ProPacífico

INCIDENCIA EN EL EJERCICIO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS LOCALES Y NACIONALES DE CÁNCER: ESTRATEGIA -MENOS BARRERAS MÁS VIDAS-

RELATORÍA
DICIEMBRE DE 2021

Apoyan: astellas Roche AFIDRO Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo

María Isabel Ulloa
Directora Ejecutiva
ProPacífico

Daniel Humberto Echeverri
Director Proyecto de Salud
ProPacífico

Equipo técnico:

Francisco Escobar
Consultor Senior CCan
ProPacífico

Johan Sebastian Loaiza
Consultor Proyecto de Salud
ProPacífico

Carmen Rosario Palta
Consultora Proyecto Cáncer
ProPacífico

PRESENTACIÓN

ProPacífico es una organización privada, sin ánimo de lucro, independiente y apolítica que trabaja en pro del desarrollo sostenible del país y, en especial, de la región Pacífico, a través de la identificación, gestión y articulación de iniciativas de interés general y de alto impacto, que fomenten el progreso económico, la sostenibilidad ambiental y la prosperidad colectiva.

Conforme a los cambios de contexto y evolución del concepto de desarrollo, ProPacífico ha transformado su visión para seguir liderando la agenda de desarrollo sostenible e integral, gracias a la articulación de esfuerzos del sector público, privado y sociedad civil.

INTRODUCCIÓN

ProPacífico, en alianza estratégica con City Cancer Challenge Fundation, ha liderado diferentes iniciativas que tienen en común el mejoramiento de la calidad de la atención de las personas con cáncer de la ciudad de Cali. En esta búsqueda de identificar oportunidades de mejoramiento en beneficio de las personas, ProPacífico se ha aliado con la Secretaría de Salud de Cali para un trabajo conjunto en el que se busca construir propuestas de solución a las problemáticas actuales en cuanto a la calidad de la atención.

A partir del análisis de Peticiones, quejas y reclamos gestionadas por el Servicio de atención a la comunidad, y en mesas de trabajo con las Empresas administradoras de planes de beneficios, y la Secretaria de salud, se identificaron, de manera conjunta situaciones y hallazgos de la ruta oncológica, las cuales se consolidan y abordan desde la estrategia "menos barreras más vidas" desde el reconocimiento de las barreras que presentan las personas con cáncer, sus causas, facilitadores que pueden utilizarse para mitigar el efecto de tales barreras y, sobre todo, qué estrategias de solución pueden desplegarse.

4 mesas interinstitucionales

12 participantes

7 EAPB de la Ciudad de Cali

OBJETIVOS

Objetivo general:

Proponer estrategias de solución en términos de calidad de la atención dirigidas a barreras identificadas a través de las PQR interpuestas por personas con cáncer ante el SAC.

Objetivos específicos:

- Gestionar mesas de trabajo con las EAPB, personal del SAC y de la Secretaría de Salud de Cali para identificar barreras y facilitadores del proceso de atención en cáncer de la ciudad de Cali.

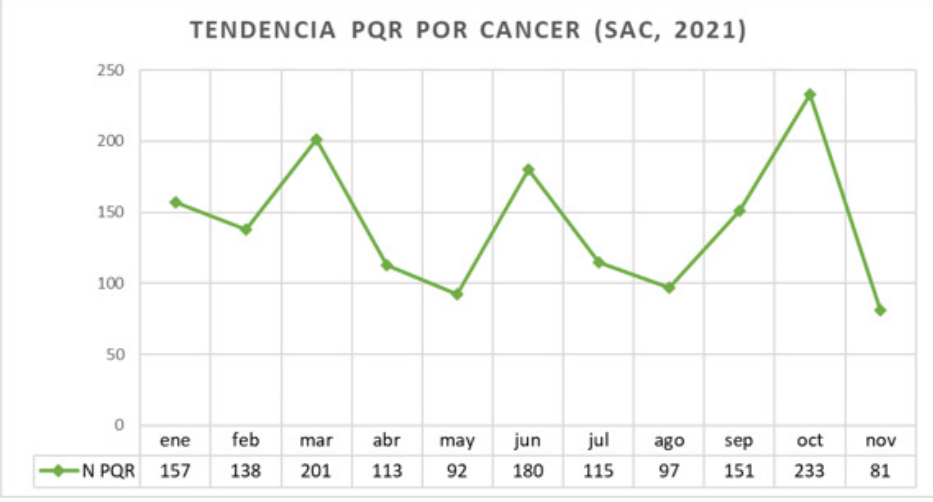
- Proponer estrategias de solución dadas desde las EAPB con miras a un compromiso interinstitucional para mejorar los procesos y procedimientos relacionados con la atención de las personas con cáncer.

