

EFICIENCIA EN CÁNCER: EL CASO COLOMBIANO

Documento elaborado por All.Can Colombia, una Coalición de actores multisectorial a la que pertenecen: OICA, ACHO, AEOCol, Fundación RASA, Fundación Retorno Vital, Fundación Leucemia y Linfoma, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Universidad de Antioquia, Bristol Myers Squibb y Sanofi.

1. Resumen Ejecutivo

El cáncer continúa siendo uno de los principales causantes de muertes en el mundo y Colombia no es la excepción. Sin embargo, en medio de la búsqueda de soluciones para este gran problema de salud para los seres humanos, se está empezando a trabajar en una nueva estrategia global que busca generar mayor eficiencia en cuanto al abordaje del cáncer se refiere, entendida como dirigir los recursos en lo que es importante para los pacientes, y así lograr mejores resultados.

En la exploración literaria global, encontramos que tanto en Europa como en Estados Unidos y en Colombia existen numerosos ejemplos de malas prácticas en eficiencia en cáncer, por lo que se hace necesario estudiar estos casos para conocer las fallas que se presentaron. Así mismo, ante los crecientes casos de nuevos diagnósticos y de fallecimientos por cáncer en Colombia, siendo el COVID-19 uno de sus posibles causantes, es importante empezar a pensar medidas que puedan tomarse desde el regulador y legislador, que permitan afrontar esta situación y mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer en el país. Este es un trabajo conjunto que compete tanto al Gobierno Nacional, como al Congreso de la República, los expertos científicos y hasta a la industria farmacéutica.

2. Definiciones Claves

- **Cáncer:** Según el Observatorio Nacional de Cáncer, este es el término para referirse a una división celular anormal y descontrolada que puede invadir tejidos circundantes. Estas células pueden migrar a otras partes del cuerpo a través del sistema circulatorio o linfoide. A su vez, existen diferentes tipos de cáncer que pueden tener inicio en diversas localizaciones y tejidos, entre estos últimos el



Asociación de
Enfermería
Oncológica
Colombiana



conectivo, óseo, muscular, sanguíneo, nervioso e intersticial. El cáncer también recibe otros nombres como tumor maligno o neoplasia maligna.

- *Eficiencia en Cáncer:* Para All.Can Internacional, la Eficiencia en Cáncer es dirigir los recursos en lo que es importante para los pacientes, y así lograr mejores resultados. El desperdicio en la atención del cáncer no se trata solo de dinero, sino de tiempo, calidad de vida y oportunidades perdidas para los pacientes y sus familias. En este sentido, realizan una aclaración sobre las 7 categorías que atañen a la eficiencia en cáncer: (i) el paciente es el centro; (ii) información y datos; (iii) tecnología; (iv) buenas prácticas; (v) Talento Humano en Salud; (vi) interoperabilidad; y (vii) incentivos apropiados.
- *Incentivos perversos:* En la literatura, esta expresión se conoce como aquellas decisiones o políticas públicas que llevan a las personas en una sociedad a tomar decisiones equivocadas, mismas que representan una mejora aparente con respecto a alguna problemática y que incluso pueden tener beneficios específicos en esa área, pero que están afectando otros comportamientos y generando deficiencias en otras problemáticas.
- *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):* Según lo dispuesto en el preámbulo de la Ley 100 de 1993, el SGSSS es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.
- *Plan Decenal para el Control del Cáncer:* Es una herramienta de política pública que busca posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia.

3. Introducción

3.1. Cómo entendemos la Eficiencia en Cáncer

La eficiencia en cáncer es un tema que viene creciendo tomando relevancia a nivel global. Este concepto aparentemente tan ambiguo, abarca un sinnúmero de aspectos de gran importancia para el desarrollo pleno de los pacientes oncológicos en todas las etapas de su enfermedad y áreas de sus vidas. All.Can Internacional, iniciativa multi-actor que trabaja para mejorar la eficiencia de la atención del cáncer centrándose en lo que es relevante



para los pacientes (All.Can International, s.f.), ha establecido su propia definición de eficiencia en el cuidado del cáncer: *enfocarse en lo que importa al paciente y la sociedad*. Así mismo, contempla algunos elementos que se encuentran incluidos en su concepto, pues tienen un impacto directo en el paciente y la sociedad:

- i. *El paciente es el centro*: Asegurar que la perspectiva del paciente sea el principal determinante al definir los resultados de salud que importan, en línea con el concepto de atención médica basada en valores.
- ii. *Información basada en evidencia e impulsada por datos*: Definir resultados clave e indicadores de calidad/desempeño, a través de la colaboración multi-actor, y evaluar los datos generados en términos de resultados de salud logrados en relación con los recursos gastados.
- iii. *Inversión en tecnología*: Identificar, evaluar y adoptar herramientas de diagnóstico y digitales que mejoren los resultados de salud. Invertir en innovaciones digitales que respalden la prestación de atención y el uso coherente de los datos de salud.
- iv. *Ampliación de buenas prácticas*: Defender las prácticas oncológicas eficientes e innovadoras y retirar las intervenciones oncológicas ineficaces, duplicadas, dañinas o derrochadoras.
- v. *Apoyo al Talento Humano en Salud (THS)*: Brindar al THS la oportunidad de aprender cómo mejorar la eficiencia en la atención del cáncer.
- vi. *Ruptura de silos*: Fomentar la eficiencia a través de un enfoque de silo cruzado que abarque todo el sistema de salud. Sinergia entre las unidades del sistema de salud.
- vii. *Implementar políticas e incentivos apropiados*: Los formuladores de política pública en todos los niveles de toma de decisiones deben implementar marcos legislativos, políticas e incentivos adecuados para fomentar la eficiencia e incluir metas claras y pragmáticas para mejorar los resultados de los pacientes con cáncer.

