

# **CUENTA DE ALTO COSTO**

**SIGRIS LEONOR CHINCHIA ALVAREZ**

**JENNY LORENA FLOREZ RODRIGUEZ**

**MICHAEL ISMAEL RENGIFO PARDO**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
FACULTAD DE ECONOMÍA  
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD  
SOCIAL EN SALUD  
BOGOTÁ  
2017**

**CUENTA DE ALTO COSTO**

**SIGRIS LEONOR CHINCHIA ALVAREZ**

**JENNY LORENA FLOREZ RODRIGUEZ**

**MICHAEL ISMAEL RENGIFO PARDO**

**Monografía de grado para optar el título de Especialista en Gerencia  
de Instituciones de Seguridad Social en Salud**

**Director**

**Dr. Carlos Iván Rodríguez**

**Profesional de Postgrado Seguridad Social en Salud**

**Asesor**

**Dr. Edson Jair Ospina Lozano**

**Docente Maestría en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
FACULTAD DE ECONOMÍA  
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD  
SOCIAL EN SALUD  
BOGOTÁ  
2017**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	5
1. OBJETIVOS	7
1.1. GENERAL	7
1.2. ESPECÍFICOS	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. METODOLOGÍA	9
4. CUENTA DE ALTO COSTO	10
4.1. ANTECEDENTES DE LA CUENTA DE ALTO COSTO	10
4.2. CREACIÓN DE LA CUENTA DE ALTO COSTO	13
4.3. FUNCIONES DE LA CUENTA DE ALTO COSTO	14
4.4. LINEAS DE ACCIÓN	15
4.5. PATOLOGÍAS DE LA CUENTA DE ALTO COSTO	17
4.5.1. Enfermedad Renal Crónica ERC	17
4.5.2. VIH	18
4.5.3. Cáncer	19
4.5.4. Hemofilia	19
4.5.5. Artritis	20
4.5.6. Enfermedades Huérfanas	20
4.6. ¿CÓMO OPERA LA CUENTA DE ALTO COSTO?	21
4.7. MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS	22
4.8. ANÁLISIS TÉCNICO DE PATOLOGÍAS	31
5. CONCLUSIONES	33
6. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
GLOSARIO	39
ANEXOS	

## LISTA DE ANEXOS

**Anexo No 1.** Paso 1. Diferencia de Prevalencias ERC 2016 Resolución 185 de 2017.

**Anexo No. 2.** Paso2 Indicadores GR ERC 2016 Resolución 185 de 2017.

**Anexo No. 3.** Paso3 Ejercicio Global Mecanismo ERC2016 Resolución 185 de 2017.

## RESUMEN

Los Actores del Sistema de Salud en Colombia (Entidades Promotoras de Salud - EPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, Entidades Obligadas a Compensar - EOC) se quejaron que los recursos con que opera no alcanzan para suplir las necesidades médicas e insumos de los usuarios afiliados al mismo, debido a que estos padecen patologías de alto costo, lo que representa un alto porcentaje de recursos de la Unidad por Capitación (UPC) para la intervención de las mismas.

A raíz de las quejas de las EPAB y EOC al Ministerio de Salud, la Presidencia de la Republica, y Organismos de Control como, Superperintendencia Nacional de Salud - Supersalud, la Comisión Reguladora en Salud - CRES como organismos de regulación del sistema, hacia el año 2006 no existía un mecanismo ni herramientas suficientes para corroborar el hecho, ya que el único reporte oficial establecido por la norma era la información de la suficiencia de Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio en Salud POS - UPC – POS- , cuyo referentes comerciales son el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT y el Precio Máximo al Público - PML, que no muestran la realidad de la operación del sistema. La Comisión de Regulación en Salud - CRES - recomendó realizar análisis real que indicara cuáles eran las patologías que representaban mayor costo en el sistema; así las cosas se reunieron las entidades agremiadas a través de Asociación Colombiana de Empresas Medicina Integral - ACEMI y Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar - ASOCAJAS invitando a las adaptadas al sistema a conformar un grupo técnico de trabajo para analizar las patologías de mayor incidencia.

La Resolución 3374 de 2000, regulariza la generación de información de atenciones en salud a través de Reporte Individual de Prestación de Servicios – RIPS, que son una fuente de primera mano sobre las atenciones en salud en Colombia, con base en esta Resolución y con el compromiso de los agremiados ACEMI y ASOCAJAS de reportar la información veraz de la utilización del servicio, se dio inicio a un organismo técnico de análisis de información médica, que se legalizo a través del Decreto 2699 de 2007 de la

Presidencia de la Republica, se creó la denominada **CUENTA DE ALTO COSTO – CAC-**, con funciones y responsabilidades dentro de las que se encontraban establecer los costos de las patologías y una propuesta inicial de distribución de recursos con el fin de compensar las inequidades económicas dentro de la UPC para la atención de los pacientes con la primera patología de mayor incidencia que resulto ser Enfermedad Renal Crónica - ERC - y sus dos precursoras Diabetes Mellitus - DM e Hipertensión Arterial - HTM.

Con la información reportada, no solamente se podía ajustar las insuficiencias económicas del sistema sino que tal información servía como una herramienta para análisis gerencial y poblacional para Colombia; siendo este país el único en el mundo que dio inicio a un proceso verdadero para analizar los costos de las patologías en un sistema de salud.

# 1. OBJETIVOS

## 1.1. GENERAL

Describir a la Cuenta de Alto Costo dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS -.

## 1.2. ESPECIFICOS

- Informar los mecanismos de operación de la CAC, identificando fortalezas, debilidades y aportes de la misma al Sistema de Salud Colombiano.
- Describir cómo operan los mecanismos de distribución de recursos con el fin de entender los requerimientos de información de la CAC.
- Identificar los criterios iniciales que considera la CAC para incluir una patología como reporte técnico.

## **2. JUSTIFICACION**

A raíz de las dudas que existen en todo el gremio de la Salud, sobre las patologías de Alto Costos del SGSSS y los informes de reporte frente a la CAC; nos hicieron tomar la iniciativa de realizar esta monografía con el fin de despejar dudas sobre los temas inicialmente propuestos, ya que existen diferencias de fondo entre una y otra porque las patologías de Alto Costo la realiza el grupo técnico de la dirección médica de las EPS donde manejan el perfil epidemiológico de las población afiliada y de acuerdo a la utilización del servicio establecen prioridades de salud de acuerdo a las enfermedades con mayor incidencia y costos para la EPS; mientras que para la CAC las patologías que miden son las que el sistema considera de mayor impacto poblacional y mayor costo de servicios, y son las que se reportan a través de un instructivo reglamentado con una resolución de Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

### **3. METODOLOGIA**

Para la realización de esta monografía se utilizaron como elementos fundamentales la normatividad vigente, el histórico de participación de una entidad dentro de la creación de la CAC tanto del Comité Técnico como de la Junta Directiva de ocho (8), lo que permitió evidenciar el histórico de evolución de la cuenta su metodología de trabajo, rectos, alcances, sistemas operativos técnicos, mecanismo de participación de las EPS, mecanismos de distribución de recursos etc.