RECONOCIMIENTO DE **PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS** EN LA **RUTA ONCOLÓGICA** DE LA CIUDAD DE CALI

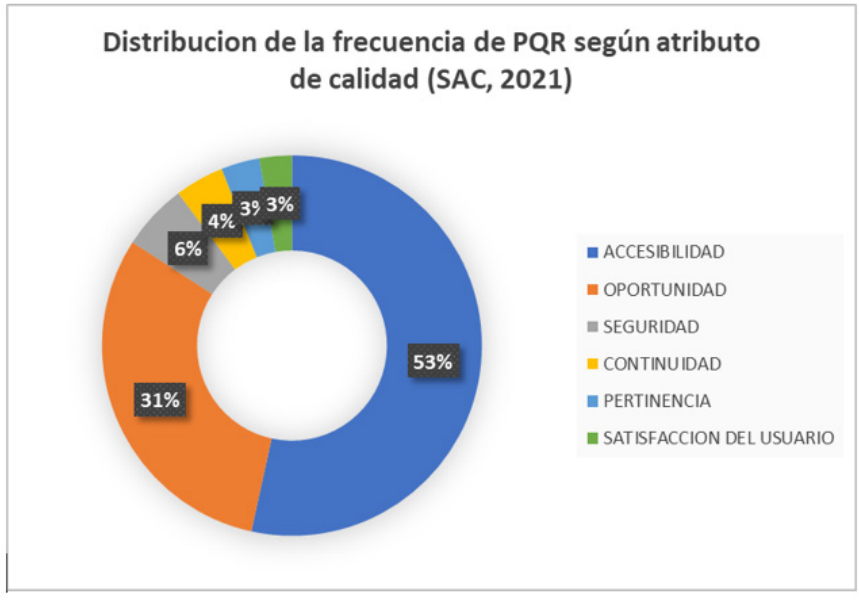
SITUACIONES Y HALLAZGOS

El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) es el encargado de recopilar y gestionar todas las Peticiones Quejas y Reclamos-PQR, de las personas de Cali, en cuanto a barreras o dificultades para la efectiva prestación de servicios de salud. En el marco de su ejercicio, han identificado qué personas con diagnóstico de cáncer han interpuesto alguna PQR. Esto permite caracterizar brevemente el tipo de PQR que interpone esta población en particular, lo que visibiliza las brechas y barreras en el proceso de atención.

Se muestra en la siguiente imagen la frecuencia de PQR por mes durante el año en curso, de personas con algún diagnóstico de cáncer. Se puede observar que el comportamiento es oscilante, con pico de interposición de PQR en los meses de marzo, junio y octubre. Llama la atención que el mes de octubre fue el periodo con mayor número de PQR registradas, con un incremento sostenido desde agosto.

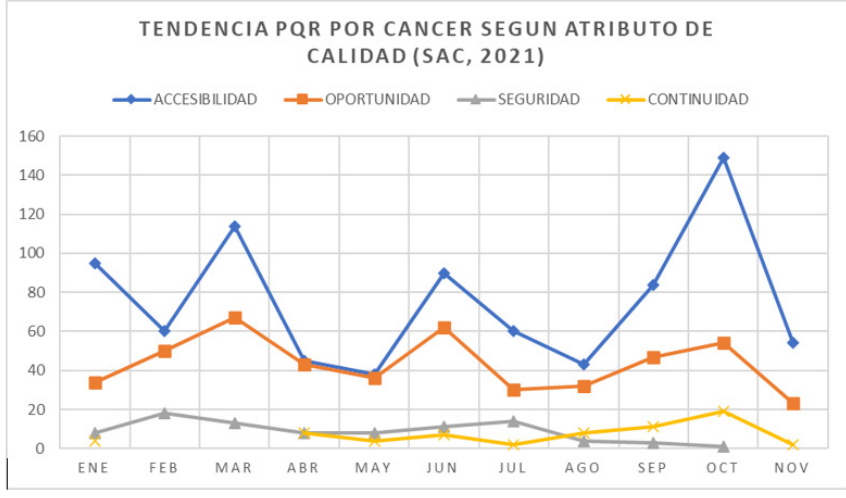


Por otro lado, el equipo del SAC clasifica cada PQR en términos de atributo de calidad. La siguiente imagen muestra la distribución porcentual según la PQR en función del atributo de calidad. Se observa que el Pareto se encuentra en dos atributos: PQR relacionadas con accesibilidad (53%), y PQR relacionadas con oportunidad (31%).



