



NAES

Nutrición y atención en salud

Fascículo 3, octubre 2020.

Acuerdo de Punto Final.

¿Qué avances hay?

→ **El acuerdo de punto final** tiene como objetivo preservar la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el saneamiento de la deuda existente hasta febrero de 2020 y estableciendo nuevas regulaciones que permitan controlar el gasto en el futuro.

Se compone de dos ítems principalmente: saneamiento y modificación en la gestión y financiación de las tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC):

- **Saneamiento:** aporte de recursos al sector salud a través de la aclaración de las cuentas acumuladas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC (No UPC).

La Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) se encarga del saneamiento de deuda del régimen contributivo de las tecnologías prestadas hasta el 29 de febrero de 2020.

En el caso del régimen subsidiado, el encargado de la deuda es la entidad territorial para las tecnologías prestadas hasta el 31 de diciembre de 2019; lo correspondiente a las tecnologías prestadas entre el 1 de enero y el 29 de febrero de 2020 podrá ser saneado por la ADRES.

Uno de los procesos de mayor dificultad ha sido llegar a un acuerdo en el monto real de la deuda, haciendo difícil el reconocimiento de esta. Lo anterior se da principalmente porque la ADRES no tiene registrado lo que actualmente está en proceso de auditoría o porque las cuentas no han sido reconocidas en proceso de auditorías anteriores al no cumplir requisitos.

La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales establece una deuda aproximada de \$10,1 billones de pesos, mientras la ADRES estima que la cartera puede alcanzar los \$5,2 billones para el régimen contributivo y \$1,5 billones para el régimen subsidiado. Las tecnologías no financiadas con la UPC deben surtir un proceso de auditoría en el cual se revisan las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes.

- **Modificación en la gestión y financiación:** con el fin de no acumular nuevamente deudas en el sector, el acuerdo punto final también implica cambiar la manera en que se reconocen y pagan los servicios y tecnologías no financiados por la UPC.

Para garantizar este objetivo se han establecido diferentes medidas. La primera de ellas corresponde a la centralización del régimen subsidiado en la ADRES a partir del 1 de enero de 2020. Esto, con el fin de garantizar una unificación de procesos, generar ganancias por los controles que la ADRES ha implementado y permitir mayor equidad entre ambos regímenes.

La segunda medida corresponde a establecer un mecanismo que permita generar eficiencia en el reconocimiento y pago de las tecnologías no financiadas por la UPC, además de garantizar una mejor utilización de los recursos disponibles.

Por esta razón, se implementa la resolución de valores máximos de recobro (para principios activos específicos de medicamentos) y la de presupuestos máximos en donde a través de un pago anticipado, las EPS puedan generar gestión más eficiente a través de diferentes modelos de contratación.

Con el fin de seguir fortaleciendo las medidas ya mencionadas, el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES seguirán implementando otras estrategias como compra centralizada, centros de referencia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades huérfanas, política farmacéutica nacional y estrategias para el uso racional de medicamentos por posicionamiento terapéutico.



Referencias: 1. Acuerdo de punto final. <https://sig.sispro.gov.co/Acuerdopuntofinal/#>

Aspectos claves del acuerdo de punto final:

- Los giros del acuerdo de punto final serán hechos directamente a los prestadores de servicios de salud.
- El acuerdo garantiza el cierre definitivo de las cuentas de tecnologías no UPC a través de un contrato de transacción. Este, asegura el cierre definitivo entre el pagador y las EPS. Estas últimas aceptan los resultados de la auditoría y renuncian a procesos de demandas o cobro de intereses.

• **Hasta la fecha se han girado \$1.514.352 millones de pesos.**



→ **Los productos de soporte nutricional** son utilizados para tratar diferentes condiciones nutricionales en personas que requieren un manejo nutricional especializado.

En países como Estados Unidos, se han implementado diferentes estrategias de reporte que permitan un adecuado registro de la prescripción y uso de los productos nutricionales ordenados a los pacientes con el fin de contar con datos que permitan evitar interacciones negativas con medicamentos, así como mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia, mejorar la coordinación de la atención, y controlar el impacto en costos del sistema de salud al prevenir el uso indiscriminado de algunos productos².

En los últimos 7 años, Boydorr no solamente se ha enfocado en desarrollar y comercializar productos nutricionales modernos de alta calidad nutricional, sino en trabajar como aliado estratégico con los diferentes actores del sistema de salud ejecutando iniciativas que permitan la mejora continua de los procesos de manejo nutricional que integran la gestión del paciente.

Actualmente, la regulación planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social menciona que las personas con algún tipo de imposibilidad para cubrir sus requerimientos nutricionales con alimentación usual y que requieren soporte nutricional especializado pueden utilizar productos clasificados por el INVIMA como Alimentos de Propósito Médico Especial (APME)³.