Este amplio concepto de eficiencia se encuentra respaldado por otros aportes de la literatura a nivel mundial. El reporte *“Improving Efficiency and Resource Allocation in Future Cancer Care”* publicado por *Office of Health Economics* definió la eficiencia como “la asignación de recursos escasos que maximiza el logro de objetivos” (Cole et al., 2016. Traducción propia). Así mismo, este reporte de casos de países europeos plantea la eficiencia alrededor del cuestionamiento sobre qué tanto se están aprovechando los recursos disponibles con un gasto del presupuesto de atención médica en servicios de mayor impacto positivo. En este sentido, es importante preguntarnos si los insumos de recursos están siendo utilizados eficazmente para lograr mejores resultados, y si la inversión se está realizando en servicios y tratamientos que ofrecen la mejor relación

precio-calidad. Otro cuestionamiento planteado por este estudio es sobre la suficiencia del nivel de recursos disponibles para la atención médica, que se relaciona con la idoneidad de la financiación para atención del cáncer al considerar los mecanismos que podrían aumentar el nivel de gasto en cáncer.

De la misma forma, otro de los conceptos desarrollados por este reporte es el de eficiencia dinámica, donde señala que “para ser dinámicamente eficiente, el sistema reducirá sus costos mediante la implementación de nuevos procesos de producción” (Cole et al., 2016. Traducción propia). Esto es relevante para el sector de la salud ya que la introducción de nuevas tecnologías y conocimientos cambiará las capacidades del servicio de salud para brindar una mejor atención a los pacientes.

3.2. El ejemplo europeo

Europa es un gran ejemplo en materia de eficiencia en cáncer. La Unión Europea cuenta con diversas medidas implementadas en sus países afiliados, que complementan la definición previamente expuesta desde las diversas áreas que comprenden la eficiencia en cáncer. La acción temprana más importante que tomó la UE en la lucha contra el cáncer fue el inicio del programa “Europa contra el cáncer” en 1985 por parte del Consejo Europeo, que publicó su primer plan de acción en 1987 (Comisión Europea, 1995). Un resultado significativo de esta colaboración ha sido el desarrollo y publicación del “Código Europeo contra el Cáncer”, publicado por primera vez en 1987 para centrarse en la prevención (Comisión Europea, 2014).

Adicionalmente, en 2009 se publicó su Comunicación sobre la acción contra el cáncer, que contempla 5 objetivos principales (Comisión Europea, 2009):

- i. Reducir la carga del cáncer al lograr una cobertura de la población del 100% de las pruebas de detección del cáncer de mama, cuello uterino y colorrectal para 2013: 125 millones de exámenes por año
- ii. Desarrollar un enfoque coordinado para la investigación del cáncer; lograr la coordinación de un tercio de la investigación de todas las fuentes de financiación.
- iii. Garantizar datos precisos y comparables sobre la incidencia, la prevalencia, la morbilidad, la curación, la supervivencia y la mortalidad del cáncer en la UE para 2013
- iv. Lograr una reducción del 70% en las desigualdades existentes en la mortalidad por cáncer entre los estados miembros para 2020
- v. Asegurar que todos los estados miembros implementen planes integrados de cáncer para 2013

Además de esto, se estableció la Asociación Europea para la Acción contra el Cáncer (EPAAC) para el período 2009-2013, cuyo objetivo principal era garantizar que todos los

estados miembros implementaran Planes Nacionales Integrados de Control del Cáncer (NCCP), que tienen como objetivo reducir el número de casos de cáncer y mejorar la calidad de vida a través de estrategias basadas en evidencia para la prevención, temprana detección, diagnóstico, tratamiento y paliación del cáncer. Estos planes permitieron plantear un nuevo y ambicioso, pero importante objetivo: reducir la carga del cáncer en la UE en un 15% para 2020.

País	¿Asignación presupuestaria específica para la implementación de diferentes medidas dentro del plan?		Actividades específicas para recibir financiación adicional
	Sí/No	¿Suficiente?	
Bélgica	Sí	Sí	Programas de detección y atención oncológica: personal, innovación, oncología pediátrica, reembolso de medicamentos, rehabilitación, investigación e innovación
Dinamarca	Sí	Sí	Más o menos todas las iniciativas del plan van seguidas de financiación adicional para cubrir el desarrollo y implementación de la iniciativa
Inglaterra	Sí	Sí	Mayor capacidad de radioterapia, mejoras en los programas de detección, mejor acceso de atención primaria a los diagnósticos y campañas publicitarias para mejorar la conciencia pública de los síntomas, recopilación de datos.
Francia	Sí	Sí	Las 30 medidas recibieron recursos financieros adicionales específicos para su implementación.
Alemania	Sí	Inseguro	Financiamiento adicional para organización / administración y para investigación

Italia	No	No	Los procedimientos de presupuestación no permiten la asignación de presupuestos a enfermedades o acciones específicas.
Holanda	No	No	Todas las acciones y actividades deben financiarse con cargo a la propia estrategia y los presupuestos anuales de las organizaciones pertinentes.
Polonia	Sí	Sí	Reemplazo de equipo
Suecia	Sí	No	Construcción de centros oncológicos regionales, proyectos piloto para mejorar los procesos y reducir los tiempos de espera, actividades contra el tabaquismo, mejora de la recopilación y difusión de información, promoción de la concentración de la atención oncológica

Fuente: Tomado de Cole et al., 2016. Traducción propia. Adaptado de Gorgojo et al., 2012.