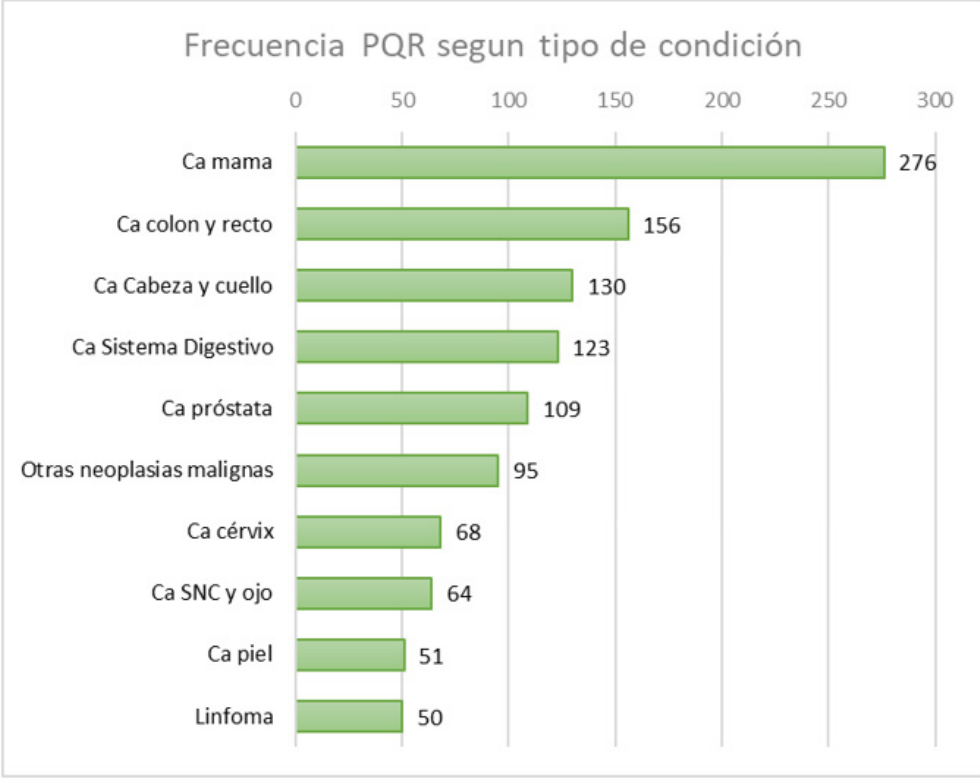
FUENTE: base de datos del SAC – PQR sobre cáncer, periodo 01 de enero a 11 de noviembre de 2021

Así mismo, se describe la tendencia de los 4 atributos de calidad más frecuentes, en el que el comportamiento de PQR por accesibilidad es el que determina el comportamiento observado en la primera imagen.



FUENTE: base de datos del SAC – PQR sobre cáncer, periodo 01 de enero a 11 de noviembre de 2021

Desde otro punto de vista, cuando se revisa el tipo de cáncer que más PQR se interpone, se evidencia que corresponde a PQR por personas con cáncer de mama, seguido por cáncer de colon y recto, cáncer de cabeza y cuello (principalmente tiroides), cáncer digestivo diferente a colorrectal (estómago, vías biliares) y cáncer de próstata.



FUENTE: base de datos del SAC – PQR sobre cáncer, periodo 01 de enero a 11 de noviembre de 2021

Es importante aclarar que la frecuencia corresponde a PQRs más no de personas únicas. Es decir, que una persona puede colocar más de una PQR. Los datos descritos son por frecuencia de PQR, por lo que se busca visibilizar que las barreras más frecuentes se observan en relación con problemáticas de accesibilidad y oportunidad, y con relación a servicios para la atención en cáncer de mama, precisando también que puede darse en función de la mayor frecuencia de este evento con respecto a los otros tipos de cáncer, entre la población que ha puesto PQR.

Finalmente, se muestra la frecuencia y la tasa (por 100,000) de PQR en función de las EAPB a las que pertenecen los usuarios:

EAPB	N	Tasa x 100,000
EAPB 1	766	168
EAPB 2	173	97
EAPB 3	139	46
EAPB 4	96	46
EAPB 5	91	42
EAPB 6	78	19
EAPB 7	53	27
EAPB 8	48	19
EAPB 9	41	28
EAPB 10	16	49
EAPB 11	14	
EAPB 12	6	
EAPB 13	6	604
EAPB 14	5	
EAPB 15	4	85
EAPB 16	4	68
EAPB 17	1	40

FUENTE: base de datos del SAC – PQR sobre cáncer, periodo 01 de enero a 11 de noviembre de 2021. Denominador de la tasa tomado de: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Se puede observar que 5 EAPB son las que concentran el 82% del total de las PQR interpuestas en el periodo que, al contrastar con la tasa, las 2 primeras EAPB son la que tienen mayor frecuencia de PQR ajustada a su población total de afiliados (excepto por la EAPB 13).

DESPLIEGUE DE MESAS DE TRABAJO

Para la ejecución de los encuentros de trabajo, se programaron 4 mesas que sirvieron de puntos de encuentro entre las aseguradoras de Cali, representantes del SAC y Secretaría de Salud de Cali, como espacios de discusión, constructivos y propositivos:

- Mesa # 01: realizada el 30 de junio de 2021
- Mesa # 02: realizada el 21 de septiembre de 2021
- Mesa # 03: realizada el 30 de octubre de 2021
- Mesa # 04: realizada el 30 de noviembre de 2021

Las preguntas orientadoras utilizadas en las mesas fueron:

- ¿Cuáles son las barreras coyunturales y estructurales que generen limitaciones en cuanto a acceso, oportunidad y continuidad para garantizar la calidad de la atención del paciente con sospecha o confirmación de cáncer?
- ¿Cuáles con las estrategias, intervenciones o acciones que actualmente están ejecutando que visualicen como facilitadores que garanticen la calidad de la atención del paciente con sospecha o confirmación de cáncer?
- ¿Cuáles con las estrategias, intervenciones o acciones que podrían implementarse para reducir o eliminar las barreras identificadas, o que fortalezcan los facilitadores descritos, encaminadas a garantizar la calidad de la atención del paciente con sospecha o confirmación de cáncer?