De igual modo soportando el anterior proceso se corroboraron los datos a través de los mecanismos de difusión que posee la CAC como página web, publicaciones relacionadas y anexos informativos, lo que permitió consolidar en esta monografía desde el motivo de creación de la CAC hasta su consolidación como Organismo Técnico del SGSSS en Colombia.

## **4. CUENTA DE ALTO COSTO**

### **4.1. ANTECEDENTES DE LA CUENTA DE ALTO COSTO**

Para llegar a la definición de las patologías de alto costo que más afectan al Sistema en Salud se recorrió un largo camino, que dio inicio con la creación del SGSSS que fue legalizado a través de la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, creando actores así: Los primeros que eran administradores del sistema (Ministerio de Salud de regular y reglamentar la operación, FOSYGA del manejo de los recursos y Supersalud de la vigilancia de los operadores) y la operación a través de dos mecanismos; unas EPS, que se encargaban de la afiliación, establecer el Plan de Beneficios, administrar los recursos y unos Prestadores de Salud Instituciones Prestadoras en Salud – IPS que se encargan de la atención directa del paciente y sus patologías.

Así las cosas las EPS y EOC deben presentar el informe de la suficiencia de la UPC - POS para justificar la utilización de los recursos para la atención de los pacientes asegurados año a año, con los datos generados en los RIPS según la contratación que tuviera con sus prestadores y así era casi imposible determinar los costos de una patología ya que diferentes IPS según su nivel atendían al paciente sin realizar articulación del dato.

Viendo esta situación los directivos de la CAC a través de sus voceros realizaron el lobby ante la dirección de costos y tarifas del aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES de la necesidad de un estudio profundo para establecer las patologías de Alto Costo que más inciden en el costo de la salud en Colombia.

Los costos de las atenciones de los pacientes dentro de la UPC representan un porcentaje en el global de los recursos que reciben las EAPB y EPS para la atención de pacientes de acuerdo a la patología, esta información generalmente dentro de los Actores del Sistema las manejan los actuarios quienes son los encargados de definir las enfermedades de mayor incidencia dentro de la población asegurada. Al hacer los análisis existen en el Sistema de Salud Colombiano ciertas enfermedades cuyo costo

supera el valor promedio; la identificación de esta primera patología de mayor costo según conceso entre los agremiados ACEMI y ASOCAJA fue la Enfermedad Renal Crónica - ERC - por la fatalidad posterior que resultaba de la mala intervención.

También es importante aclarar que dentro del mercado de salud no existen tarifarios establecidos sino referentes comerciales, ya que cada EPS e IPS establecen acuerdos comerciales; los referentes comerciales más conocidos son SOAT, PML y tarifario ISS, así mismo las agremiaciones científicas expiden recomendaciones o guías de buena práctica médica (protocolo de atención e intervención) que no necesariamente dentro de un contrato se cumplen efectivamente, ya sea porque la IPS no cuenta con la habilitación de ese servicio o dentro de su protocolo de atención no lo tienen incluido.

La CRES fue delegada por el Ministro para realizar dicho análisis, pero viendo la dificultad de estandarizar la información para análisis solicito a los agremiando realizar el ejercicio de identificar la patología más costosa al interior; ACEMI y ASOCAJAS dieron inicio así para la creación de la CAC, pero se encontraron que la información no correspondía al 100% de la población asegurada ya que quedaban pendientes las Entidades Adaptadas, los Regímenes Especiales (Ecopetrol, Fuerzas Militares, Magisterio, Policía etc.), la población vinculada, la Población Indígena que estaba asegurados a través de otros mecanismos que contemplaban el sistema.

Las anteriores no eran entidades que estuvieran en ningún tipo de agremiación, por lo cual se procedió invitarlas de manera no oficial para alimentar el proceso, la respuesta fue exitosa en las EPS Adaptadas y las Indígenas; así las cosas se creó un Comité Técnico conformado por médicos, estadísticos, economistas de todas las EPS de acuerdo al rubro que representaban.

Los rubros que tenían representación tanto en el Comité Técnico como en la Junta Directiva eran las siguientes: EPS del Régimen Contributivo dos (2) sillas, EPS del Régimen Subsidiado dos (2) sillas, ASOCAJAS dos (2) sillas, Adaptadas y EPS Indígenas una (1) silla, y EPS Publicas una (1) silla.

Las funciones de la Junta Directiva de la CAC eran en ese momento legalizar e institucionalizar la creación de la CAC como organismo técnico de las EPS y las del Comité Técnico establecer indicadores y criterios mínimos de reporte de patologías que incidieran en la Salud en Colombia, fue tan exitosa la cogida en el Ministerio de Salud y Protección Social y en el Ministerio de Hacienda que rápidamente oficializaron la creación de la entidad a través del Decreto 2699 de 2007 firmado por la Presidencia de la Republica y los dos Ministerios.

Tanto en la Junta Directiva como en el Comité Técnico en las primeras reuniones establecieron por consenso que las patologías que tenían mayor incidencia en la población era la ERC con sus dos precursoras que eran Diabetes Mellitus e Hipertensión, ya que el descuido en las mismas por parte de los usuarios y las EPS en su intervención tenían como consecuencia una patología de mayor costo llamada Insuficiencia Renal Crónica.

Luego para establecer los costos verdaderos a los que contrata el sistema se estableció una canasta de servicios. Así, vamos definir lo ¿Qué es Canasta de Servicios?

El Comité Técnico de la recién iniciada CAC que aún no había sido legalmente constituida (Decreto de Creación) con el apoyo de los Nefrólogos de las IPS públicas en este momento que era Seguro Social y CAPRECOM presentaron un listado de protocolos médicos para la ERC en sus diferentes estadios, que incluía servicios, medicamentos, insumos, consultas y procedimientos. Este referente permitió establecer un mínimo de condiciones para la atención de paciente ERC y un listado de servicio y atención para las dos enfermedades precursoras, esto se denominó canasta de servicios.

