

LA EQUIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD EL CÁNCER INFANTIL EN COLOMBIA



PAOLA SARMIENTO RIBERO, ABRIL DE 2020

¿POR
QUÉ
**EQUIDAD EN LA ATENCIÓN
EN SALUD?**



EQUITY

REDISTRIBUCIÓN

Discriminación

JUSTICIA

DESIGUALDAD

EQUALITY

INEQUIDAD

IGUALDAD

EQUALITY

EQUIDAD

RECONOCIMIENTO

EQUIT

EQUIDAD

IGUALDAD

IGUALDAD

JUSTICE

INEQUIDAD

EQUITY



“ El pobre es pobre porque quiere

“ Regresen de donde vinieron ”

Donald Trump, presidente de los Estados Unidos

**“ Algunos niños nacen con
estrella, otros estrellados
Directivo Minsalud ”**

"A veces no sólo es voluntad de los hombres de abusar, sino también la posición de las mujeres de ser abusadas"

Sebastián Piñera, presidente de Chile

**“ ¡No hacen nada! Creo que ni para procrear
sirve más ”**

Jair Bolsonaro, presidente de Brasil

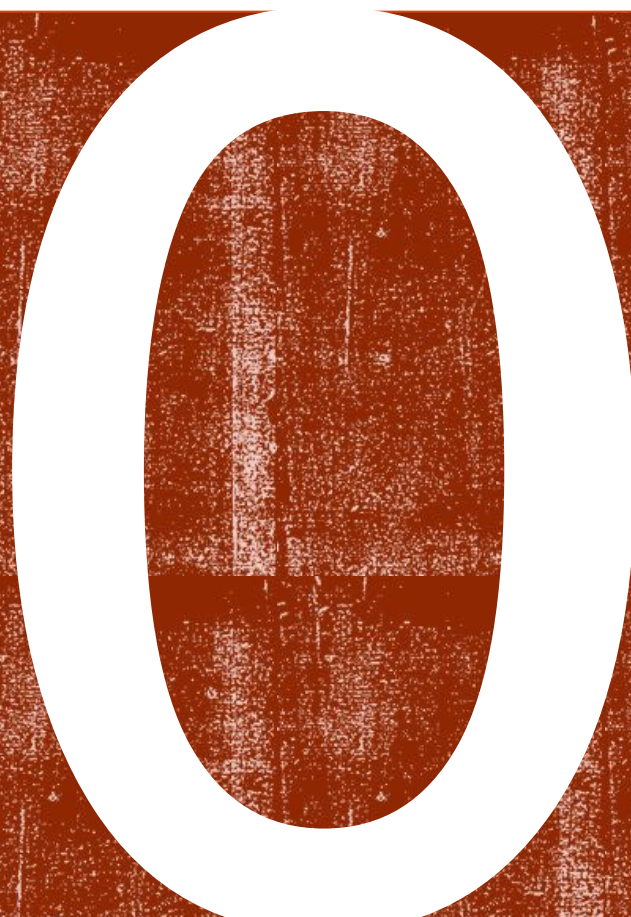
**“ Propongo un referendo o una consulta para que el
departamento del Cauca se divida en dos. Un
departamento Indígena y otro para los mestizos ”**

Paloma Valencia, senadora. Colombia



¿Hacia dónde?

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS



Componentes de la política pública, orientaciones generales, planes, programas y proyectos

Identificar y caracterizar los mecanismos de implementación de la política de atención del cáncer infantil (Ley 1388 de 2010) que inciden en la equidad en los servicios de salud, específicamente en el diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer infantil

Procesos de coordinación entre responsables de la implementación en las niñas, los niños y adolescentes en Colombia durante el período

2010-2017

-----↓ Descripción de los datos de la Estrategia de Seguimiento a Cohorte de Niños menores de 18 años con diagnóstico de Leucemia (2013-2017)



ENFOQUE DE EQUIDAD Y DE DERECHOS



ALGUNOS DATOS

del Cáncer infantil





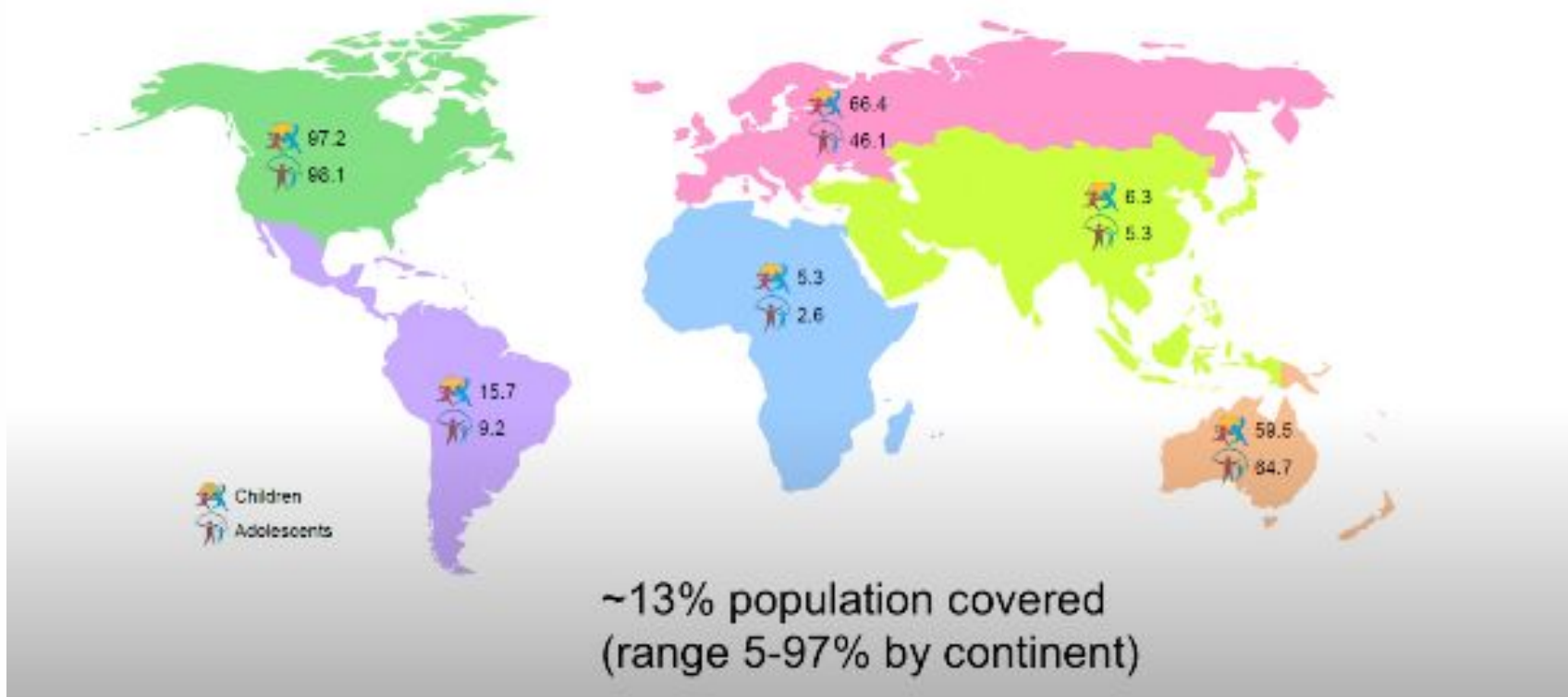
Representa entre el 0,5% y un 4,6% de los casos nuevos de todas las neoplasias malignas en el mundo (*)