Dentro de este grupo de tecnologías, se encuentran productos con diferencias considerables en cuanto a composición nutricional, presentación comercial, ingredientes utilizados e indicaciones de uso.

Estas diferencias, hacen que sea difícil gestionar los APME a nivel operativo y se desconozcan las recomendaciones generales para tener en cuenta en la autorización y entrega de este tipo de productos.

De esta manera, Boydorr ha desarrollado Nutrición y Atención en Salud (NAES)⁴, **la primera herramienta web práctica** que incluye recomendaciones orientadas al uso adecuado de APME. Dentro de estas se incluye:

- ✓ Cantidades recomendadas de cada producto según vía de administración.
- ✓ Edad recomendada en registro sanitario.
- ✓ Presentación indicada para vía oral o nutrición enteral.
- ✓ Posibilidad de co-formulación de 2 o más productos nutricionales.

A través de “Nutrición y Atención en Salud (NAES)”, Boydorr ofrece a los actores del sistema de salud una herramienta que facilita la gestión de los APME con el fin mejorar la pertinencia del soporte nutricional y promover el uso correcto de este tipo de productos. **Para consultar la herramienta se debe ingresar a <https://naes.boydorr.com> e inscribirse y comunicarse con el área de acceso de Boydorr.**



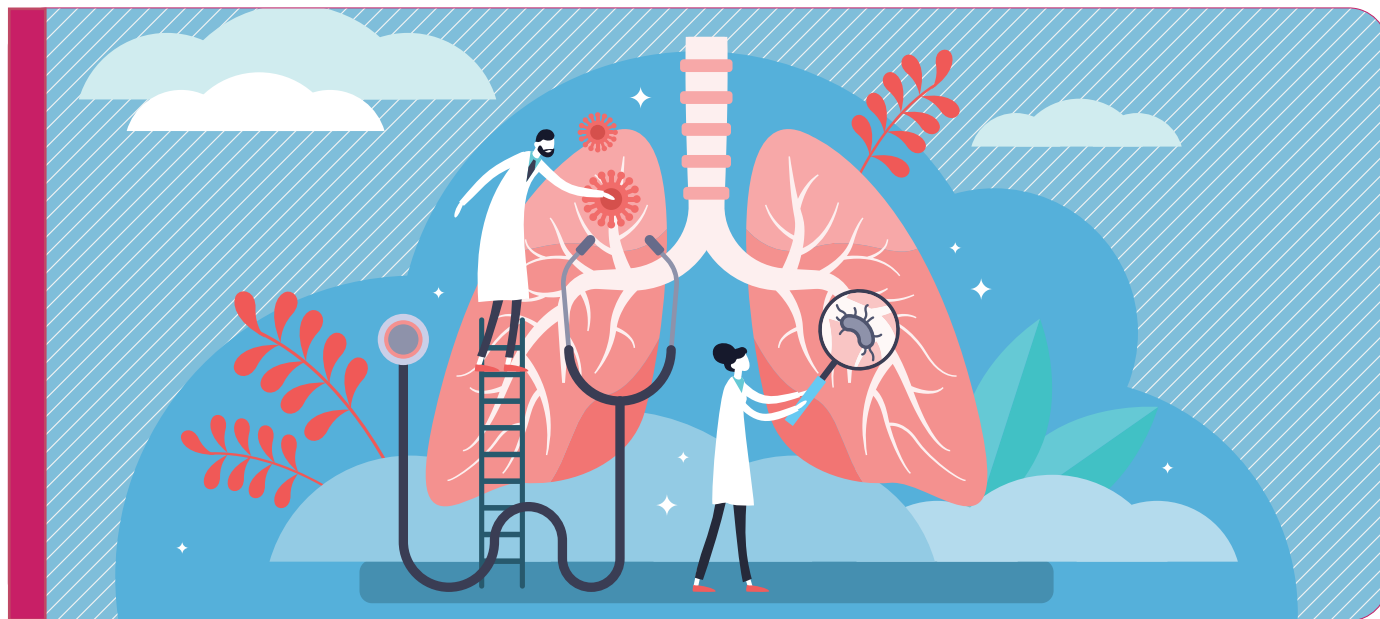
Referencias: 2. Costello R, et al. Nutr Today. 2019; 54(4): 144–150. 3. Resolución 1885 de 2018. Ministerio de salud y protección social.

Impacto clínico y carga económica de la desnutrición en pacientes con EPOC.

→ **La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**, representa una gran carga sanitaria a nivel mundial, participando en el 5% del total de las muertes registradas para el 2015⁴. En Colombia la prevalencia de esta entidad para el periodo 2010 – 2015 basados en el reporte de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), fue del 5,13%⁵ y la tasa de mortalidad de enfermedades respiratorias crónicas para 2016 fue del 6.12%⁶.

