

Año 4, número 10 ■ Septiembre-diciembre 2015

CONEXIÓN[®]

ISSN: 2322-6420

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



**Modelos de atención
en manejo de cáncer**



El futuro del cáncer en Colombia: retos de política y propuestas de solución

Introducción

Los retos de política pública frente al cáncer no son triviales. La mezcla de una carga creciente de las enfermedades no transmisibles y la persistencia de enfermedades transmisibles hacen más difícil la asignación de recursos —de por sí escasos— que permita llegar a una mayor eficiencia de asignación, en términos de lograr un mayor nivel agregado de salud con los recursos disponibles. Esta mezcla también implica retos en términos de lograr la mejor protección financiera de los hogares frente al gasto que les implican los eventos en salud, y retos aún mayores en responder a las expectativas de los individuos frente al acceso a los servicios de atención médica.

A futuro, el reto se hace aún más complejo para el caso específico del cáncer. A una mayor incidencia, producto del envejecimiento poblacional y de los cambios en estilos de vida, se suma una mayor sobrevivencia y una mayor tasa de recuperación en algunos tipos de cáncer. Estos logros se obtienen a expensas de tratamientos nuevos, cada vez más costosos, y de una mayor complejidad y costo en el diagnóstico de precisión. En suma, los logros en materia de sobrevivencia y curación representan un reto para la sostenibilidad financiera que es mayor aún que el reto de la sostenibilidad financiera global del sistema de salud.

Ramón Abel Castaño Y.*

Las “soluciones” de siempre

Una respuesta simple a estos retos sería aumentar el recaudo por la vía de los impuestos, para así tener más recursos destinados a pagar los medicamentos y tecnologías, cada vez más costosos, y a afrontar la mayor incidencia del cáncer. Sin embargo, esta respuesta rápida aportaría, a lo sumo, un alivio temporal, porque el crecimiento de los costos de la atención médica es mucho más pronunciado que el crecimiento de los recaudos. De hecho, el potencial del recaudo está limitado por el impacto macroeconómico de los impuestos y, como

* MD, Ph. D. Consultor en sistemas de salud

bia esta barrera no es relevante porque los usuarios disponen de la acción de tutela. Sumado a esto, la definición de un plan de beneficios implícito hace mucho más difícil evitar la disponibilidad de estas tecnologías una vez entren al mercado local.

Otra estrategia en algunos sistemas de salud es el racionamiento de la oferta de ciertas tecnologías tales como el PET-CT, la resonancia magnética, la radioterapia o la radiocirugía, para crear listas de espera. En el caso específico del cáncer, esta estrategia tiene un claro costo en términos de mayor morbilidad, puesto que las mayores demoras producirán un mayor avance y por lo tanto un mayor costo en el tratamiento. En términos generales, si se optara por un racionamiento en el lado de la oferta, un racionamiento de facto sería inevitable, y esta forma de racionamiento típicamente afecta a los menos favorecidos e incrementa las brechas de inequidad.

Con respecto a los controles de precios, los Gobiernos han recurrido a la estrategia de referenciación de precios, o simplemente a establecer directamente precios máximos. Estas estrategias algunas veces funcionan, pero con un impacto limitado porque no logran controlar la frecuencia de uso o la sustitución por otras tecnologías cuyos precios no están controlados. Otra consecuencia es que el fabricante decida retirar su producto del mercado, con lo

cual deja a sus beneficiarios potenciales sin la opción de acceder al mismo. Quizá una estrategia más inteligente es la de precios basados en valor, según la cual, si un medicamento aporta un beneficio mayor frente a la alternativa existente, tendrá un copago menor por parte del usuario.

Una tercera respuesta, más radical, es la de la priorización. Esta estrategia se ha venido usando durante las últimas dos décadas, al menos en su versión explícita (la priorización de facto ha existido por siglos). En Colombia, la priorización explícita nunca ha funcionado, a pesar de que hubo intentos durante el trámite de la Ley 100 en el Congreso. Más aún, con la aprobación de la Ley Estatutaria se hace todavía más difícil que se llegue a adoptar una estrategia de priorización. Esta ley le da preeminencia al beneficio individual (el principio pro homine) sin importar el costo de oportunidad. En consecuencia, resulta muy difícil argumentar que una tecnología dada no sea cubierta porque cuesta, digamos, \$ 100 000 dólares por DALY evitado. Aun si una tecnología quedara excluida como producto de un proceso de priorización abierto, deliberativo y participativo, cualquier individuo podría interponer una tutela para proteger su derecho a esta tecnología no cubierta, sin importar si le otorga un día más de sobrevivida a un costo que sería suficiente para beneficiar a miles de otros individuos.