Por lo general, el cáncer infantil no se puede prevenir ni detectar

La mayoría de los cánceres infantiles se pueden curar con medicamentos genéricos y con tratamientos de otros tipos, como la cirugía y la radioterapia

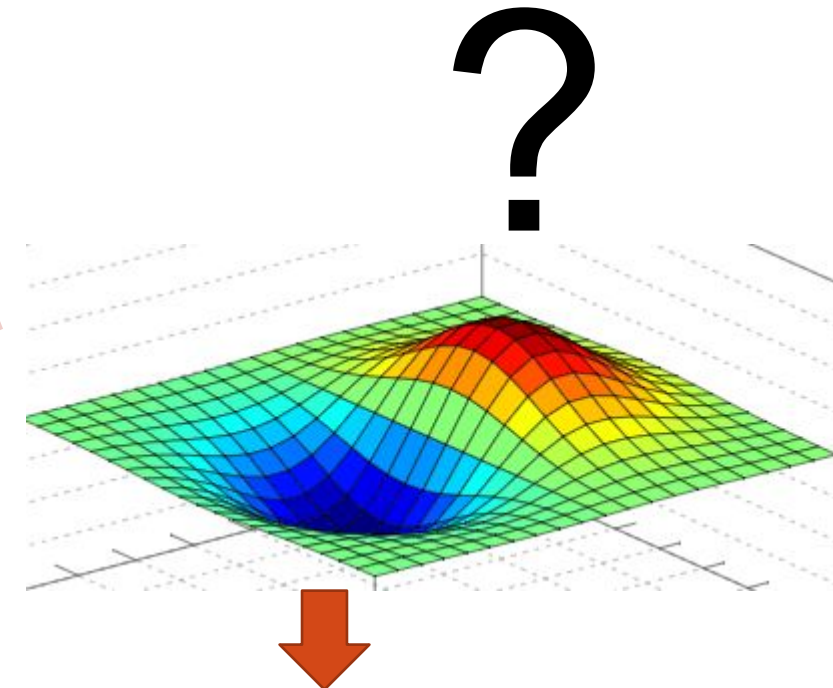
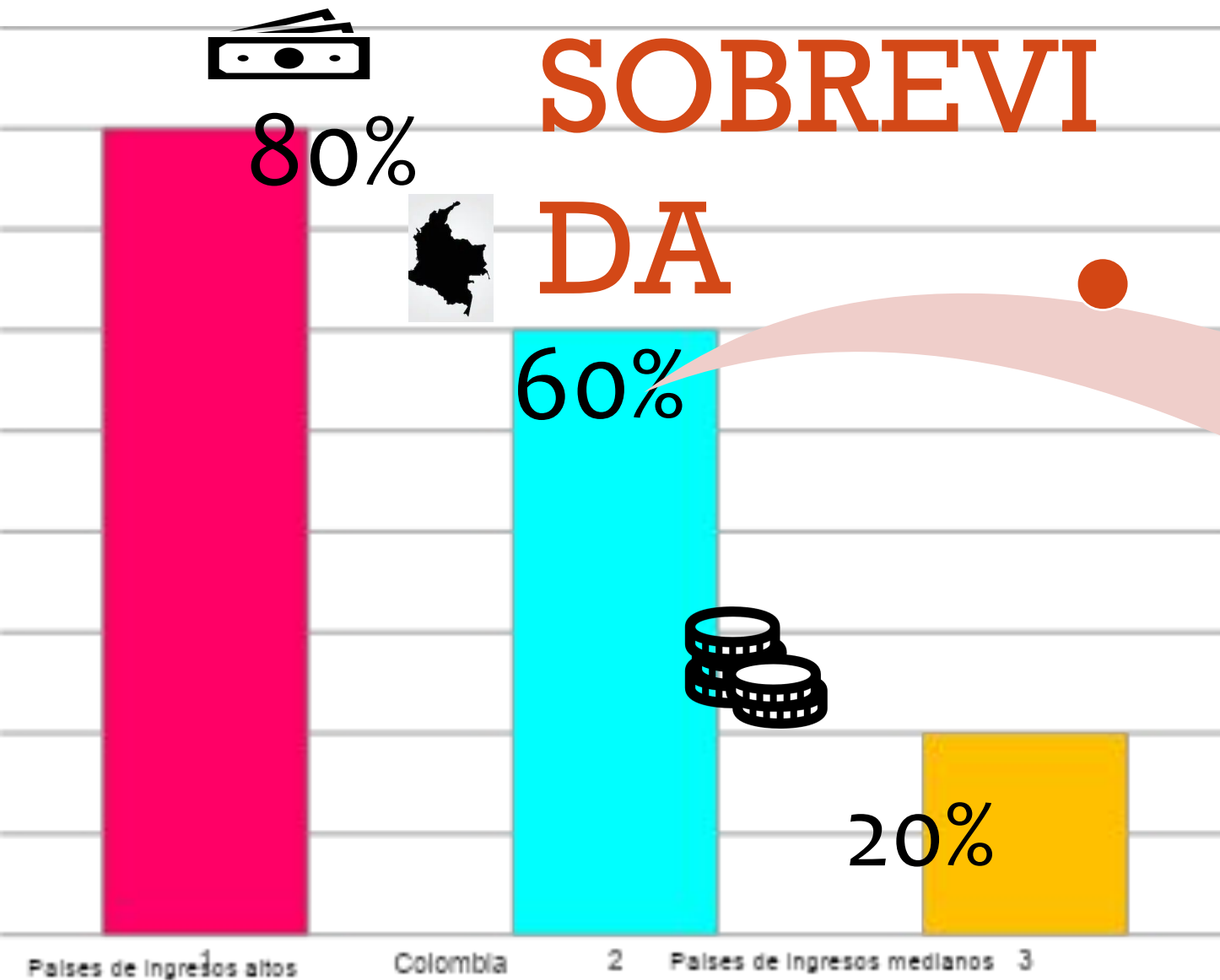
(*) Fuente: CIIC, IARC World Cancer Report 2014, Lyon (Francia).

Population coverage (%) by high quality registries providing data on childhood cancer incidence in 2010



Fuente: International Incidence of Childhood cancer, volume 3, IARS in press





Departamentos del país con la mayor mortalidad de cáncer infantil durante los últimos 4 periodos

2015	Huila (39,9 casos por 100.000)
2016	Bogotá (27,4 casos por 100.000)
2017	Caldas (34,8 casos por 100.000)
2018	Bolívar (32,7 casos por 100.000)

(Organización Mundial de la Salud, 2018. Cuenta de alto costo, 2019).

