



EDITORIAL

La atención del cáncer desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia

Cancer care from the Sistema General de Seguridad Social financial sustainability perspective in Colombia

Carolina Wiesner

Directora, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C., Colombia

Recibido el 9 de mayo de 2016; aceptado el 18 de mayo de 2016

El Plan Estratégico Sectorial de Salud en Colombia 2014-2018 plantea la sostenibilidad financiera del sistema de salud como una de sus metas. Además define una relación directa entre la sostenibilidad y la equidad, pues «sin sostenibilidad, no se garantiza la equidad real»¹.

La equidad es uno de los temas más complejos a los que se enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSC) dado que desde la perspectiva bioética se trata de cumplir el principio de Justicia y garantizar, dentro de las limitaciones presupuestales del sector salud, los servicios y los insumos que requiere un paciente sin que se afecte el acceso y la provisión de servicios a otros pacientes.

Lograr la equidad o cumplir el principio de Justicia dentro del SGSSC en relación con el cáncer, requiere un análisis juicioso de planeación dada la tendencia creciente de la incidencia del cáncer en Colombia; es así como en el 2015 se diagnosticaron cerca de 80.000 casos nuevos de cáncer y para el 2035 se espera casi el doble, es decir, 155.000 casos^{2,3}. Por otra parte, un alto porcentaje de pacientes, incluso en Bogotá, se diagnostica en estadios avanzados de

la enfermedad⁴; además, debido a la alta cobertura alcanzada con el SGSSC se debe disponer de un presupuesto que garantice: la prevención de nuevos casos en el futuro, la detección temprana, el tratamiento y los cuidados paliativos para los pacientes con cáncer.

Frente a la prevención, se encuentra principalmente el control de los factores de riesgo, como el tabaco y el virus del papiloma humano (VPH). Frente al tabaco, podemos decir que gracias a las acciones tomadas en décadas anteriores, las tendencias recientes de la mortalidad por cáncer en Colombia (1984-2008) presentan una reducción para todos los cánceres asociados con el consumo de tabaco, como son el de laringe, el de la cavidad oral y el de esófago⁵ y, en el último quinquenio (2007-2012), el de pulmón en hombres³. Más que intervenciones médicas, fue necesario el desarrollo de políticas públicas que controlaran la publicidad y la regulación del consumo, gracias al proceso que con la firma y ratificación del convenio marco para el control del tabaquismo en Colombia⁶ se consolidó y fortaleció.

Frente a la prevención del VPH, en esta edición de la *Revista Colombiana de Cancerología* se publica un artículo de Óscar Gamboa *et al.*, del Instituto Nacional de Cancerología, en el que se señala que la vacunación «reduce los costos

Correo electrónico: cwiesner@cancer.gov.co

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2016.05.001>

0123-9015/© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



CrossMark

del control del cáncer de cuello uterino» pues disminuye a mediano plazo la prevalencia de lesiones preneoplásicas, lo que implica un ahorro en el gasto de su atención. Según lo afirman los autores, en el país actualmente se presentan al año 177.317 casos de lesiones preneoplásicas NIC1, con un costo medio individual de COP\$ 769.156 y 47.000 casos de NIC2-NIC3 con un costo medio de COP\$ 2.396.500. Por consiguiente, la vacuna representa un ahorro en los próximos 20 años del gasto que hoy se debe hacer y se debe disponer de recursos que garanticen la sostenibilidad del programa actual de vacunación.

Sobre este aspecto, preocupa la propuesta generada por la Academia Nacional de Medicina de hacer antes de la vacunación un análisis personalizado de cada una de las niñas entre los 12 y los 17 años, para evaluar la autoinmunidad personal y familiar. Los estudios de autoinmunidad sugeridos por la Academia no solo carecerían de evidencia científica suficiente o convincente, sino que generarían costos adicionales sin una garantía de los beneficios que se podrían obtener. Se rompería, además, el principio de la equidad y la posibilidad histórica de prevenir la carga de cáncer de cuello uterino en las próximas décadas.

Dado que la prevención del cáncer de cuello uterino depende igualmente del tratamiento de las lesiones preneoplásicas, actualmente todos los países, independientemente del éxito del programa de vacunación, deben garantizar el presupuesto para la tamización. Según Gamboa *et al.*, la tamización es el componente con mayor costo. Es decir, el costo actual de la tamización con citología cérvico-uterina resulta similar a la suma del tratamiento de todo el espectro de la enfermedad: alrededor de COP\$ 127.000'000.000 y COP\$ 122.000'000.000, respectivamente. Como lo afirman los autores, respecto a las nuevas pruebas disponibles en el mercado que ofrecen una mayor efectividad en los programas de detección temprana, será posible una mayor reducción del gasto con la introducción de pruebas de VPH como base de la tamización en la era posterior a la vacuna, dada la reducción a mediano plazo de la prevalencia de lesiones preneoplásicas y por la ampliación de los intervalos de tamización: una citología cada año frente a una prueba para VPH cada cinco años a un precio comparable.