Una solución sostenible: los nuevos modelos de prestación

Sin importar los pequeños beneficios que podrían aportar todos estos abordajes al problema del financiamiento, la única solución sostenible para hacer que el cáncer no ponga en mayor riesgo la fi-

producto de esta limitación, se termina trasladando costos a los hogares —como gasto de bolsillo o como compra de seguros voluntarios—. Pero esta disponibilidad de los hogares a pagar por seguros voluntarios también tiene límites, y seguramente se retrocederá en términos de la protección financiera, pues los hogares que no pueden comprar seguros voluntarios quedarán cada vez más expuestos al gasto catastrófico que representa el cáncer.

Una segunda respuesta podría ser el racionamiento de la oferta mediante estrategias tales como no permitir la entrada de tecnologías costosas al mercado o ejercer controles de precios. Algunos Gobiernos simplemente ignoran la existencia de nuevas tecnologías costosas como una manera de negarles el acceso a sus mercados domésticos. En el caso de Colom-

nanciación del sistema de salud es proveer la atención correcta, a la persona correcta y en el momento correcto. La promoción de la salud debe ser uno de los pilares, pero su impacto es de largo plazo más que de corto plazo. En cambio, la detección precoz continúa siendo muy costo-efectiva —al menos en el cáncer cervical y en el cáncer de mama—. Con respecto a otros tipos de cáncer menos comunes, nuevas tecnologías diagnósticas harían menos costosa la detección temprana en el futuro cercano¹, con lo cual resultaría más costo-efectivo implementar programas de tamizaje en poblaciones, particularmente en los grupos de alto riesgo, para incrementar así sus razones de costo-efectividad.

En cuanto al tratamiento, es en este punto en el que se pueden lograr los mayores impactos de corto y largo plazos sobre la financiación del tratamiento del cáncer. Pero esto requiere que los prestadores evolucionen desde los actuales modelos de prestación fragmentados y discontinuos hacia modelos más coordinados y continuos. Es claro que el pago por servicio perpetúa el modelo fragmentado, por lo cual es necesario migrar hacia modelos de pago empaquetados y basados en el valor que generan, y de este modo se incentivarían los nuevos modelos de prestación que se necesitan.

Por ejemplo, ¿se podría empaquetar el diagnóstico de ciertos tipos de cáncer de tal manera que el prestador decida qué pruebas realizar y hacer así un uso más costo-efectivo de los recursos? ¿Se podría empaquetar el tratamiento de ciertos tipos de cáncer no invasivo, dada su baja variabilidad y la alta probabilidad de obtener un desenlace esperado? Y para los casos más avanzados, ¿se podrían

definir protocolos que se sigan con variaciones mínimas, y definir un conjunto de indicadores de proceso y resultado para asegurar que se obtiene más valor por cada peso utilizado? Todas estas estrategias de empaquetamiento y sus respectivos precios seguramente crearán los incentivos para que los prestadores alineen los varios componentes de la cadena de valor del cáncer, y así lograr los desenlaces esperados dentro del presupuesto disponible.

Pero para lograr estos resultados y para poder asumir los riesgos inherentes a los mecanismos de pago que involucran transferencia de riesgo a los prestadores, estos deben cambiar las estructuras y procesos de prestación actuales (Castaño, 2014). Con la estructura actual, altamente fragmentada, muchos pagadores y prestadores logran mantenerse dentro de la restricción dura de un pago prospectivo, incurriendo en uno o varios de estos comportamientos perversos: 1) reducir la calidad de los servicios, de los insumos o de los medicamentos utilizados; 2) trasladar costos a otros prestadores, al pagador o al paciente; 3) descremar el mercado para quedarse con aquellos pacientes que tienen mayor probabilidad de costar menos de lo que el prestador recibe como pago prospectivo.

Una alternativa para que los prestadores se involucren en contratos con transferencia de riesgos es crear redes integradas de atención del cáncer que estén en capacidad de manejar el ciclo completo de atención desde el diagnóstico, la confirmación y el estadiaje, hasta el tratamiento, la rehabilitación, el

seguimiento a la remisión y el cuidado al final de la vida.

Estas redes serán capaces de generar mayor valor por cada peso utilizado si explotan las economías de escala inherentes a los equipos de alto costo y al recurso humano altamente calificado. Esto se puede lograr en el contexto de una red integrada si se desarrollan estructuras de “nodo y satélites”, tales como la de Health Care Global, en India (Herzlinger, 2013). En este modelo se explotan las economías de escala de los equipos costosos (PET-CT, aceleradores lineales, Cyberknife), trayendo a los pacientes desde las unidades satélites al nodo central, mientras que los equipos menos costosos (rayos X, ultrasonido, etc) se pueden ubicar en las unidades satélites. Para optimizar el recurso humano altamente calificado y escaso (por ejemplo, oncólogos clínicos, físicos y radioterapeutas), este modelo reconfigura la fuerza laboral mediante un cuidadoso proceso de estandarización y delegación a recurso humano menos costoso y menos escaso.