COLOMBIA

30%
Subregistro de casos

A

1.400

Casos de cáncer infantil anualmente

En Colombia hay **6.218** menores de 18 años con diagnóstico de cáncer



COLOMBIA

2^{da} causa de muerte entre 5-15 años

CALI

Leucemia
linfoide
aguda

SAN ANDRÉS

Neoplasias del
sistema nervioso
central

MEDELLÍN

Linfoma no
Hodking

Tipos de cáncer infantil más frecuentes



Fuente Cuenta de alto costo, 2019



¿CÓMO SE HIZO?

O

Tipo de estudio

Análisis documental
Entrevistas
semiestructuradas



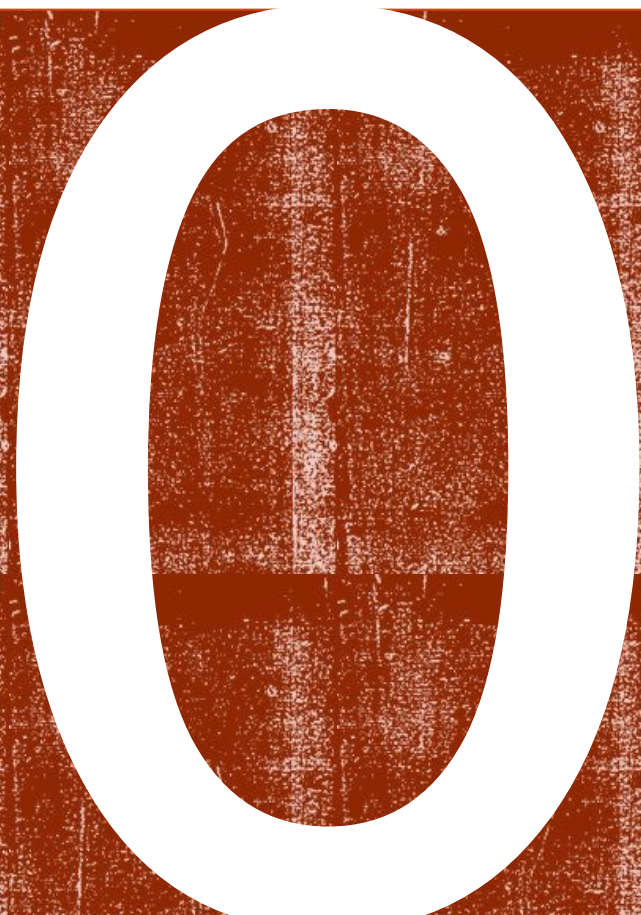
Análisis
descriptivo
retrospectivo

MIXTO



LOS

RESULTADOS



Modelo Integral de Atención



Prestación de Servicios de Salud



LA LEY 1388 de 2010

Información, registro e investigación



Apoyo integral al menor con cáncer



22 NORMAS



Modelo Integral de Atención



Autorización Integral de Servicios
Guías de Atención en Salud y protocolos.

Eliminación de copagos, cuotas
moderadoras, períodos mínimos de
cotización

Modelos de atención de Servicios de los
aseguradores

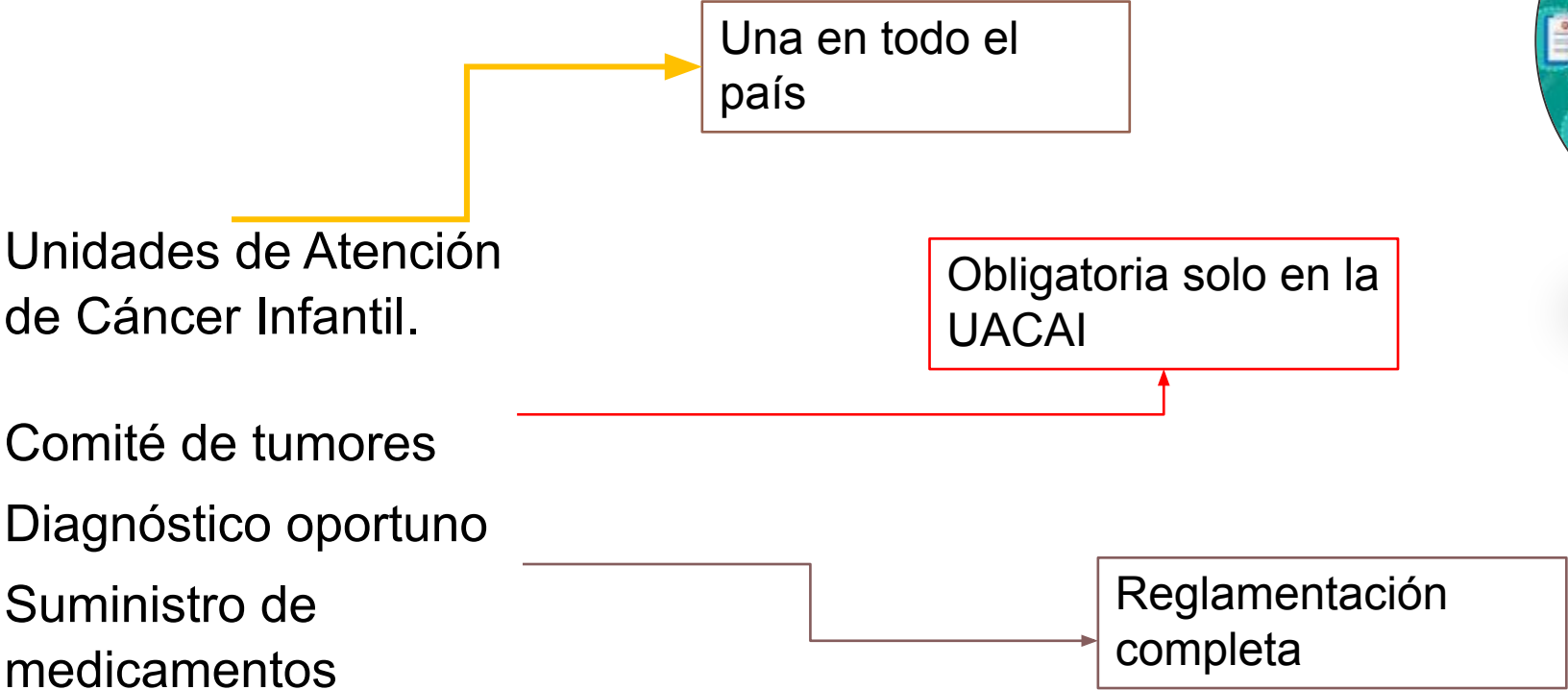
No establece en la autorización integral para las fases de diagnóstico, rehabilitación y paliación, manejo nutricional, salud mental, cirugía, entre otros.

Se encuentra reglamentado

Red integral de prestadores de servicios de salud



Prestación de Servicios de Salud



Información, registro e investigación



Componentes como el registro nacional de cáncer infantil, los registros poblacionales de cáncer infantil, el número único nacional de pacientes con cáncer, no se han implementado completamente.

No se observa una directriz clara en materia de investigación en cáncer infantil

Registro Nacional de Cáncer Infantil

Apoyo integral al menor con cáncer



Existe desarrollo normativo, pero no aborda todos los elementos esenciales requeridos según la Ley.

Ausencia de elementos de articulación y coordinación entre agentes, y de seguimiento a la implementación.