Esta canasta se envió a todos los miembros del sistema para que hicieran los ajustes e incluyera o retiraran servicios, medicamentos, insumos, consultas y procedimientos que consideraran fueran importantes dentro de la atención de las patologías colocando los valores reales por los que se estaban pagando.

Este primer ejercicio llevo 6 meses en su montaje y reporte final extraoficialmente; con este borrador de servicios se presentó a la CRES analizando estos la riqueza de los datos y la variedad de información que podía aportar las EPS y EOC al Sistema de Salud en Colombia, ya que a esa fecha no se tenía un referente de información.

En dicho Decreto de creación se establecen unas primeras funciones de reporte de una sola patología de ERC con sus dos precursoras. Se presentó un borrador inicial para reporte de los datos de paciente en Colombia con ERC y sus dos precursoras, la resolución inicial de reporte fue la 4700 de 2008, quien obliga a entregar información por parte de las siguientes entidades EPS del régimen contributivo y subsidiado y Adaptadas.

#### **4.2. CREACION DE LA CUENTA DE ALTO COSTO**

Teniendo en cuenta que la CAC es un organismo técnico no gubernamental del SGSSS, fue creada bajo el Decreto 2699 del 13 de julio de 2007, quien obliga a las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y EOC para que administren financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la enfermedad ruinosas y catastróficas. *La CAC opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real y solidaria y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo<sup>1</sup>.* La CAC a la vez constituye para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y Aseguradoras.

De acuerdo al Artículo 6 del Decreto 3511 de 2009, sobre la administración y financiación de la Cuenta de Alto Costo, *las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS y del Régimen Subsidiado -EPS-S y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC, a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación,*

*administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto en ningún caso superará el dos por ciento (2%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo<sup>2</sup>.*

#### **4.3. FUNCIONES DE LA CUENTA DE ALTO COSTO**

La CAC con en el transcurso de su operación y caracterización de las diferentes patologías esta fue asumiendo una serie de funciones con el fin de suplir necesidades de información técnica y estadísticas con el fin de contribuir en el mejoramiento del SGSSS.

Estas funciones se encuentran contenidas en la página de la CAC, las cuales de enuncian a continuación:

- *Revisar y proponer mecanismos de ajuste por riesgo que técnicamente sean válidos y aplicables en el sistema de salud, compensando la concentración de riesgos que presentan algunas de ellas basado en mediciones epidemiológicas, objetivas y técnicamente adecuadas que evidencien y reconozcan los ahorros alcanzados por Gestión de riesgos.*
- *Aplicar el mecanismo financiero de redistribución de riesgo, establecido por los Ministerios de Salud y Hacienda para procurar equilibrio entre las EAPB que operan en el Sistema.*
- *Diseñar procesos estables y técnicamente seguros para censar los pacientes con patologías de Alto Costo.*
- *Construir y ajustar un sistema de información confiable y única de patologías de alto costo, con flujo de información desde IPS, para el uso de todos los actores.*
- *Elaborar estructuras de reporte de información, unificadas, basadas en evidencia y consensados con todos los actores.*

- *Construir indicadores estandarizados y concertados con los actores del sistema que evalúen la gestión de riesgo*
- *Evaluar las EPS e IPS con los criterios de medición estandarizados y concertados.*
- *Elaborar anualmente el ranking para EPS e IPS según resultados en salud*
- *Aportar conocimiento técnico en la elaboración de GPC con enfoque de riesgo.*
- *Aportar evidencia al Ministerio de Salud mediante experiencias y revisión de la literatura, referente a la selección de patologías de alto costo, según criterios técnicos, evitando de esta manera la inclusión de patologías de alto costo de forma dinámica.*
- *Contribuir en entregar mayor protección de salud a la población afiliada en general, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido discriminados o seleccionados<sup>3</sup>.*

#### **4.4. LÍNEAS DE ACCIÓN**

La CAC a diseñado procesos operativos basados en la gestión de riesgo para las siguientes enfermedades: ERC, VIH, Cáncer, Hemofilia, Artritis, de un modo estandarizado con información basada en la evidencia para que contribuya a un análisis técnicos de la carga e impacto de la patología en el sistema de salud; así mismo con este mecanismo estandarizado promueve a que los prestadores y administradores logren intervenciones adecuadas a los pacientes.

La CAC desde su creación implemento indicadores que permitían realizar una evaluación, medición y monitoreo de los resultados en salud de una patología a través de cohortes que incluyen desde datos administrativos como de resultado en salud, que permiten a los actores del sistema tener información confiable para tomar decisiones gerenciales.

Los logros en información entregados por la CAC han permitido que tanto el Ministerio de Salud y de la Protección Social gestionen incentivos por desempeño de los

administradores de las EAPB basados en la normatividad que rige la ERC; del mismo modo se espera que este mismo sistema de incentivo se aplique a las otras patologías objeto de reporte, situación está que ha sido bienvenida por los actores del sistema debido a que esto mejora la calidad de la atención que recibe el usuario.

La CAC tiene unos logros resaltantes los cuales se describen de acuerdo a lo publicado directamente por ellos en su página Web.

> *Estandarización de mediciones en VIH/SIDA, Enfermedad renal Crónica, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Cáncer, Hemofilia, para la evaluación por resultados en salud concertados con todos los actores del sistema de salud.*

> *Ajuste e implementación de programas con enfoque de riesgo para estas patologías con el fin de garantizar mejor calidad de la atención.*

> *Colombia tiene el mejor registro de Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión y Diabetes de América Latina, según investigadores de Oxford quienes revisaron los registros de esta patología en el mundo.*

> *Colombia es pionero en América Latina en promover la gestión de riesgo e introducir el pago por resultados en salud.*

> *Colombia es el único país que a través de la CAC, tiene un sistema de información confiable (solo con un error del 2%) de alta calidad en patologías de alto costo.*

> *Es uno de los países con mayor disminución de la incidencia de ERC terminal según lo publicado por United States Renal Data System recientemente.*

> *Disminución del costo del tratamiento en la terapia dialítica por paciente con un ahorro 900 mil millones de pesos en 5 años.(US\$450 millones) al sistema de salud.*

> *Según el comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en estadio terminal presenta un crecimiento anual en su incidencia cerca del 6%; sin embargo, en 4 años se han evitado el ingreso a Terapia de Reemplazo Renal aproximadamente de 5.169*

casos lo cual significa un ahorro para el sistema de salud de 600 mil millones de pesos. (Aproximadamente)<sup>4</sup>.

