



Impacto de las medidas por COVID-19 en la atención y resultados en salud de pacientes con cáncer en Colombia

Esteban Orozco, Giancarlo Romano, Daniel Medina, Valeria Bejarano, Meisser Madera, Paul Rodríguez, Ricardo, Sara Atehortúa.

MENSAJES CLAVE

- ✓ **Reducción en el número de pacientes:** al analizar los cánceres seleccionados durante el periodo de 2017 a 2021, todos muestran una disminución en el número de pacientes atendidos por prestaciones específicas de cáncer durante 2020 después de las medidas tomadas por el gobierno nacional a causa de la emergencia sanitaria. Especialmente, se redujeron las consultas de control entre el 3-28%, la internación entre el 19-64% y las politerapias y monoterapias entre el 8-53%.
- ✓ **Aumento en el uso de servicios específicos:** en pacientes comparables antes y durante de las medidas tomadas por el gobierno nacional a causa de la emergencia sanitaria (2017-2021) hubo un incremento en el uso de servicios especializados. Se incrementa la probabilidad en puntos porcentuales entre el 5% y 10% por consultas de cuidados paliativos, entre el 4% al 10% en monoterapias y entre el 3% al 24% para consultas de cirugías.
- ✓ **Incremento en el gasto en salud:** al contrastar un grupo de pacientes comparables antes y durante de las medidas tomadas por el gobierno nacional a causa de la emergencia sanitaria (2017-2021) se encontró que el gasto real por paciente aumentó en procedimientos en salud entre el 26% y 38%.
- ✓ **Deterioro en resultados de salud:** en el nivel departamental al analizar el periodo de 2018 a 2021, se observó un incremento entre el 15% y 37% de las personas identificadas con cáncer, una disminución entre el 20% y 31% del número de casos nuevos de pacientes y un aumento entre el 15% y 55% de la mortalidad.

“ COVID-19 afectó gravemente la atención del cáncer en Colombia, con menos diagnósticos, más mortalidad y mayor gasto. ”

SOBRE EL ESTUDIO ★

La crisis sanitaria por COVID-19 llevó a una reorientación de recursos en el sistema de salud colombiano, afectando la atención de enfermedades crónicas como el cáncer. Un estudio del IETS, en el marco del proyecto AGORA, analizó seis tipos de cáncer de alta carga (pulmón, mama, colorrectal, cervical, estómago y próstata) entre 2017 y 2022, revelando una reducción en la atención durante 2020, aumentos en el gasto por paciente y un empeoramiento en los resultados de salud, incluyendo mayor prevalencia y mortalidad. El informe destaca la necesidad urgente de garantizar la continuidad de servicios oncológicos ante futuras emergencias, mediante modelos de atención flexibles, fortalecimiento de redes de servicios, uso de telemedicina y preparación del personal sanitario. También se recomienda mejorar los sistemas de información, la interoperabilidad de datos y fomentar la investigación aplicada para responder eficazmente a crisis sanitarias.



Problema

Debido a la crisis sanitaria por COVID-19, el gobierno nacional implementó un conjunto de medidas sanitarias para enfrentarla. Esto implicó la reasignación de capacidades hacia la atención de la emergencia que impactó la continuidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas como el cáncer.

Con el fin de entender las consecuencias de esas medidas para hacer frente a la pandemia y, a partir de ello, generar recomendaciones para preparar al sistema ante futuras emergencias sanitarias, un equipo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, como parte del proyecto AGORA, llevó a cabo un estudio que cuantificó el efecto sistémico del grupo de medidas de tomadas en el sistema de salud por causa del COVID-19 para seis tipos de cáncer, seleccionados por su alta carga para el sistema de salud colombiano: pulmón, mama, colorrectal, cervical, estómago y próstata. Para ello, se evaluaron los cambios en el uso de servicios, el gasto por paciente y los resultados en salud entre 2017 y 2022.

La metodología empleada estimó el cambio generado por el conjunto de políticas públicas sanitarias formuladas por el gobierno nacional a partir de marzo de 2020 y que reconfiguraron la dinámica de acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y del gasto implicado por los seis cánceres estudiados. La estimación del cambio se realizó mediante un análisis cuantitativo que utilizó datos a nivel individual comparando dos grupos de pacientes en dos periodos de tiempo antes y durante la pandemia en términos del uso de servicios de salud trazadores de cáncer y gasto por paciente (1), tomando dos rangos de fechas de dos formas diferentes: i) julio 2017 - diciembre 2019 y julio 2019 - diciembre 2021 y ii) julio 2018 - marzo 2020 y julio 2019 - marzo 2021. Adicionalmente, se realizó un análisis a nivel departamental durante el periodo 2018 a 2021 para medir los cambios en la tasa de mortalidad, la tasa de prevalencia - total de personas con la enfermedad -, la tasa de incidencia - número de casos nuevos -, y la gestión del riesgo.