La mayor parte del desarrollo normativo se concentra en la prestación de servicios y sistemas de información. Temas como el financiamiento de la salud, el talento humano en salud y el acceso a medicamentos necesitan más desarrollo.

22

NORMAS



EL

DISCURSO



MinSalud



Defensoría del Pueblo



INS- VSP



Hospital HOMI



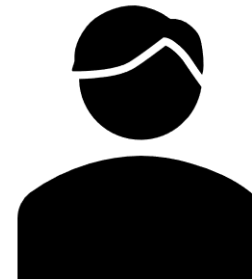
Funleucemia



ACHOP



Gestar Salud



Conocimiento y apropiación de mecanismos para la implementación de la política.

Barreras de la implementación relacionadas con la prestación de servicios de salud para el abordaje del cáncer infantil.

**Estado de implementación de la política,
facilitadores**



Conocimiento y apropiación de mecanismos para la implementación de la política.

“A mí siempre me ha parecido que lo de la ley es más porque un congresista saca el cuerpo, la verdad sea dicha, yo no conozco en detalle la Ley porque siempre me da rabia cada vez que sale una Ley, que **la Ley de fulanito, la de sutanito, la de parangue**, para eso está el sistema de salud, el sistema de salud es quien debería resolver los temas de integralidad en la prestación de los servicios, que es lo que fundamentalmente buscan todas las leyes y todas las políticas (...) [Entrevista Aseguradores]

REGIMEN DE AFILIACIÓN COMO DETERMINANTE

“(...) si tardó mucho porque esta Ley es de mayo del 2010, estamos casi a diez años de haberse promulgado y muchas cosas se han venido reglamentando recientemente, entonces, ha sido un proceso largo, ahora, independientemente que se haya implementado hace algún tiempo hay muchas cosas que no se ve la implementación de inmediato, sino que también toma tiempo hacer esa implementación.” [Entrevista asociación de pacientes]

DISPERSIÓN NORMATIVA

“-Y consideras que la Ley sí ha cumplido su objetivo, al menos impactar los indicadores de mortalidad y decir, que uno pueda decir, gracias a la Ley y a esos mecanismos...”

-En el régimen contributivo sí.

- ¿Sí ha disminuido las tasas de mortalidad?

- En el régimen contributivo sí, en el régimen subsidiado no. (...) Mientras un paciente del régimen contributivo tiene un porcentaje de sobre vida de un 70%, en el régimen subsidiado es del 58% más o menos, aproximadamente” [Entrevista Prestador de servicios de salud de cáncer infantil]

DEMORAS EN LA IMPLEMENTACIÓN



Estado de implementación de la política, facilitadores

Tipo	A nivel de gobernanza (Acción política)	A nivel de prestación de servicios de salud	A nivel de determinantes sociales
Procesos facilitadores	<ul style="list-style-type: none">- Posicionamiento del tema en la agenda pública.- Acciones de control social.- Acciones jurídicas.	<ul style="list-style-type: none">- Articulación de procesos entre prestadores y aseguradores.- Eliminación de copagos.- Especificidad en los criterios y rutas existentes.- Herramientas de monitoreo y evaluación.	<ul style="list-style-type: none">- Existencia de un marco legal y normativo.



Estado de implementación de la política, facilitadores

“Entonces, a punta de tutela atendemos los pacientes, eso es la ruta de cáncer, o sea, la ruta de cáncer es para el régimen subsidiado barreras totales y tutelas...” [Entrevista Prestador de servicios de salud de cáncer infantil].

*MECANISMOS
JURÍDICOS*

ARTICULACIÓN PAGADOR - PRESTADOR

“Pero si yo tengo una buena comunicación, o sea, yo a veces tengo con algunas instituciones, que puedo entrar a la página web y me autoriza los servicios, después vendrá una pertinencia médica, hay que ser racional, tiene que ser pertinente, debe haber una responsabilidad, pero entonces las cosas son, el gestor y el modelo de comunicación para que el usuario realmente se dedique a ser atendido y no tenga que hacer los procesos administrativos.”

“...como la ruta para ese primer nivel de atención en donde a través de los semáforos le dice al médico general, a la enfermera a estos médicos de primer nivel de atención les va diciendo los pasos a seguir si tienen un niño con unos síntomas que llamen la atención y va dando como todo el paso a paso, remítalo o descarte o sospeche y entonces haga X o Y.”

*ESTANDARIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN*



Barreras de la implementación relacionadas con la prestación de servicios de salud para el abordaje del cáncer infantil.

Tipo	A nivel de gobernanza (Acción política)	A nivel de prestación de servicios de salud	A nivel de determinantes sociales
Barreras de la implementación	<ul style="list-style-type: none"> - Débil vigilancia y sanciones. - Negación de medicamentos oncológicos por trámites relacionados con registros sanitarios. - Exceso de normas y contradicciones en las mismas. - Altos estándares para la conformación de Unidades de Atención del Cáncer Infantil – UACAI. - Baja calidad de la información notificada de niñas y niños con cáncer. - Insuficiente coordinación interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas relacionados con los mecanismos de contratación y pago entre prestadores y pagadores. - Fragmentación y dispersión geográfica de servicios de salud. - Tiempos de espera para la autorización y prestación de los servicios. - Insuficiente oferta de servicios de apoyo social y de gestores de cáncer infantil. - Ausencia de enfoques diferenciales en la atención en cáncer infantil. - Ausencia de talento humano y tecnologías en salud en zonas alejadas 	<ul style="list-style-type: none"> - nivel socioeconómico. - zona de residencia. - bajo nivel educativo de los padres o cuidadores. - pertenencia étnica.



Barreras de la implementación relacionadas con la prestación de servicios de salud para el abordaje del cáncer infantil.

-Hablando de los aseguradores y las autorizaciones:

- “(...) Yo he mandado como tres quejas a la Supersalud y ni siquiera me han contestado ni una palabra. Pero eso sí la Supersalud, sí me llama y me dice ¿por qué no has atendido este paciente? (...)” [Prestador de servicios de salud]

“Entonces esa es la realidad que estamos viviendo, lo que a uno más le causa curiosidad es eso, guías del Ministerio con medicamentos con restricción Invima, que por acá el ministerio dice, cúmplala, pero por este lado dice, no le pago, no puede formular, esa es la contradicción en medicamentos.”[Entrevista prestador de servicios de salud de cáncer infantil]

“(...) la mayor dificultad que hemos encontrado es que lo que se notifica en el sistema de vigilancia no corresponde a la realidad de lo que se encuentra digamos en los otros registros administrativos, o sea, podemos decir que si hay trece mil niños diagnosticados en Colombia, en el sistema de vigilancia solo están entrando alrededor de cinco mil más o menos (...) [Entrevista Ministerio de Salud y Protección Social].



Barreras de la implementación relacionadas con la prestación de servicios de salud para el abordaje del cáncer infantil.

“En la práctica lo que uno ve es que los niños de régimen subsidiado son más vulnerables y tienen menores probabilidades de sobrevivencia comparativamente con los niños de régimen contributivo. [Entrevista asociación de pacientes con cáncer]

(...) La EPS pues mueve por lo menos lo que tiene que ver con la enfermedad, claro, aquí para allá no voy a poder manejar los determinantes, pues yo no voy a poder manejar los ríos contaminados, no voy a poder manejar que cocine con leña, yo no voy a poder, nada de eso.”