Al describir un enfoque de sistemas de salud para los NCCP, la EPAAC estableció cuatro pilares del control del cáncer: prevención primaria, prevención secundaria (detección), atención integrada (incluida la atención psicosocial y cuidados paliativos) e investigación (incluida la vigilancia y los registros de cáncer). Con respecto a la financiación, de los 28 Estados miembros, el 20% indicó que no había fondos suficientes para implementar los NCCP tal como estaban redactados. Esto evidencia una alta cifra en los programas que dejan de ejecutarse por falta de presupuesto y representan una pérdida de eficiencia en cáncer en el mediano y largo plazo.

3.2.1. Otros casos relevantes

Dentro de la investigación adelantada para la elaboración de este documento, se encontró que Europa es el territorio que mayor trabajo adelantado tiene en materia de eficiencia en cáncer, donde se han aplicado buenas y malas prácticas. En este sentido, se listan algunos de los hallazgos mencionados en el estudio (Cole et al., 2016):

- Ejemplos de buenas prácticas
 - Agilizar y acelerar el acceso al tratamiento

- Polonia: el Gobierno ha introducido un "paquete de tratamiento oncológico" destinado a acortar los tiempos de espera; fortalecer la atención primaria en el diagnóstico precoz mejorando la formación y ampliando los procedimientos de diagnóstico; introducir un límite de tiempo de espera de nueve semanas desde el diagnóstico hasta el tratamiento; y abolir las cuotas del seguro médico para el tratamiento del cáncer en la atención secundaria (especializada) y terciaria (hospitalaria).
 - Inglaterra: se han introducido estándares nacionales de tiempo de espera para el cáncer que han proporcionado un seguimiento riguroso de una serie de objetivos clave e incentivos para la mejora (por ejemplo, las vías de derivación urgentes de dos semanas: el 93% de los pacientes derivados urgentes deben ser atendidos por un especialista dentro de los 14 días posteriores a la remisión de un médico de cabecera).
- Coordinación de servicios oncológicos mediante trabajo colaborativo y guías clínicas
 - Francia: con el fin de mejorar la coordinación y el intercambio de información entre proveedores, que se considera un problema en Francia, el Plan contra el cáncer 2014-19 creará un archivo de comunicación sobre el cáncer y formalizará el traspaso entre el hospital y los equipos de atención primaria.
 - Países Bajos: la Asociación Holandesa de Oncología Médica se estableció en 1997. Uno de sus comités, BOM, evaluó el valor clínico y tiene como objetivo mejorar la colaboración y coordinación nacional en la práctica oncológica. La fundación nacional de oncología (SONCOS) define y supervisa la calidad nacional de los estándares de atención del cáncer en colaboración con las asociaciones de cirugía y radioterapia.
 - Italia: hay varias iniciativas en diferentes regiones para desarrollar vías clínicas para guiar el curso de los tratamientos del cáncer, aunque la cobertura todavía es limitada tanto por enfermedades como geográficamente. Actualmente, varios grupos están trabajando en el desarrollo de vías clínicas, pero la región de Emilia Romagna puede considerarse líder. En la medida en que esta práctica también llegue a regiones donde la calidad de la atención suele ser menor (principalmente en el Sur), podría contribuir a reducir la desigualdad interregional. Se espera que el establecimiento de "redes oncológicas" en Italia incluya como resultados una mejor integración de la atención primaria en el proceso general, un diagnóstico más temprano, una mayor adecuación del

tratamiento y una reducción de la desigualdad geográfica incluso dentro de las regiones.

- Centralización / Integración de servicios oncológicos

- Francia y Bélgica: las medidas para garantizar la excelencia en la prestación de servicios en Francia incluyen la necesidad de "autorización" para proporcionar servicios de cáncer que, entre otras cosas, se basa en umbrales mínimos de actividad. Estos niveles mínimos de actividad tienen como objetivo garantizar que todos los pacientes tengan acceso a una atención segura y de alta calidad. Estos se implementan de manera similar en Bélgica.

- Alemania: a partir de enero de 2012, un cambio en la legislación abrió nuevas oportunidades para la integración del tratamiento médico especializado ambulatorio, con la idea de abordar las barreras entre la atención hospitalaria y ambulatoria. La legislación alemana aborda el hecho de que las enfermedades raras y los estados patológicos con un número relativamente pequeño de casos, o formas progresivas graves de enfermedades con procesos patológicos específicos, así como servicios altamente especializados, son particularmente exigentes en cuanto a diagnóstico y tratamiento. El cambio facilita el acceso a la atención y el tratamiento interdisciplinario para los pacientes con cáncer. El Comité Federal Conjunto (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA) está actualmente involucrado en el desarrollo de nuevas directrices sobre la base de esta norma. Estos cubrirán nuevas formas de contratación con especialistas residentes y complejos de servicios innovadores.

