

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA**

Disertación previa a la obtención del título de Economista

**Lineamientos de política pública para mejorar la eficiencia de los
servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las
personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador,
periodo 2008-2013**

**Jalkh Rodríguez Najwa Giselle
najwajalkh@hotmail.com**

**Director: José Grijalva
josealgrijalva@gmail.com**

Quito, abril de 2017

Resumen

La presente disertación refleja las dificultades que enfrenta la Red Pública de Salud en el manejo del cáncer en el Ecuador. Se analiza el estado de situación del cáncer, cuya carga ha mostrado una tendencia creciente a través de los años debido al incremento de la esperanza de vida, al envejecimiento poblacional, los cambios en los estilos de vida de la sociedad y el aumento de la cobertura sanitaria por parte del sistema público de salud. Posteriormente, mediante entrevistas, se analizó de manera cualitativa la eficiencia en el manejo del cáncer debido a que constituye una enfermedad que dificulta la sostenibilidad de los sistemas gratuitos de salud dados los altos costos asociados a su tratamiento, en este sentido, fue perceptible que en el Ecuador la mayoría de los pacientes detecta su enfermedad tardíamente y la demanda de los servicios supera la oferta, ya que los recursos necesarios en su tratamiento son insuficientes y se enfrenta una escasez de médicos especializados. Las principales dificultades que encuentra el país en el manejo eficiente del cáncer son la falta de un plan nacional que permita integrar el sistema de salud y organizar adecuadamente las acciones de manejo del cáncer, así como el direccionamiento de éstas al tratamiento de la enfermedad, aun cuando la prevención y la detección temprana son menos costosas y más efectivas. Finalmente, se examinaron las políticas públicas que pueden ser implementadas para mejorar la eficiencia del sistema y la salud de la sociedad ecuatoriana.

Palabras clave: Economía de la Salud, Sistemas de salud, Eficiencia, Efectividad, Control del Cáncer, Política Pública

Abstract

This study reflects the difficulties faced by the Public Health Network in the management of cancer in Ecuador. It analyzes the cancer situation, whose burden has shown a growing trend over the years due to the increase in life expectancy, population aging, changes in the lifestyles of society and increased coverage of the Public Health System. Later, through interviews, the efficiency in the management of cancer was qualitatively analyzed because it constitutes a disease that hinders the sustainability of free health systems given the high costs associated with its treatment. In this sense, it was perceptible that in Ecuador most patients detect their disease late because the demand for services exceeds the supply, since the resources needed in their treatment are insufficient and the country faces a shortage of specialized doctors. The main difficulties that the country faces in the efficient management of cancer are the lack of a national plan that allows integrating the health system and the actions of cancer management, as well as directing them to the treatment of the disease, even when prevention and early detection are less costly and more effective. Finally, we examined the public policies that can be implemented to improve the efficiency of the system and the health of Ecuadorian society.

Key words: Health Economics, Health Systems, Efficiency, Effectiveness, Cancer Control, Public Policy

*Agradezco de manera especial a Tatiana Villacrés, José Grijalva,
Francisca Granda y a los expertos que aportaron con sus
conocimientos y experiencia a esta investigación*

Lineamientos de política pública para mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador, años de referencia 2008-2013

<i>Introducción</i>	7
<i>Metodología del trabajo</i>	10
<i>Fundamentación teórica</i>	12
1. <i>Salud</i>	12
2. <i>Enfermedades Catastróficas</i>	13
2.1 <i>Cáncer</i>	14
3. <i>Salud Pública</i>	16
4. <i>Economía de la salud</i>	17
4.1 <i>Mercado de la Salud</i>	18
4.2 <i>Fallos de mercado</i>	19
4.3 <i>Intervención estatal</i>	20
4.4 <i>Seguridad social</i>	21
5. <i>Sistemas de Salud</i>	22
6. <i>Eficiencia de los servicios de salud</i>	25
7. <i>Políticas Públicas</i>	26
<i>Estado de Situación del cáncer en el Ecuador</i>	29
1. <i>Sistema de salud</i>	29
1. <i>Morbilidad</i>	32
2. <i>Mortalidad</i>	40
3. <i>Infraestructura</i>	45
4. <i>Equipos médicos</i>	48
5. <i>Recursos humanos</i>	51
6. <i>Medicamentos</i>	54
<i>Eficiencia de los servicios de salud prestados a los pacientes con cáncer en el Ecuador</i>	58
1. <i>Planificación</i>	59
2. <i>Prevención</i>	60
2.1 <i>Tabaco y Alcohol</i>	62
2.2 <i>Régimen alimenticio y actividad física</i>	65
2.3 <i>Infección del Virus de papiloma humano (VPH)</i>	67
3. <i>Detección Temprana</i>	68

3.1 Eficiencia técnica de las intervenciones de detección temprana	72
3.2 Eficiencia productiva de las intervenciones de detección temprana.....	75
3.3 Eficiencia en la asignación de las intervenciones de detección temprana	77
4. Diagnóstico y tratamiento	78
4.1 Eficiencia técnica de los programas de diagnóstico y tratamiento.....	80
4.2 Eficiencia productiva de los servicios de diagnóstico y tratamiento	82
4.3 Eficiencia en la asignación de los programas de diagnóstico y tratamiento	85
4.4 Seguridad del Paciente	85
5. Cuidados Paliativos	86
<i>Ejes de acción para mejorar los servicios de salud prestados a los pacientes con cáncer en el Ecuador.....</i>	95
1. Planificación	96
2. Prevención	97
2.1 Medidas contra el consumo de tabaco y alcohol	97
2.2 Medidas sobre el régimen alimenticio y actividad física	99
2.3 Medidas sobre las infecciones como causa del cáncer.....	100
4. Tratamiento del cáncer.....	106
5. Cuidados Paliativos	113
Conclusiones	119
Recomendaciones	121
Referencias Bibliográficas	122
Anexos.....	132

Introducción

De acuerdo con la Ley Reformativa a la Ley Orgánica de Salud para incluir enfermedades raras o huérfanas en el Registro Oficial (2012), las enfermedades catastróficas son aquellas enfermedades que producen un problema de salud muy grave, que pueden amenazar la vida de la persona y provocarle una discapacidad de largo plazo, cuyos costos de atención médica comprometen la independencia financiera o la reducen a la subsistencia o cerca de los niveles de pobreza; el tratamiento de este tipo de enfermedad involucra un costo tan elevado que produce un fuerte impacto sobre las economías de los pacientes, sus familias o los sistemas de salud (Tobar et al., 2012). En este sentido, los altos costos asociados al tratamiento de las enfermedades catastróficas que deben enfrentar los sistemas de aseguramiento han provocado que en el sistema privado no solo exista una limitada cobertura de las enfermedades catastróficas, sino que puede observarse la discriminación y desafiliación de las personas en esta condición, por lo cual el surgimiento de serias complicaciones o enfermedades de larga duración en los cotizantes conduce a que los pacientes sean atendidos por el sistema público (Aragón, 2010). Es por esto que el sistema de aseguramiento público y los servicios que prestan los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública son tan relevantes en la prestación de servicios a las personas que padecen enfermedades catastróficas. Por lo tanto es importante determinar lineamientos de política pública de salud que permitan desarrollar progresivamente el contenido de los derechos constitucionalmente reconocidos, con criterios de eficiencia y calidad.

La Constitución de la República del Ecuador del 2008, establece que la salud es un derecho garantizado por el Estado a través de políticas que aseguren un acceso permanente y oportuno a programas y servicios que promuevan la atención de la salud. Asimismo, el artículo 50 de la Constitución manda “el Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente” y que “quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado” (Asamblea Constituyente, 2008).

Adicionalmente, se agregó a la Ley Orgánica de Salud el capítulo III-A de las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas, donde se establece que el Estado ecuatoriano implementará las acciones necesarias para la atención de los enfermos que las padezcan bajo principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez, y estándares de calidad en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación; con el objetivo de mejorar su calidad y expectativa de vida. La Ley Orgánica Reformativa a la Ley Orgánica de Salud para incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas (2012), indica que entre las principales obligaciones de la autoridad sanitaria nacional se encuentran la emisión de protocolos para la atención de dichas enfermedades; la promoción, coordinación y el desarrollo de investigaciones para su estudio; el control y la regulación a las compañías de seguros para que estas cumplan con las coberturas comprometidas en los respectivos contratos y evitar que nieguen las coberturas bajo el pretexto de apareamiento posterior; la adopción de medidas que permitan garantizar la adquisición de medicamentos e insumos especiales para su tratamiento en forma oportuna, permanente y gratuita, entre otras. En este contexto, es obligación constitucional del Estado mejorar permanentemente la calidad de la atención en salud en todos sus niveles, sin embargo, ciertas características del aseguramiento público como la equidad, la universalidad y la gratuidad generan

grandes distorsiones en la prestación de servicios, dado que la búsqueda de equidad genera una pérdida de eficiencia (Aragón, 2010).

A pesar de que se han establecido los principios bajo los cuales se debe regir el sistema de salud en Ecuador, los críticos Lucio, Villacrés y Henríquez (2011) afirman que todavía son perceptibles varias limitaciones en el cumplimiento de los mismos; en este sentido, la cobertura de los servicios y su calidad no ha sido las óptimas. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2000) indica que el fortalecimiento de un sistema de salud radica en la capacidad para superar las principales limitaciones relacionadas con los recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento, los medicamentos y el eficaz financiamiento.

Por lo expuesto, cabe indicar que existen problemas graves en cuanto a la atención de las necesidades de los usuarios de los servicios proporcionados por la Red Pública de Salud, entre ellos: la demora en la atención médica, la carencia de insumos médicos y fármacos para quienes hacen uso del servicio de salud en las unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tal como pudo evidenciar el Director General del IESS, dentro de un proceso de adquisición de fármacos e insumos médicos por emergencia, al considerar que se debe a “las malas planificaciones, la falta de ejecución presupuestaria acorde a las necesidades de los afiliados y falta de previsión (...)” (Martínez, 2014:4). En este sentido, las prestaciones de salud a las que tienen derecho los pacientes con cáncer en el Ecuador no han sido suficientes en cuanto a la asistencia médica integral correspondiente, violentando así los principios de oportunidad, eficacia y eficiencia.

La importancia del estudio radica en que el cáncer constituye la segunda causa de muerte en Ecuador después de las enfermedades cardiovasculares, y su tendencia es creciente a través de los años, además, el incremento en la morbilidad por tumores malignos en el país sugiere que el país enfrenta grandes limitaciones en la detección de la enfermedad y su referencia oportuna a un hospital de segundo o tercer nivel para su diagnóstico y tratamiento efectivos, de esta manera, si no se superan dichas limitaciones el sistema público de salud deberá enfrentar en un futuro una carga del cáncer para la que no se encuentra preparado. La investigación se realizará con información generada a partir del año 2008, debido a que anteriormente el Estado no garantizaba la atención de las personas enfermas de cáncer, sino que la atención estaba en manos de los subsidios que tramitaba la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador o de su propia capacidad financiera (Ministerio de Salud Pública, 2014). Además, los tipos de cáncer seleccionados en este estudio fueron el cáncer de mama y cervicouterino debido a su incidencia en la población femenina y a que los problemas en su detección y tratamiento no son ocasionados por una falta de información o tecnología en el campo de la medicina sino por fallas en el sistema sanitario; adicionalmente, el cáncer de estómago fue seleccionado debido a su alta incidencia y mortalidad en la población ecuatoriana.

En este sentido, en el primer capítulo de la presente investigación se aborda la situación del sistema de salud en el Ecuador, el análisis de las tendencias de la morbilidad y mortalidad por cáncer en el país teniendo en cuenta variables socioeconómicas y las principales dificultades que enfrenta la Red Pública de Salud para ofrecer los servicios de salud a los pacientes con cáncer bajo una perspectiva latinoamericana. En el segundo capítulo se analiza de manera cualitativa la eficiencia de los servicios que presta el sistema público de salud a los pacientes con cáncer a través de los distintos componentes de manejo del cáncer, la prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y cuidados paliativos, visualizando los principales obstáculos que deben abordarse desde la política pública. Finalmente, en el tercer capítulo, se establecen los ejes de acción para mejorar los servicios prestados a las personas con cáncer y se presentan recomendaciones para superar las dificultades reconocidas anteriormente.

Metodología del trabajo

Preguntas de investigación

Pregunta General

- ¿Qué lineamientos de política pública debe adoptar la Red Pública de Salud para mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador durante el periodo 2008-2013?

Preguntas Específicas

- ¿Cuál es el estado de situación de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador durante el período 2008-2013?
- ¿Cuál es la eficiencia asociada a los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador durante el período 2008-2013?
- ¿Cuáles son los principales lineamientos de política que permitirán mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador?

Objetivo General

- Establecer lineamientos de política pública para mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en Ecuador, periodo 2008-2013.

Objetivos Específicos

- Analizar el estado de situación de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en Ecuador, periodo 2008-2013.
- Analizar la eficiencia de los servicios de salud prestados por parte de la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador, periodo 2008-2013.
- Establecer los principales lineamientos de política que permitirán mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador.

Tipo de investigación

La metodología de la investigación fue de tipo exploratoria, debido a que fue necesario realizar entrevistas a las autoridades sanitarias y al personal técnico autorizado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador con el objetivo de realizar un levantamiento de información relevante en la evaluación de la eficiencia de los servicios de salud que se proporcionan a las personas con cáncer. Por otra parte, se aplicó la metodología descriptiva para mostrar el estado de situación del cáncer en el Ecuador, es decir, las tendencias en la carga del cáncer y la disposición de recursos en el sector público para ofrecer los servicios. Finalmente, se utilizó el método explicativo en el análisis de la eficiencia del sistema y la recomendación de acciones para enfrentar la problemática actual en el manejo del cáncer, específicamente el cáncer cervicouterino, de mama y de estómago.

En la elaboración de la disertación se utilizaron fuentes de información secundarias, primordialmente encuestas del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) como el Censo de Población y Vivienda (2010), Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios (2008, 2013), Estadística de Nacimientos y Defunciones (2008, 2013) y la Encuesta de Condiciones de Vida (2014).

Fundamentación teórica

La fundamentación teórica permite establecer las bases teóricas sobre las cuales se sustenta la investigación, además de proporcionar la perspectiva y los enfoques a través de los cuales se interpretan los hallazgos de la investigación. En este sentido, el presente capítulo realiza una recopilación de la información que se requiere para sustentar de manera teórica y conceptual el análisis de la eficiencia de los servicios que se presta a las personas con cáncer en el Ecuador y la importancia de la política pública en la mejora de estos servicios.

La primera sección se encuentra conformada por temas sanitarios, donde se abordan conceptos y definiciones que resaltan la importancia de la salud en la población y la relevancia del estudio de los servicios que se ofrece a las personas que padecen enfermedades catastróficas, específicamente el cáncer. Posteriormente, se abordan temas relacionados a la teoría económica, donde se establecen las características del mercado de salud, los efectos de los fallos de mercado y la importancia de la intervención estatal en el mercado de la salud para corregir ineficiencias. Finalmente, se realiza un análisis de los sistemas de salud, la eficiencia de los servicios de salud y la relevancia de la política pública en el fortalecimiento de la atención sanitaria.

1. Salud

De acuerdo con Piédrola (2002), hasta mediados del siglo XX se concebía un concepto de la salud con un sentido negativo, según el cual la salud se definía únicamente como la ausencia de enfermedad; sin embargo, entre los años 1940 y 1950 las definiciones subjetivas de salud adquieren un carácter positivo en el que se considera sano al individuo que “siente bienestar en ausencia de malestar” (Piédrola, 2002). En este sentido, en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 se definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Asamblea Mundial de la Salud, 1946).

Asimismo, la Constitución de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” lo cual requiere un conjunto de criterios sociales relacionados con la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, la disponibilidad de los servicios de salud, el acceso a la información y la participación, que favorezcan la salud de la sociedad en su conjunto (Organización Mundial de la Salud, 2015). En este sentido, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, la salud se refiere al bienestar del ser humano y no únicamente a la ausencia de una enfermedad o discapacidad, por lo tanto, toma en cuenta aspectos nutricionales, afectivos, relacionales, sanitarios, profesionales, entre otros.

Adicionalmente, los principios básicos establecidos en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud proclaman la salud como un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción alguna, señalan que la desigualdad en el fomento de la salud y el control de enfermedades constituye un peligro común, por lo cual es trascendental la extensión de los conocimientos médicos a lo largo de todo el territorio para alcanzar el mayor grado de salud y mencionan que un buen estado de salud depende de la cooperación entre las personas y los Estados, ya que estos últimos son responsables de la salud de sus pueblos, y su mejora requiere la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (Asamblea Mundial de la Salud, 1946).

Adicionalmente, en el contexto ecuatoriano, la Constitución de la República del Ecuador reconoce a la salud como “un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (Asamblea Constituyente, 2008). Constitucionalmente, el Estado garantiza el derecho a la salud mediante políticas públicas, además del acceso permanente, oportuno y universal a programas, acciones y servicios de promoción y atención de la salud bajo los principios de “equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Asamblea Constituyente, 2008).

2. Enfermedades Catastróficas

Dentro de la Ley Orgánica Reformativa a la Ley Orgánica de Salud ecuatoriana se establece que las enfermedades catastróficas son aquellas que producen un problema de salud muy grave, pueden amenazar la vida de la persona y provocarle una discapacidad de largo plazo, cuyos costos de atención médica comprometen la independencia financiera o la reducen a la subsistencia o cerca de los niveles de pobreza (Asamblea Constituyente, 2011). Las enfermedades catastróficas se encuentran constituidas por un grupo de patologías que a pesar de que afectan a un número reducido de personas, requieren una proporción cada vez mayor de los recursos de los sistemas de salud en su financiamiento; dichas enfermedades son denominadas catastróficas debido al impacto económico que generan en quienes las padecen, sus familias e incluso los sistemas sanitarios que las financian (Tobar et al, 2012).

Las enfermedades catastróficas comparten ciertas características que las distinguen de otras enfermedades como: el alto costo que representan, su curva de gasto diferente (la evolución de la enfermedad es lenta y su gasto se mantiene en el tiempo), su financiamiento no es sustentable desde el presupuesto de los hogares, se trata de un problema que afecta a las personas independientemente de su riqueza, y dentro de los “gastos catastróficos” a los que se asocia, el componente de mayor peso es el gasto en medicamentos, el cual corresponde aproximadamente a las tres cuartas partes del gasto de los hogares (Tobar et al, 2012).

Los altos costos asociados al tratamiento de las enfermedades catastróficas que deben enfrentar los sistemas de aseguramiento han provocado que en el sistema privado no solo exista una limitada cobertura de las enfermedades catastróficas, sino que puede observarse la discriminación y desafiliación de las personas en esta condición, por lo cual el surgimiento de serias complicaciones o enfermedades de larga duración en los cotizantes conduce a que los pacientes sean atendidos por el sistema público (Aragón, 2010). En otras palabras, debido al alto costo que involucra el tratamiento de las enfermedades catastróficas, éstas constituyen un desafío creciente para los sistemas de salud, los cuales ven en riesgo la sostenibilidad del sistema en un contexto de recursos limitados y un creciente gasto en dichas enfermedades, que afectan a pocas personas y dificultan una mayor asignación de recursos a las actividades de promoción, prevención y atención sanitaria que se brindan a una población más amplia (Tobar et al, 2012). Es por esto que el sistema de aseguramiento público y los servicios que prestan los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública son tan relevantes en la prestación de servicios a las personas que padecen enfermedades catastróficas. Por lo tanto es importante determinar lineamientos de política pública de salud que permitan desarrollar progresivamente el contenido de los derechos constitucionalmente reconocidos, con criterios de eficiencia y calidad.

2.1 Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el término cáncer se utiliza para designar un grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo de los seres humanos; para denominarlo se utilizan también los términos «tumores malignos» o «neoplasias malignas». De acuerdo con Cavalli (2012), en la actualidad el cáncer se refiere a un tumor maligno, es decir, una hinchazón o un aumento indeseado de masa que aparece como una consecuencia de una multiplicación anormal de las células dentro del tejido de nuestro organismo; cuando dicha masa puede ingresar en los órganos que lo rodean y formar brotes (metástasis) es considerado un tumor maligno. Un tumor maligno puede provocar metástasis generalmente cuando éste se encuentra conformado por un millón de células, sin embargo, los conocimientos disponibles no permiten la localización de masas tumorales de una magnitud inferior, lo cual dificulta la cura de esta enfermedad; sin embargo, en el caso del cáncer de cuello uterino existe un examen que permite la detección de la enfermedad antes de que pueda producir metástasis, por lo tanto es uno de los tipos de cáncer más prevenibles (Cavalli, 2012).