[Entrevista aseguradores]



Barreras de la implementación relacionadas con la prestación de servicios de salud para el abordaje del cáncer infantil.

*“(...)
también hay una deuda histórica con el régimen subsidiado ¿pero en qué sentido?, en el sentido en que, en un país como el nuestro, el lugar donde están nuestras organizaciones, donde está la guerra, eso también dificulta, es donde no hay vías, donde a veces no entra, no llega sino la EPS, o sea, lo único social que hay es la EPS, ni siquiera hay educación.*”



LOS

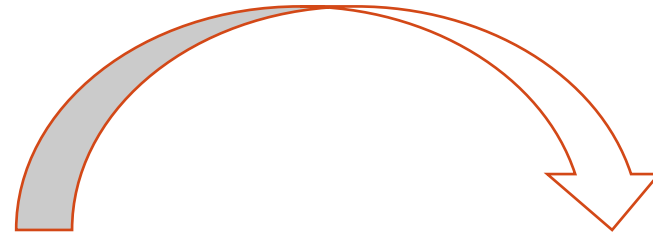
DATOS

Análisis Descriptivo



Estrategia de Seguimiento a Cohorte de Niños menores de 18 años con diagnóstico de Leucemia

1.968

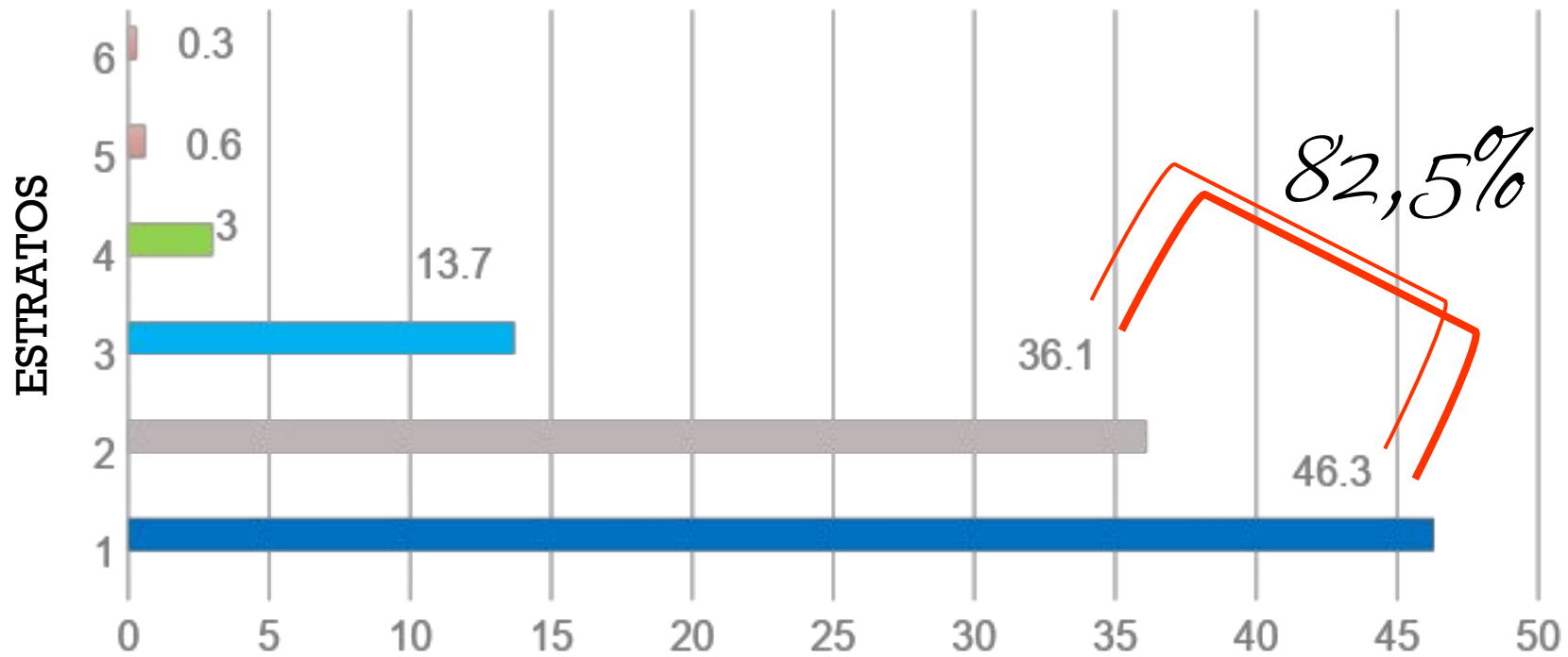


2013-2017

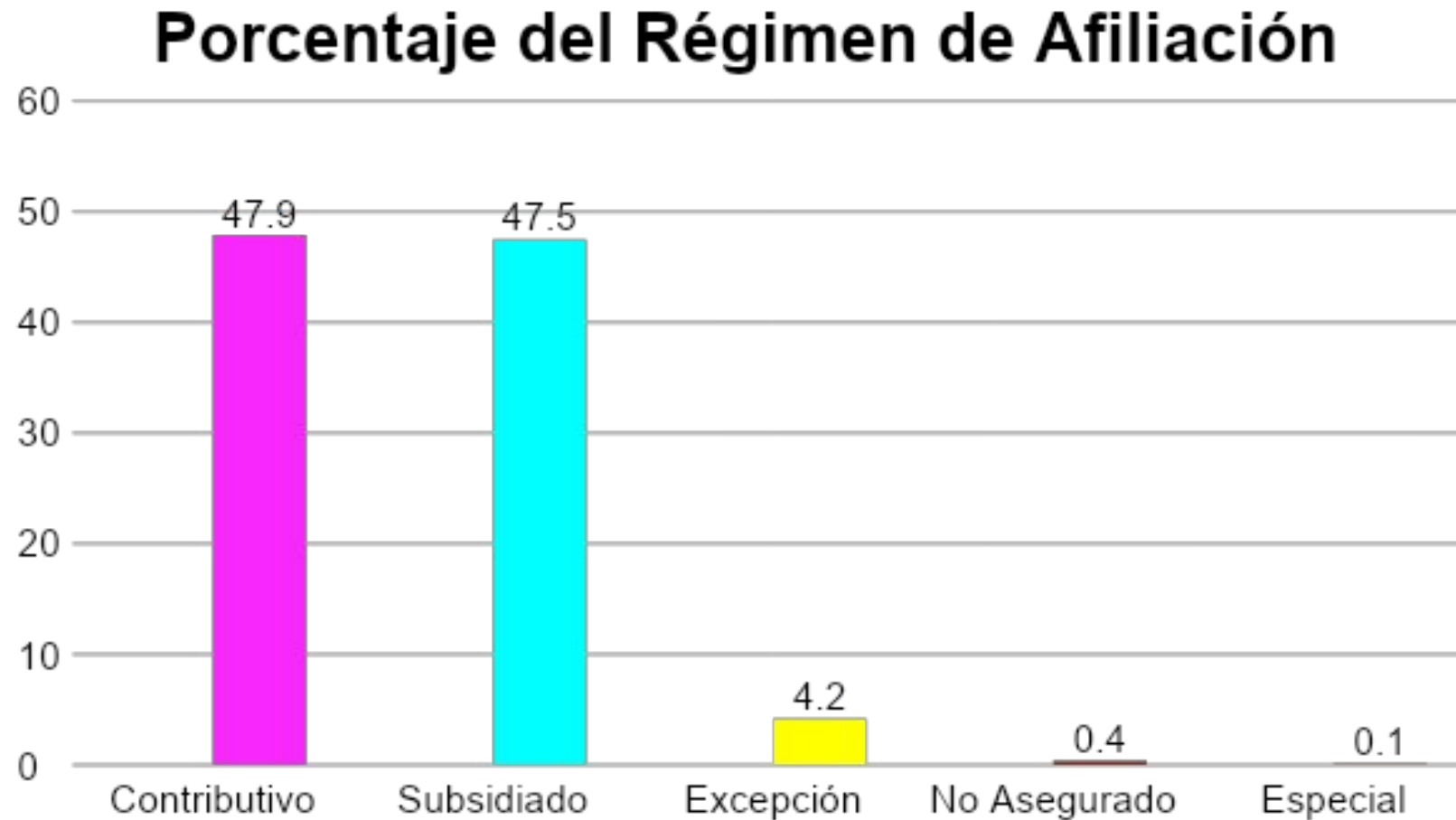
Registros nominales anonimizados