- Ejemplos de malas prácticas

- Tiempos de espera y prácticas de referencia

- Polonia: se encuentra entre los países con los tiempos de espera más altos de Europa (OCDE, 2013). Abordar los largos tiempos de espera es fundamental para mejorar la tasa de diagnóstico temprano del cáncer.

- Dinamarca: existe una desigualdad regional en los tiempos de espera. Se han hecho esfuerzos para abordar los largos tiempos de espera en los últimos años, incluido un movimiento político para etiquetar el cáncer como una enfermedad "aguda" que debe tratarse de inmediato, y la creación de vías clínicas para establecer tiempos de espera máximos.

- Datos escasos / Transparencia de la evidencia de la práctica clínica

- Países Bajos: parece que muchos indicadores de desempeño de la calidad de la atención no son transparentes para el público en general.

- Inglaterra: el intercambio de información por parte del Centro de Información de Asistencia Sanitaria y Social (HSCIC) se ha vuelto más problemático debido a preocupaciones sobre la confidencialidad del paciente. Es necesario recopilar mejores pruebas sobre los resultados. Un enfoque excesivo en los resultados basados en actividades y no en la salud, puede llevar a una asignación ineficiente de recursos dentro de la atención del cáncer.

- Fragmentación

- Italia: las implicaciones de la fragmentación o descentralización, que caracteriza al servicio de salud italiano, podrían ser numerosas. Un beneficio de la organización por región es que los planes de atención se adaptan a la comunidad local; Algunas regiones suelen ser líderes en innovación organizativa y, a menudo, otras regiones las siguen en la adopción de las mejores prácticas. Sin embargo, la eficiencia puede verse obstaculizada por la duplicación de esfuerzos para algunas actividades. Un ejemplo es que, para varios medicamentos, existe una evaluación tanto a nivel regional como nacional. La gran variación entre regiones también plantea claramente preocupaciones sobre la equidad.

- Bélgica: los bajos volúmenes de procedimientos y la variabilidad de la atención representan un problema en Bélgica, en particular para intervenciones muy complejas en cánceres raros.

- Dicotomización entre proveedores de atención oncológica

- Alemania: la dicotomización entre atención ambulatoria (ambulatoria) y hospitalaria se cita regularmente como una fuente importante de ineficiencia.

- Inglaterra: un tema clave de la visión de futuro de cinco años del NHS England son las barreras que existen entre la atención primaria y secundaria. La atención primaria debe verse como parte integral de la prestación de servicios oncológicos a través de una vía integrada.

- Incentivos perversos para médicos y personal de salud¹

¹ Definición disponible en la sección *Definiciones Claves* de este documento

- Alemania: los incentivos de pago a los médicos pueden afectar perversamente las decisiones de tratamiento adecuadas. Esto se debe a la forma en que se paga a los médicos mediante el catálogo de servicios médicos y puntuaciones asociadas (MBE) que tienen secciones para subdisciplinas. Si no se elaboran adecuadamente, estos pueden desincentivar a los especialistas de prescribir los tratamientos más adecuados.
- Francia y Alemania: el proyecto EuroDRG exploró las ineficiencias en los sistemas de pago basados en subgrupos relacionados con el diagnóstico y encontró que la codificación y el sobretratamiento intencionales son problemas sustanciales en Francia y Alemania (Medeiros & Schwierz, 2015).

3.2.2. Costo-efectividad en España

El caso español merece una sección separada, en cuanto se trata de un caso muy particular. España cuenta con diversas opciones de tratamiento para el cáncer a los que sus pacientes pueden acceder, pero unos son más costosos que otros. Por esta razón, se realizó una evaluación económica (Oyagüez et al., 2013, 240), para conocer la costo-efectividad de las diversas opciones de tratamiento disponibles en el país. Para esto, se debe conocer primero la relación costo-efectividad / costo-eficacia incremental (RCEI), que se calcula de la siguiente manera:

$$RCEI = \frac{\text{Coste esquema evaluado} - \text{Coste comparador}}{\text{Eficacia esquema evaluado} - \text{Eficacia comparador}}$$

En ese momento, la OMS había dado una clasificación de costo-efectividad según el resultado de esta operación: estrategias altamente costo-efectivas (RCEI inferiores a la renta per cápita), estrategias costo-efectivas (RCEI superiores a la renta per cápita, pero inferiores a tres veces la renta per cápita) y estrategias no costo-efectivas (RCEI por encima de tres veces la renta per cápita) (como se citó en Oyagüez et al, 2013).