Además del cáncer de cuello uterino, y para lograr la perspectiva de la sostenibilidad del sistema, se encuentra la detección temprana del cáncer de próstata y de mama. Se espera que con la nueva política de atención integral (PAIS) se pueda mejorar la capacidad resolutiva de los prestadores primarios para la detección temprana de cáncer, que ha tenido, entre otras, dos grandes dificultades. En primer lugar, dado el alto costo que tiene la tamización, se encuentran las estrategias de contención del gasto que realizan los aseguradores, mediante la falta de generación oportuna de las autorizaciones para los procedimientos específicos en detección temprana. Se ha encontrado que algunos aseguradores no autorizan la mamografía de tamización cuando la solicita un médico general y solo lo hacen cuando la solicita el especialista, retrasando la oportunidad del diagnóstico. En segundo lugar, se ha encontrado que los médicos generales y los médicos no oncólogos en la rutina de sus servicios, no cuentan con suficientes competencias para el diagnóstico diferencial de las enfermedades de la glándula mamaria, lo que lleva a una mayor proporción de casos de cáncer en estadios avanzados⁷.

En cuanto al tratamiento del cáncer, otro aspecto importante para la sostenibilidad financiera del sistema está relacionado con la atención de los pacientes en unidades funcionales donde se garantice la atención multidisciplinaria bajo protocolos clínicos. Cuando no existen estas condiciones, se aumenta la posibilidad de una demanda exagerada de procedimientos por parte de los prestadores de servicios de salud y la contención injustificada del gasto por parte de los aseguradores. Se espera que en el futuro los servicios prestados de manera más integral puedan garantizarse mediante otra modalidad diferente al pago por servicios prestados (pago por evento), como es el pago por grupos relacionados de diagnósticos (pago por paquete)⁸.

En relación con el cáncer de mama, la revista presenta un segundo artículo de Gamboa *et al.*, que revela que el costo "del cáncer de mama regional es de COP\$ 65'603.537, mientras que el de cáncer metastásico de mama tiene un costo total de COP\$ 144'400.865. Estos estudios constituyen un primer paso dentro del proceso de definición de pagos por grupos relacionados de diagnóstico según el estadio (por paquete). Según el estudio publicado en este número de la revista, la quimioterapia explica la mayor parte del costo del tratamiento de cáncer de mama (75,0 a 87,6% del costo total), dependiendo del estadio en que se encuentre el cáncer. Dado que en este estudio únicamente se utilizó la opinión de expertos, se espera promover el desarrollo de estudios que presenten resultados que contemplen la información brindada directamente por los pacientes y así avanzar de forma más precisa en el proceso de nuevas formas de pago que puedan reducir los costos de transacción relacionados con el pago por evento.

Las anteriores reflexiones invitan a la lectura de los artículos publicados en el presente número de la revista. Además, es importante resaltar que la regulación de precios de los medicamentos, medida implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social, ha sido eficaz para el control del gasto y del crecimiento de los servicios oncológicos en prestadores no integrales que inducen una captura inapropiada de pacientes en busca de pago. Frente a las estrategias generadas para garantizar la sostenibilidad del sistema y en el marco de la medicina gestionada, cabe reconocer la divulgación que se ha hecho para la promoción de Centros Integrales de Tratamiento de Cáncer y la constitución de Unidades Funcionales⁹ que buscan garantizar la calidad y la integralidad de la atención del paciente con cáncer.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan estratégico sectorial de salud en Colombia, 2014-2018. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, *et al.* GLOBOCAN 2012, v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
3. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Bogotá: Cancer Epidemiology; 2015. En proceso de publicación.

4. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Delay for diagnosis and treatment of breast cancer in Bogotá, Colombia. *Salud Pública Méx.* 2011;53:478–85.
5. Piñeros M, Gamboa O, Hernández-Suárez G, Pardo C, Bray F. Patterns and trends in cancer mortality in Colombia, 1984-2008. *Cancer Epidemiol.* 2013;37:233–9.
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1335 de 2009, Ley Antitabaco.
7. Murillo R, Díaz S, Perry F, Poveda C, Piñeros M, Sánchez O, et al. Increased breast cancer screening and downstaging in Colombian women: A randomized trial of opportunistic breast-screening. *Int J Cancer.* 2016;138:705–13.
8. Murillo RH, Wiesner C, Acosta JA, Piñeros M. *Modelo de cuidado del paciente con cáncer.* Bogotá: Instituto Nacional de Oncología; 2015.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1477 de 2016 “Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto “UFCIA” y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil «UACAI» y se dictan otras disposiciones”.