#### **4.5. PATOLOGÍAS DE LA CUENTA DE ALTO COSTO**

Se consideran patologías de alto costo aquellas diagnosticadas como terminales y crónicas que requieren tratamiento continuo y prolongado con medicamentos y procedimientos especiales. Las patologías con reporte a la CAC son las siguientes:

**4.5.1. Enfermedad Renal Crónica ERC:** La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de la función renal, cuyo grado de afectación se determina por un filtrado glomerular (FG) <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente; como consecuencia los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus son sus principales precursoras.

La Cuenta de Alto Costo a partir del año 2008 inicio el reporte de la patología mediante la Resolución 4700, a partir del año 2014 con la expedición de la Resolución 2463 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluyeron nuevas variables a la estructura de reporte.

*Para el año 2014 se reportaron a la CAC 3.055.568 casos, en diferentes estadios de la enfermedad y en estudio de la misma, así mismo se estableció una prevalencia de ERC para Colombia por EPS/EOC de 66.8 por cada cien mil afiliados al SGSSS con una incidencia de ERC de 11.01 pacientes por cada cien mil afiliados y una tasa de mortalidad por ERC de 28.19 por cada cien mil afiliados<sup>4</sup>.*

#### **Generalidades**

Prevalencia ERC5	61.62 x cada 100.000 habitantes
Incidencia ERC5	11.01 pacientes x cada 100 mil afiliados

Mortalidad ERC5	8.41 pacientes x cada 100 afiliados
Mortalidad ERC	28.19 pacientes x cada 100 mil afiliados
Prevalencia HTA	6.4 personas x cada 100 afiliados
Pacientes con control de la DM	13.01%
Pacientes con control de la HTA	56.33%

**4.5.2. VIH:** El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un tipo de virus que ataca al sistema inmunológico, las defensas del cuerpo humano, destruyendo algunas de las células de nuestra sangre (linfocitos).

Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunológico, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunológico es deficiente cuando deja de cumplir su función de defensa contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (Organización Mundial de la Salud).

Mediante las Resoluciones 4725 de 2011 y 0783 de 2012 la Cuenta de Alto Costo realiza el registro de la información de esta patología desde el 2008. *Para el año 2014 se reportaron a la CAC 53.408 personas viviendo con VIH, una incidencia de 11.59 por cada cien mil afiliados y la prevalencia para el país fue de 0.12 por cada cien mil habitantes<sup>5</sup>.*

### **Generalidades**

Casos VIH	53.408
Casos SIDA	29.488 (estadio 3)
Prevalencia	0.12 x cada 100 personas afiliadas
Mortalidad	9,46 x cada 1000 afiliados
Gestantes Tamizadas para VIH	72.9%
Cobertura de TAR indicada	87.9%

**4.5.3. Cáncer:** El cáncer es el nombre mediante el cual se denominan las alteraciones patológicas de las células que provoca que estas se dividan de manera descontrolada debido a múltiples causas que pueden ser genéticas, por virus, o por exposición con agentes cancerígenos. Puede iniciar de manera localizada y diseminarse a los tejidos circundantes. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer.

Según el concepto de la Organización Mundial en Salud, define el cáncer como *un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana*<sup>6</sup>.

*En Colombia mediante la Resolución 0247 de 2014 se inició el registro de la información de pacientes con cáncer, de este primer reporte se obtuvo un registro de 139.789 casos en el país; el cáncer de mama fue el que mayor número de registros representó con 33.095 casos, seguido del cáncer de próstata con 14.350 casos, cáncer de cérvix 12.618 casos, cáncer colon - rectal con 8.824 casos, cáncer gástrico con 4.721, Linfoma No Hodgkin con 4.179 casos, Linfoma Hodgkin con 2.525 y cáncer de pulmón con 2.413 casos*<sup>7</sup>.

**4.5.4. Hemofilia:** La hemofilia es un trastorno hemorrágico congénito poco común en el que la sangre no se coagula normalmente; está vinculado al cromosoma X, provocado por la deficiencia del factor VIII de Coagulación (en el caso de la Hemofilia A) o del Factor IX (en el caso de la Hemofilia B).

La deficiencia es el resultado de las mutaciones de los respectivos genes de los factores de la coagulación. La Hemofilia tiene una frecuencia estimada de aproximadamente 1 caso por cada 10.000 varones nacidos.

La Hemofilia A es más frecuente que la Hemofilia B y representa entre el 80 y el 85% de la población total de personas con Hemofilia.

*La Cuenta de Alto Costo en cumplimiento de la Resolución 0123 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, realiza el registro de información de personas diagnosticadas con Hemofilia y otras Coagulopatias a corte del 31 de Enero para cada año. En este primer reporte se obtuvo 3.501 registros de pacientes con todas las Coagulopatias y 1834 pacientes Hemofílicos, de acuerdo a esta línea de base se definió una prevalencia de  $0,88 \cdot 10.000$  varones afiliados y  $0,75 \cdot 10.000$  varones nacidos<sup>8</sup>.*

**4.5.5. Artritis:** La Artritis Reumatoide – AR - es una enfermedad inflamatoria sistemática autoinmune, que afecta las articulaciones o coyunturas más pequeñas de manos y pies. Causa dolor, hinchazón y rigidez. Si una rodilla o mano tiene artritis reumatoide, usualmente la otra rodilla o mano también está afectada. Esta enfermedad ocurre a menudo en más de una articulación y puede afectar cualquiera de las articulaciones.

*En Colombia a partir de la Resolución 1393 de 2015 se establece la obligatoriedad de reporte para todas las EAPB del sistema quienes desde el 30 de septiembre del 2015 iniciaron el reporte anual del registro de información de esta patología de alto costo<sup>9</sup>.*

**4.5.6. Enfermedades Huérfanas:** Una Enfermedad Huérfana o rara es aquella que afecta a un pequeño número absoluto de personas o a una proporción reducida de la población.

En Colombia una Enfermedad Huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas.

*Comprenden las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas según la Ley 1392 de 2010 y Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>10</sup>.*

*Mediante el Decreto 1954 del 2012 se dictó las disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, y en la Resolución 0430 del 2013 se realizó el listado de Enfermedades Huérfanas en Colombia, la CAC realizo un censo por única vez en el año 2013 donde se reportaron 13.218 personas con Enfermedades Huérfanas en Colombia<sup>11</sup>.*

#### **4.6. ¿CÓMO OPERA LA CUENTA DE ALTO COSTO?**

Una vez se obtuvo claro la teoría de las responsabilidades técnicas y ejecutivas se dio inicio a la operación de la Cuenta de Alto Costo de la siguiente manera:

**Comité Técnico:** Con la representación de gran cantidad de los involucrados del sistema y de las diferentes experticias dio inicio el trabajo técnico identificando que variables eran fundamentales para alimentar una base de datos (cohortes) que permitiera hacer seguimiento de la primera patología de obligatorio reporte. Como el objetivo desde el inicio de la cuenta era técnico se trabajó en crear dos aspectos de información.