A pesar de que los tumores pueden aparecer a cualquier edad, son más frecuentes en las personas de mayor edad. Por este motivo, aun cuando el cáncer siempre ha existido, en la actualidad es más frecuente como una consecuencia del incremento de la esperanza de vida de las personas en todo el mundo. De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (2017) menciona que el envejecimiento es otro factor que propicia la aparición del cáncer, probablemente debido a la acumulación de factores de riesgo y la “pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular” a consecuencia de la edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), las alteraciones que se producen en las células y su multiplicación son la consecuencia de la interacción entre los factores genéticos y los carcinógenos físicos (radiaciones ultravioletas e ionizantes), carcinógenos químicos (componentes del humo del

tabaco, aflatoxinas, arsénico, entre otras) y carcinógenos biológicos (virus y bacterias). El cáncer es una enfermedad que puede ser causada por numerosos factores, como son: factores genéticos, de comportamiento, medioambientales, la exposición a sustancias tóxicas, entre otros; dentro de los factores de riesgo relacionados al comportamiento, el consumo de alcohol y tabaco, la ingesta de grasas en lugar de frutas y verduras y la inactividad física son los principales causantes de cáncer en el mundo y provocan también otras enfermedades no transmisibles (OMS, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (2017), menciona que el cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad y la segunda causa de mortalidad en el mundo y se prevé que su incidencia incremente en un 70% dentro los próximos 20 años, lo cual incrementa el impacto económico que tiene la enfermedad en los países. Más de la mitad de las muertes por cáncer se registran en los países de ingresos medios y bajos y su alta tasa de mortalidad se debe principalmente a la detección del cáncer en una etapa avanzada y a la falta de diagnóstico y tratamiento, además de la falta de datos necesarios para impulsar políticas de lucha contra el cáncer (OMS, 2017).

De acuerdo con Lyman (2007), el impacto del tratamiento del cáncer en los costos sanitarios ha ganado la atención de los proveedores de salud y de los pacientes debido a su drástico incremento a través de las décadas. El cuidado del cáncer incluye: costos directos como los costos necesarios para recibir el tratamiento y los costos no médicos como el transporte, costos indirectos asociados a la morbilidad como los días de trabajo perdidos a causa de la enfermedad y costos intangibles como el dolor y el sufrimiento; sin embargo, desafortunadamente en las valoraciones económicas generalmente no se toma en cuenta el tiempo que requiere obtener atención o la pérdida de productividad en el trabajo debido a las dificultades que se enfrenta en su medición (Lyman, 2007).

Los costos financieros del cáncer son altos para los pacientes y para la sociedad en su conjunto, el tratamiento del cáncer constituye uno de los costos más elevados pero la falta de seguros de salud y otras barreras para el cuidado de la salud impiden a los pacientes la adquisición del óptimo cuidado de la salud (American Cancer Society, 2017). En este aspecto, el cuidado del cáncer es un elemento importante en el gasto público anual de todos los sistemas de salud, sin embargo, no se conoce lo suficiente sobre cómo se gasta ese dinero, si se gasta correctamente y para beneficio de los pacientes; en este sentido, se ha evidenciado la necesidad de realizar estudios sobre los costos y la eficiencia en la atención del cáncer (National Cancer Intelligence Network, 2011). No obstante, el análisis económico del cáncer se ve limitado en países con pocos fondos sostenidos en el cuidado de la enfermedad, pocos centros de especialización y una falta de datos que vinculan los procesos, los resultados y los costos del tratamiento individual del cáncer (National Cancer Intelligence Network, 2011).

3. Salud Pública

La definición clásica de salud pública elaborada por Winslow (1920: 183) la describe como:

La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia a través de la organización de los esfuerzos de una comunidad para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones de la comunidad, la educación del individuo en términos de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo, (...), los cuales asegurarían un nivel de vida adecuado en cada individuo de la comunidad para el mantenimiento de la salud.

La salud pública se define en la actualidad como el conjunto de actividades desarrolladas por la sociedad para restaurar la salud, constituye un esfuerzo organizado de la comunidad direccionado a proteger, fomentar y promover el bienestar de la población cuando se encuentra saludable y a reestablecer su salud cuando se pierde, para facilitar su inserción en su medio social, laboral y cultural; de esta manera, la salud pública abarca la protección y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la restauración de la salud (Piédrola, 2002). La Organización Panamericana de la Salud reconoce que el funcionamiento de la salud pública no solo abarca las tareas propias del Estado en el campo de la salud, sino de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, que se direcciona a proteger y mejorar la salud de las personas. La Salud Pública incluye las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública, además de la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y de mejorar o mantener la calidad de la atención de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002). En este sentido, los profesionales de la salud pública buscan de manera continua mecanismos de fortalecimiento del sistema de salud público y el mejoramiento de los servicios prestados, ya que la inexistencia de servicios de salud pública puede evitar el mantenimiento o la generación de cambios positivos en el ámbito de la salud (Noland, Roxer y Torrens, 2014: 24).

Según Mayer (2013), dentro del campo de la salud pública, el cáncer constituye un importante problema a nivel mundial y es cada vez más relevante debido a que el número de casos de la enfermedad detectados incrementa con el crecimiento de la expectativa de vida de la población y su consiguiente aumento de la proporción de personas en edades avanzadas, grupo en el cual la incidencia del cáncer es alta. Asimismo, existen otros factores conductuales que han contribuido a incrementar el problema del cáncer, como los cambios en la dieta, hábitos sedentarios, consumo de tabaco y alcohol, exposición a sustancias cancerígenas, las conductas sexuales de riesgo y las infecciones ocasionadas por algunos virus con potencial carcinógeno, los cuales impulsarían un marcado aumento en la incidencia de cáncer en los países en desarrollo (Mayer, 2013).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer, el impacto de ésta enfermedad sobre la salud pública se evidencia en los “años de vida perdidos debido a muertes prematuras, el gravamen económico debido a la productividad perdida y los costos asociados con la enfermedad, y los efectos duraderos del cáncer y de su tratamiento en la calidad de vida de los supervivientes” (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2015), con el objetivo de mejorar la salud pública relacionada con el cáncer es necesario aprovechar las oportunidades provenientes de:

- la elaboración y evaluación de intervenciones que incentivan los comportamientos que reducen el riesgo de padecer cáncer (como el abandono del hábito tabáquico, la participación de programas de detección precoz, en programas de vacunación, etc.)
- la creación de intervenciones que mejoren el acceso y la prestación de tratamientos contra el cáncer
- la evaluación de los riesgos de cáncer asociados a la exposición frente a factores ambientales que producen cáncer
- la identificación de políticas y programas que aumentan la eficiencia en el cuidado del cáncer y reducen su costo
- la creación de herramientas que permitan la realización de estudios demográficos
- la identificación de métodos que promuevan un mayor acceso a la información de prevención, riesgo, exámenes de detección, pronóstico y tratamiento del cáncer por parte de determinados grupos poblacionales.

4. Economía de la salud

La economía de la salud es considerada una subdisciplina de la economía que puede definirse como la aplicación de teorías, conceptos y técnicas económicas en el sector de la salud. De esta manera, se ocupa de la asignación de recursos entre las distintas actividades promotoras de salud, la cantidad de recursos utilizados en las prestaciones, la organización y financiamiento de las instituciones, la eficiencia con que se asignan los recursos y los efectos de los servicios preventivos en la salud de la sociedad (Mills y Gilson, 1988).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), la obra de Arrow (1963) dio origen a la economía de la salud al distinguir especificidades en los mercados de la salud como la creciente intervención gubernamental, la incertidumbre, las asimetrías de información y la presencia de externalidades en el sector salud. La obra de Arrow analiza cómo la existencia de incertidumbre en la incidencia de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento conduce a los mercados competitivos a generar una asignación ineficiente de recursos y contribuye al surgimiento de instituciones no mercantiles que intentan reparar dichas fallas del mercado; en este sentido podrían ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud mediante la formación de instituciones sociales (Saviedoff, 2004).

La disciplina de la economía de la salud fue construida sobre las bases de la teoría microeconómica y a través de las décadas ha logrado desarrollarse para permitir la comprensión profunda de los problemas de salud que enfrentan casi todos los países; esta disciplina ha tenido un gran impacto en el desarrollo, la implementación y la evaluación de la política aplicada en los sistemas sanitarios (Glied y Smith, 2011). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la economía de la salud se refiere a la relación entre la salud y los recursos necesarios para su promoción, considerando que los recursos

incluyen recursos humanos, monetarios, físicos y de tiempo que podrían utilizarse de diversas maneras. En este aspecto, mientras las necesidades de salud son infinitas, los recursos para satisfacerlas son finitos; por lo tanto, es necesaria la toma de decisiones sobre las necesidades consideradas como las más importantes, y cómo deben direccionarse los recursos limitados. De esta manera, la economía de la salud pretende facilitar la toma de decisiones mediante el establecimiento de asignaciones en el sector de la salud y la evaluación de los resultados de las políticas implementadas en este ámbito.

En este sentido, debido a que el estado de salud de una población tiene una influencia sobre el progreso económico, los programas de salud se han visto como parte de una estrategia integral encaminada a mejorar el bienestar social y económico de las poblaciones. Esta estrategia requiere de la selección de programas que mejoren la salud de las personas de manera más eficiente, para lo cual es necesaria la reevaluación de las políticas de salud (Mills y Gilson, 1988); de otra manera, los recursos disponibles pueden utilizarse ineficientemente y no se conseguirían los beneficios esperados en la salud de los pacientes.

La toma de decisiones entre las distintas opciones para mejorar la salud es sumamente difícil en los países pobres, donde son muy relevantes los esfuerzos para ampliar las alternativas a considerar en lo referente a los servicios de salud prestados y al fomentar las actividades de promoción de la salud. Esta relevancia en los países de menores ingresos se debe a que los servicios de salud absorben una proporción significativa del gasto de gobierno y los presupuestos familiares. Por este motivo, los gobiernos buscan apresuradamente formas de reducir los costos, aumentar la eficiencia y aprovechar los recursos adicionales. La economía de la salud se direcciona a mejorar la asignación de los recursos en el sector salud, aumentar su eficiencia, identificar tecnologías bajo una perspectiva de costoefectividad y evaluar fuentes alternativas de financiación de la salud (Mills y Gilson, 1988).

4.1 Mercado de la Salud

Le Grande y Robinson (1976) se cuestionan sobre la diferencia existente entre el cuidado de la salud y los demás productos que se distribuyen en el mercado, es decir, si existen características especiales que distinguen la atención médica de los otros bienes y si los objetivos de la sociedad se podrían alcanzar de mejor manera mediante una provisión no de mercado. En este sentido, el debate se centra en que algunos analistas sostienen que el cuidado de la salud no es diferente y puede proveerse a través de mecanismos de mercado en la misma forma que se proveen otros bienes y servicios; mientras que otros sostienen que la atención médica es en cierto modo diferente, y que por lo tanto, requiere reformas de los mecanismos de mercado. Este enfoque refleja el establecimiento de la eficiencia y la equidad como los objetivos centrales de la sociedad, al entender que el óptimo implica la mayor eficiencia y que la equidad sigue siendo un objetivo político central dentro de los sistemas de salud de muchos gobiernos. Por lo tanto, es importante para la formulación de políticas, considerar en qué medida el funcionamiento del mercado que proporciona servicios de salud alcanza la equidad; asimismo, se debe tomar en cuenta el equilibrio cambiante entre la equidad y la eficiencia como objetivos de política (Mills y Gilson, 1988).

Las características del mercado se describen principalmente por la relación de la elección de los consumidores y la competencia de los productores, siendo su característica principal el precio, debido a que transmite información sobre las preferencias del consumidor así como información sobre los costos de los recursos, la escasez, la eficiencia y el costo de oportunidad de producir, además, dada una distribución inicial de recursos o de renta, los precios permiten determinar quién obtiene determinados bienes y servicios en una sociedad. En otras palabras, los precios constituyen una señal de lo que la sociedad quiere, lo mucho que lo quiere, lo que esto cuesta en términos de recursos o costo de oportunidad y la eficiencia con que los productores son capaces de satisfacer estas necesidades. Bajo este esquema, la atención de salud no es diferente de otros bienes en cuanto a la escasez, por lo que requiere de instituciones para organizar su asignación. Sin embargo, existe una serie de características que distingue la atención de la salud de muchos otros bienes y servicios que se tranzan en el mercado. Entre ellas podemos encontrar que el cuidado de la salud tiene un elemento de consumo e inversión (es decir, el consumo de bienes de salud produce beneficios directos y contribuye a una mayor producción). Asimismo, los costos de atención de la salud pueden ser altos en relación con los ingresos, y la mala salud también puede afectar la capacidad laboral. Por otra parte, los pacientes tienen una participación directa en la producción, así como en el consumo de cuidado de la salud, y, finalmente, las decisiones de consumo o no consumo pueden llegar a ser irreversibles, ya que estas decisiones pueden conducir a la muerte o incapacidad permanente (Mills y Gilson, 1988).

4.2 Fallos de mercado

Stiglitz (2000) analiza varios fallos de mercado presentes en el sector salud, entre los cuales se encuentran la información imperfecta y la competencia limitada, además considera las instituciones sin fines de lucro y los seguros de salud. Pero aun cuando no existieran fallas de mercado, justifica la intervención del Estado en el sentido en que algunas personas tienen una renta baja que no les permite acceder fácilmente a asistencia sanitaria o deciden no recibirla. La información asimétrica constituye uno de los principales fallos en el mercado de la atención sanitaria, ya que cuando los consumidores de este servicio acuden al médico compran sus conocimientos y deben confiar en los médicos debido a que carecen de conocimientos de medicina; por lo tanto, se explica la intervención del Estado en la concesión de permisos para ejercer la medicina y al regular los medicamentos que se prescriben a los pacientes (Stiglitz, 2000). En cuanto a la competencia limitada, la heterogeneidad de los servicios de salud dificulta la comparación de precio y cantidad, y por lo tanto dificulta también la difusión de información entre los consumidores de servicios médicos (Stiglitz, 2000).

Stiglitz (2000), enfatiza que la selección adversa constituye un problema que presentan muchos mercados de seguros de salud, ya que al establecer primas altas, las personas con mayor probabilidad de necesitar asistencia médica son quienes deciden adquirir un seguro médico. Por este motivo, las aseguradoras intentan incrementar la “calidad” de los asegurados, por lo tanto no proporcionan seguro contra enfermedades existentes al momento de adquirirlo y limitan el alcance de la cobertura. Es así que, aunque los seguros deberían cubrir las enfermedades más graves que los individuos tienen dificultades para pagar, los mercados de seguros no las cubren y orientan sus esfuerzos a asegurar grupos

de bajo riesgo. Desde este punto de vista, el Estado corrige las fallas de mercado que generan un mercado incompleto, al proveer un seguro de salud a los individuos que padecen enfermedades catastróficas, considerando que el sistema de salud privado no cubre estas enfermedades debido al riesgo y los altos costos.

Un sistema de salud óptimo debe proveer a la población de amplio, equitativo y costoefectivo acceso a sus servicios, los cuales cuentan con ciertas peculiaridades que requieren la participación del Estado para solucionarse; estas peculiaridades conocidas como fallas de mercado abarcan la asimetría de información entre pacientes, médicos y aseguradores. Adicionalmente, el analista económico, Maceira (2001), reconoce que las fallas de mercado proveen un argumento desde la eficiencia para desarrollar políticas de equidad, independiente de las motivaciones solidarias presentes en cualquier sociedad. Asimismo, destaca que las limitaciones de financiamiento del sector público y la falta de eficiencia en la implementación de políticas sociales, quebranta los principios de equidad, costoefectividad y accesibilidad.

4.3 Intervención estatal

Stiglitz (2000), menciona que aun cuando los mercados fueran eficientes, el Estado debe intervenir en el sector de la salud cuando cabe la posibilidad de que las personas con escasos recursos no tengan acceso a la debida asistencia sanitaria; en este sentido, muchos consideran que no debería negarse la atención sanitaria a ninguna persona, y bajo esta perspectiva los servicios de salud difieren de los demás bienes que se comercializan en el mercado. En este marco, el debate gira en torno a distintas teorías sobre si es el sector público o el privado quien debe proveer la atención en salud y sobre quién lo puede hacer de la manera más eficiente y equitativa. En otras palabras, qué sector debe encargarse de brindar atención sanitaria para que la sociedad alcance el máximo beneficio.

Por un lado, los libertarios analizan la sociedad en términos de sus miembros individuales y dan importancia en la formulación de políticas para la protección de la libertad individual, por otra parte, la intervención del Estado es mal vista ya que afirman que ésta reduce el bienestar total de la sociedad. Mencionan que el libre mercado es visto como el medio más beneficioso para la producción y distribución de bienes, ya que es a la vez eficaz y protege la libertad individual. Los libertarios afirman que la búsqueda de la justicia social a través de intervenciones en el mercado es sumamente perjudicial porque implica el sometimiento de los individuos a control gubernamental y así atenta contra la libertad individual (Mills y Gilson, 1988).

Por el contrario, a pesar de que las teorías colectivistas son variadas, tienen tres objetivos principales: igualdad, libertad y fraternidad. El análisis de la sociedad se basa en grupos, como las clases sociales, en lugar de los individuos, poniendo énfasis en la cooperación, los derechos y el bien de la comunidad. La libertad incluye la igualdad y la seguridad económica, además, rechaza la asignación a través del

mercado, ya que es una causa de la desigualdad. La acción del gobierno (los impuestos, la producción pública) se justifica al crear las condiciones para el ejercicio pleno de la libertad de todas las personas (Mills y Gilson, 1988).

La intervención del gobierno en la atención de la salud debe promoverse teniendo en cuenta la eficiencia y la equidad, por lo tanto, esta tiende a restablecer las condiciones necesarias para que el mercado funcione o a limitar los efectos indeseables o fallos de los mercados. De esta manera, la intervención del Estado puede ser mínima, limitada a proveer información o regular la fijación en el mercado; o puede tener un papel más amplio que va desde la regulación y control del sistema de salud hasta la prestación directa de servicios para todos (Mills y Gilson, 1988). Asimismo, se ha evidenciado la existencia de sistemas mixtos, que cuentan con distintos grados de participación del Estado que reflejan diferentes equilibrios entre la equidad y la eficiencia. La formulación de políticas debe realizarse en función de las realidades tanto de escasez de recursos y de distribución desigual (de ingresos o de mala salud), para lo cual se debe analizar la situación con el fin de identificar qué es lo más apropiado para un país bajo una perspectiva contextual, con el objetivo de minimizar sus efectos secundarios (Mills y Gilson, 1988).

4.4 Seguridad social

Stiglitz define a la seguridad social como un tipo de seguro contra determinados riesgos, afirma que funciona como un seguro privado pero señala que la gran diferencia radica en el hecho de que el Estado puede ofrecer seguros que el sector privado no puede ya que el Estado puede asumir los riesgos repartiéndolos entre distintas generaciones. La seguridad social puede verse como un programa de redistribución que radica en un “plan de ahorro forzoso”, en que las personas aportan independientemente de su salud o esperanza de vida y obtienen las mismas prestaciones (Stiglitz, 2000).

El tratadista Bedregal afirma que para comprender mejor la seguridad social se debe analizar sus principios básicos. La seguridad social se basa en los principios de universalidad, solidaridad, integridad, unidad, economía, internacionalidad, oportunidad, eficacia y suficiencia. Los cuales buscan garantizar la cobertura a todos los ciudadanos sin discriminación tomando en cuenta la generalización del financiamiento; garantizar el uso adecuado de los recursos administrados de manera que no se malgasten los fondos de los asegurados; asegurar la oportunidad en las prestaciones médicas; y, que las prestaciones sean suficientes para cubrir las contingencias (Bedregal, 1984). Como se observa, Stiglitz (2000) da un enfoque de Estado paternalista en referencia a la prestación de seguro social de salud; por su parte, Bedregal (1984) concibe a la seguridad social desde una perspectiva garantista de derechos. Ambos autores realizan una reflexión sobre la real importancia de los principios y programas que deben adoptarse para asegurar la efectividad de las políticas públicas en el ámbito de la seguridad social.

De acuerdo con el estudio realizado por Maceira (2001), existen cuatro principios que tienen mayor importancia al momento de definir la seguridad social, los cuales son: el contar con un patrón de

beneficiarios específico, que el sistema cuente con un paquete definido de servicios y que este se encuentre definido para los usuarios, la existencia de subsidios cruzados entre los ricos y los pobres en lo referente al manejo financiero de los fondos y el criterio de solidaridad en el manejo de dichos fondos. De esta manera, Maceira nos proporciona una perspectiva de la situación de los sistemas de salud latinoamericanos y sus características. Asimismo, nos proporciona una visión de los principales criterios que definen un sistema de aseguramiento social, los objetivos y ventajas de su implementación, así como las limitaciones que deben analizarse desde la política pública con el objetivo de enfrentarlas y eliminarlas.

Sasso (2011), menciona que el objetivo principal de la seguridad social es disminuir los riesgos y vulnerabilidad a los que se puede enfrentar una sociedad y en particular, la proporción más marginada de la sociedad. Asimismo, la Organización Internacional del Trabajo (2008), manifiesta que la seguridad social es un instrumento primordial en el progreso y el desarrollo de los pueblos, motivo por el cual su promoción y extensión está enmarcado dentro de sus objetivos estratégicos. Adicionalmente, expresa la importancia de la realización periódica de diagnósticos sobre los sistemas nacionales de seguridad social como una tarea estratégica que permite proveer a las autoridades públicas insumos que permitan conocer la situación de dichos sistemas y por lo tanto constituyen una guía para la formulación de políticas nacionales de seguridad social (Durán, 2008).