De los 40 esquemas oncológicos para 13 tumores metastásicos que se tuvieron en cuenta en el estudio de Oyagüez et al, la efectividad medida en meses de supervivencia global (SG) osciló entre 5,3 a 33,3 meses y la supervivencia libre de progresión (SLP) osciló entre 1,5 y 12,4 meses. Estos resultados evidenciaron la disparidad de criterios en la decisión de precio y financiación de las terapias en España. Así mismo, los autores concluyeron que, “resulta curioso comprobar que, según las condiciones del ensayo clínico, algunos de los esquemas terapéuticos no se asocian con ganancias en términos de supervivencia (SG y/o SLP) respecto a los comparadores incluidos en esos ensayos”. Por lo que sugieren que se han aprobado fármacos bajo la hipótesis de no inferioridad, supone incrementar el arsenal

terapéutico del clínico para tratar una patología, pero invitan a la reflexión sobre el alto costo que representa administrar una terapia autorizada sin demostrar superioridad, sino únicamente no inferioridad de resultados o superioridad basado en diferencias estadísticamente significativas, sin que eso se traduzca en supervivencia. En este sentido, se requiere un umbral de eficiencia explícito que facilite la toma de decisiones sobre la financiación pública de los medicamentos y la inclusión de principios como equidad y justicia

Por lo tanto, el caso de España en este documento puede servir como un ejemplo de eficiencia aparente a nivel de costo-efectividad pero que debe manejarse con cautela porque su trasfondo puede representar lo completamente opuesto.

3.3. El Ejemplo de Estados Unidos

Estados Unidos cuenta con juntas multidisciplinarias de cáncer. Se trata de un grupo de expertos en la materia encargados de buscar mejores maneras de diagnosticar y tratar la enfermedad, por cada tipo de cáncer. Estas juntas o mesas de trabajo permiten la implementación de pautas de práctica clínica y pueden ayudar a capturar casos para ensayos clínicos, además son una forma de segunda opinión llevada a cabo por un grupo que incluye revisión de casos, recomendaciones basadas en evidencia y opiniones de expertos.

En 2011, una encuesta de proveedores del Estudio de Salud de la Mujer de Los Ángeles, que examinó la atención del cáncer de mama, concluyó que las juntas de tumores brindan una estructura para mejorar la calidad de la atención, pues encontraron que las agendas y políticas de las juntas de tumores son necesarias para fomentar la atención a los pacientes y mejorar los resultados de salud. El trabajo realizado por El Saghir et al (2014) encontró una relación positiva entre la presencia de juntas o “mesas” de tumores (cancerígenos) y eficiencia en la atención y los resultados. El Consorcio de Investigación y Vigilancia de los Resultados de la Atención del Cáncer analizó la asociación entre las características de la junta de tumores y las medidas de la calidad de la atención, donde se encontró que la relación positiva depende de la presencia de un cuerpo docente calificado y eficaz, una buena preparación y selección de casos, el formato y la estructura de la reunión, la experiencia, el liderazgo eficiente y las interacciones entre los médicos presentes. Adicionalmente, para el caso de pequeños hospitales comunitarios, áreas rurales y áreas con recursos limitados, las limitaciones en el diagnóstico y el manejo mostraron poder superarse, o al menos optimizarse, con las juntas de estudiantes, especialmente aquellas con instalaciones de videoconferencia. Por otro lado, se reportó una mejor dinámica de equipo, comunicación y oportunidades educativas para los profesionales de la salud, una mayor satisfacción del paciente y, con suerte, mejores resultados clínicos reflejados en mejores tasas de supervivencia. En conclusión, a nivel general, las Juntas de tumores permiten la discusión, disseminación e implementación de guías de práctica clínica general

(como las de la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), la Sociedad Americana de Oncología Clínica, entre otros), pautas adaptadas (NCCN-Oriente Medio y África del Norte, NCCN-Asia, y otras) y las sensibles a los recursos (Iniciativa Global de Salud de los Senos), generando buenos resultados para aquellos territorios con baja infraestructura y recursos para el diagnóstico y atención de cáncer. Sin embargo, es importante poder estudiar los casos de una forma detallada y con un ejercicio juicioso de revisión por parte de todos los asistentes, pues se requiere que haya suficiente información por parte de los miembros de las juntas, además de ser equipos diversos, conformados por médicos oncólogos multidisciplinarios, cirujanos, radioterapeutas, patólogos, radiólogos y otros especialistas.

Finalmente, en la revisión realizada se evidencian riesgos asociados con las juntas, que estarían desencadenados por el no cumplimiento total de los aspectos importantes a tener en cuenta, esto es información incompleta o imprecisa, así como la ausencia de alguna disciplina indispensable en la junta, que podría generar decisiones poco óptimas o que generen ineficiencias en la atención.

4. Enfoque y Resultados

Después de un proceso de contextualización y revisión de literatura a nivel global, donde se evidenció la definición a tener en cuenta sobre eficiencia y se detallaron diversos ejemplos de relevancia, tanto de buenas prácticas como de malas prácticas, es necesario hacer una revisión interna para conocer qué se ha avanzado en Colombia sobre el tema, cuáles son las fortalezas y qué oportunidades tiene el país en este escenario.

4.1. Eficiencia en Cáncer en Colombia

En el proceso de sumar esfuerzos para mejorar la situación de salud de los pacientes con cáncer y otras patologías en el país, en Colombia se creó la Cuenta de Alto Costo (CAC) mediante el Decreto 2699 de 2007. De acuerdo con este Decreto, la CAC es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, al que las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) deben asociarse para abordar el Alto Costo. Así mismo, opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad 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 (Cuenta de Alto Costo, s.f.). Así mismo, hoy en día la CAC es una de las mayores fuentes de información y datos confiables del sistema de salud, particularmente en lo relacionado con cáncer.