El primero: datos administrativos, que permitieran identificar al usuario en sexo, régimen, ubicación geopolítica, datos de identificación y edad que permiten establecer la prevalencia de la patología en una región, en un grupo etario.

El segundo, debería reportar datos clínicos que permitieran la identificación, el grado de daño o afectación que la enfermedad ha causado al paciente que dentro de la argot medico se llama estadificación de la enfermedad y estas esta categorizadas del uno al cinco siendo el uno el inicio de la enfermedad y el cinco los pacientes que requieren diálisis hemodiálisis o remplazo del riñón, así mismo variables que permiten identificar los costos asociados a la intervención clínica de los pacientes en sus diferentes estadios.

Las variables iniciales de la resolución 4700 de 2008, solicitaban el reporte de pacientes con ERC y sus dos enfermedades precursoras DM y HTM; se establecieron cuarenta y ocho (48) variables que permitían realizar una recolección básica de información.

Se realizó consenso basado en la evidencia para identificar la necesidad de cada una de las variables; este se ponía en discusión en el Comité Técnico quienes eran la fuente de validación del dato frente a la necesidad de información del sistema.

**Junta Directiva:** Las funciones eran avalar la información procesada y consensuada por el Comité Técnico con el fin de ver su viabilidad y su vocero ante ellos era la Directora Ejecutiva de la Cuenta de Alto Costo que en su momento era la Dra. Martha Ospina; la Junta Directiva discutía la facilidad de suministrar datos por parte de las EPS y EOC a nivel nacional, ya que los sistemas de información de cada asegurador no eran estándar porque en su momento existían EPS con un nivel de tecnología muy alto que incluía historia clínica virtual y sistematizada y EPS que contaban con sistemas de manuales de reporte.

#### **4.7. MECANISMOS DE DISTRIBUCION DE RECURSOS**

El Comité Técnico de la cuenta de Alto Costo, en sus discusiones presentó tres (3) mecanismos para la aplicación de la distribución de recursos que eran: promedio, media y mediana los cuales se describen a continuación:

**Promedio:** Es la media aritmética y se calcula sumando un grupo de números y dividiendo a continuación por el recuento de dichos números estableciendo un margen de confianza que según las normas estadísticas está en un 5%.

**Media:** La media es la medida más usada para encontrar el promedio. De hecho, la gente siempre utiliza la palabra "promedio" para referirse a la "media." Encontrarla es simple: solo suma todos los números en los datos y divídelos por la cantidad de números.

**Mediana:** Es el valor que ocupa el lugar central de todos los datos cuando éstos están ordenados de menor a mayor.

En el inicio de la distribución de recursos de la primera patología en consenso y teniendo en cuenta los datos que se tenían se aplicó el promedio con márgenes de

confianza del 95%; esto se puede evidenciar en la Resolución 3413 del 16 de septiembre del 2009 en su Artículo 5.

**ARTICULO 5. VARIABLES QUE SE DEBENTENER EN CUENTA.** Para efectos de la presente resolución, se establecen las siguientes definiciones que se determinan para el periodo de reporte, con la información de que trata el artículo 2 de la presente resolución.

$$P_{i,j}$$

Número de pacientes con ERC estadio 5 en el grupo de edad  $j$ , afiliados a la EPS $i$ , EPS-S y EOC $i$ .

$$\alpha_{i,j}$$

Número de afiliados a la EPS $i$ , EPS-S $i$  y EOC $i$ , que pertenecen al grupo de edad  $j$ .

$$f_{i,j}$$

Frecuencia de casos observados de pacientes con ERC estadio 5 en el grupo de edad  $j$  de la EPS $i$ , EPS-S $i$  y EOC $i$ .

$$f_i$$

Frecuencia de casos observados de pacientes con ERC estadio 5 en el grupo de edad  $j$ , para todas las EPS, EPS-S y EOC $i$ .

$$\bar{f}_j$$

Promedio de las frecuencias de ERC estadio 5 en el grupo de edad  $j$ , de las EPS, EPS-S y EOC.

$$\sigma_j^f$$

*Desviación estándar de las frecuencias de ERC estadio 5 en el grupo de edad j, de las EPS, EPS-S y EOC.*

$$LIC_j^{inferior}$$

*Límite inferior del intervalo de confianza para la frecuencia de ERC estadio 5, en el grupo de edad j.*

$$LIC_j^{superior}$$

*Límite superior del intervalo de confianza para la frecuencia de ERC estadio 5, en el grupo de edad j.*

$$\delta_{i,j}$$

*Desviación en frecuencia de ERC estadio 5 en el grupo de edad j, de la EPSi, EPS-Si y EOCi.*

$$p_{i,j}^{\delta}$$

*Número de casos de ERC estadio 5 que representa la desviación en frecuencia en el grupo de edad j, de la EPSi, EPS-Si y EOCi.*

$$CED_{i,j}$$

*Costo estándar mensual de las desviaciones en frecuencia para cada EPSi, EPS-Si y EOCi en cada grupo de edad j.*

$$CED_i$$

*Costo estándar mensual para cada EPSi, EPS-Si y EOCi.*

$$VNDA_i^F$$

*Valor neto mensual de giro o distribución de la cuenta de alto costo, de la EPSi, EPS-Si y EOCi.*

$\bar{C}$

*Costo estándar mensual por paciente de la atención de la ERC estadio 5, certificado por el organismo de administración de la cuenta de alto costo.*

$N$

*Número total de EPS, EPS-S y EOC, en los regímenes contributivos y subsidiado<sup>12</sup>.*

Esto significó la distribución más sencilla de los recursos, pero no se tuvo en cuenta la incidencia ni la intervención de los pacientes de acuerdo a las guías clínicas, en otras palabras recibían más dinero el que tuviera más pacientes renales en hemodiálisis o diálisis sin analizar la progresión que tuviera la enfermedad de una cohorte a otra.