De acuerdo con Durán (2008), el sistema ecuatoriano de seguridad social, representado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como la principal institución gestora, representa un eje fundamental en el desarrollo económico y social del Ecuador, pero es una institución cuyo progreso a lo largo del tiempo enfrenta importantes desafíos. De lo que se desprende del informe de valuación actuarial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, y de las Resoluciones del Consejo Directivo, se puede percibir que el acceso al servicio de salud de los afiliados al seguro general obligatorio en el Ecuador que padecen enfermedad catastrófica de cáncer muchas veces se ve limitado por la demanda insatisfecha de los servicios de salud, la falta de financiamiento y por la falta de especialización de los médicos públicos.

5. Sistemas de Salud

La salud juega un rol trascendental dentro de la economía de los países y ambas se encuentran directamente relacionadas; así como un mayor desarrollo económico tiene como resultado mejoras en la salud de la población, la mejora en la salud de las personas conduce a un mayor desarrollo económico. En este aspecto, el nivel de desarrollo económico de un país es un factor importante al determinar el estado de salud de sus habitantes puesto que está asociado a los servicios y las actividades relacionadas a la salud, y debido a que el estado de salud de una población tiene una influencia sobre el progreso económico, los programas de salud se han visto como parte de una estrategia integral encaminada a mejorar el bienestar social y económico de las poblaciones (Mills y Gilson, 1988). De esta manera, los

sistemas de salud y la evaluación de su funcionamiento son sumamente importantes, ya que en éstos se formulan las estrategias y programas que mejoran la salud de las personas.

La Organización Mundial de la Salud define los sistemas de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos (personal, fondos, suministros, información, entre otros) cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud; un sistema de salud debe ser capaz de proporcionar tratamientos y servicios de calidad que respondan a las necesidades de la población. En este sentido, el fortalecimiento de los sistemas de salud implica superar las dificultades relacionadas con las limitaciones de personal, infraestructura, recursos de salud, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector (OMS, s.f.).

Un apropiado sistema de salud es principalmente aquel que contribuye a instaurar un buen nivel de salud bajo criterios de equidad y de eficiencia. En lo referente a la equidad, no es suficiente mantener o mejorar el nivel de salud medio de una población, si al mismo tiempo las desigualdades se acentúan, por este motivo, los sistemas de salud tienen también la tarea de reducir las desigualdades mediante la mejora de la salud de la población en general, dando preferencia a aquellas personas que cuentan con un peor estado de salud y al crear un clima favorable de acceso a la asistencia sanitaria para todos. De acuerdo con el analista Barillas (1997), “los esfuerzos de los países deben encaminarse a la creación de un sistema de salud donde el sano subsidia al enfermo, pero sobre todo donde el rico subsidia al pobre”. Adicionalmente, la mejora de la eficiencia del sistema de atención sanitaria es un objetivo trascendental para garantizar la sostenibilidad del sistema mediante la reducción de los costos para limitar el incremento del gasto en salud (Florentin, 2009).

De acuerdo con Daniel Maceira (2011), la literatura clasifica los sistemas de salud en centralizados y segmentados. En los sistemas centralizados la responsabilidad de la organización, aseguramiento y regulación recae en el sector público, lo cual se traduce en una mayor diversificación del riesgo. Por otra parte, en los sistemas segmentados existe una clara división en la población objetivo entre los distintos subsistemas (público, privado y aseguramiento social) lo cual tiene repercusiones negativas sobre la eficiencia y la equidad (Maceira, 2011). En la mayoría de países latinoamericanos se desarrollan modelos segmentados, por lo cual es de gran importancia identificar posibles mecanismos de selección adversa que pueden afectar la equidad y eficiencia asignativa. En estos países se ha evidenciado que el sector público se orienta a la cobertura de la población de menor ingreso, mientras que los sectores de mayores ingresos encuentran su cobertura en el sector privado (Maceira, 2011).

En este sentido, el estudio de los sistemas de atención de salud en América Latina y el Caribe revela que éstos son sumamente heterogéneos en lo referente a los niveles de cobertura, acceso, equidad, estructuras de organización, financiamiento y resultados. Diferencias que son explicadas por el nivel de riqueza de los países en cuestión y las diferencias distributivas existentes al interior de cada uno; por lo cual, los países más pobres muestran resultados en salud deficientes (Maceira, 2001). Bajo esta línea de análisis, es importante construir un sistema de atención que permita enfrentar las limitaciones presupuestarias y brindar a la población una mejor calidad de vida, tomando en cuenta que una reforma en salud que

combina efectividad y bajo costo, va desde el reconocimiento de la medicina preventiva, hasta el diseño de mecanismos de incentivos a la oferta de servicios (Maceira, 2001).

Según Maceira (2001), cuando a la limitación de financiamiento del sector público se suma la implementación de políticas sociales ineficientes, se atenta contra los principios de acceso, costoefectividad y equidad, lo cual conlleva a que los sectores de la población de bajos recursos busquen atención sanitaria en un sector privado desintegrado o a privarse de la atención médica. Bajo esta perspectiva, el autor concluye que “el sector privado se desarrolla a la sombra de la falta de efectividad del sector público y cuanto mayor es la falta de calidad y efectividad pública, mayor es el gasto de bolsillo” (Maceira, 1996). Cuando ocurre este fenómeno, se encuentra que en los sectores con mayor nivel de pobreza la proporción del gasto privado sobre el total del gasto en salud es alta y en las naciones con menor grado de desarrollo el fenómeno es aún más perceptible. Para el autor, el objetivo principal del aseguramiento social es brindar un soporte financiero sostenible en el tiempo al sistema de salud, para que este permita proveer servicios de salud a los contingentes de la población más amplios. De esta forma, un sistema de salud debe tender a ampliar la cobertura de los trabajadores a sus familias, así como a la inclusión de las poblaciones desprotegidas. Asimismo, debe proveer sustentabilidad financiera; constituir una herramienta que permita alcanzar mayor acceso y equidad, al incorporar criterios de solidaridad entre el sistema de seguridad social y la cobertura de la atención pública; debe cumplir un rol estratégico en la asignación eficiente de los recursos al interior del sector, para generar estándares de calidad y promover la eficiencia de los servicios prestados; y, finalmente debe distribuir los costos y los riesgos de la atención (Maceira, 2001).

Como la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos, el sistema de salud ecuatoriano se caracteriza por la fragmentación y la segmentación, “ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados” y además, “cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio” (Ministerio de Salud Pública, 2008). Estas características inherentes al sistema de salud dificultan el logro de las metas de eficiencia y equidad que se persiguen constitucionalmente, puesto que el grado de solidaridad en el sistema actual se encuentra limitado por la formación de grupos más restringidos de asegurados, donde las personas de mayores ingresos abandonan los seguros públicos al encontrar una atención más acorde con su capacidad de pago en los seguros privados (Barillas, 1997: 248).

La revista oncológica *The Lancet* (2013:2), señala que la segmentación del sistema de salud permite la formación de “instituciones independientes que proporcionan todos los servicios relacionados con el cuidado de la salud a poblaciones específicas, excluyendo al mismo tiempo a otras”, tal es el caso de las instituciones de seguridad social como el IESS, el ISSFA y el ISSPOL que prestan sus servicios únicamente a los asalariados. Un sistema de salud segmentado implica la coexistencia de varios subsistemas de salud (entidades públicas, privadas y seguridad social) con una limitada relación estructural y funcional, mientras que la fragmentación contribuye a aumentar la inequidad y el gasto, puesto que permite que se acentúen las diferencias en cuanto al ingreso y al consumo, al establecerse modelos de atención de salud que no alcanzan una escala nacional dada la conformación de círculos de solidaridad determinados por la capacidad de pago de los usuarios que limitan la distribución del riesgo

en la población, y por lo tanto, son los grupos con un mayor ingreso quienes cuentan con una mayor cobertura (Barillas, 1997: 247). En este sentido, las familias se encuentran expuestas a realizar gastos desmesurados y empobrecedores para acceder a la atención sanitaria que las obliga a sacrificar la satisfacción de otras necesidades básicas, especialmente cuando intentan financiar la atención de enfermedades catastróficas como el cáncer; además, en este grupo poblacional “las medidas preventivas y de protección de la salud suponen un costo que no pueden asumir” (The Lancet, 2013:6).

La particularidad de un sistema de salud es que, a pesar de su característica de “bien social” existe una interacción entre el Estado y el sector privado en el financiamiento, la gestión, el aseguramiento, la prestación de servicios y provisión de insumos. Lo cual, en la actualidad, constituye un desafío de política en la región teniendo el deber de garantizar un acceso oportuno y eficaz a la salud, en un marco de escasez de recursos, y caracterizado por las “fallas de mercado” (Maceira, 2011). La Organización Mundial de la Salud señala que con el objetivo de mejorar la salud de una población, los gobiernos deben diseñar sistemas de salud sólidos y eficientes, que presten buenos servicios preventivos y curativos a todos los ciudadanos. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (2011:15) manifiesta que se debe incorporar al análisis de los sistemas de salud criterios de eficiencia para mejorar el uso de los recursos y la calidad con el objetivo de garantizar la satisfacción del usuario, sin dejar de lado objetivos de protección social como la equidad, la solidaridad y la universalidad.

Por lo tanto, es necesario realizar un análisis acerca de la importancia y complejidad de contar con un sistema de salud público eficiente que mejore la calidad de los servicios de salud y su acceso por parte de los ciudadanos sin seguro de salud, los afiliados al seguro general obligatorio, al seguro de la policía o al seguro militar, que padecen la enfermedad catastrófica de cáncer, considerando que la atención a la salud es un proceso dinámico que debe ser tratado de manera que el Estado proporcione los recursos técnicos, humanos y financieros para garantizar que esa atención sea integral, oportuna, científica y equitativa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

6. Eficiencia de los servicios de salud

De acuerdo con el Hadbook of Health Economics (2000), es de vital importancia analizar la eficiencia de un servicio, bien o actividad. Por el lado la oferta se puede analizar la eficiencia técnica, la cual se alcanza cuando la producción se organiza de manera que se pueden minimizar los insumos requeridos para producir un producto dado; por otro lado, la eficiencia productiva se alcanza cuando la producción se organiza con el objetivo de minimizar el costo de producir un producto determinado y se determina por la función de producción y los precios de los insumos. Finalmente, por el lado de la demanda, la eficiencia en la asignación se refiere a que la distribución de recursos es eficiente cuando maximiza la suma de utilidad. Existe una relación jerárquica entre estos conceptos, la eficiencia técnica es una condición para la eficiencia productiva, y ambas son condiciones necesarias para alcanzar la eficiencia en la asignación (Culyer y Newhouse, 2000).

En lo referente al sector de la salud, la eficiencia económica requiere que los recursos disponibles se utilicen de manera que se garantice que la población se encuentre lo más saludable posible, para lo cual deben cumplirse con criterios de eficacia y efectividad. Es necesario considerar que la eficiencia requiere que se tenga en cuenta el coste de los recursos utilizados en la producción y la comparación de estos con el valor del producto generado (Mills y Gilson, 1988). En este sentido, el tipo de análisis económico que va a ser aplicado en la investigación será el análisis de la eficiencia técnica, productiva y asignativa, de manera cualitativa mediante el levantamiento de información sobre el uso de los recursos en el sector público.

7. Políticas Públicas

La política pública se refiere a las decisiones gubernamentales que se toman al perseguir determinadas metas y objetivos; se puede decir que la formulación e implementación requiere un proceso de planificación. Según la Universidad NIILM (s.f.) la política pública se caracteriza por:

- Estar orientada por un objetivo: las políticas públicas están formuladas e implementadas para alcanzar los objetivos que el gobierno tiene en vista para el beneficio de la sociedad (NIILM, s.f.).
- Es el producto de las acciones colectivas del gobierno (NIILM, s.f.).
- Es lo que el gobierno decide hacer, es la relación de las unidades de gobierno dentro de un campo específico del ambiente político, en un sistema administrativo. Pueden tener una variedad de formas como: leyes, ordenanzas, decisiones, etc. (NIILM, s.f.).
- La política pública es positiva en el sentido de que representa la preocupación del gobierno e implica su acción ante un problema particular en el que se formula la política (NIILM, s.f.).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), las políticas de salud pública constituyen intervenciones cuyo objetivo es hacer frente a los problemas sanitarios que son considerados prioritarios mediante actividades de prevención y promoción de la salud para garantizar la salud de la sociedad. La Organización Mundial de la Salud recomienda tres tipos de políticas que deben ser implementadas:

- Las políticas sistémicas: su adopción dentro de los sistemas de salud es necesaria para fortalecer la cobertura universal y la eficacia de los servicios prestados; se relaciona principalmente a los elementos de los cuales depende la atención primaria y la cobertura universal, por ejemplo, los medicamentos esenciales, la tecnología, los controles de calidad, los recursos humanos, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2008).
- Las políticas de salud pública: comprenden las políticas y programas que ofrecen orientaciones para enfrentar los problemas prioritarios de la sociedad en el ámbito de la atención primaria;

estas políticas son necesarias para el funcionamiento de las políticas sistémicas, por ejemplo, intervenciones de higiene pública, prevención de enfermedades y promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2008).

- Las políticas en otros sectores: su adopción contribuye a la salud mediante la colaboración intersectorial, se basa en el reconocimiento de que existen políticas controladas por sectores diferentes al sanitario que pueden mejorar la salud de la población (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Teniendo en cuenta el contexto ecuatoriano, el artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador 2008 menciona que el Estado es el responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (Asamblea Constituyente, 2008).
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura (Asamblea Constituyente, 2008).
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud (Asamblea Constituyente, 2008).
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (Asamblea Constituyente, 2008).
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria (Asamblea Constituyente, 2008).
- Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población (Asamblea Constituyente, 2008).
- Promover el desarrollo integral del personal de salud (Asamblea Constituyente, 2008).

Según Mayer (2013), en los países de la región latinoamericana aproximadamente el 80% de los pacientes con cáncer que acuden a los hospitales de tercer nivel para su tratamiento poseen la enfermedad en estadios avanzados, en los cuales el tratamiento es complejo, de alto costo, de bajo rendimiento y repercute de manera negativa y significativa en el rendimiento laboral y en la vida de los pacientes y sus familias. De acuerdo con la autora, la mejor forma de prevenir esta situación es mediante

una adecuada orientación de las políticas públicas, especialmente en las políticas de prevención y diagnóstico precoz.

La prevención del cáncer por medio de la educación, en complemento de otras medidas de sensibilización del público para reducir las adicciones al tabaco, al alcohol, los malos hábitos alimenticios, las conductas sexuales de riesgo, la exposición a agentes cancerígenos físicos y químicos y las infecciones por algunos virus con potencial cancerígeno, pueden conducir en el largo plazo a una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer (Mayer, 2013). Por otra parte, el diagnóstico precoz seguido de un tratamiento inmediato permite curar aproximadamente la mitad de los casos de cáncer en general; porcentaje que puede ser superior en el caso de algunos cánceres, por ejemplo, en el cáncer cervicouterino detectado oportunamente el porcentaje de curación se aproxima al 100% y en el cáncer de mama es mayor al 95%.

En este sentido, la implementación de políticas públicas es considerada primordial para mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional a los ciudadanos con enfermedad catastrófica de cáncer. Se requiere un análisis de la Red Pública de Salud, la cobertura de contingencias y la responsabilidad del Estado en la garantía del derecho a la atención especializada y preferente a quienes sufren enfermedades catastróficas.

En conclusión, resulta importante establecer lineamientos de política pública para mejorar la eficiencia de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a los ecuatorianos con cáncer debido a las dificultades que enfrenta el sistema de salud y los pacientes con esta enfermedad en el tratamiento de la misma, al tratarse de una enfermedad catastrófica, es decir, que tienen un gran impacto económico sobre las personas que lo padecen y sobre sus familias, así como sobre el sistema público de salud, debido al alto costo que involucran los tratamientos y la adquisición de medicamentos (Tobar, 2012). Destacando que la determinación de dichos lineamientos de política pública de salud deben permitir desarrollar progresivamente el contenido de los derechos constitucionalmente reconocidos, con criterios de eficiencia y calidad (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Capítulo I

Estado de Situación del cáncer en el Ecuador

En el presente capítulo se realiza un análisis de la situación del cáncer en el Ecuador durante el periodo 2008-2013. Con la finalidad de estudiar la demanda de los servicios, se analiza la evolución de la morbilidad y la mortalidad por cáncer en el país teniendo en cuenta variables de género, edad, etnia, nivel de instrucción, localización entre las diferentes provincias, entre otros. Adicionalmente, por el lado de la oferta de los servicios, se analiza la infraestructura, los equipos de diagnóstico del cáncer, el recurso humano y los medicamentos con los que cuenta la Red Pública de Salud para hacer frente a la carga del cáncer existente.

1. Sistema de salud

Al ser el sistema de salud ecuatoriano segmentado, se encuentra compuesto por el sector público y el sector privado. El sector público se encuentra conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) que ofrece atención en salud a toda la población, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y los Gobiernos Autónomos Descentralizados que también ofrecen atención a la población no asegurada ya que poseen programas y establecimientos de salud propios, y las instituciones de seguridad social: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que atiende a los trabajadores del sector formal, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) que atiende a los miembros de las fuerzas armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) cuyos usuarios son miembros de la policía y sus respectivas familias (Organización Panamericana de Salud, 2008). Por otra parte, el sector privado se encuentra conformado por las organizaciones sin fines de lucro y los establecimientos de atención sanitaria con fines de lucro que cubren a la población de ingresos medios y altos (Lucio, Villacrés, y Henríquez, 2011). Las entidades no gubernamentales que actúan dentro del sector público son la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Solca) y la Cruz Roja Ecuatoriana (Organización Panamericana de Salud, 2008: 10).



Fuente: Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. Quito: Instituto Nacional de Salud Pública.

Elaboración: Najwa Jalkh

Bajo este contexto de segmentación y fragmentación de los sistemas de salud latinoamericanos, muchas veces éstos no se encuentran bien financiados por el gasto público, lo cual conlleva a altos desembolsos monetarios por parte de los pacientes para acceder a los servicios de salud (The Lancet, 2013:2). En este sentido, además de la distribución desigual de los recursos y los problemas en la atención universal del cáncer, existe una deficiente inversión en la infraestructura y equipamiento necesarios para los tratamientos. De esta manera, los sistemas de salud fragmentados promueven la desigualdad ya que ofrecen una menor atención sanitaria a las personas de escasos recursos debido a la ineficiencia en el financiamiento y en la asistencia sanitaria, por lo tanto, “los efectos adversos de los sistemas fragmentados en la calidad, el coste y los resultados de salud afectan desproporcionadamente al sector pobre de la población” (The Lancet, 2013:2).

Durante la última década en América Latina se ha desarrollado un modelo alternativo que busca proveer una atención universal y equitativa para todos los ciudadanos, lo cual implica un proceso de integración de los diferentes subsistemas, pero aun cuando se ha notado un progreso en este ámbito, todavía existen dificultades en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles; especialmente en el control del cáncer que incluye la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento y los cuidados paliativos (The Lancet, 2013).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2008), en el gobierno actual de la República del Ecuador, se han propuesto nuevos modelos de organización cuyo objetivo es la eliminación de la fragmentación mediante el fomento de la articulación institucional y sectorial; además, el Plan Nacional de Desarrollo incorpora objetivos y líneas estratégicas para garantizar la prestación universal y gratuita

de los servicios de atención integral de salud, pero existe una gran limitación para alcanzar los objetivos dada la estructura actual del Sistema de Salud ecuatoriano; de esta manera, el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir plantea mejorar la calidad de vida de la población, para lo cual, se busca ampliar la prevención y promoción de la salud y garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. Asimismo, se realizan esfuerzos por hacer factible la descentralización mediante mejoras en el financiamiento, en la disponibilidad de recursos y en la atención, al promover “un modelo integral e integrado de salud con servicios que generen prestaciones de calidad, cálidas y oportunas” (Organización Panamericana de la Salud, 2008:7).

Se debe considerar que las características propias del sistema afectan directamente la atención del cáncer; de acuerdo con la revista oncológica *The Lancet* (2013), la fragmentación de un sistema de salud está asociada con retrasos en el diagnóstico de la enfermedad y por lo tanto en el inicio del tratamiento. Esto conlleva a la necesidad de tratar la enfermedad cuando se encuentra en una etapa avanzada, lo que incrementa el gasto en el tratamiento y desde la perspectiva de la salud de las personas no se obtienen los mejores resultados; perjudicando de esta manera la eficiencia del sistema. La detección tardía del cáncer, que contribuye a la alta tasa de mortalidad en la región, se debe también al desconocimiento de los síntomas por parte de la población, al hecho de no acudir a los establecimientos sanitarios cuando estos surgen, a la escasa importancia que se otorga a los controles preventivos y a la inadecuada infraestructura para proporcionar una atención oportuna.