¿CUÁLES SON LAS BARRERAS COYUNTURALES Y ESTRUCTURALES QUE GENEREN LIMITACIONES EN CUANTO A ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE CÁNCER?

BARRERAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Barreras coyunturales

- Retrasos en los procesos de autorización.
- Dificultades en la parametrización de los servicios ordenados.
- Demoras en la formalización de contratación, o inclusión de tecnologías en contratos ya existentes.
- Agendas de citas con profesionales especialistas escasas.
- Discontinuidad en la entrega de medicamentos

Barreras estructurales

Dificultades en la interlocución y coordinación entre diferentes IPS de una misma red. Se presenta como barrera que muchas EAPB tiene contratación con diferentes IPS que participan en una parte del proceso de atención, sobre todo en la fase de sospecha y diagnóstico, y se ha observado que algunas IPS se centran solo en lo que “les corresponde”, en su portafolio de servicios, y no tiene el incentivo para dirigir al paciente si se requiere de servicios complementarios para la atención integral. Se toma como ejemplo el rol de tiene la IPS que tiene la tamización alterada, frente a la IPS de laboratorio de patología, o la IPS

que hace la biopsia, o la IPS de imagenología que es diferente a la IPS oncológica.

Falta de retorno al primer nivel. Se identifica la desvinculación de las IPS del nivel primario del tratamiento y seguimiento que tiene el paciente con diagnóstico de cáncer. Esto se complementa con la falta de una atención complementaria a la IPS oncológica, para que el paciente se le haga un seguimiento de ambas instituciones y que, en algunos casos, se maneje adecuadamente comorbilidades.

Pacientes sobrevivientes se manejan como población general. En concordancia con la barrera anterior, se identifica como barrera que no hay un abordaje apropiad para los pacientes supervivientes de cáncer, ya que se maneja como población general, y desde el punto de vista de riesgo, deben manejarse aun dentro de la ruta oncológica, aunque el tratamiento activo haya pasado. Esto conlleva a detección tardía de recaídas o de nuevos cánceres.

Condiciones socioeconómicas del paciente. Se identifican como barreras para el acceso elementos propios del paciente, como son las condiciones sociales y económica, tanto desde la identificación (percepción) del riesgo, como los medios para buscar atención. Esta barrera impacta de igual manera la oportunidad y la continuidad, incluso más que el tema de autorizaciones [nota: barreras administrativas y similares fueron abordadas en la Mesa # 01].

Traslados de otras aseguradoras y pérdida de la continuidad. Debido a la coyuntura actual del sistema de salud, algunas EAPB ya sido cerradas lo que obliga a muchos usuarios con patologías de alto costo el ser trasladados a las EAPB que siguen en el territorio. No hay sistema que permita trasladar la información de tratamiento que lleva un paciente en una IPS para la nueva aseguradora que lo recibe, por lo que se pierde tiempo y que prolonga la oportunidad de continuar con el manejo instaurado.

Desconfianza en el sistema de salud y sus actores. Se menciona que una barrera que impide una búsqueda de la atención temprana, o que se delegue hasta que la sintomatología es muy severa, está relacionada con la desconfianza y rechazo que las personas en general tienen contra el sistema y sus actores, sean IPS o EAPB. Esto impacta negativamente en temas muy importantes como lo son las coberturas en tamización, adherencia al tratamiento, continuidad en el proceso de atención, entre otras.

No hay divulgación del funcionamiento del sistema de salud y la normatividad relacionada. Se identifica como barrera, en consonancia con la anterior, que las personas no tienen claridad del rol, alcance y nivel de complejidad de los servicios que tiene cada uno de los actores, tanto de la EAPB, como las IPS según su nivel de complejidad y portafolio de servicios. Esto se ve complejizado con el desconocimiento de la normatividad que regula el actuar de los actores, lo cual genera conflicto con sus expectativas.

Realización de procedimientos poco comunes como barrera en la oportunidad. Se identifica que algunos procedimientos especiales poco demandados pueden ser barrera para la oportunidad de la atención. Se toma como ejemplo la realización de biopsia de mama estereotáxica, la cual es rara en comparación con la biopsia por otros procedimientos, por

lo que la oferta es poca y sobrepasa la capacidad de realización de estos procedimientos para cumplir con la demanda que se está generando.

Ausencia de información para la contactabilidad. Uno de los problemas que existe para fomentar la búsqueda temprana de la atención y realización de pruebas de tamización es la dificultad para contactar a los usuarios. Se menciona que con frecuencia no hay datos de teléfono, o la movilidad de los usuarios es muy frecuente, lo que plantea un reto para estrategias de prevención. Esta barrera se complementa con la barrera de la perdida de continuidad por traslados entre EAPB, ya que también hay dificultades para la consecución de datos de contacto de la EAPB saliente hacia la nueva EAPB del usuario.