Porcentaje de distribución del estrato socioeconómico



Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a las que pertenecen las niñas, niños y adolescentes con cáncer



Acciones legales para acceder a los servicios

26,9%

Pacientes han tenido que interponer algún recurso legal para tener acceso a los servicios de salud



Metas de oportunidad en los hitos de atención: DIAGNÓSTICO PROBABLE

HITO

1

Diagnóstico Probable (días)

Oportunidad alta: < de 2 días

Oportunidad media: 3-10 días

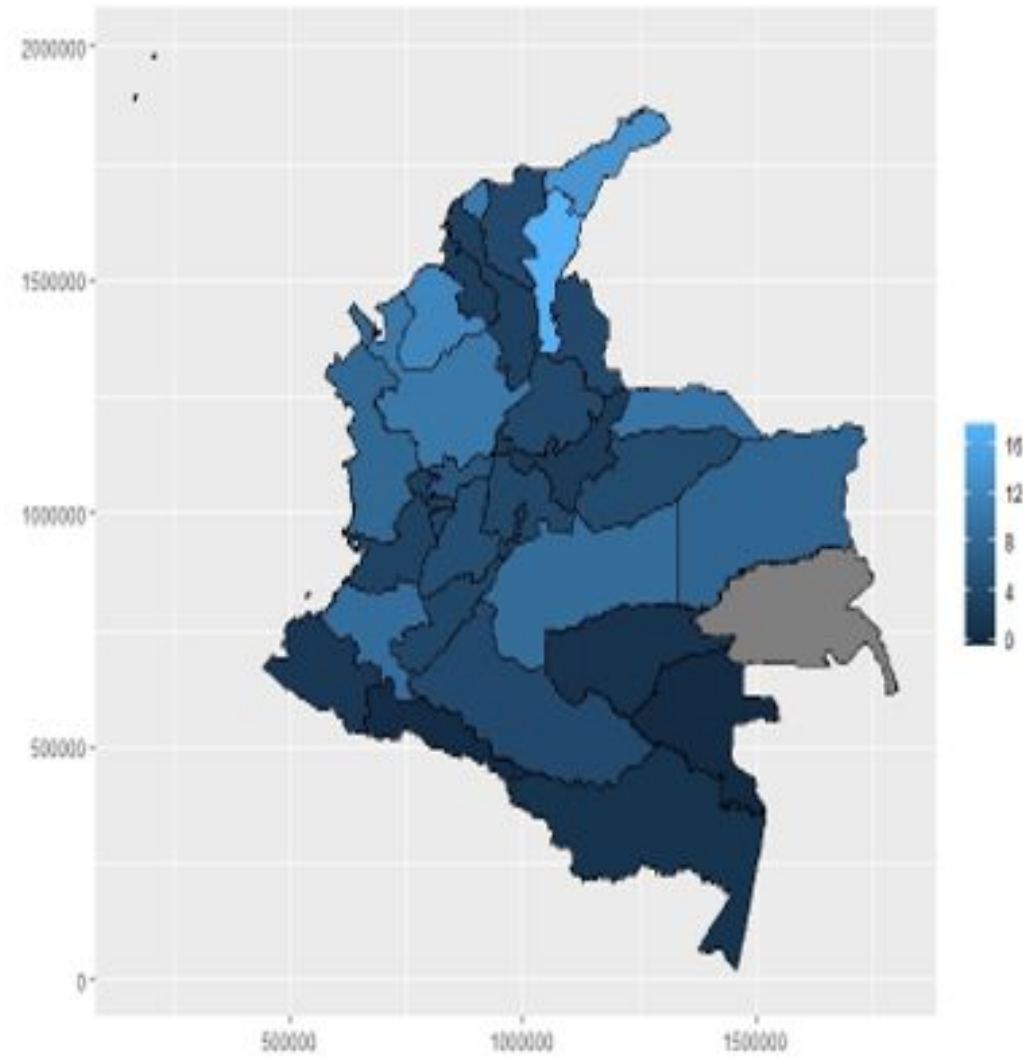
Oportunidad baja: > 10 días

40%

Tuvo oportunidad alta para
determinar un diagnóstico
probable.



Metas de oportunidad en los hitos de atención: DIAGNÓSTICO PROBABLE



Metas de oportunidad en los hitos de atención: DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

HITO

2

2-Confirmación (días)