De acuerdo con la literatura latinoamericana, actualmente la región no se encuentra preparada para enfrentar el preocupante incremento en la incidencia del cáncer y las altas tasas de mortalidad en comparación con otras regiones en el mundo, lo cual destaca la magnitud del problema del control del cáncer y la necesidad de integrar los sistemas de salud pre-existentes mediante el establecimiento de planes nacionales y la aplicación de planes transversales capaces de superar las dificultades en la prevención, detección y atención del cáncer (*The Lancet*, 2013:7). Sin embargo, como se verá posteriormente, las entrevistas realizadas muestran que en el Ecuador no se cuenta con una política de control del cáncer, en la actualidad el Ministerio de Salud Pública en colaboración con el Consejo Nacional de Salud se encuentra formulando una política de enfermedades crónicas no transmisibles dentro de la cual se considera la enfermedad y la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control está construyendo la “Estrategia Nacional para la Prevención y Control Integral del Cáncer”.

En conclusión, el sistema de salud ecuatoriano posee cualidades que dificultan el cumplimiento de la garantía constitucional de ofrecer una atención especializada, gratuita, oportuna y preferente a las personas con enfermedades catastróficas debido a la infraestructura fragmentada de la atención en el sector de la salud, las limitaciones en la disponibilidad de los recursos para el tratamiento del cáncer, la falta de un plan nacional que priorice las intervenciones, la desigualdad y la falta de cobertura de la atención médica. Por este motivo, es necesario un análisis de las necesidades de la población en cuanto al tratamiento al cáncer con el objetivo de planificar e implementar de una mejor manera las estrategias nacionales para el control del cáncer y poder hacer frente a las actuales deficiencias del sistema.

1. Morbilidad

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), entre los años 2008 y 2013 el Ecuador mostró un crecimiento poblacional ascendente, ya que el número de habitantes incrementó de 14,5 millones a 15,7 millones, en el año 2013 el 63% de la población pertenecía a la zona urbana y el 39% a la zona rural, por lo tanto, se ha percibido una mayor concentración de la población en la zona urbana. Durante este periodo la estructura demográfica mostraba la predominancia de la población joven, la reducción en la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida para ambos sexos. El INEC afirma que el Ecuador se encuentra atravesando un proceso de envejecimiento de la población (Paredes, 2014), lo cual conlleva a un incremento de la carga de las enfermedades crónicas y no transmisibles debido a que son enfermedades que generalmente aparecen con la edad.

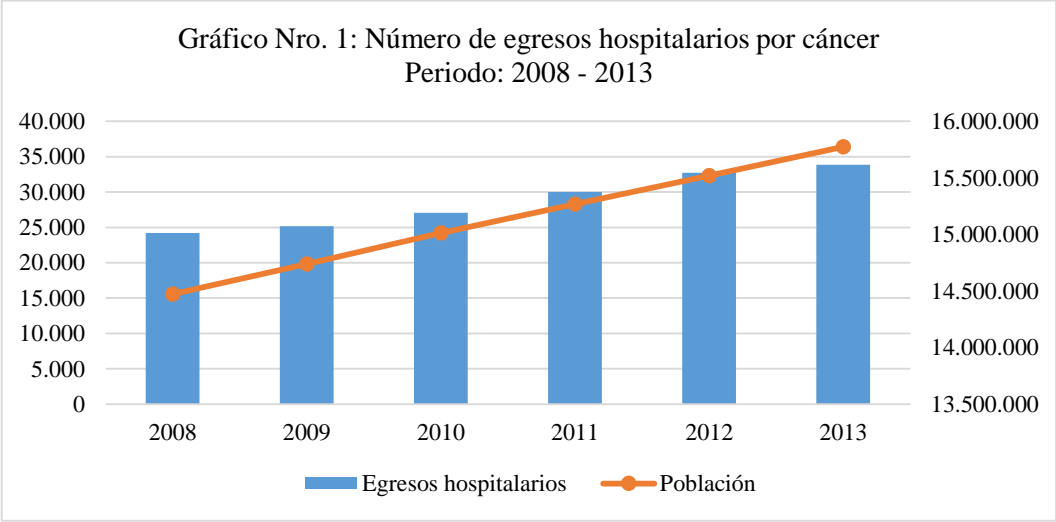
Según Cavalli (2012), los tumores aparecen más frecuentemente a medida que incrementan los años de vida, por lo tanto, a pesar de que la enfermedad puede aparecer a cualquier edad, las personas de mayor edad son más propensas a padecer cáncer. De acuerdo con el oncólogo suizo, la enfermedad del cáncer no era tan común a mediados del siglo XIX, cuando la esperanza de vida promedio no sobrepasaba los 40 años; pero en la actualidad constituye la principal causa de mortalidad prematura tanto en hombres como en mujeres. En este sentido, el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población que se encuentra atravesando el Ecuador vendría acompañado de un incremento de casos de cáncer en el futuro “independientemente de si las personas estuvieron mayormente expuestas a uno u otro factor de riesgo o no”, ya que la parte de la población dentro de la edad con mayor riesgo de padecer cáncer crecerá (Cavalli, 2012:33).

En cuanto al perfil de morbilidad¹, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2008:2), en el Ecuador se evidencia una acumulación epidemiológica más que una transición epidemiológica, ya que “las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva”. Este fenómeno es común en Latinoamérica, que durante la última década ha evidenciado un cambio en la morbilidad ya que las enfermedades no transmisibles se han vuelto cada vez más frecuentes hasta el punto de convertirse en una de las principales amenazas a la salud (The Lancet, 2013:1). En este contexto, el cambio en la morbilidad latinoamericana y la acumulación epidemiológica en el Ecuador pueden ser explicados por el cambio en los estilos de vida respecto a los factores de riesgo del cáncer como el incontrolado consumo de tabaco y de alcohol, la obesidad, la dieta inapropiada, la falta de ejercicio, la excesiva exposición a los rayos solares, la propagación de infecciones y la exposición a sustancias cancerígenas.

¹ El término morbilidad es un término de uso médico y científico que se utiliza para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados; su estudio es de vital importancia para comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones (Definición ABC, s.f.).

En el Ecuador durante el 2013 se registraron 1'178.989 egresos hospitalarios, las principales causas de morbilidad hospitalaria dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la diabetes mellitus, la hipertensión y las neoplasias malignas. Por su parte, la información para el año 2008 indica que 983.286 egresos hospitalarios fueron registrados, de los cuales 24.226 se llevaron a cabo por concepto de neoplasias malignas. Según Cavalli (2012:97), los tipos de cáncer más frecuentes en los países en vías de desarrollo son el cáncer de cuello uterino, de estómago y de esófago, pero en la actualidad, estos países deben enfrentarse al aumento de la carga de ciertos tumores “típicos de la sociedad industrial”, entre ellos, el cáncer de mama, de intestino, de próstata y de pulmón.

En el gráfico Nro.1 se puede apreciar el incremento de la carga del cáncer sobre la morbilidad en el Ecuador y el crecimiento sostenido de la población a través de los años. En el año 2008 las neoplasias malignas constituían el 2,46% de la morbilidad hospitalaria a nivel nacional, cifra que muestra una tendencia creciente ya que dentro de los siguientes cinco años subió en 0,77 puntos porcentuales; por otra parte, la población experimentó un crecimiento del 9% entre los años 2008 y 2013. En este sentido, el aumento de la morbilidad hospitalaria por cáncer podría asociarse tanto al crecimiento de la población y los cambios en sus hábitos respecto a los factores de riesgo como al aumento de la cobertura de la población por parte del sistema de salud pública.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008-2013.
Elaboración: Najwa Jalkh

En cuanto a la distribución geográfica de la morbilidad hospitalaria por neoplasias malignas, de acuerdo con la tabla Nro.1, en el 2008 las provincias de Guayas, Pichincha, Azuay, Manabí, Loja y El Oro fueron donde se encontró el mayor número de casos de cáncer, a las cuales se sumaron Los Ríos y Tungurahua para el año 2013; durante este periodo aproximadamente el 80% de las personas con cáncer residían en dichas provincias. Por otra parte, las entidades donde se trató la mayor parte de los casos de cáncer se ubicaron principalmente en las provincias de Guayas, Pichincha, Azuay, Loja y Manabí durante el año 2008, a las cuales se sumó la provincia de Tungurahua para el año 2013.

Tabla Nro. 1: Tasa de egresos hospitalarios por cáncer por provincia según lugar del establecimiento por cada 10 000 habitantes
Periodo: 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Azuay	67,8	68,6	69,1	60,3	76,8	89,1
Bolívar	2,1	3,0	2,8	2,4	3,3	3,8
Cañar	5,6	4,3	4,3	2,5	5,3	3,4
Carchi	0,9	1,6	2,5	1,2	2,1	2,6
Cotopaxi	3,4	1,9	2,6	1,6	2,1	2,3
Chimborazo	7,9	8,0	7,3	5,0	8,1	10,3
El Oro	2,9	2,0	2,4	7,2	10,7	3,2
Esmeraldas	2,8	2,1	2,2	1,6	2,2	2,4
Guayas	26,1	25,3	24,0	20,4	24,9	28,0
Imbabura	4,1	4,8	5,8	4,8	6,5	8,1
Loja	27,1	28,7	31,9	39,8	48,2	67,7
Los Ríos	1,5	1,7	1,6	1,0	2,0	1,7
Manabí	13,3	15,3	16,1	18,4	21,9	4,3
Morona Santiago	2,0	2,7	1,4	2,2	3,6	4,5
Napo	2,6	2,5	3,4	2,2	3,7	4,0
Pastaza	4,4	6,5	5,3	4,0	4,1	3,3
Pichincha	24,8	26,1	26,1	23,8	29,2	30,7
Tungurahua	5,0	9,6	11,7	11,7	21,4	21,4
Zamora Chinchipe	2,4	2,5	0,9	0,7	4,7	5,0
Galápagos	0,9	3,8	0,4	1,5	1,1	0,7
Sucumbíos	0,9	0,5	0,7	1,3	1,6	1,9
Orellana	0,3	0,8	0,4	0,1	0,3	1,0
Santo Domingo	2,5	2,6	1,9	1,4	2,3	2,2
Santa Elena	1,6	1,1	1,3	0,9	2,9	0,1
Total	17,6	18,0	18,1	16,7	21,1	21,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008-2013
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Proyecciones Poblacionales 2010-2020
Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Senplades]. Proyecciones Poblacionales 2008-2020

Elaboración: Najwa Jalkh

Asimismo, al realizar una comparación entre el número de egresos hospitalarios por cáncer según la provincia del establecimiento y según la provincia de residencia habitual del paciente, fue posible constatar que a pesar de que las provincias donde la carga de morbilidad por cáncer es más elevada son las provincias que cuentan con una mayor capacidad de atención a la enfermedad, todavía existe un 21% de la población con cáncer que debe movilizarse para ser atendida en las provincias donde se encuentran las principales ciudades porque concentran una mayor cantidad de recursos para realizar las intervenciones requeridas. De esta manera, las provincias Guayas, Pichincha y Azuay fueron las únicas en las que el número de residentes que recibieron atención fue inferior a la cantidad de servicios prestados por esta condición.

De acuerdo con The Lancet (2013:10), la base de datos de la Organización Mundial de la Salud sobre los dispositivos médicos existentes en diferentes países demuestra que se poseen insuficientes recursos para diagnosticar y tratar las neoplasias malignas en Latinoamérica; estas limitaciones incluyen los recursos físicos, tecnológicos y humanos. En este contexto, la situación en Ecuador con respecto al tratamiento del cáncer a nivel geográfico se encuentra acorde a la literatura latinoamericana que menciona que dentro de la región los servicios oncológicos están concentrados en las grandes ciudades, las cuales poseen instituciones que reúnen la mayor parte de los especialistas médicos y los equipos especializados para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. De esta manera, la concentración de los recursos de salud acentúa el problema de la desigualdad en la distribución de los servicios, al cual se suma el problema de la migración a las principales ciudades que ejerce presión sobre los recursos urbanos y limita la atención en una mayor medida (The Lancet, 2013:10).

La tabla Nro. 2 muestra el número de egresos hospitalarios de las personas que padecen neoplasias malignas de acuerdo a la entidad en la que se efectuaron. En todas las entidades se pudo apreciar el incremento de la atención a las personas con cáncer relacionado tanto al incremento de la morbilidad de esta enfermedad en el tiempo, así como a la ampliación de la cobertura sanitaria; sin embargo, en el Ministerio de Salud Pública y el IESS aumentó en una mayor medida la atención del cáncer de acuerdo con la variación porcentual entre los años 2008 y 2013. Como puede visualizarse en la tabla, a pesar de que se pueden advertir avances del Ministerio de Salud Pública en la prestación de servicios a los enfermos de cáncer, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer continúa siendo la entidad que cubre la mayor parte de la demanda de atención oncológica en el país, por lo tanto, entre el año 2008 y 2013 Solca registró en promedio el 46,7% de los egresos hospitalarios por neoplasias malignas.

Tabla Nro. 2: Porcentaje de egresos hospitalarios de cáncer por entidad
Periodo: 2008-2013

Entidad	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MSP	10%	12%	12%	13%	13%	15%
IESS	21%	21%	23%	22%	21%	25%
SOLCA	48%	48%	46%	49%	46%	42%
Privado con fines de lucro	14%	13%	11%	12%	14%	12%
Otros	7%	7%	7%	5%	5%	6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008-2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

Tal y como se manifiesta en Europa Occidental, la cantidad de tumores malignos se encuentra aumentando considerablemente en el país, de acuerdo con los datos de la Encuesta de Egresos Hospitalarios del INEC, se puede constatar un aumento de la incidencia² del cáncer tanto en hombres

² La incidencia es una medida de frecuencia de las enfermedades, se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad que aparecen en un período de tiempo previamente determinado (Ibáñez, 2012).

como mujeres y las diferencias en la frecuencia de los distintos tipos de tumores para ambos sexos, considerando que la incidencia del cáncer muestra aspectos propios de cada género (Ferlay et al, 2013).

La incidencia del cáncer en hombres ecuatorianos fue de 144 por cada 100.000 habitantes durante el año 2008, la cual se incrementó a 188 en el año 2013; por otra parte, la incidencia del cáncer en mujeres aumentó de 192 por cada 100.000 habitantes a 245 por cada 100.000 habitantes durante el mismo periodo; este incremento de la incidencia del cáncer tanto en hombres como en mujeres se debe al aumento en los casos de cáncer de mama y de próstata. A continuación se realiza un análisis de la patología en el segmento de la población masculina y femenina respectivamente con el objetivo de establecer los cánceres más incidentes, sus principales causas y la edad en la que incrementa su frecuencia.

Como se muestra en la tabla Nro. 3 sobre la incidencia de los diez principales tipos de cáncer en las mujeres, el cáncer de mama es aquel que tiene la mayor incidencia (46 por 100.000 mujeres), seguido por el cáncer de cuello uterino (22 por 100.000 mujeres); además se puede apreciar que en el año 2013 la leucemia y el linfoma no Hodgkin se han vuelto más frecuentes respecto a los demás tipos de cáncer. En el periodo 2008-2013 el tumor maligno de mama, el tumor maligno de cuello uterino y otros tumores de órganos genitales femeninos representaban en promedio el 35% de los casos de cáncer en las mujeres, siendo éstos los que afectan en una mayor medida a la población femenina.

Tabla Nro. 3: Incidencia de las neoplasias malignas en mujeres
Periodo: 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cáncer de mama	42,2	40,3	45,1	45,0	56,2	48,8
Cáncer de cuello uterino	17,8	18,1	21,7	22,2	23,3	23,0
Cáncer de órganos genitales femeninos	14,8	14,1	13,3	14,0	18,0	16,9
Leucemia	13,9	13,4	15,6	16,2	16,2	18,0
Cáncer de estómago	12,5	11,6	13,0	11,9	16,1	15,0
Cáncer de colon	11,5	11,1	11,6	11,8	12,2	11,6
Linfoma no Hodgkin	8,9	11,0	11,5	10,4	13,2	13,4
Cáncer de partes no especificadas del útero	6,4	7,2	6,8	6,3	7,3	6,6
Cáncer de recto	5,2	7,2	7,0	6,1	8,9	8,1
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	4,7	5,6	4,7	3,9	6,3	6,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008,2013.

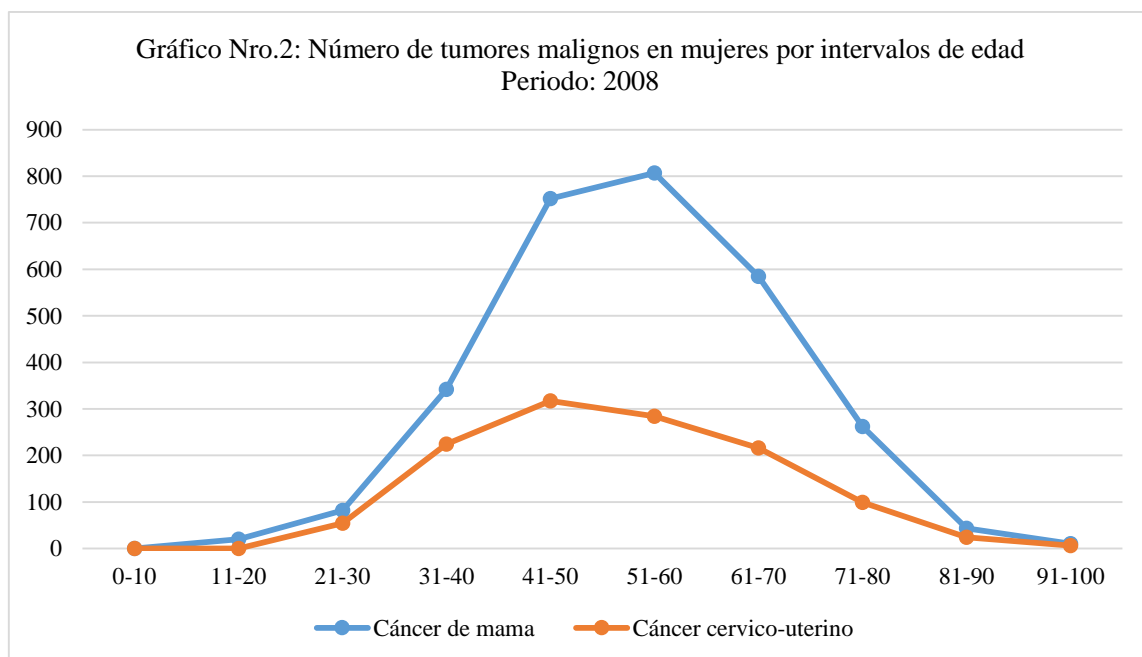
Elaboración: Najwa Jalkh

Nota metodológica: El gráfico muestra la incidencia del cáncer por cada 100.000 habitantes mujeres.

En la actualidad el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo y se estima que a nivel mundial una de cada ocho mujeres corren riesgo de padecer cáncer (Asociación Española contra el cáncer, 2014). Adicionalmente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013), el cáncer de mama es el más mortífero entre las mujeres a partir de los 20 años de edad a nivel mundial.

Por otra parte, la neoplasia maligna de cuello uterino constituye el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, con una alta tasa de mortalidad en los países de medianos y bajos ingresos donde la detección temprana de la enfermedad y su tratamiento son limitados (Organización Mundial de la Salud, 2013). Según The Lancet (2013: 14), los motivos por los cuales el cáncer de cuello uterino tiene una incidencia alta son la limitación en el acceso a la prueba de cribado de Papanicolaou, a la vacunación contra el virus de papiloma humano y al tratamiento precoz.

De acuerdo con la Asociación Española de control del cáncer (2011), el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad, como se puede observar en el gráfico Nro. 2, donde la curva que representa el número de casos de cáncer de mama por intervalo de edad muestra la forma de una distribución normal, la morbilidad hospitalaria por neoplasias malignas de mama es más frecuente entre las mujeres de 50 años, pero el incremento significativo de la incidencia se da en las mujeres a partir de los 30 años. Este último fenómeno es similar en el caso del cáncer cervicouterino, que se presenta en las edades medianas de la vida con una creciente incidencia a partir de los 30 años; como se muestra en el gráfico la mayoría de los casos es diagnosticada entre los 30 y los 60 años, con un máximo en la década de los 40 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008,2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

En conclusión, la mayor incidencia del cáncer en las mujeres con respecto a los hombres se debe a los factores genéticos propios de cada sexo, en este sentido, la morbilidad por cáncer en las mujeres es mayor debido a los cánceres ginecológicos, que representan el 40% de los tumores en su género (Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, 2007).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2013), las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad en las mujeres adultas, el cáncer ocupa el segundo lugar como responsable de las defunciones después de las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, se le atribuye el 14% de las muertes. Adicionalmente, estos problemas de salud se encuentran asociados a la exposición a determinados factores de riesgo durante la adolescencia como el humo del tabaco, algunas infecciones, la falta de ejercicio, la mala alimentación, entre otras.