Fallas en la transición en la contratación desde un PGP a un Pago por actividades. Se menciona como un caso exitoso desde la intervención de una EAPB que lograron conservar el modelo de atención y prestación de servicios cuando se cambió la modalidad de pago por PGP a por evento; en este sentido, la barrera sería lo inverso, una falla en ajustes del modelo de atención cuando ocurren cambios en el modelo de contratación, y que los pacientes perciban vulneración en la calidad de la atención.

¿CUÁLES CON LAS ESTRATEGIAS, INTERVENCIONES O ACCIONES QUE ACTUALMENTE ESTÁN EJECUTANDO QUE VISUALICEN COMO FACILITADORES QUE GARANTICEN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE CÁNCER?

FACILITADORES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

Mediante una articulación efectiva entre EAPB e IPS, se puede estar pendientes de lo que necesita la IPS y a través de la navegadora que está coordina la atención de los adultos y menores de edad, en comunicación con los padres para esta última población. Con los adultos la navegación aporta en escenario donde el paciente ha sido hospitalizado.

Contar con una IPS integral, que brinda un manejo interdisciplinario, desde psicología, interconsultas y todo el tratamiento que se requiera: quimio o radio, ayudas diagnósticas. Para lo relacionado con cuidados paliativos, se cuenta con otra IPS también articulada con la IPS oncológica.

Otra EAPB comenta que se cuenta con un pago fijo para pacientes oncológicos, con la integralidad, en el cual está incluido la navegación de adultos que aborda lo administrativo demás de la prestación; para los niños hay un navegador especifico, en comunicación estrecha con el familiar para evitar que vayan a salas, minimizan el tiempo a través de medios como correos electrónicos. También se trabaja con IPS básicas que reportan pacientes con sospecha con el fin de que sean reportados directamente y mejorar la oportunidad con el prestador complementario.

Otra experiencia comentara por una EAPB fue en relación con los tiempos de los hitos de la ruta del cáncer: si bien no hay algo escrito (normativa) sobre cuánto tiempo se debe demorar un paciente entre los puntos de atención de la ruta, esta EAPB organizó segmentos según unos hitos y evaluó los tiempos entre cada uno: tamizaje hasta sospecha diagnóstica, confirmación diagnóstica con biopsia, consulta inicial con oncología. Se basó en los indicadores de la Cuenta de Alto Costo para identificar algunos que se consideraron clave, y para establecer una oportunidad meta a cada prestador. Con todo esto, se hace seguimiento a cada uno de ellos y ha significado una mejoría en los tiempos de oportunidad. Por ejemplo: Patología redujo a 3 días el tiempo.

Se comenta que sería ideal que los prestadores se pudieran adherir al reporte en el SISCAC. Sería ideal que el reporte fuera directo a un sistema para identificar al paciente. A pesar de ello, aún hay dependencia de la gestión de dato de una manera muy manual para clasificar y direccionar el paciente según resultados de la patología.

Por otro lado, se menciona lo relacionado con el proceso de implementación de las guías de práctica clínica. En particular, se comenta que hay moléculas muy costosas en la ruta (su parte de tratamiento), y cada vez hay pacientes con estadios avanzados y sus tratamientos son muy costosos, de hecho, en aquellos casos en el que el paciente tiene metástasis, los tratamientos con ciertas moléculas son muy costosas, pero que conllevan a una mejor sobrevida, lo que implica sostenerlos por mucho tiempo bajo esta pauta terapéutica. Esto debe abordarse con el prestador primario para lograr detección temprana.

Dentro de las estrategias exitosas que han estado implementando para hacer diagnóstico temprano, tienen un mismo prestador para la realización de imágenes y de biopsias, donde directamente desde el prestador de laboratorio clínico y patología reporta a la cohorte de cáncer (equipo administrativo de la EAPB. En estos “circuitos cortos” se procura obviar las autorizaciones, ya que el mismo prestador gestiona las citas de los pacientes sin mediar autorizaciones, y se tienen acuerdos de servicio para el manejo, con unos tiempos contratados para que el prestador actúe dentro de tales tiempos. Se tiene la confianza en el prestador y el manejo clínico que encuentra necesario, para que el paciente avance por los hitos clínicos.

La continua comunicación con los prestadores permite actuar rápidamente. Se desea que los pacientes se concentren en un prestador que tenga la mayor cantidad posible de oferta de servicios integrales, evitando la fragmentación.
Esta EAPB tiene un equipo de profesionales que hace las veces de navegación para población infantil, que hace acompañamiento a los padres para resolver todas las necesidades y solitudes que permitan avanzar en este tipo de pacientes, si bien este equipo no navega pacientes adultos.

Finalmente, se menciona que se han diseñado plataformas web de fácil acceso donde las personas pueden acceder rápidamente para tramitar solicitudes.