Resultados

Los resultados se analizaron en tres ámbitos: uso de servicios de salud, gasto en salud y resultados en salud:

● Uso de servicios de salud

Se encuentra que algunos de los servicios de salud comunes (como consultas de control, internación y tratamiento con politerapia o monoterapia) para los seis cánceres seleccionados, experimentaron una reducción en el número de pacientes atendidos después del inicio de las medidas en 2020. Al finalizar 2021, no se observó un aumento de dicho número a los niveles prepandemia. Especialmente, se redujeron las consultas de control entre el 3-28% (próstata y estómago, respectivamente), la internación entre el 19-64% (próstata y estómago, respectivamente) y las politerapias y monoterapias entre el 8-53% (próstata y colorrectal, respectivamente).

Por otro lado, en pacientes comparables antes y durante de las medidas tomadas por el gobierno nacional a causa de la emergencia sanitaria (2017-2021) hubo un incremento en el uso de servicios especializados como quimioterapias, consultas de cuidado paliativo, consultas para cirugía, conizaciones, monoterapia y teleterapia. Particularmente, se incrementa la probabilidad en puntos porcentuales entre el 5% y 10% (mama y colorrectal), por consultas de cuidados paliativos

entre el 4% al 10% (cervix y mama) en monoterapias y entre el 3% al 24% (cervix y colorrectal) para consultas de cirugías. Esto sugiere un deterioro en la salud de las personas que ya tenían cáncer en el momento de la pandemia, lo que invita a buscar estrategias de mitigación que garanticen la continuación del tratamiento ante eventos impredecibles que afectan a todo el sistema de salud.

● Gasto en salud

Cuando se comparan pacientes antes y durante de las medidas tomadas por el gobierno nacional a causa de la emergencia sanitaria (2017-2021), se encuentra un aumento en promedio del 30% del gasto real por paciente para los cánceres estudiados en procedimientos (sin medicamentos), entre el 26% en pulmón y 38% en cervix. En procedimientos específicos, se estiman aumentos en monoterapia y politerapias desde el 52% en estómago a más del 200% en cervix, en radioterapia entre el 25% en mama a 75% en cervix y cuidados paliativos entre el 37% en mama a 126% en cervix.

Los aumentos en el gasto, junto con la mayor demanda de servicios asociados a peores desenlaces, indican un empeoramiento de los pacientes con cáncer, y resaltan la importancia de mantener una atención médica integral y oportuna incluso en situaciones de crisis importantes como una pandemia.

Impacto de la pandemia en la atención del cáncer

Disminución de servicios
comunes



Aumento de servicios
especializados

Aumento del gasto por
paciente



Aumento del gasto en
procedimientos

Uso de servicios de salud



Gasto en salud

● Resultados de salud

A nivel departamental, los análisis sugieren un empeoramiento de los resultados en salud en el periodo estudiado. En primer lugar, se encuentra un aumento en promedio del 25% en la tasa de prevalencia por 100.000 habitantes de los cánceres analizados, entre el 15% en pulmón y 37% estómago, asociado con un menor restablecimiento de la salud o finalización de los tratamientos de los pacientes. En segundo lugar, se encuentra una disminución en promedio del 25% en la tasa de incidencia por 100.000 habitantes, entre un 20% en pulmón y 31% en próstata, lo que puede reflejar un menor tamizaje o diagnóstico oportuno. En tercer lugar, a partir del análisis de los datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC), se evidencia un aumento del

35% en promedio de la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, entre un 15% en pulmón a un 55% en próstata.

Finalmente, al analizar los indicadores de gestión del riesgo del cáncer de la CAC, se encontró una desmejora en la oportunidad de tratamiento, en términos de un aumento en el número de días desde la confirmación del diagnóstico o la primera consulta hasta el inicio del tratamiento en 11 días en cáncer de estómago, 12 días en cáncer colorrectal y 51 días en cáncer de próstata y una disminución en la detección temprana en términos de la reducción de nuevos casos identificados en etapas tempranas del 15% en cáncer de estómago y del 27% en cáncer colorrectal.