Por otra parte, en lo referente a los cánceres masculinos, como se muestra en la tabla Nro. 4, entre los años 2008 y 2013 la leucemia, el tumor maligno de próstata y el tumor maligno de estómago constituían los tipos de cáncer más frecuentes entre los hombres ecuatorianos. En el año 2008 el 12,8% de los pacientes con cáncer presentaron leucemia, el 13,4% tumores de próstata y el 10,9% tumores de estómago.

Tabla Nro. 4: Incidencia de las neoplasias malignas en hombres

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cáncer de próstata	20,2	19,7	20,8	11,3	22,2	21,9
Leucemia	19,2	19,7	19,1	19,5	23,3	23,1
Cáncer de estómago	16,4	15,5	15,9	14,3	21,8	21,4
Linfoma no Hodgkin	13,9	15,8	15,4	12,4	16,2	18,3
Cáncer de colon	10,4	10,1	10,1	10,0	12,0	11,1
Cáncer de los órganos genitales masculinos	6,3	5,6	6,3	6,6	7,0	8,4
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	5,5	6,3	6,6	5,6	9,1	7,8
Cáncer de encéfalo	4,5	4,6	4,3	4,0	5,5	7,2
Cáncer de recto	4,3	5,5	6,2	4,9	6,6	7,7
Cáncer de labio, cavidad bucal, faringe	3,4	3,5	2,9	2,8	4,1	4,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008,2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

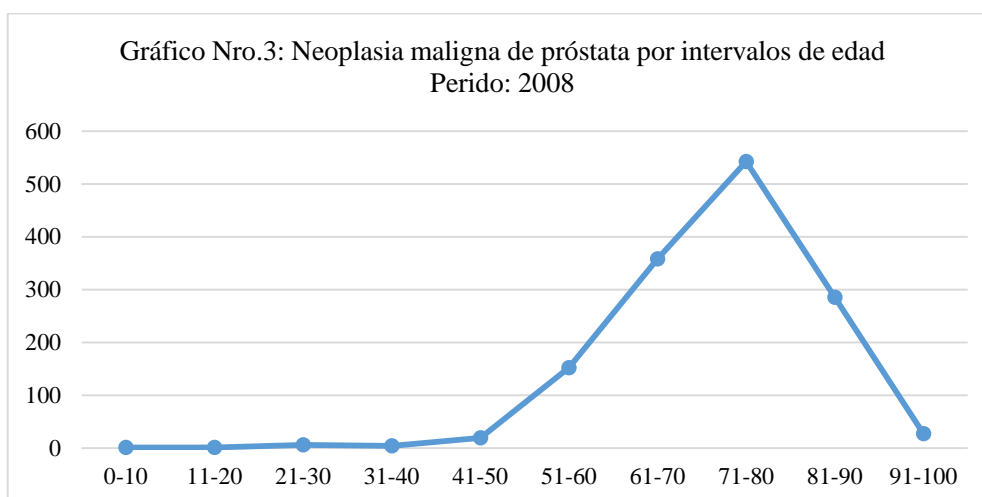
Nota metodológica: El gráfico muestra la incidencia del cáncer por cada 100.000 habitantes hombres.

La leucemia experimentó un gran incremento de su incidencia al convertirse en la principal causa de morbilidad por neoplasias malignas dentro del género masculino durante el año 2013. En las zonas

donde la incidencia de la leucemia es alta las personas se encuentran expuestas en una mayor medida a agentes tóxicos ambientales o sustancias cancerígenas como el benceno (The Lancet, 2013:15), lo cual es empeorado por el hábito del tabaquismo ya que incrementa el riesgo de leucemia; estos pueden ser los motivos por los cuales esta enfermedad es más común en los hombres que en las mujeres.

En cuanto al cáncer de próstata, su incidencia aumentó de 19 a 21 casos por cada 100.000 hombres en el periodo estudiado. El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más diagnosticado en los hombres y el incremento de su incidencia a partir de los años noventa se debe en gran parte a “la introducción y generalización del uso del test del antígeno prostático específico (PSA)””; en este sentido, las diferencias en el número de egresos hospitalarios por esta enfermedad pueden ser el reflejo de un incremento en la utilización del test del PSA además de un incremento de la incidencia (Asociación Española contra el cáncer, 2015).

Considerando que los principales factores de riesgo son los componentes hereditarios, las hormonas, la dieta alta en grasa y la edad, como puede observarse en el gráfico Nro. 3, los tumores de próstata se hacen más frecuentes a partir de los 50 años y en el intervalo entre los 70 y 80 años se evidencia el mayor número de casos de cáncer, por este motivo, se puede considerar el envejecimiento de la población como uno de los principales factores en el incremento del cáncer de próstata a través de los años. De acuerdo con la Asociación Española contra el cáncer, el 75% de los tumores de la próstata afectan a los hombres mayores de 65 años; en el Ecuador los datos de los egresos hospitalarios del 2008 indican que a partir de dicha edad se concentran el 79% de los casos de cáncer de próstata.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios 2008.

Elaboración: Najwa Jalkh

La incidencia de cáncer de estómago en los habitantes del género masculino se incrementó de 16 a 20 casos por cada 100.000 habitantes entre los años 2008 y 2013. Los principales factores de riesgo para el cáncer gástrico son la edad, el consumo de alcohol y tabaco, la alimentación y la infección por

helicobacter pylori que no ha sido tratada (The Lancet, 2013). De acuerdo con la Asociación Española contra el cáncer (2011), el cáncer gástrico se presenta con mayor frecuencia a partir de los 50 años, en este sentido, en el Ecuador el 69% de los tumores de estómago afecta a los hombres entre los 50 y los 80 años y, como se verá posteriormente, constituye uno de los tipos de cáncer asociado al mayor número de defunciones.

Como se pudo apreciar, a diferencia de lo que ocurre con la morbilidad por neoplasias malignas en las mujeres, los tipos de cáncer propios del género masculino apenas representaban el 15% de los egresos hospitalarios por cáncer de los hombres en el año 2013, mientras que en las mujeres los tipos de cáncer propios de la mujer representaban el 35% de sus egresos hospitalarios por neoplasias malignas. En este sentido, la mayor incidencia del cáncer en las mujeres respecto a los hombres aparentemente puede ser explicada por el impacto que tienen los tumores propios de cada género en su salud.

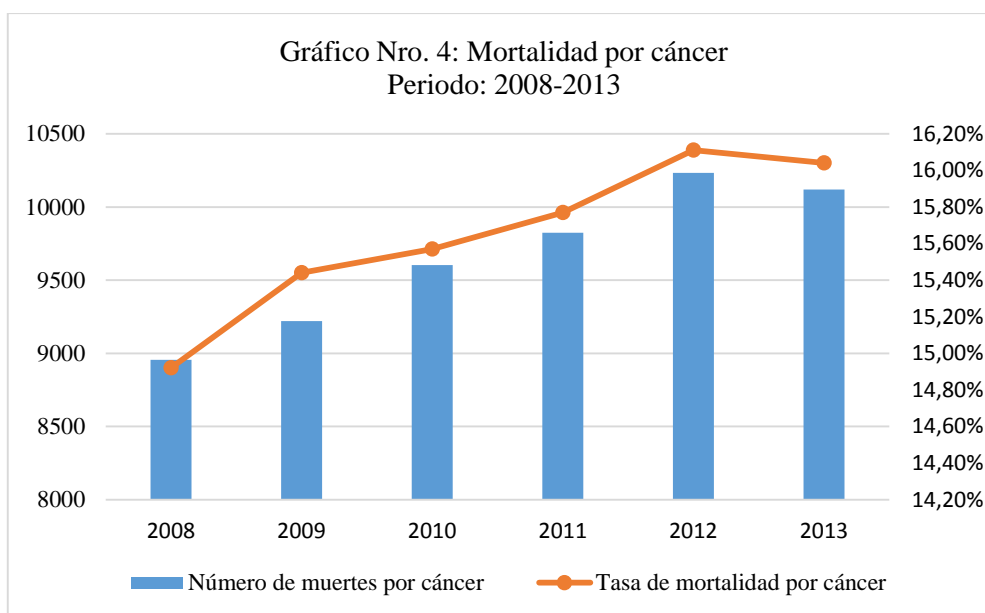
2. Mortalidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes son las causantes de un mayor número de defunciones en el mundo a través de los años; en el año 2012 fueron las responsables de más del 68% de las muertes. Asimismo, se espera que el número de nuevos casos de cáncer en América Latina se incremente en un 67% entre los años 2012 y 2030 (Organización Panamericana de la Salud, 2012); y, el incremento en la incidencia de la enfermedad podría asociarse a un aumento de la mortalidad por cáncer si no se actúa rápidamente sobre la prevención primaria, la detección temprana y la eficiencia del tratamiento.

De acuerdo con The Lancet (2013), aun cuando actualmente la incidencia del cáncer en América Latina es inferior a la de Estado Unidos y Europa, las tasas de mortalidad por dicha enfermedad siguen siendo superiores en Latinoamérica. Este fenómeno se debe principalmente a las limitaciones que se enfrentan en la detección oportuna del cáncer, que conllevan a una detección tardía de la enfermedad “donde se habla de márgenes y expectativas de vida pero no de cura” (Blanco, 2014) y a las limitaciones en el acceso a los servicios de salud para su tratamiento oportuno. Cabe recalcar que el mantenimiento estable de la mortalidad total a causa del cáncer en Europa Occidental y su tendencia a la disminución se debe al “efecto unificado del tratamiento médico mejorado y al diagnóstico precoz” (Cavalli, 2012:33).

En el 2008 se registraron 60.023 defunciones cuyas principales causas las constituían las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas, la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón, insuficiencia cardíaca, cirrosis y neoplasias malignas (estómago, tejido linfático, próstata, útero, tráquea, bronquios, pulmón e hígado; a las cuales se sumaron mama y colon en el año 2013). Por otra parte, la influenza y neumonía, los accidentes de transporte terrestre, las agresiones, las enfermedades del sistema urinario y ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal fueron otras principales causas de mortalidad (INEC, 2008).

Aunque el número de defunciones experimentó un incremento para el año 2013 al situarse en 63.104, la tasa de mortalidad se redujo de 4,15 durante el año 2008 a 4,00 defunciones por cada mil habitantes en el 2013. Durante este periodo no hubo grandes cambios respecto a las principales causas de mortalidad, pero fue posible apreciar la creciente carga de las enfermedades crónicas no transmisibles. A pesar de que la principal causa de mortalidad en el Ecuador es la diabetes mellitus, al sumar las defunciones por neoplasias malignas es posible apreciar que el cáncer es la enfermedad que provoca la mayor cantidad de muertes y ha experimentado una tendencia creciente entre el año 2008 y el 2013 (INEC, 2013).



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Nacimientos y defunciones, 2008-2013.
Elaboración: Najwa Jalkh

La evidencia muestra que en los países en desarrollo la incidencia del cáncer se encuentra aumentando a través de los años y es la causa de aproximadamente una de cada diez defunciones (OMS, 2008). Los datos del periodo 2008-2013 indican que la tendencia es similar en Ecuador, donde además del incremento de la morbilidad se ha evidenciado un aumento de las tasas de mortalidad por cáncer. Como se visualiza en el gráfico Nro. 4, durante el año 2008 un total de 8.955 personas fallecieron a causa de neoplasias, mientras que para el año 2013 se incrementó a 10.119; en este periodo el número de muertes registradas por esta enfermedad creció en un 13%.

Según el Ministerio de Salud Pública (2015:20), la mortalidad por cáncer en Ecuador es elevada y presenta una tendencia creciente debido al diagnóstico tardío de la enfermedad; de acuerdo con la información existente en el Registro Nacional de Tumores, en la ciudad de Quito aproximadamente el 45% de los casos de cáncer son diagnosticados en estadios avanzados, lo cual evidencia las dificultades del sistema para prevenir y detectar el cáncer incluso en las zonas urbanas, donde las personas tienen un mayor acceso a los servicios de salud en comparación con la población rural.

Adicionalmente, el incremento significativo en el número de defunciones por cáncer puede ser explicado a través de un fenómeno latinoamericano en el que la inversión ha estado centrada en la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas, pero no ha podido mantenerse en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (The Lancet, 2013); en otras palabras, muchos gobiernos se han concentrado en la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, aun cuando la suma total de las defunciones por estas tres causas es inferior al número de muertes ocasionadas por el cáncer (Cavalli, 2012). En este sentido, es posible apreciar dos grandes problemas, el primero es que la concentración de los recursos en el tratamiento de las enfermedades infecciosas no ha permitido el desarrollo del sistema de salud en el tratamiento del cáncer, por lo cual no se cuenta con los recursos físicos, humanos y tecnológicos necesarios para un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Por otra parte, no se le ha dado prioridad al tratamiento del cáncer a pesar de que paulatinamente se está convirtiendo en uno de los problemas más grandes a nivel mundial. De acuerdo con el oncólogo Cavalli (2012), en la lucha contra el cáncer es necesario el mejoramiento y la reestructuración de los sistemas de salud, y se cuestiona el hecho de que haya tenido que pasar tanto tiempo hasta que en el 2005 la Organización Mundial de la Salud, en su asamblea general, reconozca la urgencia de dar prioridad a la lucha contra el cáncer.

En el Ecuador dieciséis defunciones de cada cien son ocasionadas por el cáncer; a nivel geográfico el 52% de las muertes se dieron en pacientes residentes de la costa, el 45% en pacientes de la sierra y apenas el 3% en pacientes de la región amazónica; además, se concentraron en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay. Así como el 20% de los egresos hospitalarios se realizaron en provincias diferentes a la de residencia habitual del paciente debido a que fueron atendidos en las principales ciudades, el 5% de los pacientes con cáncer fallecieron en una provincia diferente a la de su residencia habitual (INEC, 2008).

A pesar de que la literatura sugiere que en las zonas rurales las tasas de mortalidad por cáncer pueden ser mayores debido a que los bajos niveles de educación y la dificultad para acceder a servicios oncológicos conllevan a la detección tardía de la enfermedad, el 78% de las muertes fueron registradas en pacientes residentes de la zona urbana (INEC, 2013). Tomando como referencia la información demográfica del Censo de Población y Vivienda 2010 y las estadísticas de defunciones del mismo año, en la zona urbana ocho de cada mil habitantes fallecieron por el cáncer, mientras en la zona rural la cifra fue de tres defunciones por cada mil habitantes. Este fenómeno puede deberse al considerable incremento de la población urbana y la consiguiente adopción del estilo de vida de los países desarrollados, así como a la dificultad para obtener la información sobre las defunciones ocasionadas por las neoplasias en algunas regiones, lo cual permitiría que las cifras sobre el cáncer en las zonas rurales se encuentren subestimadas.

Teniendo en cuenta una investigación titulada “Cáncer en la población indígena de la cuenca amazónica de Ecuador, 1985-2000”, es necesario considerar las limitaciones existentes en los datos disponibles en el país respecto a la carga del cáncer, ya que debido a las dificultades geográficas y socioeconómicas en el acceso a servicios de salud adecuados que enfrenta la población ecuatoriana que habita en la Amazonía las tasas de cáncer pueden estar subestimadas en esta población, pero especialmente en el grupo indígena (San Sebastián y Hurtig, 2004). En este sentido, la base de datos de Egresos Hospitalarios del INEC muestra que en la región amazónica el número de egresos hospitalarios por cáncer es muy

bajo, lo cual puede deberse también a su dificultad para viajar a la capital donde podrían ser diagnosticados, dados los altos costos involucrados y el temor de dejar a su familia para ir a un lugar desconocido (San Sebastián y Hurting, 2004). Como consecuencia, en Latinoamérica la población indígena con cáncer enfrenta peores resultados ya que la enfermedad es diagnosticada en una fase avanzada (The Lancet 2013:14).

Según The Lancet (2013), el diagnóstico precoz del cáncer y la supervivencia de los pacientes a la enfermedad se encuentran relacionadas en gran medida con el nivel de educación del paciente y por lo tanto con su nivel socioeconómico; entre las personas que pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo la mortalidad por cáncer es más común ya que poseen una menor cobertura del seguro de salud, tienen menos recursos para tratar la enfermedad y comprar medicamentos, y muchas veces no acuden al médico ante los primeros síntomas de la enfermedad por diversos motivos, lo cual permite su evolución. Asimismo, de acuerdo con Leuven, Plung y Romming (2014), la incidencia y mortalidad por cáncer se reducen mediante la prevención y el tratamiento oportuno, en este sentido, la población que posee mayor educación y mayores recursos para destinar a la salud preventiva y curativa, puede detectar el cáncer tempranamente y está mejor informada sobre la manera de buscar atención y cómo actuar frente al tratamiento del cáncer. De la misma manera, varios autores como Grossman (2006) y Lleras-Muney (2010) mencionan que la diferencia de recursos, preferencias y conocimientos pueden explicar por qué las personas con mayor educación enfrentan menores riesgos para su salud (Leuven, Plung y Ronning, 2014). En este aspecto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004: 8), el cáncer y otras enfermedades crónicas se encuentran asociadas a la posición socioeconómica, y los pacientes de las clases sociales más bajas tienen tasas de supervivencia inferiores a los pacientes pertenecientes a las clases sociales más prósperas debido a que la clase social se asocia con el acceso a la asistencia médica.

Según la tabla Nro. 5, que muestra la tasa de mortalidad por cáncer de acuerdo al nivel de instrucción, las personas con un nivel de instrucción inferior a la secundaria son aquellas donde la carga de mortalidad por cáncer es mayor, estas diferencias pueden deberse a un limitado acceso a la información sobre prevención del cáncer por este grupo poblacional, al comportamiento respecto a los distintos factores de riesgo de las personas con menor educación, a su falta de conocimiento sobre los síntomas del cáncer, su falta de sensibilización respecto a la importancia de participar en algunas pruebas de cribado y a sus limitados ingresos para acceder al tratamiento y las medicinas en instituciones privadas dada la correlación existente entre la escolaridad y el ingreso.

Tabla Nro. 5: Tasa de defunciones por cáncer según nivel de instrucción de la población mayor de 24 años por cada 10 000 habitantes
Periodo: 2008-2013

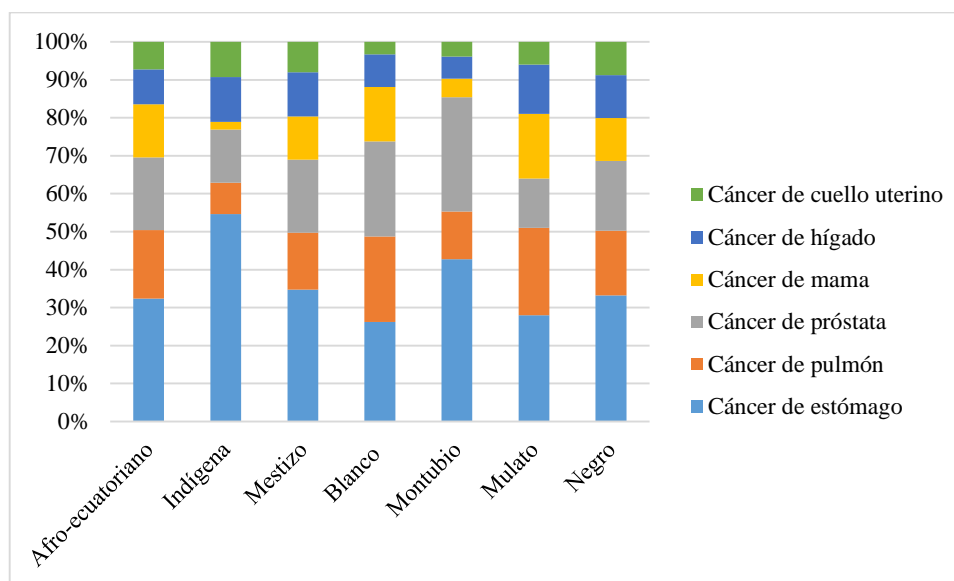
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ninguno	29,6	31,6	28,0	29,0	27,4	33,0
Primaria	14,0	12,2	14,7	14,7	14,6	14,3
Secundaria	6,4	5,3	7,2	6,7	7,1	6,5
Superior	4,9	3,4	5,3	5,5	5,8	5,7
Posgrado	2,5	1,5	3,4	4,5	3,8	3,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Nacimientos y defunciones, 2008-2013
Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Senplades]. Proyección de la población 2008-2013
Elaboración: Najwa Jalkh

En este sentido, de acuerdo con las estadísticas del INEC sobre las defunciones de los años 2008 y 2013, el tipo de mortalidad por cáncer varía según el nivel de instrucción del paciente, de esta manera, entre la población sin educación y con educación primaria el cáncer de estómago, próstata, cuello uterino e hígado ocasionaron el mayor número de defunciones, entre la población del ciclo pos bachillerato y con educación secundaria las muertes por cáncer de estómago, de mama, de colon y la leucemia fueron las más frecuentes, entre los pacientes con educación superior el cáncer de estómago, próstata, mama y pulmón fueron los de mayor mortalidad y, finalmente, en la población con posgrado el número de muertes por cáncer es muy reducido, por lo cual no existe una tendencia marcada de esta población a padecer determinado tipo de cáncer.