Se comenta que desde el aseguramiento se ha trabajado con la red contratada en capacitaciones permanentes, estrategias de información, educación y comunicación a la comunidad. En algunos casos muy puntuales, con la red complementaria se ha

implementado unas matrices de seguimiento de cáncer con reporte mensual para seguimiento de la ruta, en coordinación con la red primaria. Además, se está realizando auditoria a la red primaria y complementaria en atención a pacientes con cáncer para los programas de prevención y detección temprana.

También se menciona el aporte que tiene las Unidades móviles, especialmente en zonas donde el paciente tiene dificultades para el acceso a una IPS.

Algunas EAPB comentan que se ha implementado, en el marco de la actual pandemia, y a través de medios virtuales, capacitaciones virtuales, uso del mailing, u orientación en línea para consultar de acuerdo con la presencia y características de algunos síntomas
Algunas EAPB realizan acompañamientos a empresas y que crean puntos de encuentro entre la parte de salud ocupacional con la necesidad de generar demanda inducida para lograr las coberturas de tamización.

Desde otro punto de vista, otra EAPB hace asistencias técnicas, de una forma adecuada, colaborativa y en clave de acompañamiento para el mejoramiento de los procesos, que se dirigen al nivel primario ya que estos son los principales protagonistas para lograr un diagnóstico temprano. IPS básicas deben tener claras la rutas y es necesario orientar las visitas de las asistencias técnicas con unos objetivos muy claros y definidos. Es responsabilidad de cada asegurador conocer las condiciones específicas de cada IPS, por lo que se construyeron unas listas de chequeo que permiten valorar los pasos críticos de la ruta, con unos pesos porcentuales se hacen las mediciones de cumplimiento. Esta EAPB comenta que se hacen alrededor de 2 visitas por año, la primera de diagnóstico y para generar compromisos, y la segunda para verificar lo pactado. Estas actividades fomentas la confianza entre la EAPB y la IPS.

Una de las EAPB menciona que se tiene un drive de Google en donde se montan las patologías alteradas, lo que facilita la identificación, captación y remisión de un paciente con cáncer confirmado hacia el prestador oncológico.

Igualmente, se han desplegado proceso de “sensibilización” en conjunto a las IPS, de tal forma que cada colaborador reporte rápidamente a la cohorte (gestión de riesgo de la EAPB) sobre cualquier resultado de patología con diagnóstico de cáncer.

Hay que mejorar las condiciones laborales del recurso humano en el nivel primario, hay alta rotación porque no tiene las mejores condiciones laborales, no les pagan, no tienen descanso, no tienen vacaciones, en espacial en las IPS primarias. También hay exceso de carga laboral.

Debe ser más continuo el entrar a apoyar a los médicos, con entrenamientos en normatividad, en las rutas, entre otros elementos importantes del proceso global de atención de los pacientes.

Resumen de los facilitadores identificados:

• Asistencias técnicas bien paneadas y con objetivos claros, a las IPS primarias
• Articulación efectiva entre EAPB e IPS
• Comunicación continua
• Confianza entre los actores
• Estrategias de detección temprana
• Estrategias de información, educación y comunicación
• Implementación de guías
• Integración de las IPS de patología con la EAPB, IPS complementaria (biopsia) e IPS oncológica.
• IPS con oferta de servicios integrales.
• Monitoreo de tiempos en la ruta
• Navegación
• Pagos fijos
• Unidades móviles

PROPUESTAS DE SOLUCION A LAS BARRERAS Y FORTALECIMIENTO DE LOS FACILITADORES DADOS POR LAS ASEGURADORES DE LA CIUDAD DE CALI

Las acciones a continuación propuestas por los participantes de las mesas, se presentan agrupados en factores clave de intervención a saber:

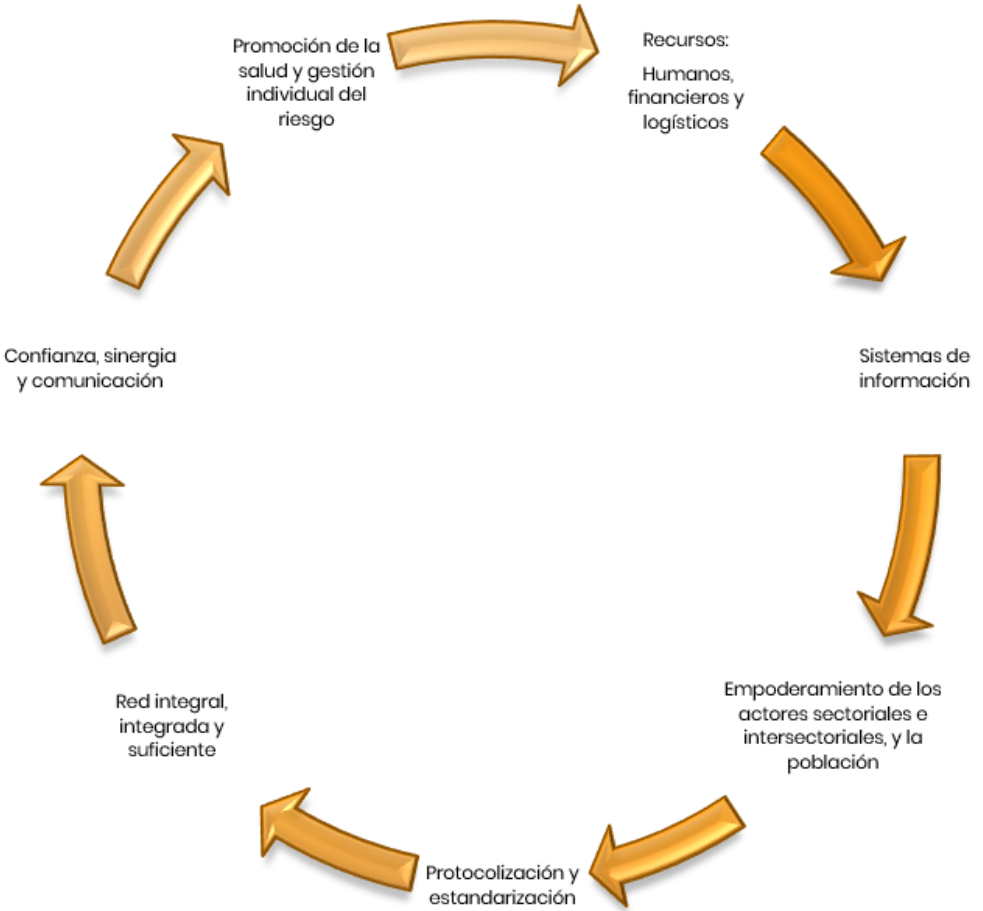


Tabla 1. Plan de acción para mitigar las PQR de pacientes con cáncer en la ciudad de Cali

FACTOR CLAVE	HALLAZGO	ACCIÓN	RESPONSABLE
Protocolización y estandarización	Traslado de pacientes oncológicos entre aseguradores sin unos mínimos garantizados	• Definir un protocolo de traslado y entrega de pacientes oncológicos cuando por diferentes razones cambian de EAPB (cierres de EPS, etc)	Secretaria de Salud municipal de Cali
	Existencia de diferentes tecnologías en salud, en especial las nuevas, que representan altos costos para el sistema, sin protocolos o claridades técnicas homogéneas definidas lo que repercute financieramente	• Garantizar el entrenamiento clínico a profesionales tanto en el nivel primario como complementario para el logro de conductas resolutivas, pertinentes y que garanticen costo-efectividad • Definición y fortalecimiento de divulgación de guías de manejo oncológico y protocolos de atención construidas en el contexto de ciudad que den garantía de confianza entre asegurador-prestador	Secretaria de Salud municipal de Cali Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB
Empoderamiento de los actores sectoriales e intersectoriales, y la población	Pacientes no cuentan con recursos comunitarios y sociales que mitiguen gastos de bolsillo por cambio de ciudad para tratamientos, en especial poblaciones vulnerables	• Establecer alcances claros de los diferentes actores del sistema • Vincular como ciudad, apoyos intersectoriales sostenibles y duraderos que se conviertan, incluso desde el Estado en soportes sociales reales para el paciente con cáncer y sus cuidadores	Secretaria de Salud municipal de Cali Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB Sociedad Sector intersectorial

FACTOR CLAVE	HALLAZGO	ACCIÓN	RESPONSABLE
	Pacientes se muestran apáticos a estrategias de sensibilización que los movilicen hacia los procesos y programas de tamización, detección temprana, protección específica y el tratamiento oportuno.	• Buscar el apoyo de la industria para implementar estrategias de educación, comunicación e información exitosas, innovadoras y pertinentes al contexto actual, renovadas a partir del conocimiento de la audiencia y la población a intervenir	
Recursos: Humanos, financieros y logísticos	Fragmentación de la atención y no continuidad, demora en la autorización de servicios y en la formalización de contratación, o no inclusión de tecnologías necesarias, en contratos ya existentes.	• Definir mecanismos de contratación exitosos para la ruta de cáncer, donde queden incluidas las tecnologías mínimas necesarias de acuerdo a las guías de práctica clínica y mejores prácticas establecidas, de manera homogénea para las EAPB – IPS • Fortalecer la red integrada, garantizando mejores condiciones laborales al personal de salud y mejorando la capacidad instalada a partir de la planeación de servicios con base a las necesidades poblacionales	Secretaria de Salud municipal de Cali Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB Instituciones prestadoras de servicios de salud
Sistemas de información	No se cuenta con un sistema de información que facilite el seguimiento en tiempo real o que permita la gestión de casos	• Continuar en el fortalecimiento del uso de herramientas como SISCAC	EAPB - IPS