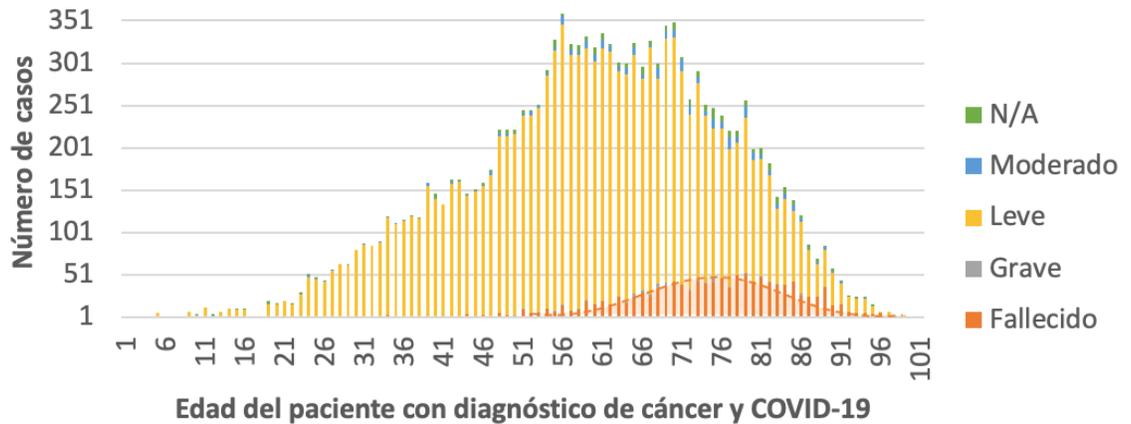
Con respecto a la situación actual del país, según las cifras publicadas en el 2020, disponibles en el Observatorio Global de Cáncer de la OMS y difundidas por la CAC, el cáncer en Colombia tiene una incidencia estimada de 182 por 100.000 habitantes y una mortalidad cercana a 84 por 100.000 habitantes. Con respecto a los tipos de cáncer, en las

últimas décadas se observa que hubo un cambio político que produjo resultados positivos y permitió disminuir la incidencia de estómago y pulmón, a nivel general, mientras el cáncer de mama ha aumentado su incidencia ubicándose junto al cáncer de próstata como los de mayor incidencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Incidencia cáncer, cinco primeras causas, estimaciones (3)
1. Próstata 47 por 100.000 habitantes
2. Mama 34 por 100.000 habitantes
3. Cuello uterino 19 por 100.000 habitantes
4. Pulmón en hombres 13 por 100.000 habitantes
5. Colon y recto hombres y mujeres 12 por 100.000 habitantes

Fuente: Tomado del Ministerio de Salud y Protección Social, 2021. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, 2020.

Con respecto a la región, Colombia ocupa el sexto puesto en mortalidad por cáncer después de Uruguay, Argentina, Chile y Brasil. Particularmente, en las últimas dos décadas la tasa de mortalidad por cáncer tiende a la disminución, presentando fluctuaciones menores y un discreto aplanamiento de la tendencia en los últimos 5 años. En este escenario, el cáncer no fue ajeno al impacto de la pandemia, pues se han registrado 13.662 pacientes oncológicos infectados con COVID, de los cuales 1.271 han fallecido a causa de complicaciones asociadas a esta enfermedad y el 92% de estos fallecimientos corresponde a mayores de 57 años.



Fuente: Tomado del Ministerio de Salud y Protección Social, 2021. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, 2020.

4.1.1. A nivel económico

Ante esta situación, el Gobierno de Colombia ha buscado fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, para garantizar el cubrimiento de la atención de los servicios previstos en el Plan de Beneficios de salud (Ministerio del Trabajo, n.d.). En este sentido, Colombia pasó de tener el 29,21% de la población asegurada en 1995, a 93,63% en 2010 y 95,97% en 2019. Este logro se ha traducido en mejoras en el acceso a los servicios de salud, y la transformación de numerosos indicadores en salud pública, entre ellos, aquellos que están directamente relacionados con el cáncer. Si bien esto ha hecho que el gasto de bolsillo en salud tuviera una notoria disminución, también se ha observado que este tipo de gasto ahora está completamente volcado a temas relacionados directamente con cáncer. Por esta razón, el Gobierno implementó una política de control de precios a medicamentos, donde se ha encontrado que, a marzo de 2020, 2.513 medicamentos de presentación comercial y 279 ingredientes activos han sido incluidos en el control directo de precios. Esto ha representado una disminución promedio del 48% del precio de las medicinas con respecto a su precio internacional de referencia, lo que se traduce en ahorros al sistema por 6.5 trillones de pesos colombianos, con la medida del precio internacional de referencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

4.1.2. Plan Decenal para el Control del Cáncer

Con respecto a las áreas prevención, tratamiento y control del cáncer, Colombia expidió en el 2012 el primer Plan Decenal para el Control del Cáncer (PDCC), que se convirtió en la política pública más importante en la materia y sirvió como hoja de ruta regulatoria para los gobiernos siguientes. Este Plan tiene como propósito “posicionar en la agenda política y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social

empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de la enfermedad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Sin embargo, resultados socializados recientemente por el Ministerio de Salud, evidenciaron que el PDCC se quedó corto en la ejecución y fueron pocos los logros alcanzados en estos 10 años. Por lo tanto, se espera que, para el próximo decenio, se retomem los puntos faltantes por cumplir y que se adapten a la situación sanitaria actual del país, pues actualmente se está trabajando en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, que tendrá incorporado como un componente importante el cáncer, en reemplazo del Plan Decenal para el Control del Cáncer.