Por otra parte, a partir del año 2010 se cuenta con información étnica en el registro de defunciones, según las cifras, el 83% de las muertes por cáncer se registraron entre la población mestiza, el 4% entre los indígenas, el 3% entre los blancos y 10% restante entre mulatos, montubios y otros. Las tasas de mortalidad indican que 16 de cada 100 defunciones son ocasionadas por el cáncer en la población mestiza y 10 de cada 100 en la población afroamericana e indígena. Como se muestra en el gráfico Nro.5, si bien el cáncer afecta a los grupos poblacionales de una manera distinta según su etnia, el cáncer de estómago produce una gran cantidad de muertes en la población independientemente de su etnia.

Gráfico Nro. 5: Número de defunciones por neoplasias malignas según la etnia
 Periodo: 2010-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Nacimientos y defunciones, 2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

De acuerdo con The Lancet (2013:15), la inclusión de datos étnicos en los registros nacionales es un gran avance para mejorar la prevención, detección oportuna, diagnóstico y tratamiento del cáncer. La introducción de la etnia y el nivel de instrucción del paciente en el registro permiten conocer los diferentes patrones de la enfermedad entre los grupos poblacionales para el establecimiento de estrategias de control del cáncer que permitan establecer de mejor manera los grupos objetivo donde las intervenciones planteadas resulten más efectivos y estén adecuadas a sus necesidades.

3. Infraestructura

El sector público ecuatoriano se encuentra conformado por establecimientos de salud que se encuentran organizados según el nivel de complejidad de los servicios que ofrecen. El primer nivel de atención, de baja complejidad, ofrece atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud; es el nivel de atención más cercano a la población y “la puerta de entrada obligatoria al sistema”, además, es el encargado de resolver las necesidades básicas y más frecuentes de salud de la comunidad (Acuerdo Ministerial 5212, 2015); entre estos establecimientos se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud. El segundo nivel de atención, de complejidad intermedia, comprende los servicios de atención ambulatoria especializada y abarca aquellos casos en los que se requiere hospitalización, en este nivel se prolonga la atención ofrecida en el primer nivel para los casos que no fueron resueltos o que requieren atención especializada mediante tecnología sanitaria de mayor complejidad (Acuerdo Ministerial 5212, 2015); forman parte de este nivel

de atención los hospitales básicos y los hospitales generales³. El tercer nivel, de complejidad alta, comprende los servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, de referencia para la atención de la población local, regional y nacional “resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, entre otros” (Acuerdo Ministerial 5212, 2015).

Según el Acuerdo Ministerial 5212 sobre la “Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles” (2015), un hospital especializado es aquel que “provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad”, puede ser de tipo agudo o crónico y ofrece atención mediante un sistema de referencia. En los hospitales especializados agudos el promedio de permanencia no supera los 30 días de estada, mientras que en los hospitales crónicos, el promedio de permanencia supera los 30 días. Por otra parte, el hospital de especialidades “brinda atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas” la atención se destina a los pacientes agudos y su cobertura es universal.

Durante el año 2013 el sector público contaba con 3.461 establecimientos; el nivel I tenía 430 centros de salud, 1.365 subcentros de salud y 377 puestos de salud; el nivel II tenía 95 hospitales básicos y 62 hospitales generales; y el nivel III tenía 7 hospitales de especialidades y 31 hospitales especializados (15 agudos y 16 crónicos). Por otra parte, como se muestra en la tabla Nro.6, durante el mismo año el sector privado se encontraba conformado principalmente por clínicas generales; de los 762 establecimientos con los cuales contaba el sector privado 73 eran centros de salud, 2 hospitales básicos, 14 hospitales generales, 3 hospitales especializados (2 crónicos y 1 agudo), 516 clínicas generales, 34 clínicas especializadas y 4 hospitales de especialidades. La tabla Nro. 6 muestra el porcentaje de establecimientos sanitarios pertenecientes al sector público y al sector privado según su tipo.

Al poner en marcha una estrategia de control del cáncer, cada tipo de establecimiento tiene una función importante desde la prevención hasta los cuidados paliativos. Como se aprecia en la tabla Nro. 6 los puestos de salud, centros de salud y subcentros de salud pertenecen principalmente al sector público. Estos establecimientos sanitarios juegan un rol trascendental en la prevención y detección temprana del cáncer, ya que al formar parte del nivel de atención que se encuentra más cercano a la población son los más indicados para poner en marcha las estrategias de educación de la población respecto a los distintos factores de riesgo y reconocer los síntomas del cáncer en los pacientes que los presenten para referirlos a una entidad que tenga los recursos para diagnosticarlos (OMS, 2007).

³ “El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento” (Acuerdo Ministerial 5212, 2015)

Por otra parte, en lo referente a los establecimientos de segundo y tercer nivel se puede apreciar una tendencia diferente, ya que el sector privado posee el 77% de las entidades de segundo nivel y el 52% de las entidades de tercer nivel. Los hospitales y clínicas son utilizados principalmente en el diagnóstico y tratamiento del cáncer; las intervenciones se realizan en un hospital de segundo o tercer nivel dependiendo del tipo de tratamiento que requiera el cáncer del paciente. La Organización Mundial de la Salud (2007) recomienda que la radioterapia y las cirugías se realicen en los hospitales del tercer nivel de atención debido a sus requerimientos de máquinas y personal especializado, mientras la quimioterapia puede realizarse también en hospitales de segundo nivel según su complejidad con el objetivo de que la población tenga un mayor acceso a la atención y no abandone el tratamiento.

Tabla Nro. 6: Porcentaje de establecimientos de pertenecientes a los sectores público y privado
Periodo: 2008, 2013

	2008				2013			
	Público	Privado	Sin fines de lucro	Total	Público	Privado	Sin fines de lucro	Total
Hospital Básico	98%	0%	2%	100%	98%	0%	2%	100%
Hospital General	76%	13%	11%	100%	82%	7%	12%	100%
Hospital de Especialidades	50%	50%	0%	100%	64%	36%	0%	100%
Hospital Especializado	87%	6,5%	6,5%	100%	90,3%	3,2%	6,5%	100%
Clínicas Generales	0%	96%	4%	100%	0%	97%	3%	100%
Clínicas especializadas	0%	100%	0%	100%	0%	94%	6%	100%
Puestos de Salud	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	100%
Centros de Salud	88%	3%	9%	100%	85,5%	4,2%	10,3%	100%
Subcentros de Salud	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Encuesta de recursos y actividades de salud, 2008,2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

En cuanto a la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, en el primero y segundo nivel de atención las entidades se encuentran principalmente en las provincias de Pichincha, Guayaquil, Manabí y Azuay, sin embargo, dichos niveles no muestran una marcada concentración de los recursos como en el caso de las entidades del tercer nivel de atención. En este periodo, el 35% de los hospitales especializados se encontraban en la provincia del Guayas y el 25% en Pichincha. De esta manera, se evidencia una concentración de la infraestructura necesaria en la atención de los problemas de salud de alta complejidad, como el cáncer, en las principales provincias del país. En este sentido, puede notarse que en Ecuador así como en otros países latinoamericanos no se cuenta con suficientes centros oncológicos para lograr una correcta distribución de éstos a nivel nacional y poder abastecer a las zonas alejadas de las principales ciudades; de acuerdo con la teoría, la concentración de los establecimientos conlleva a una concentración de los recursos de radioterapia y quimioterapia que son sumamente necesarios para tratar el cáncer.

En el Ecuador, es perceptible la insuficiencia de la infraestructura necesaria para tratar el cáncer perteneciente a la Red Pública de salud, en el país existen únicamente ocho hospitales oncológicos que se encuentran a cargo de Solca, mientras el sector público y privado con fines de lucro no poseen centros oncológicos, por lo tanto, en dichos sectores el tratamiento de esta enfermedad se realiza en los hospitales de tercer nivel y las clínicas privadas generales y especializadas, las cuales se encuentran ubicadas en las grandes ciudades y poseen la mayor parte de los recursos físicos y humanos. En el año 2013, la Red Pública de Salud poseía veinticuatro hospitales de tercer nivel de los cuales apenas cuatro brindaban servicios de oncología, por lo tanto, se contaba con un hospital con servicios oncológicos por cada diez mil personas con cáncer. En este sentido, como se verá posteriormente, la Red Pública de Salud recibe el apoyo de Solca para abastecer la demanda de servicios de cáncer, por lo tanto, resulta importante mencionar que los hospitales pertenecientes a Solca están localizados en Azuay, Chimborazo, Loja, Pichincha, Tungurahua, El Oro, Guayas y Manabí, y se debe tener en cuenta que de los 38.529 egresos hospitalarios por cáncer que tuvieron lugar durante el año 2013, el 68,4% se llevaron a cabo en los hospitales pertenecientes a Solca, lo cual demuestra las dificultades que atraviesa el sector público para realizar el tratamiento de la enfermedad en sus instalaciones.

4. Equipos médicos

En cuanto a los equipos necesarios para el diagnóstico del cáncer, los tomógrafos son utilizadas para detectar el cáncer, y conocer la forma y tamaño del tumor, y las gammacámaras ayudan a los médicos a encontrar tumores y conocer cuánto se ha propagado el cáncer en el cuerpo (American Cancer Society, 2016). Para detectar el cáncer de mama se utilizan los mamógrafos y los equipos de resonancia magnética, los cuales permiten conocer el riesgo de las mujeres para contraer la enfermedad (Instituto Nacional del Cáncer, 2015). Los endoscopios permiten detectar el cáncer de estómago, y los ecógrafos permiten obtener imágenes del útero; las ecografías ayudan a los médicos a buscar tumores en ciertas áreas del cuerpo que no se muestran bien en las radiografías y se usan para guiar una aguja biopsia (American Cancer Society, 2016).

Tabla Nro. 7: Equipos de diagnóstico de cáncer pertenecientes al sector público
Periodo: 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tomógrafos	28	44	54	57	59	56
Ecógrafos	331	370	371	407	418	456
Mamógrafos	47	61	67	81	80	93
Equipos de resonancia magnética	6	7	13	15	16	16
Endoscopios	88	90	116	116	120	119
Ecógrafos doppler color	59	67	60	80	85	107
Gamma-cámaras	8	6	9	9	8	10
Rayos x fijo	293	296	287	301	293	292
Rayos x portátil	116	136	149	249	166	167

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Encuesta de recursos y actividades de salud, 2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

De acuerdo con la información sobre equipos médicos disponibles en la Encuesta de Recursos y Actividades de Salud, en el año 2008 el sector público contaba con 409 equipos de rayos x, 28 tomógrafos, 331 ecógrafos, 47 mamógrafos y 6 equipos de resonancia magnética, lo cual es equivalente al 57% de los equipos existentes a nivel nacional. Para el año 2013, el total de estos equipos de diagnóstico se incrementó en un 32%, de los cuales 459 eran equipos de rayos x, 56 tomógrafos, 456 ecógrafos, 93 mamógrafos y 16 equipos de resonancia magnética (INEC, 2013). Se debe tener en cuenta que, a pesar de que se cuenta con la información sobre el número de equipos, la falta de datos impide conocer la condición de los equipos, por lo tanto, no se puede establecer una brecha entre los equipos que se poseen, los que funcionan y los que son utilizados regularmente.

En lo referente al uso de estas máquinas, entre los años 2008 y 2013 el número de pruebas de imagen para el diagnóstico del cáncer se incrementó en el 60%; como se puede ver en el gráfico Nro. 13 las ecografías y las radiografías fueron las pruebas más comunes, mientras el número de tomografías, mamografías y resonancias magnéticas aumentaron ligeramente. La mayor parte de las radiografías y ecografías se realizaron en el sector público, el mayor número de tomografías y resonancias magnéticas fueron realizadas por las instituciones privadas con fines de lucro, y las mamografías se realizaron principalmente por Solca (40%). En la tabla Nro. 8 se puede observar el incremento en el número de exámenes que pueden ser utilizados para diagnosticar el cáncer, sin embargo, se debe tener en cuenta que el aumento del número de dichas pruebas de diagnóstico no necesariamente implica un aumento de los diagnósticos de cáncer en el Ecuador, ya que las radiografías, tomografías, ecografías y resonancias magnéticas son exámenes que se utilizan para diagnosticar otras patologías, no obstante, la información disponible actualmente en el Ecuador no es suficiente para analizar esta información específicamente para el cáncer.

Tabla Nro. 8: Exámenes de diagnóstico de cáncer realizados en el sector público
Periodo: 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Radiografías	2.115.404	1.850.247	2.023.946	2.177.982	2.392.158	2.444.438
Tomografías	133.823	169.096	245.198	320.587	385.148	382.083
Ecografías	823.295	904.345	982.932	1.135.853	1.348.095	1.412.465
Mamografías	69.877	77.682	116.442	109.964	134.966	110.046
Resonancias Magnéticas	9.080	7.942	35.100	69.093	56.740	65.530
Endoscopías	43.131	49.287	64.534	62.506	62.831	60.625
Ecografías doppler color	100.300	137.365	104.985	115.752	171.334	261.695

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Encuesta de recursos y actividades de salud 2008- 2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

En promedio el 74% de estos exámenes de imagen que permiten el diagnóstico del cáncer fueron realizados en las provincias donde se encuentran las principales ciudades (Pichincha, Guayas y Azuay), por lo cual, es posible afirmar que existe una concentración de estos equipos de diagnóstico en estas provincias. En este sentido, la escasez y concentración de los recursos terapéuticos se encuentran asociadas a las bajas tasas de curación debido a que limitan las posibilidades de un diagnóstico precoz y el cáncer es diagnosticado en una etapa avanzada (The Lancet, 2013).

En el país, durante el año 2013 se pudo evidenciar que los exámenes de detección del cáncer realizados no han sido suficientes respecto a las necesidades de la población; de esta manera, tomando como referencia el caso de las neoplasias malignas de mama y de cuello uterino se puede comprobar esta afirmación, ya que según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, apenas el 38,2% de la población femenina en edad de realizarse un examen de Papanicolau se lo hizo dentro de los últimos tres años; de la misma manera, apenas el 16% de la población femenina entre los cuarenta y los cincuenta años se hizo una mamografía. En este aspecto, es necesario incrementar los recursos necesarios para realizar pruebas de diagnóstico del cáncer y promover su uso por la población que posee un mayor riesgo con el objetivo de facilitar la detección temprana de la enfermedad y su tratamiento oportuno.

Durante el año 2013 el equipo de diagnóstico estaba constituido por 355 endoscopios, 258 ecógrafos doppler color, 229 ecocardiógrafos, 144 colonoscopios, 89 espirómetros, 63 electroencefalógrafos, 42 ergonómetros, 19 angiógrafos, 13 gammacámaras, entre otros. La gammagrafía es una prueba de imagen que permite realizar diagnósticos de ciertas enfermedades entre ellas el cáncer, ya que permite identificar tumores (Saceda, s.f.); en el año 2008 se realizaron 17.862 gammagrafías mientras en el 2013 el total de gammagrafías realizadas aumentó en un 15%. Estas pruebas forman parte de los estudios de medicina nuclear que crean imágenes a través de la absorción de sustancias químicas llamadas radionúclidos por los tejidos del cuerpo afectados por el cáncer; las imágenes creadas muestran el recorrido del material y dónde se acumula. De esta manera, los estudios pueden ser utilizados para detectar tumores, estudiar la etapa del cáncer y realizar un seguimiento del tratamiento para verificar que este funcione (American Cancer Society, 2015).

A partir del 2011 se encuentra en funcionamiento un PET Scan donado por el gobierno a Solca, y en el mismo año se inauguró un segundo equipo para ser utilizado en el Hospital Carlos Andrade Marín perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Presidencia de la República del Ecuador, 2011). Los equipos que permiten realizar la prueba PET (tomografía por emisión de positrones) constituyen un gran avance en el proceso oncológico al permitir un diagnóstico del cáncer más preciso, pero al mismo tiempo se identifican limitaciones en su uso por el alto costo que representa la adquisición de la máquina y la realización del examen (1.500 dólares) (Presidencia de la República del Ecuador, 2011).

Adicionalmente, los equipos de radioterapia y quimioterapia son indispensables en el tratamiento del cáncer una vez que ha sido diagnosticado, sin embargo, a pesar de que han existido avances en el desarrollo de los servicios de quimioterapia y radioterapia en la región latinoamericana, todavía se puede percibir que éstos no son capaces de abastecer las necesidades de la población. De esta manera, en el año 2007 el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) determinó que los principales problemas que debe afrontar Latinoamérica en este ámbito son: el escaso personal especializado, la falta de sistemas de monitoreo de calidad, la falta de actualización de las bases de datos sobre la infraestructura y el personal de radioterapia, entre otros (The Lancet, 2013: 32).

5. Recursos humanos

En el 2008, había 45.121 profesionales médicos trabajando en establecimientos de salud; la gran mayoría la constituían los médicos (35%), auxiliares de enfermería (33%) y enfermeros (20%). Durante el periodo de estudio, la tasa de médicos por 10.000 habitantes aumentó de 11 a 16, la de enfermeras se mantuvo en 10 y la de auxiliares de enfermería incrementó de 6 a 11. En cuanto a los recursos humanos indispensables para el tratamiento del cáncer, en 2008 el número total de oncólogos en el país era de 213, de los cuales el 71% trabajaban en el sector privado con fines de lucro, el 10% trabajaba en Solca, y apenas el 4% en el Ministerio de Salud Pública.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud no establece una regla sobre la cantidad de médicos y enfermeras que debe existir en relación a la población, se encuentra poco probable que en un país donde existen menos de 23 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes se pueda brindar los servicios de salud esenciales a la población, además mencionan que aun cuando en muchos países se cumple con dicha tasa, se enfrenta desafíos en la distribución y formación médica (OMS, 2015). De acuerdo con los datos correspondientes a los años 2008 y 2013, en Ecuador no se cumplía con la meta en 2008, ya que la tasa de médicos y enfermeras era de 17 por cada diez mil habitantes; mientras que para el año 2013 esta tasa subió a 26.

Por otra parte, como se muestra en la tabla Nro. 9, en 2008 se tuvo una tasa de 15 oncólogos por cada millón de habitantes y de 8,7 oncólogos por cada mil egresos hospitalarios por cáncer, mientras que para

el 2013 esta tasa se redujo a 10 oncólogos por cada millón de habitantes y 5 oncólogos por cada mil egresos hospitalarios por cáncer. En este sentido, durante este periodo de cinco años el número de oncólogos se redujo en aproximadamente un 6%; de acuerdo con la información anual de la encuesta de Recursos y Actividades de Salud del INEC, se evidencia una falta de médicos especialistas en el país para el tratamiento del cáncer, asimismo, los oncólogos se encuentran concentrados en la grandes ciudades y se evidencia un déficit por fuera de éstas, motivo por el cual muchas veces las personas que padecen cáncer deben trasladarse a Quito, Guayaquil o Cuenca para recibir atención.

La tabla Nro. 9 muestra la tasa de médicos especialistas indispensables en el tratamiento del cáncer en el país; la tasa sobre la población total del Ecuador se realizó por cada 100 000 habitantes, por otra parte, la tasa sobre la población oncológica se efectuó sobre 1000 habitantes con cáncer. Se debe considerar que debido a la escasez de oncólogos en el país, muchas veces los médicos especialistas en el área donde aparece el tumor proporcionan tratamiento del cáncer a los pacientes, por lo tanto, muchos ginecólogos proveen tratamiento de cáncer de mama y de cuello uterino. En este sentido, la tasa de oncólogos sobre la población oncológica se realizó sobre el número total de la población con cáncer, la tasa de gastroenterólogos sobre la población oncológica se obtuvo sobre la población con cáncer gástrico y la tasa de ginecólogos se realizó sobre la población que padece cánceres ginecológicos (cáncer de mama y de cervix).

Tabla Nro. 9: Tasa de médicos especialistas en el tratamiento del cáncer en general, gástrico y ginecológico
Periodo: 2008-2013

		Oncólogos	Gastroenterólogos	Ginecólogos
2008	Población	1,54	3,59	12,71
	Población oncológica	8,79	247,87	417,32
2009	Población	1,66	3,76	13,11
	Población oncológica	9,22	276,70	440,82
2010	Población	1,46	3,75	13,69
	Población oncológica	8,16	259,87	403,86
2011	Población	1,55	3,77	14,00
	Población oncológica	8,24	282,46	410,84
2012	Población	1,60	3,75	13,67
	Población oncológica	7,15	197,62	336,48
2013	Población	1,36	3,83	14,18
	Población oncológica	5,93	210,47	386,34

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Encuesta de recursos y actividades de salud 2008- 2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

Blanco (2014), resalta el hecho de que en muchos países en desarrollo el no disponer de profesionales calificados para diagnosticar y controlar la enfermedad de cáncer constituye un reto; en la mayoría de estos países se enfrenta una escasez pronunciada de médicos especialistas, para lo cual es necesario acelerar la formación y aumentar los oncólogos especializados, radioterapeutas, enfermeras oncológicas y el personal médico necesario (International Agency for Research on Cancer, 2008). Asimismo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología de México, a nivel regional se ha visto “la falta de especialistas y la necesidad de mejorar la formación en oncología de médicos jóvenes y enfermeras”, además, se cree que uno de los factores que puede influir en la falta de especialistas es que las carreras de medicina no poseen la asignatura de Oncología como una de las principales aun cuando el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en Latinoamérica (Montevideo Portal, s.f.).