Impacto de la pandemia en la atención del cáncer



Recomendaciones

- Aumentar los esfuerzos para garantizar la continuidad del manejo del cáncer ante emergencias sanitarias o choques externos en el sector salud, especialmente ante medidas que restringen el acceso a los servicios de salud, que puedan evitar el retraso en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Esto implica: (i) garantizar la continuidad de los servicios oncológicos adoptando estrategias según las capacidades por nivel de atención de los diferentes centros de servicio; (ii) desarrollar modelos de atención flexibles que aseguren el acceso a diagnóstico y tratamiento, incluyendo alternativas como la teleconsulta, telemedicina o centros satélite; (iii) ampliar y profundizar el uso de la telemedicina por medio de plataformas digitales para triaje, intervenciones de atención primaria, gestión de la medicación, gestión del tratamiento a corto y largo plazo, y la monitorización a distancia posterior al alta; (iv) mejorar la estratificación clínica de pacientes y priorizar su atención según niveles de riesgo y necesidad; (v) mantener reservas estratégicas de medicamentos críticos en cáncer; (vi) adaptar y mejorar las condiciones de atención domiciliaria y disposición de unidades móviles para el diagnóstico y atención del cáncer; (vii) crear, mantener o fortalecer la interconexión de redes de atención locales y territoriales próximas a centros de atención de referencia en cáncer en ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Barraquilla, Bucaramanga, entre otras.
- Desarrollar planes de preparación y respuesta ante emergencias por parte de los profesionales de la salud, de forma tal que permita la continuidad de la atención por cáncer ante situaciones de emergencias sanitarias. Particularmente: (i) crear sistemas de asignación y redistribución del personal según la disponibilidad del talento humano en oncología y de otras especialidades relacionadas para afrontar las necesidades de los pacientes y en función de la infraestructura de atención sanitaria; (ii) capacitar a

médicos generales o enfermeras en para suplir faltantes de oncólogos en casos específicos de emergencias como la pandemia; (iii) mejorar el bienestar y retención del personal, en especial en el apoyo psicológico y del síndrome de desgaste profesional (burnout); (iv) colaboración entre instituciones privadas y públicas e integración de sus especialistas por medio de redes de atención de cáncer.

- Los repositorios, las bases de datos y los registros administrativos de salud de todas las entidades públicas y privadas, a nivel territorial y nacional deben de estar disponibles de manera abierta, pública e interoperable, conservando la confidencialidad de la información. En situaciones de emergencia sistémica esto permite: (i) contar con información actualizada, de forma tal que permita tener evidencia para mejorar la oportunidad y resolutivez en la atención; (ii) implementar sistemas de vigilancia activa mejorar la estratificación clínica de pacientes y priorizar su atención; (iii) fortalecer las capacidades de investigación clínica, económica y social aplicada y focalizada en el manejo de pacientes con cáncer en situaciones de crisis sistémicas.

- Crear un programa nacional de investigación para la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública dentro del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (2–8). Este programa puede facilitar el desarrollo de estrategias basadas en evidencia para mejorar la capacidad de preparación y respuesta, permitiendo anticipar, comprender y abordar estos riesgos. Así mismo, puede fomentar la colaboración entre diversos actores, promoviendo enfoques integrados de preparación para emergencias que consideren la interdependencia entre sectores, y perfeccionar sus estrategias para mejorar su preparación futura con base en otras experiencias.

REFERENCIAS

1. Webb E, Kind P, Meads D, Martin A. Does a health crisis change how we value health? *Health Econ.* 2021;30(10):2547-60.
2. Bell JA, Nuzzo JB. Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis [Internet]. Washington DC: Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security, Economist Impact; 2021 dic p. 260. Disponible en: <https://ghsindex.org/>
3. World Bank. External Assessment of Quality of Care in the Health Sector in Colombia. [Internet]. Washington DC: World Bank; 2019 jul p. 130. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>
4. Calonge N, Brown L, Downey AS, editores. Evidence-based practice for public health emergency preparedness and response. Washington, DC: The National Academies Press; 2020.
5. Khatri RB, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Preparedness, impacts, and responses of public health emergencies towards health security: qualitative synthesis of evidence. *Arch Public Health.* 30 de noviembre de 2023;81(1):208.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe del Taller Regional de Lecciones Aprendidas sobre la Preparación y la Respuesta durante la Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud; 2023 p. 29. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57279>
7. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 [citado 4 de octubre de 2024]. (European Observatory Policy Briefs). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559803/>
8. World Health Organization. Emergency Response Framework (ERF). Third Edition. Geneva: World Health Organization; 2024.

Autores del informe



Esteban
Orozco

Economista de la Universidad de Antioquia, con maestría en Economía de la Universidad EAFIT. Coordinador de la Unidad de Economía de la Salud (UES) del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Se ha desempeñado como docente de economía de la salud y evaluación económica en salud en la Universidad de Antioquia, la Universidad del Bosque, la Universidad del Norte y la Universidad CES. Su línea de investigación se centra en economía y evaluación económica en salud, así como en el análisis de gasto y costos del sector.