Oportunidad alta: < 8 días

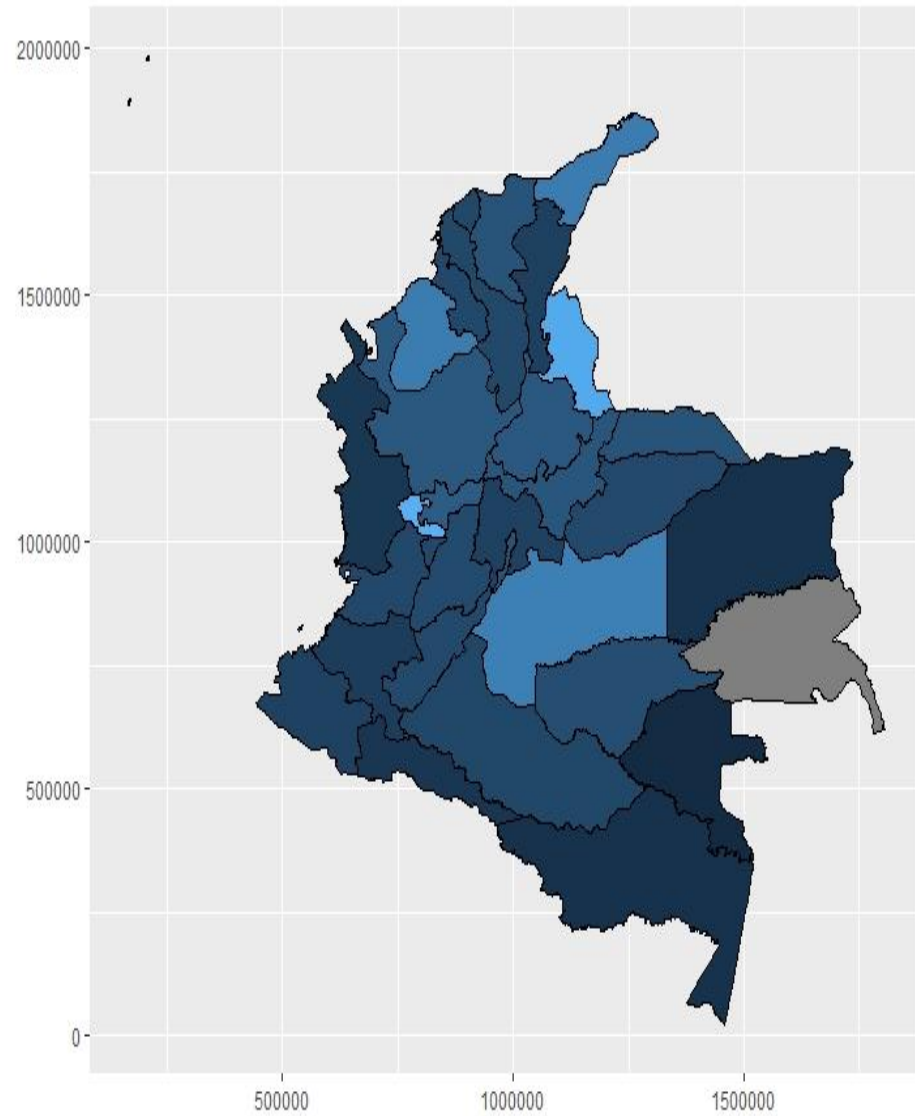
Oportunidad media: 9-15 días

Oportunidad baja: > 16 días

40%

Tuvo un diagnóstico oportuno





Metas de oportunidad en los hitos de atención: DIAGNÓSTICO DEFINITIVO



Metas de oportunidad en los hitos de atención: INICIO DE TRATAMIENTO

HITO

3

3-Inicio tratamiento (días)

Oportunidad alta: < 2 días

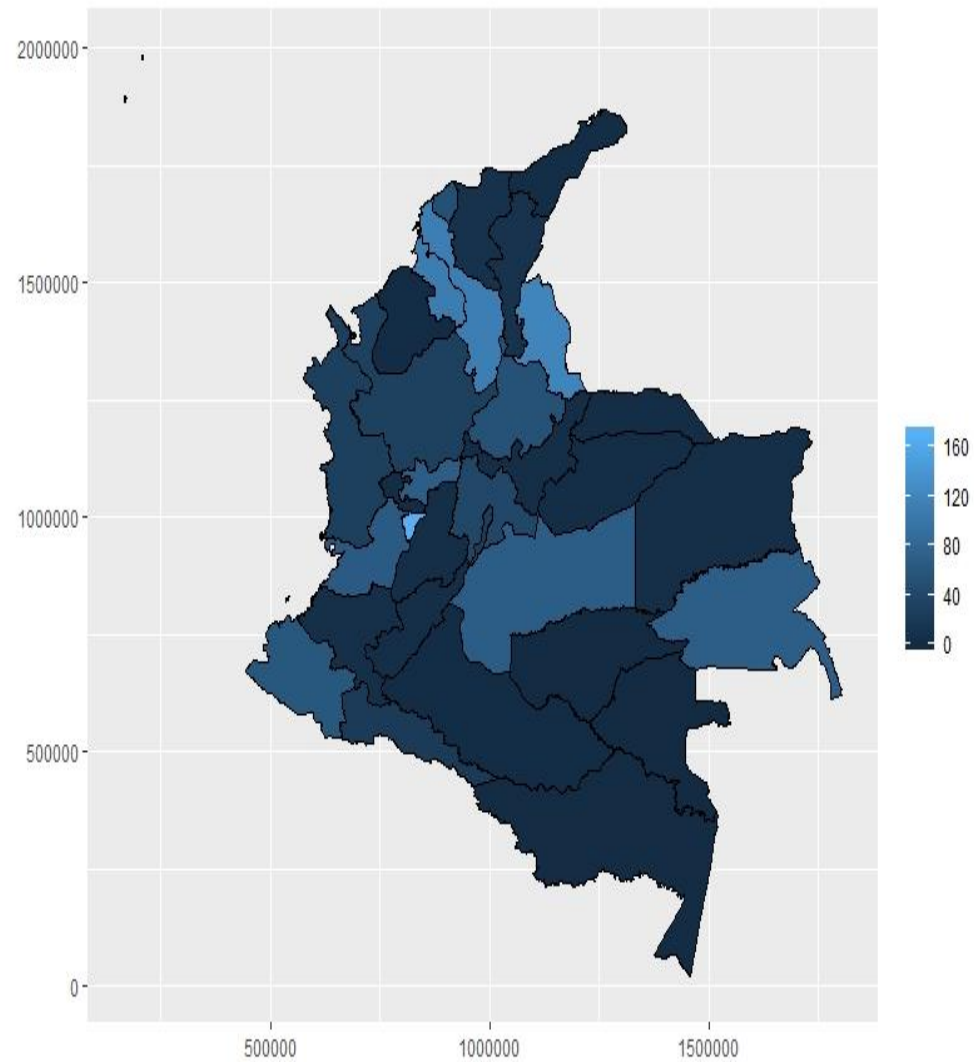
Oportunidad media: 3-4 días

Oportunidad baja: > 5 días

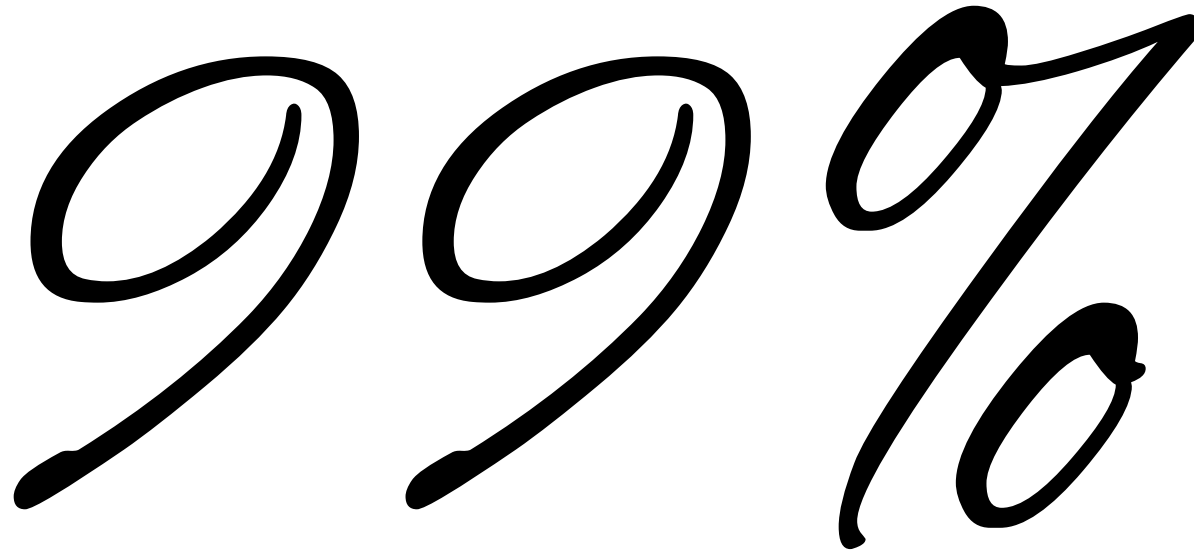
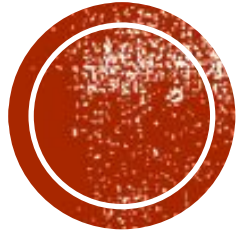
42,4 días