La revista médica *The Lancet* (2013), menciona que en contraste con los países europeos, los países latinoamericanos en general no cuentan con un plan de estudios básico unificado para la formación de oncólogos clínicos; además, en esta región la educación médica en cuidados paliativos no está estandarizada y la mayoría de los médicos que prestan este servicio cuentan con poca formación formal. La importancia de la formación en cuidados paliativos radica en que aun cuando los médicos pueden proporcionar analgesia a los pacientes de acuerdo con los tres escalones de la OMS, existen otros síntomas relacionados con el cáncer que deben ser contrarrestados (*The Lancet*, 2013:35).

En este contexto, en el año 2008 la Universidad Tecnológica Equinoccial ubicada en la provincia de Pichincha ofrecía una especialización en oncología clínica con una duración de tres años, la Universidad del Azuay ofrecía un posgrado en cirugía oncológica con una duración de cinco años y la Universidad de Guayaquil ofrecía la especialidad en enfermería oncológica. En este sentido, durante este periodo hubo un solo programa de formación de oncología clínica, cirugía oncológica y enfermería en el tratamiento del cáncer. La Universidad Central del Ecuador ofrece también un posgrado en cirugía oncológica a partir del año 2015 con una duración de cuatro años, por lo tanto, para el año 2019 podría existir un incremento del número de especialistas en oncología como resultado de este programa de formación. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2015:23), en el país existe una limitada oferta de formación de talento humano en cuidados paliativos que además se encuentra concentrada en las ciudades de Quito y Guayaquil, por lo tanto, no se cuenta con especialistas titulados en cuidados paliativos y los profesionales que brindan este servicio han realizado únicamente diplomados, cursos o pasantías.

Bajo esta perspectiva, a pesar de que ha existido un incremento de la inversión en infraestructura en el sector de la salud pública, este no se ha visto asociado a un incremento en los recursos humanos necesarios para el tratamiento del cáncer, es decir, oncólogos y enfermeras capacitadas tanto en oncología como en cuidados paliativos; con el objetivo de conseguir el aumento de los especialistas que se requiere para mejorar la atención de los tumores malignos es necesario ampliar los programas de posgrado en medicina especializada para la formación de oncólogos. Además de las limitaciones regionales en la formación de médicos especialistas, *The Lancet* (2013) indica que tampoco se cuenta con programas de formación y planes de estudio en cuidados paliativos aun cuando ésta constituye una disciplina médica desde hace casi 50 años. De la misma manera, Cavalli (2012:100) menciona la

importancia del problema de la escasez de personal calificado en los países en vías de desarrollo y las limitaciones en la enseñanza sobre medicina paliativa en las facultades de medicina.

6. Medicamentos

De acuerdo con Cavalli (2012:98), la situación de la lucha contra el cáncer en los países en vías de desarrollo se muestra desalentadora al considerar que en estos países se consume menos del 5% de los medicamentos contra el cáncer aun cuando en estos países se diagnostican aproximadamente dos tercios del total de casos de cáncer a nivel mundial. Adicionalmente, aun cuando en algunos países latinoamericanos la atención en salud es gratuita, las familias con ingresos medios y bajos encuentran limitaciones para acceder a la medicación necesaria en el tratamiento del cáncer, de manera que permanecen las desigualdades; en este sentido, dadas las características del sistema de salud, únicamente los pacientes que poseen un seguro privado o fondos suficientes pueden acceder a los costosos tratamientos.

El incremento significativo que experimenta el costo de los medicamentos es uno de los temas más importantes en la lucha contra el cáncer, especialmente cuando se consideran los problemas a los que se encuentra asociado en los países más pobres, donde la carga de la enfermedad es cada vez mayor. Según el oncólogo Cavalli (2012) los precios de todos los medicamentos han tenido una tendencia creciente durante las últimas décadas pero “el encarecimiento de los medicamentos contra el cáncer ha sido exponencial” llegando a elevarse en promedio 10 veces y en algunos casos 40 y 50 veces. Este incremento en los precios no es justificado por los costos de producción sino por la situación monopólica y el lobby farmacéutico (Cavalli, 2012: 166). Una de las dificultades que enfrentan todos los sistemas de salud es el incremento desproporcionado de los precios, lo cual es mucho más grave para los países sin recursos donde el gasto de salud per cápita es sumamente bajo.

En este sentido, la política pública de adquisición de fármacos para el tratamiento en la lucha contra el cáncer es efectiva y eficiente únicamente después de que se ha realizado mejoras en la prevención primaria y el diagnóstico precoz. El impacto del gasto en la medicación oncológica es cada vez mayor en el presupuesto de los sistemas sanitarios y ocupa una proporción cada vez más grande del gasto en la atención oncológica, en este sentido el desafío actual es cómo utilizar e incorporar los medicamentos oncológicos de una forma más adecuada para que el tratamiento que se brinda a las personas con cáncer sea el más equitativo y el de mejor calidad, teniendo en cuenta la situación económica (Thomas, s.f.).

La disponibilidad de los medicamentos es considerada un indicador importante sobre la calidad de la atención en los programas nacionales de lucha contra el cáncer y cuidados paliativos (Granja, s.f.), por lo cual, dentro de la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS realizada en el año 2013 existe una subsección sobre los medicamentos opiáceos donde consta la codeína y la morfina, ambos utilizados en el alivio del dolor producido por el cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2013:4). De acuerdo

con Cavalli (2012), la falta de control del dolor tiene repercusiones en la calidad de vida de los pacientes especialmente cuando estos se encuentran en etapa terminal, por lo tanto, la adquisición de analgésicos es indispensable incluso en los países con bajos recursos; en este sentido, se deben buscar mecanismos que permitan facilitar el acceso a este tipo de medicamentos por parte de las personas con cáncer en el Ecuador, considerando que una gran proporción de los casos son detectados en etapas avanzadas.

Los cuidados paliativos son fundamentales en el alivio del dolor de las personas con cáncer en todas las fases de la enfermedad; en lo referente a los medicamentos necesarios en los cuidados paliativos, según Granja (s.f.), numerosos estudios mencionan que cada año aproximadamente 4,8 millones de personas con cáncer sufren dolores moderados o graves y no reciben tratamiento para el dolor. En la mayoría de los países desarrollados los medicamentos opiáceos son permitidos para los cuidados paliativos en el alivio del dolor de las personas con cáncer en etapa avanzada, pero en varios países en vías de desarrollo muchas veces no hay disponibilidad de estos medicamentos debido a limitaciones burocráticas e ideológicas, por lo cual los enfermos de cáncer atraviesan intensos dolores antes de fallecer (Cavalli, 2012:100).

En la región latinoamericana se han evidenciado dificultades en la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos opioides desde el desarrollo de los cuidados paliativos, las cuales comprenden la “importación, producción, almacenamiento, distribución y prescripción” (Wenk, Bertolino y De Lima, 2004). Además, en la región la adquisición de este tipo de medicamentos representa un alto costo, lo cual impone barreras a su adquisición por parte de las familias de menores ingresos, cuyo salario resulta insuficiente para cubrir sus necesidades médicas.

En este sentido, según Granja (s.f.) el consumo de morfina en el Ecuador durante el año 2006 estuvo muy por debajo del consumo requerido respecto al número personas que necesitaban tratamiento del dolor con medicamentos opiáceos; de acuerdo con este estudio, la previsión de morfina en gramos requerida era de aproximadamente 50.000 gr., sin embargo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes reportó que en el año 2007 la previsión fue de 15.000 gramos. Según la autora, los principales factores que han limitado la disponibilidad de medicamentos para el alivio del dolor en el Ecuador son: la falta de recursos, la baja prioridad a los cuidados paliativos y los prejuicios en cuanto al uso de opiáceos en la medicina. La morfina por vía oral constituye el medicamento opioide más utilizado en el control del dolor crónico ya que su bajo costo lo convierte en un medicamento accesible para la población, sin embargo el país solo cuenta con morfina en ampollas y no dispone de morfina en modalidad de tabletas o jarabe aun cuando estas son más efectivas, tienen una acción rápida y prolongada y son fáciles de administrar (Ministerio de Salud Pública, 2015:14). Los medicamentos opiáceos utilizados en la atención del cáncer son la metadona, la codeína, la morfina, la oxicodona y el fentanilo, entre otros (American Cancer Society, 2015). Estos últimos cuatro medicamentos se encuentran dentro de la lista de medicamentos establecida dentro la Guía de Práctica Clínica; para el tratamiento del dolor la guía recomienda usar la escalera analgésica de la OMS (de acuerdo a la intensidad del dolor) junto a fármacos adyuvantes en caso de ser necesario.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2015:19), de las seis provincias del país que cuentan con servicios de cuidados paliativos, la provincia de Pichincha es aquella que cuenta con el mayor número de instituciones que proveen alivio del dolor en la fase final de la vida de los pacientes, aun así, en el año 2010 en esta provincia fallecieron 3.294 personas con necesidades de alivio del dolor de las cuales el 20% fueron atendidos en estas instituciones. Asimismo, en el año 2010 eran necesarios 46,6 kilogramos de morfina de los cuales se contaba apenas con el 19%, porcentaje que se mostró creciente en los años consiguientes pero permaneció siendo insuficiente respecto a las necesidades de la población (Ministerio de Salud Pública, 2015:23).

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública aprobó en 2015 el Plan Nacional de cuidados paliativos y actualmente cuenta con una Guía de cuidados paliativos para el ciudadano y una Guía de práctica clínica sobre los cuidados paliativos con el objetivo de mejorar la atención brindada a las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, progresivas e incurables y cuyo pronóstico de vida se encuentra limitado para mejorar sus condiciones de vida. La guía ofrece recomendaciones para el control de los síntomas, entre ellos el dolor, por lo cual indica la importancia de usar analgésicos para el control del dolor y menciona que la morfina en sus diferentes presentaciones es el mejor medicamento para aliviar el dolor. De acuerdo con la guía “el control del dolor es una prioridad, ninguna persona debe soportarlo y menos aun existiendo medicamentos tan útiles como la morfina”, adicionalmente, menciona que en el Ecuador los cuidados paliativos se proporcionaban de forma privada; por lo cual constituye un reto para el Modelo de Atención Integral de Salud que estos servicios se dispensen en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Los cuidados paliativos juegan un rol trascendental en la eficiencia del tratamiento del cáncer, ya que de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2015), cuando se deja de lado la importancia de los cuidados paliativos es posible que se realicen tratamientos inútiles, asociados a gastos innecesarios, que no mejoran la salud del paciente en sus últimos años de vida y que podrían ser utilizados en el tratamiento de pacientes cuya enfermedad todavía puede ser curada. Asimismo, dada la creciente carga del cáncer que se encuentra experimentando el país y el estado en que es detectada la enfermedad debido a las ineficiencias del sistema, es necesario el abastecimiento del sistema de salud con medicamentos opioides y resulta indispensable realizar mejoras en su acceso, para lo cual se deben realizar esfuerzos por mejorar la información que se tiene respecto al número de pacientes que requieren cuidados paliativos para tomar decisiones planificadas sobre su adquisición.

Por lo tanto, en el Ecuador durante los años 2008 y 2013 se pudo evidenciar que la enfermedad catastrófica del cáncer tiene una carga cada vez más importante en la salud de la población debido a diversos factores como el crecimiento demográfico, la adopción de estilos de vida poco saludables y las limitaciones en la detección precoz de la enfermedad. Asimismo, se realizó un análisis de la morbilidad y mortalidad del cáncer de acuerdo a distintos aspectos socioeconómicos con el objetivo de identificar los factores que pueden influir en la presencia de la enfermedad y en la detección tardía de la misma, con el objetivo de identificar los grupos poblacionales sobre los que las intervenciones pueden alcanzar los mejores resultados. Esta información resulta relevante ya que permite la planificación informada en la asignación de recursos para tamizaje, detección temprana y tratamiento, además de la identificación

de los grupos objetivo de estas intervenciones donde los programas pueden resultar más efectivos y menos costosos.

Por otra parte, el capítulo abordó el estado de situación de los recursos necesarios en el tratamiento del cáncer con el objetivo de evaluar si la Red Pública de Salud cuenta con la suficiente infraestructura, maquinaria, recursos humanos y medicamentos para brindar atención a los pacientes que la requieran. En este sentido, fue posible identificar numerosas limitaciones para la correcta atención de la enfermedad, como la estructura segmentada y fragmentada del sistema de salud, la falta de un plan nacional de control del cáncer, las limitaciones en el registro de datos importantes para el análisis de la enfermedad, la restringida cantidad de establecimientos de tercer nivel pertenecientes al sector público y su distribución geográfica que dificulta la atención de las personas cuya residencia se encuentra apartada de las principales ciudades, además de la carencia de personal sanitario especializado para la formación de equipos multidisciplinarios y la insuficiencia de medicamentos necesarios para tratar el cáncer y sus síntomas. Este capítulo nos permite conocer el contexto en el que se desarrolla la enfermedad y las dificultades que enfrenta la Red Pública de Salud para ofrecer una atención oportuna a los pacientes con cáncer, con el objetivo de conocer la situación del país en el tratamiento de la enfermedad sobre la cual se estudiará posteriormente su grado de eficiencia.

Capítulo II

Eficiencia de los servicios de salud prestados a los pacientes con cáncer en el Ecuador

En virtud de que no existen datos cuantitativos para llevar a cabo una evaluación de la eficiencia de los servicios prestados por la Red Pública de Salud a las personas con enfermedad catastrófica de cáncer en el Ecuador tomando como referencia el periodo 2008-2013, se realizaron entrevistas para obtener información cualitativa mediante la aplicación de preguntas planteadas en las “Guías de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos de control del cáncer” y el uso de la información disponible sobre las políticas públicas implementadas en el país. En este sentido, las entrevistas fueron efectuadas a autoridades de salud y al personal técnico autorizado del Ministerio de Salud Pública de las Direcciones Nacionales de Normatización, Vigilancia Epidemiológica, Estrategias de Prevención y Control, Primer Nivel de Atención en Salud y de Hospitales. Por otra parte, con el objetivo de conocer el desarrollo de la ejecución de las políticas públicas se entrevistó al Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo y se intentó realizar la entrevista a la Jefa de Oncología del Hospital Carlos Andrade Marín perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social debido a su importancia en el tratamiento del cáncer en el Ecuador considerando que ofrecen servicios de radioterapia y medicina nuclear a una gran cantidad de pacientes, sin embargo, no fue posible obtener información debido a la falta de apertura de los funcionarios públicos del mencionado Hospital para realizar dicha entrevista.

Las entrevistas se realizaron en la Dirección de Normatización con el propósito de obtener información sobre las normas, manuales, protocolos y guías con las que cuenta el país en lo referente al tratamiento del cáncer y en materia de cuidados paliativos; la entrevista en la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica proporcionó información sobre las predicciones del comportamiento del cáncer, su relación con los distintos factores de riesgo y su impacto en la salud pública; se realizó la entrevista en la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control con la finalidad de conocer sobre la existencia de políticas, planes y proyectos para la prevención y control del cáncer; las entrevistas en la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención permitirían conocer las intervenciones de prevención, detección temprana y cuidados paliativos realizadas en el primer nivel de atención y en la Dirección Nacional de Hospitales ofrecerían información sobre las intervenciones de diagnóstico y tratamiento implementadas en el segundo y tercer nivel de atención; finalmente, se realizó la entrevista en el Hospital Eugenio Espejo con la intención de conocer el estado de los servicios que se brindan en los hospitales del tercer nivel de atención. La información descrita con anterioridad forma parte de los criterios de eficiencia en el tratamiento del cáncer definidos por la OMS dentro de las “Guías de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos de control del cáncer” y que serán detallados y analizados en el transcurso del capítulo. Dichas guías se encuentran conformadas por los módulos de planificación, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, y cuidados paliativos, debido a que se consideran los principales ejes de acción para el control del cáncer, por lo tanto, el presente capítulo se encuentra organizado con esa lógica.

1. Planificación

Según la Organización Mundial de la Salud (2007:4), independientemente del nivel de recursos que posea un país, la planificación en el control del cáncer es necesaria desde la prevención hasta la paliación de la enfermedad, ya que permite que estos recursos sean utilizados de forma eficiente y los beneficios provenientes de las intervenciones ejecutadas puedan concretarse. Los objetivos globales del plan de control del cáncer propuesto por la OMS son reducir la mortalidad e incidencia del cáncer en la población junto a la mejora de la calidad de vida de las personas que desarrollan la enfermedad y asegurar que los servicios priorizados se ofrezcan de manera equitativa y sostenible (Organización Mundial de la Salud, 2007).

La Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública del Ecuador indicó que existía un Plan Nacional de Control del Cáncer para el periodo 2008-2013, el cual incluía una descripción del problema del cáncer pero no se encontraba integrado con planes de otras enfermedades que comparten factores de riesgo, según esta Dirección el plan actualmente atraviesa un proceso de actualización desde el año 2015 debido a que se encuentra desfasado. Por otra parte, los directivos de las Direcciones entrevistadas indican que actualmente no se posee un plan de control del cáncer, sin embargo, se encuentra en construcción la “Estrategia Nacional para la Prevención y Control Integral del Cáncer” en Ecuador y desde la Dirección Nacional de Políticas se está elaborando un “Plan Nacional de enfermedades crónicas no transmisibles”, dentro de las cuales se contempla el componente del cáncer que da prioridad al diagnóstico, al seguimiento y a la identificación del estadiaje del cáncer para continuar con el tratamiento y garantizar a los pacientes una atención oportuna. De la misma manera, el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo menciona que desde el accionar ministerial no existe un programa para el control del cáncer y que recientemente se está realizando la política nacional de cáncer donde se encuentra inmerso el tema de la prevención y la detección temprana.

En este sentido, el plan y la estrategia citadas, tendrían en cuenta el contexto social del cáncer en el país y el seguimiento de la enfermedad. En la actualidad, dentro del Ministerio de Salud Pública se maneja esta información y se hace una evaluación de la situación actual, la estrategia se basa en datos internacionales y nacionales, dentro de las cuales se utilizan las bases de datos de nacimientos y defunciones del INEC y el registro nacional de tumores realizado por Solca para tener información sobre la incidencia y prevalencia de los distintos tipos de cáncer. En la estrategia se plantea líneas estratégicas según los diferentes componentes objeto de intervención y dentro de cada línea estratégica se establece líneas de acción y actividades para poder enfocar el problema. Todas las intervenciones son para su aplicación a nivel nacional, de manera que en las actividades se contemplan los diferentes sectores y el trabajo que realiza el Ministerio es un trabajo intersectorial y multidisciplinario. Adicionalmente, esta cartera de Estado trabaja en articulación con Solca, una sociedad adscrita que no le pertenece al Ministerio de Salud Pública netamente y tiene la mayor capacidad resolutoria del país, para proporcionar atención a los pacientes que no poseen un seguro de salud público o privado. De esta manera, una vez realizado el diagnóstico y el estadiaje de cáncer, se dirige al paciente a la entidad que cuente con los recursos indispensables para satisfacer sus necesidades de tratamiento, de tal modo, se le refiere al Hospital Eugenio Espejo a los pacientes que requieran quimioterapia en manejo clínico y se refiere a

Solca al grupo de pacientes que necesitan quimioterapia y radioterapia o cirugías y tratamientos de mayor complejidad.

2. Prevención

La prevención es un factor fundamental en el control del cáncer debido a que puede evitar aproximadamente cuatro de cada diez defunciones ocasionadas por esta enfermedad, por lo tanto, en promedio se pudieron impedir 3.864 muertes anuales a causa del cáncer en el Ecuador durante el periodo de estudio mediante el uso de la prevención como una estrategia de control del cáncer (INEC, 2008). Varios de los factores de riesgo del cáncer lo son también de otras enfermedades crónicas no transmisibles importantes como la diabetes y los problemas cardiovasculares, por lo cual, los programas de prevención del cáncer deben estar integrados a los programas de otros padecimientos para obtener mejores resultados con una menor cantidad de recursos. En este sentido, es necesario realizar una evaluación de los factores de riesgo generadores de la mayor carga del cáncer para establecer prioridades en la asignación de recursos. Los principales factores de riesgo sobre los cuales se puede actuar son el consumo de tabaco y alcohol, la mala alimentación y el sedentarismo (OMS, 2007:4).

La Organización Mundial de la Salud, en el módulo de prevención de la “Guía de la OMS para desarrollar programas efectivos de control del cáncer”, afirma que el seguimiento de los factores de riesgo es indispensable para poner en marcha un plan de prevención del cáncer, sin embargo, conforme se desprende de las entrevistas realizadas a las autoridades de salud y al personal técnico autorizado, en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública todavía se encuentra implementando dicho proceso ya que se han realizado investigaciones que no han terminado de manera concluyente. De acuerdo con el Director Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, en el estudio de los factores de riesgo realizado por el Ministerio se utiliza un enfoque multisectorial que toma en consideración los determinantes biológicos, conductuales, ambientales, socioeconómicos y culturales de la salud, debido a que son los desencadenantes de los eventos de salud, pero debido a que el cáncer constituye una enfermedad que se produce durante el transcurso de la vida y científicamente no se conocen con exactitud los factores de riesgo, no ha sido posible realizar un seguimiento de las tendencias. Sin embargo, actualmente el seguimiento de los factores de riesgo modificables que producen cáncer es uno de los principales elementos tomados en cuenta en la formulación de la estrategia de control del cáncer, ya que permite contemplar una atención integral del cáncer que empieza con la prevención de la enfermedad y el establecimiento de líneas de acción.

