castaño RA, López Á, Marín FR, Moreano D, Prada SI. PROESA Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía. [Citado el 14 de diciembre de 2023]; Disponible en: www.proesa.org.co/
10. Pueyo MJ. Necesidades de salud y demanda de atención sanitaria. [Citado el 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/139610/1/Gestión_de_la_demanda_Módulo_1_Necesidades_de_salud_y_demanda_de_atención_sanitaria.pdf





© Todos los derechos reservados

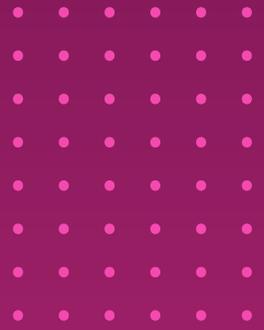
Revisión de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Unidad de Comunicación y Difusión

Enero, 2024



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**



**MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO**

¡Síguenos en nuestras redes sociales!



www.cuentadealtocosto.org