La estandarización permite que aquellos procesos, actividades o tareas sobre los cuales hay evidencia muy fuerte de qué hacer para lograr un resultado sean protocolizados, para minimizar su variabilidad y así mejorar la probabilidad de obtener el resultado esperado. La delegación, por su parte, implica que sí se puede avanzar rápidamente sobre la curva de aprendizaje, entonces será posible entrenar médicos menos especializados, o profesionales no médicos, técnicos o auxiliares, para que ejecuten dichos procesos, actividades o ta-

¹ Véase, por ejemplo, para cáncer de colon, Warren et ál. (2014); para cáncer de piel, Glynn (2013); para cáncer de pulmón: RT (2015); y para cáncer cervical, Jeronimo et ál. (2014).

En cuanto al tratamiento, es en este punto en el que se pueden lograr los mayores impactos de corto y largo plazos sobre la financiación del tratamiento del cáncer. Pero esto requiere que los prestadores evolucionen desde los actuales modelos de prestación fragmentados y discontinuos hacia modelos más coordinados y continuos.

reas. Esto a su vez permite superar el reto de la distribución geográfica de los especialistas, pues estos tienden a concentrarse en centros urbanos y a evitar moverse hacia centros periféricos, puesto que allí tienen menos oportunidades de desarrollar sus metas profesionales y personales. Las unidades de quimioterapia son un buen ejemplo de este enfoque, pues no requieren la presencia física de un oncólogo; este es indispensable solo para decidir el curso de tratamiento a seguir para un paciente dado y su posterior ajuste —de ser necesario—, y esta decisión se puede llevar a cabo mediante telemedicina desde el nodo central de la red.

Muchas otras tareas, tales como el manejo de condiciones médicas menores, el monitoreo del proceso de tratamiento, el manejo de efectos colaterales menores, la detección de signos de alerta de complicaciones o efectos colaterales mayores del tratamiento pueden ser realizadas por el recurso médico no especializado o por profesionales no médicos,

tales como enfermeras o químicos farmacéuticos. Muchas de estas actividades se pueden realizar a distancia mediante dispositivos móviles y muchas otras tecnologías de información y comunicación que hacen cada vez más fácil la delegación incluso al paciente mismo o a sus cuidadores.

En el contexto de una red integrada también es más fácil desarrollar protocolos y guías de tratamiento y monitorear la adherencia a ellos por los tomadores de decisiones clínicas, puesto que es más factible desarrollar mecanismos de rendición de cuentas entre pares. La variabilidad en las conductas médicas es mucho menor en contextos de práctica en los que hay rendición de cuentas entre pares (McCarthy et al., 2009), y en este contexto es mucho menos probable que se hagan tratamientos heroicos que no estén soportados en la evidencia o que no sean aceptados por los pacientes mismos. Más aún, la creación de un comité de ética con la participación de las partes involu-

cradas, incluyendo pacientes y cuidadores, haría que las decisiones del final de la vida sean más imparciales, legítimas y mejor aceptadas por las partes, evitando así la administración de tratamientos fútiles a los pacientes. Dado que el costo de oportunidad de los tratamientos de alto costo en países en desarrollo es tan alto, un abordaje de las decisiones al final de la vida debería incluir elementos de la ética de la priorización (Daniels & Sabin, 2008) de manera sistemática para garantizar la legitimidad e imparcialidad de las decisiones, así como para evitar que resulten afectados los segmentos más pobres y vulnerables de la población.

Los incentivos a los que los médicos están expuestos son también un asunto crítico para el mejoramiento de la eficiencia de asignación. Los incentivos de alto poder basados en márgenes sobre el precio de los medicamentos generan los conflictos de interés más potentes y, con ello, el mayor impacto negativo sobre la eficiencia de asignación (Bach, 2013). En contraste, los grandes sistemas integrados en la modalidad de nodo y satélites estarían en capacidad de contratar médicos bajo la modalidad de salarios, para evitar así los incentivos de alto poder. Obviamente, los salarios deben ser competitivos para atraer el talento más calificado, aun a sabiendas de que habrá un segmento de especialistas con una mentalidad más empresarial que seguramente no querrán someterse a una relación basada en el salario y preferirán mantenerse en su modelo de práctica independiente. Pero estos últimos enfrentarán un entorno competitivo muy diferente al actual, y posiblemente se verán forzados a consolidarse para poder competir con las redes integradas.



El futuro del tratamiento de esta enfermedad en el país no solo depende de los especialistas médicos ni de los subsidios económicos del Gobierno, sino que también involucra una cultura de la prevención en la comunidad.