Giancarlo
Romano

Economista con estudios en Filosofía y Maestría en Economía, con amplia experiencia en el sector público colombiano, especialmente en economía de la salud, financiamiento del sistema, análisis de mercados farmacéuticos, regulación de precios de medicamentos y evaluación de tecnologías sanitarias para decisiones de cobertura en el Plan de Beneficios en Salud. Ha sido asesor de la Dirección Ejecutiva del IETS y comisionado ante la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud. Experiencia en gerencia de proyectos, coordinación de equipos, investigación y consultoría en evaluación económica y proyectos de inversión en salud pública. Experiencia docente en Microeconomía, Macroeconomía, Estadística y Filosofía Política.



Daniel
Medina Gaspar

Economista de la Universidad Nacional de Colombia y Magíster en Economía de la Universidad EAFIT, con nueve años de experiencia en investigación y consultoría económica y siete años en docencia universitaria. Ha trabajado en instituciones como el Banco de la República, el Banco Mundial, la Universidad del Rosario, la Universidad EAFIT y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), enfocándose en temas de mercado laboral, protección social y análisis económico en salud. Su línea de investigación se centra en políticas públicas, mercado laboral y evaluación económica en el sector salud, con énfasis en análisis de datos, modelación econométrica y coordinación de equipos de investigación.



Valeria
Bejarano

Estadística, magíster en Estadística de la Universidad Nacional de Colombia. Se ha desempeñado como analista senior en la Unidad de Analítica y Métodos Actuariales del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), donde lideró y participó en diversos proyectos de investigación. Cuenta con publicaciones científicas a nivel nacional e internacional.



Meisser
Madera

Odontólogo con doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona, y formación de maestría en Epidemiología Clínica de la Universidad de la Frontera, Salud Pública Bucal del King's College London y Bioquímica de la Universidad de Cartagena. Profesor Asociado y Jefe del Departamento de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Su trabajo se enfoca en la investigación en salud pública bucal, medicina basada en la evidencia, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, inequidades en salud y la interrelación entre salud bucal y salud general.



Paul
Rodríguez

Profesor asociado en la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario y consultor regular con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Es doctor en Economía por University College London (2016) y sus investigaciones abordan principalmente el área de economía de la salud y el desarrollo. Representa a América Latina en la junta directiva de iHEA, forma parte de LAHEN (LACEA), del comité editorial de PLOS ONE.

Autores del informe



Ricardo
Bruges

Médico especialista en Medicina Interna de la Universidad Javeriana, en Oncología Clínica de la Universidad El Bosque y magíster en Oncología Molecular de la Universidad Rey Juan Carlos y el CENIO (España). Se desempeña como profesor asistente de Oncología Médica y Medicina Interna en la Universidad Javeriana y como oncólogo clínico en el Instituto Nacional de Cancerología y el Centro Javeriano de Oncología del Hospital San Ignacio. Ha ejercido cargos de liderazgo en asociaciones científicas, incluyendo la presidencia de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO) y la vicepresidencia de la Asociación Colombiana de Mastología (ACM). Actualmente, es miembro de la junta directiva de ACHO y de CAMEC, además de pertenecer a las sociedades científicas ASCO y ESMO. Su línea de investigación se enfoca en la oncología clínica y molecular.



Sara
Atehortúa

Economista de la Universidad de Antioquia, con maestría en Gobierno y Asuntos Públicos de FLACSO-México y doctorado en Economía de la Universidad del Rosario. Profesora de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia desde 2011, donde ha coordinado el Grupo de Economía de la Salud (GES) y actualmente lidera la Maestría en Políticas Públicas. Becaria de CONACYT (México) y del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia. Trayectoria reconocida con el premio a la investigación estudiantil (2007), la distinción Huellas de un maestro a la excelencia docente (2014) y la mención de tesis laureada por su doctorado. Su línea de investigación se enfoca en economía de la salud, economía experimental y economía de la información, con múltiples publicaciones nacionales e internacionales.

Proyecto ÁGORA

ÁGORA: “Alianza para la Generación de evidencia sobre Covid-19, su respuesta y lecciones Aprendidas para la postpandemia y futuras epidemias”, financiado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia. El proyecto fue ejecutado por la Pontificia Universidad Javeriana en colaboración con la Universidad de los Andes, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad del Rosario, el Instituto de Evaluaciones Tecnológicas en Salud y la Cuenta de Alto Costo.

FINANCIACIÓN



EJECUCIÓN



CO-EJECUTORES