Es la media de la base para el inicio del tratamiento





**Metas de oportunidad en los hitos de atención:
INICIO DE TRATAMIENTO**



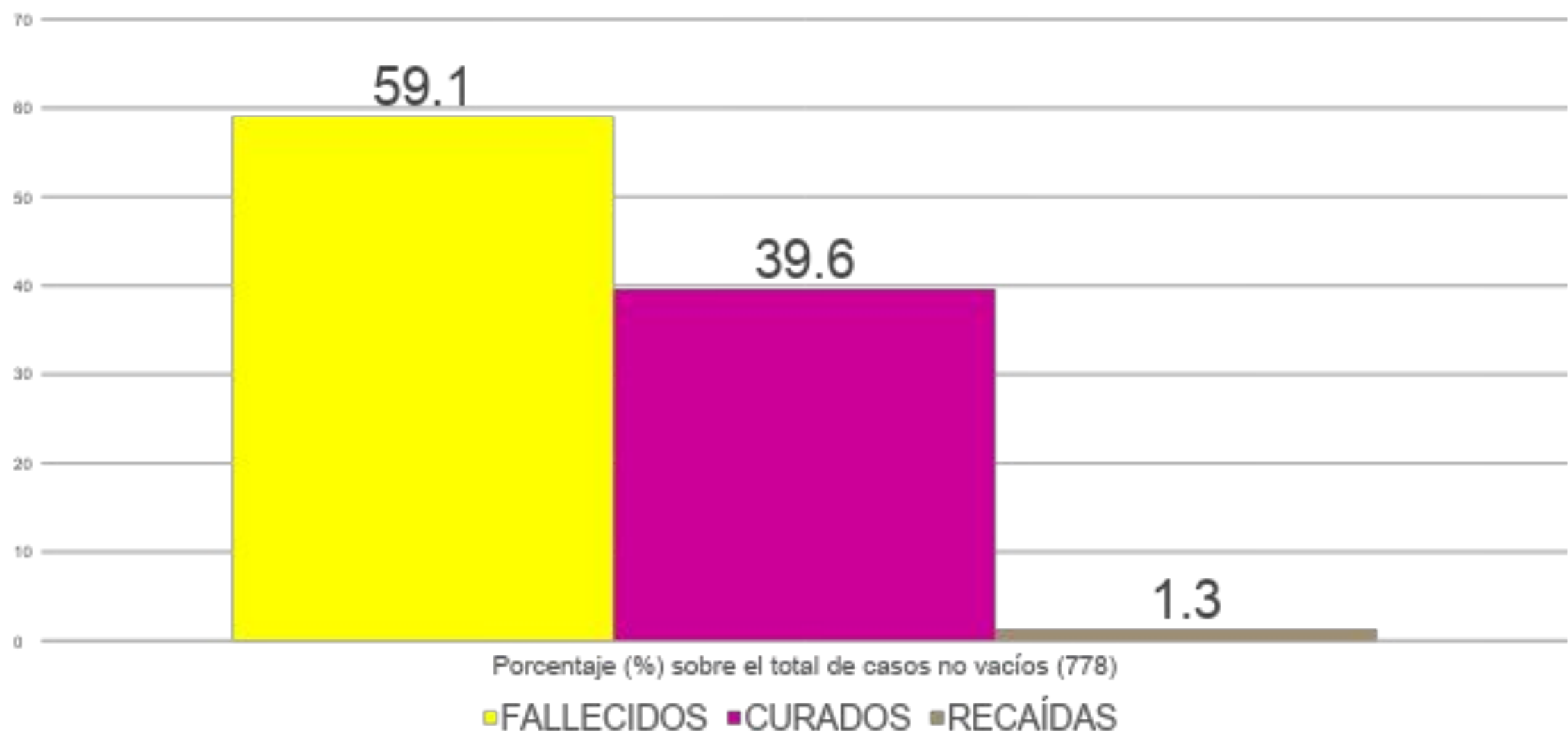
Inician su tratamiento tardíamente

Alertas generadas en el diagnóstico e inicio de tratamiento

Tipo de alerta	Número
Oportunidad diagnóstica autorizaciones	1
Oportunidad diagnóstica copagos	0
Oportunidad diagnóstica viáticos	0
Inicio de tratamiento autorizaciones	0
Inicio de tratamiento copagos	1
Inicio de tratamiento viáticos	2
Continuidad autorizaciones	1995
Continuidad copagos	552
Continuidad viáticos	1277
Total	3828



Condición final



LAS

CONCLUSIONES

0

La Ley 1388 de 2010 es un avance normativo notable

El diagnóstico e inicio del tratamiento es tardío, esto a su vez contribuye al empeoramiento de indicadores de mortalidad y sobrevida, en particular cuando los datos son estratificados según el nivel de aseguramiento (subsidiado).

La creación de la figura de un gestor de cáncer, mejoró la relación de confianza y facilitó la eliminación de trámites administrativos durante la prestación de servicios en salud.



Los servicios integrales para la atención en cáncer infantil, deben ir más allá de los servicios de salud oncológica, y conectar con los servicios de protección social (transporte, alojamiento, cuidadores, educación, salud mental, etc.)

Las brechas en la implementación desde la gobernanza que afectan directamente la atención en cáncer infantil subyacen en un problema de la misma configuración de un mercado de múltiples agentes y procesos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



LAS

RECOMENDACION

0

Actuar sobre los determinantes sociales del cáncer infantil mediante un enfoque transectorial y multidimensional en la implementación de la política

Eliminar las inequidades en el diagnóstico y tratamiento oportunos, en particular en la base del aseguramiento en salud

Mejorar los mecanismos de contratación y de pago entre los responsables de la prestación del servicio de salud y los pagadores.



Desarrollar capacidades y aumentar la oferta del talento humano en salud de la red de prestadores públicos, en particular en áreas rurales dispersas

Impulsar la gestión de conocimiento e invertir en investigación que oriente la implementación de la política de atención en cáncer



El régimen de afiliación se configura
como el principal eje de desigualdad
en la atención de las niñas, niños y
adolescentes con cáncer en
Colombia