Los grandes beneficiarios en ese momento de distribución fue la nueva EAPB creada por el Gobierno Nacional en asociación con las Cajas de Compensación que se denominó Nueva EPS; así mismo las que tenían Planes de Beneficios que atendían pacientes con edades avanzadas ya que existe en el Sistema de Salud un término denominado “envejecimiento renal” que significa que a mayor edad de un paciente el riñón deja de funcionar de modo óptimo. Este tipo de entidades con poblaciones peculiares recibieron unos recursos mayores que el resto de Actores del Sistema.

Esta fórmula de distribución se aplicó durante cinco (5) años, teniendo en cuenta que las variables establecidas en la Resolución 4700 de 2008 Reporte de pacientes con ERC, HTA y DM permitían identificar incidencia y prevalencia y por norma de estadística se formuló con el 5%; una vez fue modificada la Resolución 4700 de 2008 por la Resolución 2463 del 19 de junio de 2014 aumento las variables que debían reportar las EAPB y EOC a la Cuenta de Alto Costo, lo que permitió a esta última utilizar un nuevo mecanismo para la distribución de recurso que en consenso con todos los actores del sistema se definiría por mediana con ingredientes adicionales en la aplicación de riesgo por grupo etario así:

0 a 4 años	45 a 49 años
5 a 9 años	50 a 54 años
10 a 14 años	55 a 59 años
15 a 19 años	60 a 64 años
20 a 24 años	65 a 69 años
25 a 29 años	70 a 74 años
30 a 34 años	75 a 79 años
35 a 39 años	80 y más años
40 a 44 años	

Adicionalmente un análisis de variables de gestión en incidencia, prevalencia y prevención del riesgo de acuerdo a la guía de ERC, lo que logro establecer la siguiente formula según lo estableció la Resolución 0248 de 2014, en su Artículo 5, 6 y 7.

**Artículo 5. Variables que deben tenerse en cuenta.** Para efectos de la presente resolución, se establecen las siguientes definiciones de las variables que se determinarán para el periodo de reporte, con la información de que trata el artículo 2 de la presente resolución.

$$\rho_{i,j}$$

Número de pacientes con ERC estadio 5 en el grupo de edad  $j$ , afiliados a la aseguradora  $i$ .

$$\alpha_{i,j}$$

Número de afiliados a la aseguradora  $i$  por grupo de edad  $j$ .

$$f_{i,j}$$

Prevalencia por cada 100.000 personas, de pacientes con ERC estadio 5 por grupo de edad  $j$ , afiliados a la aseguradora  $i$ .

$$f_j$$

Prevalencia por cada 100.000 personas, de pacientes con ERC estadio 5, para el grupo de edad  $j$  de todas las aseguradoras.

**N**

*Número total de aseguradoras.*

**$\beta_{i,j}$**

*Diferencia entre prevalencias de pacientes con ERC estadio 5 por grupo de edad j, afiliados a la aseguradora i; y la prevalencia de pacientes con EC estadio 5, para el grupo de edad j de todas las aseguradoras.*

**$V_{i,j}$**

*Sumatoria de las diferencias entre las prevalencias de los pacientes con ERC estadio 5 por grupo de edad j afiliados a la aseguradora i; y la prevalencia de pacientes con EC estadio 5, para el grupo de edad j de todas las aseguradoras.*

**$p_{i,j}^{\delta}$**

*Número de casos de pacientes con ERC estadio 5 expandido a la población general.*

**CED**

*Costo para cada EPS en cada grupo etario j, afiliados a la aseguradora i.*

**$\bar{C}$**

*Costo de atención de un paciente con ERC estadio 5 certificada por la administración de la cuenta de alto costo.*

**Artículo 6o. Cálculo para definir el monto que aporta cada una de las EPS-C, EPS-S y EOC.** Las fórmulas que se describen a continuación permiten establecer el monto que cada EPS-C, EPS-S y EOC, debe aportar con el fin de poner en marcha el mecanismo de reconocimiento para incentivar la gestión y los resultados en salud de la Enfermedad Renal Crónica ERC:

1. Prevalencia de ERC estadio 5 para cada grupo de edad y para cada aseguradora.

$$f_{i,j} = \frac{\rho_{i,j}}{\alpha_{i,j}} * 100.000$$

2. Prevalencia de la ERC estadio 5 en cada grupo de edad, para la totalidad de las aseguradoras.

$$f_j = \frac{\sum_{i=1}^N P_{i,j}}{\sum_{i=1}^N \alpha_{i,j}}$$

3. Diferencia entre las prevalencias.

$$\beta_{i,j} = f_{i,j} - f_J$$

4. Sumatoria de las diferencias entre prevalencias.

$$V_{i,j} = \sum f_{i,j} - f_J$$

5. Número de pacientes con ERC estadio 5 expandido a la población general.

$$\rho_{i,j}^{\sigma} = \beta_{i,j} * \frac{\alpha_{i,j}}{100.000}$$

6. Valor para cada EPS por grupo etano por distribución de riesgo de ERC.

$$CED_{i,j} = \bar{C} * \beta_{i,j}$$

**ARTÍCULO 7. Distribución de recursos por desviación de riesgo de ERC.** La distribución de los recursos, consecuencia de la desviación de riesgo de la ERC en estadio 5, será definida de la siguiente manera:

1. Para determinar el monto total recaudado se aplicará la siguiente fórmula que proviene del cálculo del artículo 6:

$$\text{Recaudo} = \bar{C} * v_{i,j}; \text{ si } < 0$$

2. A partir de febrero de 2017, el monto total recaudado será distribuido atendiendo los siguientes porcentajes: el 60% para ajustar la siniestralidad que enfrenta cada EPS-C, EPS-S y EOC; y el 40% restante, entre las EPS-C, EPS-S y EOC que cumplan los indicadores o metas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los indicadores serán de proceso y de resultado y tendrán que centrarse en las enfermedades precursoras de la enfermedad renal crónica. Con el fin de incentivar la

*gestión de riesgo en salud, los resultados en salud, evitar la selección adversa por parte de las aseguradoras y medir la respuesta de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) los indicadores o metas se estructuran por etapas.*

*Culminada la primera etapa de la aplicación del mecanismo de distribución y giro de los recursos en el año 2016 y evaluados los resultados de los indicadores medidos, se procede a la implementación de la segunda etapa a partir del 2017 con la siguiente distribución de indicadores de gestión del riesgo: A. Se continua con la medición de los indicadores de proceso: captación y estudiados que pesarán el 80% y, B. Indicadores de resultado: incidencia de ERC en estadio 5 y la no progresión de la enfermedad, el 20%.*

*Esta segunda etapa no podrá durar más de dos años, contados a partir del 2018 y será evaluada de acuerdo con los indicadores de gestión incluidos en el anexo de la presente resolución.*