FACTOR CLAVE	HALLAZGO	ACCIÓN	RESPONSABLE
Red integral, integrada y suficiente	La ruta de atención del paciente continua fragmentada con tiempos de espera prolongados y poca continuidad en la atención	• Establecer como estrategia de ciudad la Navegación del paciente en unos tipos de cáncer priorizados, conformando mesas tripartitas entre EAPB-prestadores y ente territorial, de manera que se analicen casos en tiempo real favoreciendo el ingreso a la ruta y su continuidad, identificando las mejores prácticas, acompañando al paciente en el seguimiento y transcurrir de su ruta. • Lograr autorizaciones integrales por parte del asegurador, de manera que se asegure la ruta del paciente, evitando barreras administrativas • Acordar un sistema de alertas antes de que ocurra el desabastecimiento de medicamentos con el Pareto de medicamentos de la ruta oncológica para desplegar acciones antes de que se evidencie la suspensión del tratamiento	Secretaria de Salud municipal de Cali Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB Instituciones prestadores de servicios de salud
Confianza, sinergia y comunicación	Se requiere fortalecer y mantener la confianza y en especial la comunicación entre los actores del sistema	• Establecer acompañamientos claros a través de asistencias técnicas que desde el nivel departamental y para todos los municipios, permitan unos mismos lineamientos claros, orienten	Secretaria de Salud municipal de Cali Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB Instituciones prestadores de

FACTOR CLAVE	HALLAZGO	ACCIÓN	RESPONSABLE
		hacia el norte con objetivos comunes, evitando el reproceso en capacitaciones y revisión de temas • Acordar unos indicadores trazadores de departamento y de ciudad, que permitan la gestión del riesgo sin redundar en información y reportes que demandan recursos	servicios de salud
Promoción de la salud y gestión individual del riesgo	Pacientes se muestran apáticos a estrategias de sensibilización que los movilicen hacia los procesos y programas de tamización, detección temprana, protección específica y el tratamiento oportuno.	• Las estrategias de IEC, deben implementarse desde una perfilación de la audiencia que reconozca en el nuevo contexto las preferencias, influenciadores y movilizadores de la población hacia nuevos y más saludables estilos de vida, de manera efectiva • Establecer e identificar incentivos no financieros, mapeando los barrios, comunas o zonas más saludables para que a partir de la economía del comportamiento se definan estrategias y políticas	Secretaria de Salud municipal de Cali Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB Instituciones prestadoras de servicios de salud Otros sectores Industria farmacéutica

EQUIPO PROPACÍFICO

Daniel Humberto Echeverri: Médico, epidemiólogo y salubrista de la Universidad del Valle, realizó, además, un Fellowship de investigación en Madrid, en la Universidad de Alcalá y, actualmente se encuentra terminando una tercera maestría en Fármaco epidemiología y Fármaco economía en la Universidad de Londres. Se ha desempeñado en diversas áreas de la salud pública, desde la investigación, inicialmente sobre enfermedades infecciosas, hasta la coordinación gerencial en diferentes oficinas de epidemiología de algunas de las principales clínicas de Cali. Ha dirigido diferentes proyectos como el ECLAMC (malformaciones congénitas), AEDES (arbovirosis), ANGELS (Accidente cerebrovascular), SITS (Accidente cerebrovascular), RSACC (síndrome coronario agudo); también ha sido docente universitario en medicina las siguientes asignaturas: Epidemiología, Metodología de la investigación y Estadística.

Francisco Antonio Escobar Aguilón: Médico, con estudios en Salud Pública de la Universidad del Valle, con experiencia en el sector del aseguramiento y gestión de riesgos en salud; proyectos de gestión del conocimiento como lo son el apoyo metodológico de guías, consenso de expertos y modelos de atención; coordinación de cohortes de enfermedades crónicas, especialmente en cáncer y enfermedad cardiovascular.

Carmen Rosario Palta Galíndez: Enfermera, Magíster en Epidemiologia de la Universidad del Valle, con estudios en Gerencia de servicios de salud y Especialista en formación en Evaluaciones económicas en salud de la Universidad de Antioquia, con trece años de experiencia liderando equipos interdisciplinarios e intersectoriales para desarrollar programas que responden a diferentes situaciones sociales y de salud. Participar y liderar investigaciones, asesorías y consultorías de salud en organizaciones públicas y privadas. Diseñar, planear, implementar y evaluar planes, proyectos y programas de salud que respondan a las políticas nacionales y regionales de desarrollo social en el marco del sistema general. Labor docente técnica y universitaria.

Johan Sebastian Loaiza Ipuz: Economista y Magíster en Economía de la Universidad Icesi (Cali), con experiencia en investigación y consultoría en evaluación económica de programas, servicios y tecnologías en salud; análisis de políticas públicas en salud; generación e implementación de soluciones intersectoriales para el fortalecimiento territorial del acceso efectivo a los servicios de salud; formulación y evaluación de estrategias e intervenciones territoriales desde el gobierno local; liderazgo y articulación con equipos multidisciplinarios. Con habilidades avanzadas en análisis cuantitativo y formulación de proyectos.

www.propacifico.org

@ProPacificoOrg

ProPacífico

INCIDENCIA EN EL EJERCICIO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS LOCALES Y NACIONALES DE CÁNCER: ESTRATEGIA -MENOS BARRERAS MÁS VIDAS-

RELATORÍA
DICIEMBRE DE 2021