Uno de los factores que empeora el pronóstico e impacta negativamente los desenlaces clínicos, económicos y supone una carga operativa para el sistema de salud, es la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), cuya prevalencia en esta población se ha reportado entre el 3,8% y el 74%, los valores más altos se asocian al incremento de la severidad de la patología^{8,9,10}. En pacientes con EPOC y DRE, se ha encontrado que esta entidad:

- ✓ Se asocia con un **aumento en la frecuencia de las exacerbaciones** y una menor respuesta a tratamientos médicos en pacientes con puntajes que indican riesgo nutricional en escalas como el Nutritional Risk Secrenning 2002 y Mini nutritional Assesment^{11,12}.
- ✓ Incremento de la incidencia de úlceras por presión y retraso en la curación de heridas⁷.
- ✓ Aumentan las visitas a urgencias, la tasa de readmisión, los costos y la estancia hospitalaria que en pacientes desnutridos se prolonga en 5 días, constituyendo el doble de duración en comparación con los normo nutridos^{7,8}.
- ✓ Es un predictor independiente de mortalidad a 1 año y acrecienta en casi 3 veces la probabilidad de morir en el mismo periodo⁸.
- ✓ Se asocia con menor calidad de vida, ya que los pacientes desnutridos tienen una diferencia de 13,5 puntos en el puntaje del St George Respiratory Questionnaire en comparación con pacientes normo nutridos⁹.
- ✓ Cuando el paciente esta desnutrido, **los costos totales de hospitalización incrementan el doble**^{7,8}.



Referencias: 4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).2017. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). 5. Gil Rojas Y, et al. Revista Colombiana de Neumología. 15 de agosto de 2019;31(1). 6. Ministerio de salud y protección social. Día mundial de la EPOC.2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/documento-tecnico-dm-epoc-2018.pdf> 7. Hoong JM, et al. Clin Nutr. 2017;36(4):1105-9. 8. Jerng J-S, et al. Current Medical Research and Opinion. 2019;35(7):1265-73. 9. Nguyen HT, et al. International Journal of COPD. 2019;14:215-26. 10. Díez Piña JM, et al. Revista de Patología Respiratoria. 2018;21:172-81. 11. Yoshikawa M, et al. Respiriology. 2014;19(8):1198-203. 12. Cui J, et al. Med Sci Monit. 2015;21:2786-93.

La intervención nutricional en la EPOC: efecto en desenlaces clínicos y económicos.

→ En el número anterior se realizó un acercamiento hacia la importancia de la intervención nutricional para la prevención primaria. Debido a su impacto clínico y económico, estos beneficios se pueden trasladar a la prevención secundaria en enfermedades crónicas como la EPOC.

Para el caso de la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) en pacientes con EPOC, las intervenciones nutricionales para la prevención de desenlaces desfavorables asociados a la misma contemplan el tamizaje temprano que puede funcionar como predictor de desenlaces clínicos¹², hasta el manejo nutricional, que puede contemplar ajustes dietéticos (p. ej. Lograr 1 comida adicional al día reduce 5-6 veces la probabilidad de tener desnutrición y mejora el puntaje de calidad de vida⁹), **soporte nutricional y de forma transversal educación alimentaria y nutricional**. En conjunto, estas intervenciones mejoran la ingesta dietética, los parámetros antropométricos, de función muscular, de trabajo respiratorio y la calidad de vida^{9,14,15}.

Específicamente la intervención nutricional con suplementos nutricionales orales altos en proteína de fuente de alta calidad, moderados en grasa y carbohidratos, con adición de ácidos grasos omega-3, vitamina D y antioxidantes, han mostrado efectos positivos en los resultados clínicos de los pacientes con EPOC:

- ✓ Mejora la clasificación del estado nutricional, por IMC y porcentaje de pérdida de peso¹⁴.
- ✓ En conjunto con entrenamiento físico, mejora la reserva de masa muscular, la fuerza de agarre y la fuerza muscular inspiratoria¹⁶.
- ✓ Favorece la reducción de la presión arterial y niveles de triglicéridos e incremento de los niveles de HDL¹⁷.
- ✓ Incrementa los niveles séricos de EPA, DHA y vitamina D¹⁶.
- ✓ Mejora la fatiga, la disnea por el ejercicio¹⁷ y por lo tanto la calidad de vida.