4.1.3. Ley Sandra Ceballos

Otro esfuerzo a nivel regulatorio que se ha dado en Colombia es la expedición de la Ley 1382 de 2010, más conocida como Ley Sandra Ceballos, que busca impactar en la carga de enfermedad por cáncer y establece acciones para su manejo integral, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el SGSSS de la prestación de todos los servicios que se requieran para su tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. Esta Ley permitió el acceso a los diferentes estadios de la enfermedad a personas que anteriormente no contaban con recursos suficientes para tener un diagnóstico oportuno, un tratamiento integral, una rehabilitación apropiada o unos cuidados paliativos dignos. La expedición de esta Ley abrió un amplio panorama en Colombia para mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentaban enfermedades en fase terminal, dado que con anterioridad estos requerían interponer numerosas acciones legales para exigir los servicios de cuidado paliativo, así como el acceso a servicios a pacientes en una fase temprana de la enfermedad. No obstante, se ha observado que en la actualidad persisten diversas barreras para el acceso a la atención para personas con cáncer de mama, que están determinadas por características sociales y frente a las cuales el sistema muestra su incapacidad de encarar (Piñeros et al, 2011, citado en Salazar et al, 2018).

4.1.4. Conversación con Expertos

Para la elaboración de este estudio, conversamos con diversos expertos en cáncer en Colombia con el fin de conocer, desde su experiencia, qué perspectiva tienen sobre el manejo de la eficiencia en cáncer en el país. Las tendencias observadas nos indican que en Colombia hay una gran brecha entre lo que está contemplado en la normatividad y la aplicación de estas normas a la vida cotidiana de las personas con diagnóstico de cáncer. Esto muchas veces se debe a factores intrínsecos de la manera como se concibe el sistema de salud en la sociedad. Ejemplo de esto encontramos la división por tipo de régimen de afiliación, subsidiado y contributivo, a pesar de ser un sistema con un espíritu homogeneizador de la atención en salud. Para los expertos, esta división sí genera diferencias en la atención, pues algunas IPS son más efectivas en la atención a pacientes

que pertenecen al régimen subsidiado, mientras que hay regiones donde sucede lo contrario.

Por otro lado, las campañas que vienen realizando las autoridades sanitarias y oncológicas en el país parecen no ser suficientes según la opinión de los expertos, pues consideran que sucede igual que con la normatividad y es que se quedan cortas en pasar de lo teórico a lo práctico. Por esta razón, consideran importante fortalecer las campañas de comunicación, educación e información para mejorar el autocuidado en los colombianos, extender las campañas de tamizajes a otros cánceres menos frecuentes pero con afectación a la vida de los pacientes, aumentar el talento humano en salud disponible en sitios de atención inicial, atención primaria o donde se da el primer contacto, unificar las campañas existentes que puedan fortalecerse entre ellas y hacer mucho más potente el mensaje y poder generar cambios culturales en la población que permita la adopción de prácticas más saludables en las personas.

Con respecto a la información en salud que se maneja en Colombia, se reconoce un esfuerzo por mejorar la interoperabilidad del sistema, pero es algo que aún se encuentra en una etapa inicial para lograrse. Los principales retos se encuentran en áreas rurales y zonas apartadas del país, donde el acceso a la información y la conectividad representan una gran desventaja y generan pérdida de oportunidades para los pacientes. No obstante, Colombia cuenta con un importante apoyo económico anual al sector salud del país y especialmente a las tecnologías sanitarias que permiten mejorar el acceso a tratamientos y brindar mayores esperanzas de supervivencia a pacientes tanto con cáncer como con otras patologías. Así mismo, se reconoce la importante labor que realiza el Instituto para la Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) en Colombia, pues consideran necesario y valioso su trabajo de revisión sobre si la molécula o las tecnologías nuevas son más costo-efectivas o no, frente a lo que se tiene disponible en el mercado, así como pautar y tener claridad en términos de definir la costo-efectividad de una tecnología y generar las guías de práctica clínica que orienten a los médicos en su labor.

Con respecto a las instancias donde se presentan mayores retrasos en el sistema, coinciden los expertos en señalar el acceso a servicios y productos necesarios para su tratamiento. Es decir, los pacientes experimentan demoras en autorización de medicamentos, citas médicas con especialistas y autorizaciones de traslado para quienes requieren este servicio por la falta de profesional competente en la ciudad o municipio de residencia. En este sentido, consideran necesario hacer mejoras en el manejo del Talento Humano en Salud, que les mejore sus condiciones contractuales, se les brinden oportunidades de formación profesional de calidad y se organicen grupos de trabajo social con personal de salud que permita llegar a las zonas apartadas del área urbana. Así mismo, consideran que los incentivos actuales están enfocados en las aseguradoras y no en

prestadores y profesionales de la salud, además que no están enfocados en una visión a largo plazo.

Finalmente, los expertos proponen que el componente en cáncer del nuevo Plan Decenal de Salud Pública debería priorizar la detección temprana, la continuidad en el tratamiento, el fortalecimiento del THS y una medición de resultados por parte de aseguradoras y prestadores.