*Los recursos se distribuirán entre las EPS o EOC en forma proporcional a la contribución de la distancia que existe entre el indicador de cada EPS y el promedio país o la meta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social. La distancia será ponderada por la población relacionada con cada indicador. Las EPS que presenten indicadores inferiores al promedio nacional o meta no participarán de la distribución de recursos por este componente.*

*Los pesos de cada indicador en los recursos de este numeral serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y deberán privilegiar los resultados en salud.*

**PARÁGRAFO 1.** *En cada vigencia, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá incrementar progresivamente el porcentaje destinado a gestión del riesgo en salud.*

**PARÁGRAFO 2.** *Si existen EPS-C, EPS-S y EOC que se encuentren en proceso de liquidación y por este motivo los pacientes con ERC estadio 5 deban ser trasladados a las demás EPS-C, EPS-S y EOC, estos pacientes no serán tenidos en cuenta para efectos de los indicadores de gestión durante el primer año del traslado del paciente<sup>13</sup>.*

Con base en la anterior formula se tenían más de doce (12) factores diferentes para aplicar los recursos. Con el consenso de todos los miembros del sistema que debían reportar información ante la Cuenta de Alto Costos, esta fórmula se autofinanciaba solo con recursos de compensación y la desviación por diferencia ya no era con apoyo de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; así mismo esta fórmula busca identificar e incentivar la buena gestión de las EAPB y EOC en la mitigación del riesgo y progresión de la ERC presentando un cambio de 180° en la aplicación de la distribución de recursos, como se puede notar el incentivo es mayor de acuerdo a la intervención de pacientes e inclusión en los programa de ERC y verificación de los protocolos de manejo del paciente.

Una vez cargada la información en la plataforma establecida por la cuenta de Alto Costo que permite validar la estructura del archivo luego la Cuenta de Alto Costo procedía realizar validaciones internas para evitar usuarios compartidos entre las aseguradoras todo bajo la responsabilidad de las Habeas Datas, se realizan mesas de trabajo de compartidos para tener una única base final de usuarios con ERC.

La Cuenta de Alto Costo desde su Comité Técnico estableció que las historias clínicas de los pacientes debían ser auditadas para lo cual se creó un modelo de epicrisis con unos datos básicos para su verificación, paralelamente se realizó una licitación privada con el fin de contratar dos entidades.

1. Fiducia que se encarga del manejo de los recursos de la Cuenta de Alto Costo.
2. Firma auditora externa encargada de realizar la auditoria a las historias clínicas reportadas; según lo aprobó la Junta Directiva por recomendación del Comité Técnico se auditarían el 100% de las historias clínicas de pacientes con ERC estadio 5 en diálisis, hemodiálisis, trasplantados y una muestras significativas de pacientes con ERC estadio 1 al 4, que permite en una cohorte de tres (3) años verificar la progresión o disminución en la población para analizar los factores de buena gestión de las EAPB y EOC e incentivar las buenas prácticas médicas.

Desde el principio la Cuenta de Alto Costo estableció como mecanismo el seguimiento a cohortes; lo que significa que no es un reporte en el tiempo sino el seguimiento paciente a paciente en una línea de tiempo, esto con el fin de que el usuario (paciente) no desaparezca de ningún informe así cambie de EPS.

Se anexa cuadros de metodología de aplicación de recursos para un periodo para casos de ERC. (Ver Anexos No 1, 2 Y 3)

Este mismo mecanismo se utiliza para todas las patologías de reporte, es importante aclarar que para la distribución de recursos se necesita el análisis de mínimo una cohorte de tres (3) años; ya que solo así según los estándares de epidemiología se puede ver el seguimiento de una cohorte de pacientes con una patología específica.

#### **4.8. ANÁLISIS TECNICO DE PATOLOGÍAS**

La Cuenta de Alto Costo a través de su Comité Técnico conformado por miembros de diferentes especialidades de las diferentes EPS de acuerdo al ramo que represente prioriza las patologías a reportar con antecedentes técnicos y con medicina basada en la evidencia, la primera patología escogida fue ERC, la segunda VIH, la tercera fue Cáncer, la cuarta Hemofilia, la quinta Artritis y un reporte especial de Enfermedades Huérfanas; una vez se priorice la enfermedad se establecen los indicadores mínimos de reporte de la siguiente manera:

1. La Cuenta de Alto Costo solicita a sus miembros a través de su Comité Técnico que los especialistas en la patología indiquen la información básica para hacer un análisis de cohorte.
2. Paralelamente la Cuenta de Alto Costo gestiona ante las Asociaciones Médicas Profesional (Nefrólogos, infectólogos, oncólogos etc.) que hagan parte de un comité de experto quienes realizarían las siguientes funciones de modo ad honoris.

- a. Ser mediador en los casos que los auditores externos no puedan identificar el medicamento, procedimiento, insumo utilizado en una patología para que el paciente sea aprobado de la cuenta.
  - b. Realizar las recomendaciones de ajustes a los anexos técnicos para facilitar tanto el reporte como la Auditoría de las patologías a reportar.
  - c. Capacitar algunos funcionarios de la Cuenta de Alto Costo, a los miembros del Comité Técnico de la Cuenta sobre procesos médicos y tecnológicos (utilización de nuevos medicamentos, insumos, tratamientos etc.), con el fin que dé sea socializado al resto de EAPB y EOC.
3. Una vez se tiene definido la patología preliminar de reporte con el borrador del anexo técnico de reporte se envía al Ministerio de Salud y Protección Social, donde los actuarios de este ministerio quienes verifican el porcentaje de costo de la patología en la UPC y su impacto en el país.
  4. Una vez el Ministerio de Salud y protección Social le ha dado el visto bueno de la inclusión de esa patología para un nuevo reporte con su anexo técnico se envía al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que los matemáticos de este ministerio verifique los cálculos matemáticos de distribución de recurso e impacto en el país.