Incentivos desde el Gobierno

Por último, el Gobierno (que es el asegurador de última instancia) debe crear un conjunto de incentivos que promueva la evolución de los prestadores hacia modelos de prestación más eficientes. Los incentivos deben ir en la misma dirección de las experiencias recientes de *“value-based purchasing”* que se observan en los Estados Unidos (Burwell, 2015) o en el Reino Unido (Roland & Campbell, 2013). En ausencia de estrategias de compra basada en valor, las EPS tendrán más incentivos para reducir la calidad, trasladar costos, descremar el mercado o negar pagos a los prestadores. Puesto que los malos desenlaces no son observables y por ello el mercado no penaliza a quienes tienen un mal desempeño, es poco probable que las EPS implementen estrategias de compra basada en valor; por el contrario, hay un incentivo muy fuerte para adoptar estrategias como las

mencionadas, que antes que generar valor, simplemente destruyen valor. Estos incentivos son trasladados al prestador y de este modo todos los actores del sistema terminan enfrascados en lo que Porter y Teisberg (2006) denominan una “competencia suma cero” (Porter & Teisberg, 2006).

Por lo tanto, el Gobierno debe poner los incentivos correctos sobre la mesa, de manera que todos los actores se alineen en pos de la agenda basada en valor. Una forma de iniciar esto es creando un conjunto de indicadores de proceso y resultado, bien sea puntos finales (*end-points*) o resultados de largo plazo, con los cuales se ponga en evidencia el desempeño de los pagadores en la gestión del cáncer. Ahora bien, es claro que la medición de resultados implica grandes retos operativos, particularmente en cáncer, pero también es claro que los beneficios de hacerlo superan con creces los riesgos inherentes.

La experiencia previa de la Cuenta de Alto Costo permite ser optimista en este sentido, y seguramente el gran esfuerzo que ha implicado la Resolución 247 de 2014 generará sus réditos en el campo específico del cáncer. Estos indicadores podrán ser usados para penalizar a quienes tienen un pobre desempeño y para premiar a quienes tienen el mejor. Al enfrentar esta rendición de cuentas de mercado, y dentro de la restricción dura de la UPC, las EPS tendrán un fuerte incentivo para que su red prestadora rinda cuentas en términos de generar mayor valor por cada peso utilizado, y los prestadores tendrán un incentivo para alinear los componentes de la cadena de valor en estructuras más consolidadas e innovadoras.

Al final, el gran beneficiado será el paciente, pues obtendrá mejores resultados clínicos y de calidad de vida. En paralelo, el sistema de salud se beneficiará porque logra estos resultados sin poner en riesgo su sostenibilidad financiera.

Referencias

- Bach, P. B. (2013). Reforming the payment system for medical oncology. *Journal of the American Medical Association*. 310(3), pp. 261-262.
- Burwell, S. M. (2015). Setting value-based payment goals: HHS efforts to improve U. S. health care. *The New England Journal of Medicine*. 372(10): pp. 897-899.
- Castaño, R. A. (2014). Towards a framework for business model innovation in health care delivery in developing countries. *BMC Medical*. 12:233.
- Daniels, N. & Sabin, J. (2008). *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?* [2nd edition]. New York: Oxford University Press.
- Glynn, S. (2013). *New Smartphone App 'Detects' Skin Cancer*. [Disponible en <http://www.medicalnewstoday.com/articles/258050.php>].
- Herzlinger, R. et ál. (2012). *Hub and spoke, Health Care Global, and additional focused factory models for cancer care*. Harvard Business School. Study case No. 9-313-030.
- Jeronimo, J. et ál. (2014). A multicountry evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and Papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 24(3):576-85.
- McCarthy, D.; Mueller, K. & Wrenn, J. (2009). *Kaiser Permanente: bridging the quality divide with integrated practice, group accountability and health information technology*. The Commonwealth Fund. Publication 1278.
- Porter, M. & Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Roland, M. & Campbell, S. (2014). Successes and failures of Pay for Performance in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*. 370(20), pp. 1944-1949.
- RT. (2015). *Phoning-in lung cancer: SNIFFPHONE to give diagnosis from single breath*. [Disponible en: <http://www.rt.com/news/229275-nanose-sniffphone-breath-cancer/>].
- Warren, A. D. et ál. (2014). Point-of-care diagnostics for noncommunicable diseases using synthetic urinary biomarkers and paper microfluidics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 111(10):3671-76. ■

CONEXIÓN

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

¡Páute con nosotros!



Información
Nelsy Ortiz Matiz
 Coordinadora Eventos y publicaciones
 E-mail: nortiz@acemi.org.co
 Tel.: 6205108 Ext. 120