5. Conclusiones

Como se expuso en este documento, a nivel global hay numerosos ejemplos sobre buenas y malas prácticas de eficiencia en cáncer. Diversos Gobiernos en el mundo se han preocupado por el tema y han buscado actuar con resultados tanto positivos como negativos. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en Colombia, hay diversos ejemplos de malas prácticas que redundan en ineficiencias para la atención y el cuidado de pacientes con cáncer. Son numerosos los casos de pacientes en el país que deben padecer diversos procesos tediosos en medio de su enfermedad para poder ser atendidos. Así mismo, los escándalos de corrupción en el sistema y la falta de un buen manejo por parte de las empresas administradoras de los recursos, hacen que los pacientes oncológicos vivan momentos de mucho estrés para solicitar un servicio del sistema de salud en el país. Además, el THS tampoco es ajeno a estas problemáticas del sistema, lo que ha generado que se conviertan en un actor relevante que debe ser tenido en cuenta en el momento de tomar decisiones.

6. Recomendaciones

Como se observó previamente, Colombia requiere un cambio estructural en la manera de ver el cáncer. Se requieren políticas públicas y programas sociales que estén orientados a resolver los principales problemas que debe enfrentar un paciente con diagnóstico de cáncer durante su tratamiento. Así mismo, las soluciones que se planteen o decisiones que se tomen al respecto, deberían articular a la sociedad civil, pacientes y médicos expertos que permitan aportar en conjunto y desde su experiencia particular para fortalecer la efectividad de los planes que se ejecuten. Adicionalmente, es necesario que se fortalezca la creación de literatura científica que permita acceder a mayor conocimiento y genere propuestas de valor enfocadas a mejorar la eficiencia en cáncer.

7. Referencias

All.Can International. (n.d.). <https://www.all-can.org/>

Cancer Researcher UK. (2014, 09). *Measuring up? The health of NHS cancer services 2014*. Cancer Researcher UK. <https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/12581-measuring-up-full-booklet.pdf>



Asociación de
Enfermería
Oncológica
Colombiana



Cole, A., Lundqvist, A., Lorgelly, P., Norrlid, H., Schaffer, S. K., Lewis, F., Hernandez, K., Lindgren, P., Garau, M., Wellin, K. O., Bianchi, S., Althin, R., O'Neill, P., Persson, U., & Towse, A. (2016, Septiembre). Improving Efficiency and Resource Allocation in Future Cancer Care. In *OHE Consulting Ltd* [pdf]. Office of Health Economics.
<https://www.ohe.org/sites/default/files/839%20OHE-IHE%20Full%20report%20final%20Sept%202016.pdf>

Comisión Europea. (1995). *Programa "Europa Contra el Cáncer": Informe de la Comisión sobre la ejecución del segundo plan de acción (1990-1994)*. Archivo de Integración Europea.
<http://aei.pitt.edu/5009/1/5009.pdf>

Comisión Europea. (2009). *Communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions*. Comité Europeo.
https://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/com_2009_291.en.pdf

Comisión Europea. (2014). European Code Against Cancer: 12 ways to reduce your cancer risk. In *International Agency for Research on Cancer* (4° ed.). Comisión Europea. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>

Cuenta de Alto Costo. (s.f). *Cuenta de Alto Costo*. Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/>

de Charry, L. C., Carrasquilla, G., & Roca, S. (2008). Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 571-582.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n4/v10n4a07.pdf>

EFPIA. (2012). *The pharmaceutical industry in figures*. EFPIA.

El Saghir, N. S., Keating, N. L., Carlson, R. W., Khoury, K. E., & Fallowfield, L. (2014). Tumor Boards: Optimizing the Structure and Improving Efficiency of Multidisciplinary Management of Patients with Cancer Worldwide. In *Optimizing Multidisciplinary Tumor Board Efficiency Worldwide* (pp. 461-466). American Society of Clinical Oncology.
https://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.14694/EdBook_AM.2014.34.e461

García, T., León, J., García, H., & Pacheco, R. (2017). Evaluación de un programa de detección temprana de cáncer cervicouterino en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(3), 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2017.09.001>

Medeiros, J., & Schwierz, C. (2015). *Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN)*. European Commission.



Asociación de
Enfermería
Oncológica
Colombiana



Ministerio del Trabajo. (n.d.). *Qué es el Sistema General de Salud?* MinTrabajo.

<https://www.mintrabajo.gov.co/empleo-y-pensiones/empleo/subdireccion-de-formalizacion-y-proteccion-del-empleo/que-es-el-sistema-general-de-salud>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, Febrero 4). *Boletín No. 02 Día mundial del cáncer.* SISPRO.

https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc_boletin_02_cancer.aspx

OCDE. (2013, 10 30). *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival.* OECD Health Policy Studies. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page83

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cancer Today.* Global Cancer Observatory.

https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&gro

Oyagüez, I., Frías, C., Seguí, M. A., Gómez-Barrera, M., Casado, M. A., & Queralto Gorgas, M. (2013). Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 240-259. 10.7399

Salazar, L., Benavides, M., & Murcia, E. M. (2018, Noviembre 1). *Actuar político para el control del cáncer en Colombia.* Instituto Nacional de Cancerología.

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24380>



Asociación de
Enfermería
Oncológica
Colombiana