## 5. CONCLUSIONES

En el desarrollo de la monografía fue necesario la recopilación de información de distintas fuente, las cuales nos permitieron concluir lo siguiente:

- De acuerdo a la evolución del SGSSS y ante la presencia de enfermedades que le significaban alto costo a las EPS, fue creada una CAC que permitió realizar un consenso entre todas las EPS contributiva y subsidiada de las patologías que les representaba mayor costo; el tratamiento de estas, los costos y servicios asociados a la mina, finalmente para escoger las más importantes y las que demostraban mayores gastos, con medicina basada en la evidencia.
- La CAC fue evolucionando hasta finalmente estar bien estructurada por dos líneas de acción, un Comité Técnico y una Junta Directiva que establecieron diferentes criterios para reportar las enfermedades de alto costo, realizando un estudio detenido y así cumplir una buena auditoria para facilitar el manejo correcto de los sistemas de información y sobre todo el manejo de recursos de estímulo a la buena gestión destinados al tratamiento de las enfermedades contenidas dentro de dicha cuenta.
- La buena gestión de la Cuenta de Alto Costo en el análisis de la primera patología de reporte ERC con sus dos (2) enfermedades precursoras HTA y DM permitió al país identificar los pacientes con dichas patologías y la progresión de la misma en una cohorte mínima de tres (3) años este seguimiento a cohorte lleva 10 años de manera interrumpida; esta información sirvió como referencia en Latinoamérica para establecer las guías de manejo de ERC.
- Con la implementación de la CAC se permitió un mayor cubrimiento de enfermedades de alto costo, un mayor respaldo económico a las EPS para el tratamiento de estas enfermedades, pero sobre todo un control más estricto para clasificar de manera correcta una enfermedad de alto costo, también permitió contar con un sistema de información de mayor confiabilidad a nivel de

Latinoamérica, mostrando con mayor certeza los casos presentados a nivel de Colombia; no solo en las EPS subsidiadas y contributivas sino también empresas de régimen especial, vinculados, población indígena, etc.

- Se consolidó la CAC como un organismo técnico que entrega herramientas para un análisis de salud situacional en Colombia.

## 6. RECOMENDACIONES

De acuerdo a la revisión sistemática de la CAC hemos llegado a la siguiente recomendación

No es clara desde la constitución de la CAC quién vigila sus acciones, porque se tiene tácitamente dispuesto que esto lo vigilarían las mismas EPS; pero no está descrito en la Resolución de Creación de la entidad; así mismo las Resoluciones modificatorias a los reportes de patologías nunca han mencionado un Ente que vigile las decisiones de la CAC.

Por ser un organismo técnico no se puede considerar EPS ni IPS, por tal motivo la Supersalud no la puede vigilar; del mismo modo no está adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social si no como organismo de consulta; la variedad de patologías que manejan en los reportes hacen que las sociedades científicas no puedan hacer parte de su vigilancia.

Sugería de manera humilde que el único Organismo Técnico con capacidad de analizar los resultados de datos en salud entregados por la CAC es el Instituto Nacional de Salud, quien cuenta con los profesionales con perfiles adecuados para discutir diferencias en criterios y realizar una vigilancia a todos los proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 7] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos>.
2. Decreto 3511 de 2009. Septiembre 14. Diario Oficial No. 47.473 de 15 de septiembre de 2009. Ministerio de Salud y de la Protección Social.
3. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 7] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos#funciones>.
4. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 7] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos#lineas-de-accion>.
5. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 7] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/boletines/8-boletines/111-alianza-cuenta-de-alto-costo-y-new-health-foundation-plan>.
6. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 7] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/boletines/patologias>.
7. Colombia. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud. 2010.
8. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 7] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/patologias/9-patologias/33-cancer1/?template=cuentadealtocostocontenido>

9. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 11] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/patologias/9-patologias/32-hemofilia1/?template=cuentadealtocostocontenido>.
10. Ley 1392 de Julio 2 del 2010 Artículo 2 y Ley 1438 de Enero 19 de 2011 Artículo 140, del Ministerio de Salud y de la Protección Social.
11. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 11] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/patologias/9-patologias/97-artritis01/?template=cuentadealtocostocontenido>.
12. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Resolución 3413 del 16 de septiembre de 2009 Artículo 5, por la cual se fijan los mecanismos de cálculo que definen los montos de giro y distribución de los recursos de la cuenta de alto costo para las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, y Entidades Obligadas a Compensar, en el caso de la Terapia de Reemplazo Renal por Enfermedad Renal Crónica, ERC. Bogotá: El Ministerio; 2009.
13. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Resolución 0248 de 2014. Por la cual se fija el mecanismo de cálculo que define el monto de giro y distribución de los recursos de la cuenta de alto costo para las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, y entidades obligadas a Compensar, en el caso de la terapia de reemplazo renal por enfermedad renal crónica, ERC. Bogotá: El Ministerio; 2014.
14. Alianza Cuenta de Alto Costo y New Health Foundation [Internet]. [Consultado 2017 jun 11] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/patologias/9-patologias/24-enfermedades-huerfanas/?template=cuentadealtocostocontenido>.

Colombia. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Resolución 4700 de 2008 Por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo. Diario Oficial, 47190 (Dic 1 2008).

Colombia. Ministerio de la Protección Social, Decreto número 2699. 2007 por el cual se establece algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46688 (Jul 13 2007).

Acuerdo número 3887 de 2008, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por medio del cual se determina el valor del K y se establecen los Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica para cada una de las EPS en el año 2007.

## GLOSARIO

**ACEMI:** Asociación Colombiana de Empresas Medicina Integral.

**AR:** Artritis Reumatoide.

**ASOCAJA:** Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar.

**CAC:** Cuenta de Alto Costo.

**CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EPS'S:** de acuerdo a lo definido en el artículo 27 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente el Régimen Subsidiado, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.

**COHORTE:** se utiliza para designar a un grupo de sujetos que tienen una característica o un conjunto de características en común (generalmente la exposición al factor de estudio), y de los que se realiza un seguimiento en el transcurso del tiempo.

**CRS:** Comisión Reguladora en salud.

**CRES:** Comisión de Regulación en Salud.

**EAPB:** Entidades Promotoras de Planes de Beneficios.

**EAS:** Entidades Adaptadas en Salud.

**EPS:** Entidades Promotoras de Salud.

**ERC:** Enfermedad Renal Crónica.

**EOC:** Entidad Obligada a Compensar.

**FOSYGA:** Fondo de Seguridad y Garantía.

**GPC:** Guía de Práctica Clínica.

**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**MANUAL DE TARIFAS ISS:** El Manual de Tarifas es un instrumento de referencia de precios de actividades, intervenciones y procedimientos en salud, ajustados al Plan Obligatorio de Salud (POS) definido por el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 5261/94.

**PML:** Precio máximo al público.

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**SOAT:** Seguro Obligatorio de Daños Corporales a víctimas de Accidentes de Tránsito.

**SUPERSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud

**TRR:** Terapia Reemplazo Renal.

**UPC:** Unidad por Capitación.

**UPC – S:** Unidad por capitación para el régimen subsidiado.

**VIH:** Virus de Influenza Humana.