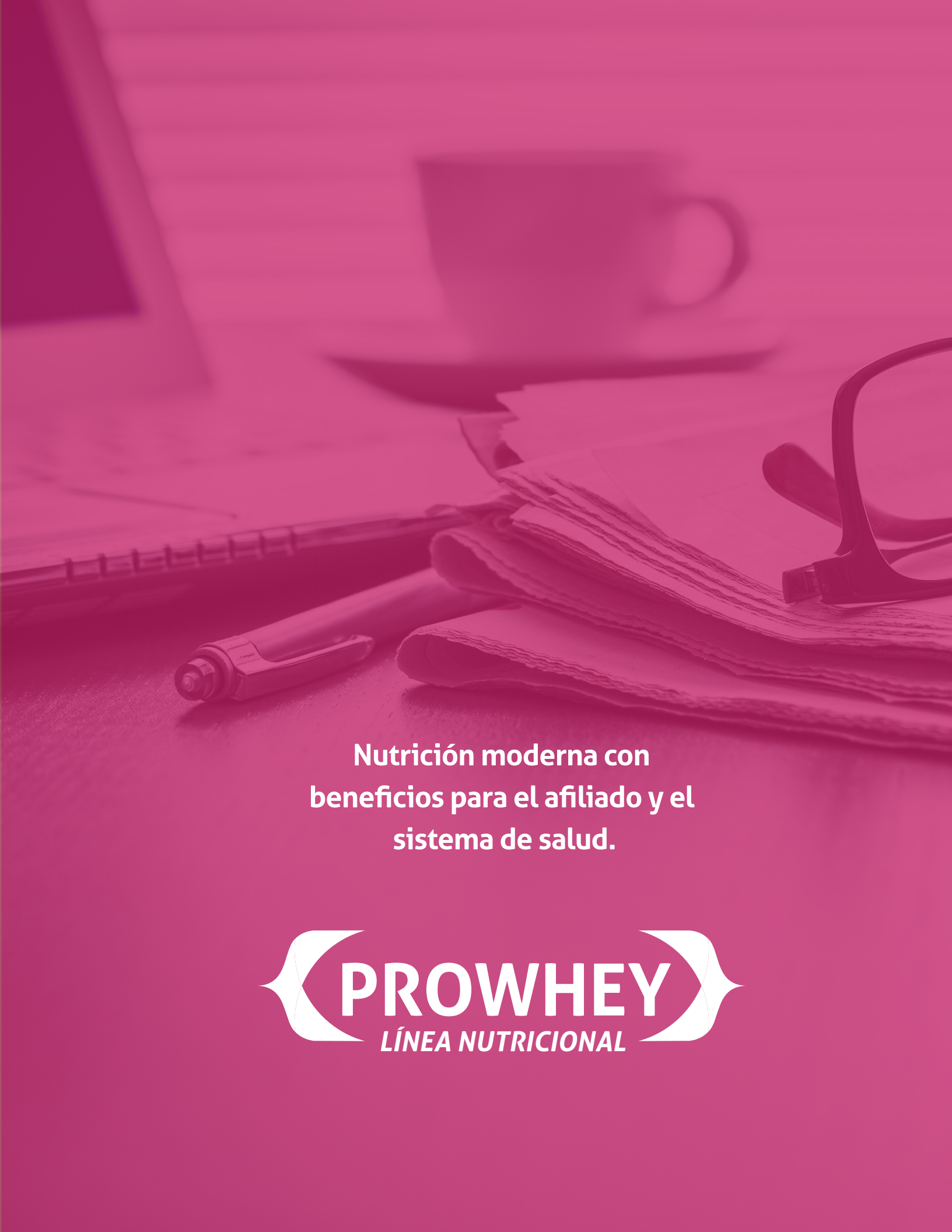
La suplementación oral en pacientes con EPOC ha demostrado tener efectos positivos en los costos y operatividad en salud:

- ✓ Reduce la estancia hospitalaria en aproximadamente 2 días, es decir en un 21,5% y los costos de hospitalización en 12.5%¹⁸.
- ✓ Genera una reducción en los costos generales de hospitalización de 18 USD por cada dólar invertido en SNO¹⁸.
- ✓ Reduce la probabilidad de readmisión a los 30 días en un 13,1%¹⁸.

Van Beers y Cols., reportan la suplementación nutricional como una estrategia costo-efectiva, ya que el valor por año ganado ajustado por calidad de vida (ACVC) luego de la suplementación es de 16.750€ (60'811.191 COP), inferior a 20.000 € (72'610.378) por ACVC, que es el tope para una intervención costo-efectiva.



Referencias: 13. ter Beek L, et al. International Journal of COPD. 2018; 13:1317-24. 14. Benito Martínez MP, et al. Nutrición Hospitalaria. 2017;34(4):776-83. 15. Aldahir AM, et al., Chronic Respiratory Disease. 2020; Volume 17: 1-215 16. van de Bool C, et al. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2017;8(5):748-58. 17. Calder PC, et al. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2018;9(1):28-40. 18. Thornton J, et al. Chest. 2015;147(6):1477-84. 19. Van Beers M, et al. NUTRAIN trial. Clinical Nutrition. febrero de 2020;39(2):405-13



**Nutrición moderna con
beneficios para el afiliado y el
sistema de salud.**