Adicionalmente, las entrevistas revelaron que en el país no se cuenta con estudios específicos sobre la carga del cáncer atribuible a los factores de riesgo conocidos y modificables, por lo tanto, se desconoce la proporción de la enfermedad que podría evitarse a nivel nacional mediante la ejecución de un plan de prevención. Según el Director Nacional de Primer Nivel de Atención, a pesar de que una medición cuantitativa del número de casos de cáncer que pueden ser evitados podría permitir una evaluación de las acciones de prevención realizadas, en el primer nivel de atención se afirma que la promoción y la prevención no han sido medidas adecuadamente debido a que existe una gran variedad de tipos de

cáncer; no obstante, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control menciona que se cuenta con información de la Organización Mundial de la Salud que establece la posibilidad de evitar un 30% de los casos de cáncer en el mundo mediante un cambio en los estilos de vida respecto a los factores de riesgo y menciona que además sería posible reducir en un 80% el riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a la infraestructura con la que cuenta el sector público para efectuar acciones de prevención, las entrevistas realizadas en la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención y la Dirección Nacional de Hospitales muestran que actualmente el Ministerio de Salud Pública cuenta con la mayor cantidad de establecimientos sanitarios y se está atravesando un proceso de repotenciación de los establecimientos sanitarios existentes, dicha repotenciación implica la inversión en infraestructura debido a que muchos establecimientos tienen un área muy reducida y condiciones precarias, en este sentido, dentro de las entidades sanitarias del Ministerio unas cuentan con un mejor equipamiento que otras. Se debe tomar en cuenta que el recurso humano es sumamente importante en la prestación de los servicios motivo por el cual, el Ministerio de Salud Pública le otorga una mayor importancia al fortalecimiento del recurso humano en lugar del equipamiento y la infraestructura, por lo tanto en el primer nivel de atención se cuenta con numerosos profesionales preparados en la prevención y promoción de la salud, que brindan sus servicios dentro de los establecimientos del Ministerio y realizan también actividades extra murales.

En este aspecto, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención del MSP, indica que se ha trabajado dando énfasis en la normatización de las actividades intra y extra murales desde el año 2012, aproximadamente con la implementación del “Modelo de Atención Integral de Salud” (MAIS), de manera que el actual modelo de atención de salud requiere que los profesionales sanitarios trabajen un porcentaje de horas dentro de la unidad operativa y otro porcentaje de horas en el territorio mediante las visitas domiciliarias, de este modo, no se espera brindar los servicios únicamente a los usuarios que llegan a una consulta sino otorgar una cantidad de tiempo a la promoción de la salud.

Desde el primer nivel de atención se realizan todas las acciones preventivas, tanto de la enfermedad como sus complicaciones, se trabaja con clubes de pacientes crónicos en los cuales se realizan capacitaciones y charlas a los asistentes sobre educación y fomento del autocuidado, y la Dirección Nacional de Derechos Humanos del MSP, trabaja en el establecimiento de cronogramas para la sensibilización del personal en buen trato y calidad de la atención. En los centros y subcentros de salud entre el 65% y el 70% del talento humano son profesionales rurales, es decir estudiantes de enfermería, medicina, odontología y obstetricia que han terminado la carrera y deben hacer un año de salud rural, esto es, un año de servicio comunitario; los graduados de las distintas ramas de medicina entran a formar parte de las unidades operativas y reciben un proceso de inducción que tiene una duración de entre una y dos semanas en las que reciben los insumos de la temática del Ministerio de Salud Pública a nivel operativo. En este aspecto, uno de los problemas que enfrenta el Ministerio en lo referente a la capacitación del personal consiste en que durante dicho proceso de inducción se ha evidenciado que los profesionales sanitarios no han recibido una formación adecuada para trabajar en los establecimientos de salud durante su carrera y se ha vuelto responsabilidad del Ministerio formar a los profesionales rurales a través de los centros de salud y los Distritos, quienes son los encargados de realizar procesos de capacitación constante a nivel operativo ya que cada año existe una rotación de profesionales rurales.

Esta dinámica de capacitación constante es difícil de mantener, por lo cual, el Ministerio considera necesario implementar la medicina preventiva en los pensums académicos de los profesionales. Dentro de las estrategias en esta materia se plantea fortalecer el proceso de formación de los médicos en temas preventivos y no únicamente curativos con el objetivo de evitar que el personal de salud deba ser capacitado una vez que se encuentra trabajando en los establecimientos sanitarios. En este sentido, señalan que es indispensable trabajar con la docencia para que los estudiantes de medicina también reciban formación sobre los hábitos y factores de riesgo, a fin de que pueda transmitirse esa información a los pacientes. De esta manera, la Subsecretaría Nacional de Gobernanza del MSP tiene dentro de su estructura la Dirección Nacional de Normatización que se encuentra trabajando por modificar las evaluaciones del Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES) que deben rendir los médicos al final de su carrera para acreditar su título con el objetivo de cambiar su enfoque netamente biológico por uno en el que se incluyan temas preventivos y de promoción de la salud, lo cual incentivaría la formación de los profesionales médicos en esta temática por parte de las universidades.

Es necesario apuntar que, según la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, las políticas nacionales de prevención y las leyes en materia de salud no han sido elaboradas para reducir únicamente la carga del cáncer, dado que los factores de riesgo son desencadenantes de varias enfermedades crónicas no transmisibles, de esta manera, la integración de los programas y su aplicación en toda la población incrementa la eficiencia de las intervenciones. Entre las acciones realizadas por el Ministerio de Salud para reducir el riesgo de padecer cáncer en la población se encuentra el levantamiento de la ficha familiar que tiene la finalidad de crear un registro de los antecedentes patológicos de los familiares de las personas respecto al cáncer para identificar los grupos que tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad por factores biológicos como la herencia, además, se cuenta con leyes que restringen el consumo de alcohol y tabaco, el etiquetado de alimentos procesados, la promoción de la nutrición saludable, y la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH).

2.1 Tabaco y Alcohol

Dentro de los carcinógenos químicos, el consumo de tabaco, es el factor que tiene una función crucial, ya que de las 4.000 sustancias químicas que tiene el humo del tabaco, por lo menos 438 pueden producir cáncer. Entre el 80 y el 90% de casos de cáncer de pulmón se atribuyen al consumo de tabaco y éste asimismo se encuentra relacionado a una considerable proporción de casos de cáncer en la cavidad bucal, faringe, laringe, páncreas, riñón, esófago, vejiga urinaria, y es probable que se relacione también con el cáncer de estómago y cuello uterino; en este sentido, las actividades eficaces de control de tabaco pueden reducir la incidencia de estos tipos de cáncer y de otros trastornos donde el tabaco es un factor de riesgo, como las enfermedades cardiovasculares y respiratorias (OMS,2008).

De acuerdo con el módulo de prevención de la “Guía de la OMS para desarrollar programas efectivos”, se han planteado un sinnúmero de intervenciones para disminuir de la manera más eficiente y eficaz el riesgo asociado al consumo de tabaco; estas intervenciones están direccionadas a reducir el consumo de productos del tabaco, proteger de la exposición al humo por parte de los no consumidores y regular la venta del producto. Podemos identificar que las intervenciones más costoefectivas son el aumento de

impuestos a los productos del tabaco, la generación de entornos 100% libres de humo, la prohibición de publicidad del tabaco y las advertencias en los paquetes de cigarrillos (OMS, 2007:18). Según las entrevistas realizadas, en lo referente al tabaco el Ministerio en aplicación de la “Ley Orgánica de Regulación del Tabaco” ha conformado un “Comité Intersectorial de Lucha Antitabaco” que se encarga de hacer cumplir los componentes de la citada Ley, mientras que en la regulación del consumo de alcohol existen leyes que prohíben o limitan toda clase de propaganda de cualquier tipo de bebida con contenido alcohólico y regulan los lugares donde se puede comercializar estos productos.

La Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco fue aprobada en el Ecuador durante el año 2011, además de la prohibición existente de expender productos del tabaco a menores de edad y realizar publicidad en todos los medios de comunicación masiva, la ley prohíbe el consumo de tabaco en los espacios cien por ciento libres de humo y ordena integrar en los paquetes de productos que contienen tabaco leyendas e imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo de los mismos y que éstas ocupen el 60% de las caras principales (Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, 2011), motivo por el cual, en el año 2012 el Ecuador ocupó el octavo lugar en el ranking de tamaño de la advertencia contra el consumo de tabaco publicado por la Sociedad Canadiense del Cáncer (2012) en su informe internacional “Cigarette Package Health Warnings”, cuya importancia radica en que varios estudios han demostrado que la efectividad de las advertencias incrementa con su tamaño al ser más visibles y aumentar su impacto sobre las decisiones de los consumidores.

A partir del 2012, el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria, impulsó la campaña “Ecuador libre de humo de tabaco” con la finalidad de dar a conocer lo expuesto en la ley a la población ecuatoriana y facilitar su cumplimiento. De acuerdo con la analista Cevallos (2015), el objetivo de la campaña consistía en hacer respetar los espacios libres de humo de tabaco, informar sobre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco en la salud, dar a conocer los efectos de la exposición pasiva al humo de tabaco y disminuir el hábito tabáquico al comunicar los beneficios de dejar de fumar; dicha campaña fue dirigida específicamente a jóvenes y adolescentes para prevenir el consumo de tabaco en edades tempranas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), en varios países se han comenzado programas de promoción de la salud y educación sanitaria con el objetivo de informar a las personas sobre los efectos adversos del consumo del tabaco, pero de acuerdo a la experiencia, estos programas son insuficientes para combatir el problema. Los resultados eficaces se obtienen únicamente cuando estos programas están acompañados de leyes, impuestos al tabaco y programas de abandono del hábito de consumo de tabaco que disminuyen su grado de aceptación por la sociedad. En lo referente al incremento de impuestos, en diciembre del año 2007 se aprobó la Ley Reformatoria para la Equidad Tributaria del Ecuador, mediante la cual fueron establecidas nuevas tarifas impositivas sobre el precio de varios productos, entre los cuales constaban todos los productos derivados del tabaco, cuya tarifa se incrementó al 150%. Asimismo, en el año 2011 entró en vigencia la Ley de fomento ambiental y optimización de los ingresos del Estado, la cual grava los cigarrillos con ocho centavos de dólar por unidad; para el año 2016 el impuesto específico grabado a los tabacos se incrementó a quince centavos por unidad.

Según la OMS (2008), las principales semejanzas entre el alcohol y el tabaco son que a pesar de que constituyen agentes tóxicos que dañan el cuerpo, pueden producir una dependencia fisiológica y causar varias enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, además su consumo se encuentra apoyado en gran medida sobre fuerzas sociales que generan presión. El consumo excesivo de bebidas alcohólicas incrementa el riesgo de padecer cáncer de cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, colon, hígado y mama; los riesgos tienden a aumentar con la cantidad de etanol ingerido y su efecto cancerígeno se encuentra agravado con el consumo de tabaco (OMS, 2004). En este sentido, se puede prevenir el cáncer mediante la reducción del consumo de alcohol y la educación al público sobre los efectos perjudiciales del alcohol en la salud, especialmente entre los grupos más vulnerables como los jóvenes. En la reducción del consumo de alcohol, una de las medidas más eficaces es el establecimiento de obstáculos a su consumo como el aumento del precio mediante impuestos, o la fijación de un límite de los lugares y las horas en las que se puede conseguir y consumir bebidas alcohólicas (OMS, 2004).

En Ecuador, en el año 2010 mediante un Acuerdo Interministerial se decidió limitar el horario de expendio de bebidas alcohólicas como una medida para reducir la delincuencia; se restringió la comercialización de alcohol entre semana y se prohibió el expendio de bebidas alcohólicas los días domingos, además se prohibió la distribución gratuita de alcohol en eventos públicos (Acuerdo Interministerial 1470, 2010), sin embargo, en el año 2016 se tomó la decisión de ampliar el horario de expendio y consumo de bebidas alcohólicas con el objetivo de reactivar el turismo y promover el comercio en el país. Según la Organización Mundial de la Salud (2004), ya que el consumo de alcohol se encuentra relacionado con varias enfermedades, problemas domésticos y sociales, los esfuerzos por controlar su consumo rara vez se justifican como parte de un programa de control del cáncer.

En el año 2011, se estableció en el artículo 82 de la Ley de Régimen Tributario Interno un impuesto a las bebidas alcohólicas con \$6.20 por litro, tarifa que se ajustaría anual y acumulativamente en función de la variación anual del Índice de Precios al Consumidor (IPC). Además, la Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas que se encuentra en vigencia en la actualidad indica que la base imponible de las bebidas alcohólicas se encuentra en función de la cantidad de litros de alcohol puro que contiene (Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas, 2016).

El Director de Primer Nivel de Atención en salud señala que no se cuenta con estudios específicos sobre los resultados provenientes de las medidas contra el consumo de alcohol y tabaco debido a que no se han adoptado únicamente desde el Ministerio de Salud Pública sino como política pública de Estado. En este sentido, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud Pública trabajan de manera articulada en la protección de los adolescentes respecto al consumo de alcohol y tabaco. Con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud ha implementado un sistema de prevención y consumo de drogas y de alcohol que funciona de una manera diferente, se ha dejado de lado las “instituciones de encierro” para manejarlo de manera ambulatoria, con un enfoque no solo personal sino familiar y de entorno social. Actualmente se toma en cuenta el determinante social de la salud con la ayuda de psicólogos, sin embargo, en este campo también existe una brecha de talento humano a pesar de que se ha realizado un gran esfuerzo por incorporar este perfil de salud. Actualmente se cuenta con un proceso de seguimiento y se está oficializando el informe sobre cómo se ha fortalecido la actuación de los psicólogos en el país sobre todo para enfrentar los problemas

de consumo de alcohol y de drogas, ya que el nuevo modelo permite que el Ministerio de Salud Pública solicite al Ministerio de Finanzas los recursos para su implementación y el fortalecimiento del recurso humano en el primer nivel de atención de salud.

2.2 Régimen alimenticio y actividad física

La Organización Mundial de la Salud (2007) ha establecido varios ejes de acción para promover la modificación del régimen alimentario, entre ellos el reconocimiento de la influencia de ciertos factores en la alimentación como causa del cáncer por parte del gobierno, las campañas de educación pública sobre el régimen alimentario, la colaboración con representantes de la industria alimentaria para asegurar el cumplimiento de los objetivos nutricionales del programa, incentivos económicos para la compra de frutas y vegetales, el etiquetado de los productos alimenticios con información nutricional clara, la educación sobre un régimen alimentario apropiado a nivel escolar y la oferta de asesoría nutricional personalizada por parte de las instituciones sanitarias; de las cuales, las cuatro últimas resultan ser las más eficaces (OMS, 2007:19).

A pesar de que el Ecuador no forma parte de los cinco países con mayor obesidad de América Latina según un informe de la OMS, las tasas de obesidad y de sobrepeso son alarmantes, especialmente en los niños. La obesidad se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a toda la población. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 son afectados: el 8,6% de los niños menores de 5 años, el 30% de los niños entre 5 y 11 años, el 26% de los adolescentes y el 63% de la población adulta (Organización Panamericana de la Salud, 2015). Según el Ministerio de Salud Pública, este fenómeno se debe principalmente al cambio de los hábitos alimenticios que ha mostrado un consumo creciente de productos procesados, ultra procesados y comida chatarra, con altos niveles de grasa, azúcar, sal y alimentos poco nutritivos; lo cual ha favorecido el incremento de la incidencia de varias enfermedades crónicas no transmisibles.

El Ecuador es uno de los países latinoamericanos que ha puesto en marcha políticas que promueven la alimentación saludable, mediante la regulación de la publicidad de los alimentos, su etiquetado y expendio en las escuelas, en noviembre del año 2013 entró en vigencia el Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, con el objetivo de regular y controlar el etiquetado de alimentos procesados para que los consumidores puedan tomar una decisión fundamentada en información oportuna, clara y precisa sobre su contenido para su correcta adquisición y consumo. Mediante un semáforo nutricional que consiste en un sistema gráfico de barras de colores horizontales, el etiquetado emite una valoración referente a los componentes y concentraciones de grasa, azúcar y sal del alimento procesado, donde la barra de color rojo expresa que tiene un contenido alto de uno de los componentes, la barra de color amarillo revela un contenido medio y la barra de color verde señala un contenido bajo del componente (Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, 2013).

De acuerdo con el Director Nacional de Primer Nivel de Atención, se conoce que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de varios tipos de cáncer como el de mama y estómago, por lo tanto, en la implementación de la política de nutrición saludable se generó el semáforo nutricional que está siendo reconocido a nivel mundial por ser de fácil interpretación sobre el contenido de azúcar, grasa y sal de los productos incluso para los niños. La semaforización es una de las políticas más controversiales en el país con las empresas productoras, no obstante, se ha obtenido resultados favorables ya que se ha reducido el consumo de productos con una señalización roja en los diferentes parámetros, además actualmente existe un control de grasas trans en los productos por parte de las industrias. Ante esta medida ha existido una gran problemática en la integración del Ministerio de Salud Pública con la industria debido a que ésta ha intentado defender sus intereses en la producción, pero finalmente ha tenido que articularse con las políticas públicas debido a que deben cumplir con ciertos parámetros al tener una normativa vigente, en este aspecto, se realizaron numerosos talleres con las grandes empresas de productos procesados para llegar a acuerdos en los que no sean sumamente perjudicados pero aunque se afecte su producción y comercialización, tienen que ajustar la proporción de grasas.

De acuerdo con una encuesta realizada por Kantar Worldpanel en Quito y Guayaquil para evaluar la percepción e impacto del etiquetado de los alimentos procesados, del 69% de los hogares encuestados que admiten fijarse en el semáforo nutricional un 29% ha cambiado sus hábitos de consumo con base en la información del etiquetado, especialmente en el caso de las bebidas gaseosas (Worldpanel, 2014). Adicionalmente, el etiquetado de los productos ha tenido un efecto sobre el comportamiento de las industrias, ya que aproximadamente el 20% de las medianas y grandes industrias han buscado reducir el contenido de azúcar, sal y grasa de sus alimentos con el objetivo de eliminar la etiqueta roja (Hoyos, Yance y Rendón, 2015). En este sentido, se puede ver un avance en la reducción del consumo de los componentes que contribuyen a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles por parte de la población, como es el caso de la diabetes, las enfermedades hipertensivas y el cáncer.

No obstante, según las entrevistas realizadas en el Ministerio, a pesar de que una parte de la población ha cambiado sus hábitos de consumo con el etiquetado, también ha podido evidenciarse que todavía existe una parte de la población que consume productos perjudiciales para la salud debido a sus costumbres, por lo cual, es considerado esencial trabajar con los niños para realizar cambios de aspecto cultural. En este sentido, en 2013 se emitió el Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación, con el objetivo de verificar que los alimentos que se expenden en los bares escolares sean sanos y nutritivos, promover prácticas alimentarias saludables en las escuelas, priorizar actividades de promoción y prevención de la salud y fomentar prácticas de vida saludable. Las bebidas y alimentos que se vendan deben ser naturales, frescos, nutritivos y saludables; además, los alimentos procesados que se expenden deben tener concentraciones medias y bajas de grasa, azúcar y sal (Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, 2013).

Adicionalmente, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención asegura que el Ministerio de Salud Pública está trabajando en la construcción de espacios educativos dentro del primer nivel de atención que permitan, entre otros aspectos, realizar un asesoramiento en temas alimentarios para que el usuario tenga conocimiento del factor de riesgo que debe ser paliado, sin embargo existe una brecha bastante

grande de talento humano en el materia nutricional, por lo que no es posible tener un nutricionista en cada establecimiento, por lo cual, se intenta optimizar el apoyo de los nutricionistas existentes en cada distrito para hacer hincapié en la importancia de la nutrición en el trabajo que realizan los profesionales sanitarios dentro de las unidades operativas. Asimismo, en el territorio se llevan a cabo continuamente ferias de nutrición, se cuenta con una programación en la que participan las unidades operativas para informar y alfabetizar a la ciudadanía sobre la importancia de la salud y promover el consumo de alimentos locales, ya que la nutrición no puede ser estandarizada y debe trabajarse en un contexto local; en el primer nivel de atención se considera que la familia es la responsable y corresponsable de la alimentación pero es importante respetar el tema cultural.

En lo referente a la actividad física, la promoción de la actividad física en los centros de trabajo o mediante campañas de ámbito comunitario, el desarrollo de la infraestructura para realizar ejercicio y la disponibilidad de parques y lugares donde se puedan realizar actividades físicas, y el desarrollo de políticas que fomenten y faciliten el uso de otras formas de transporte más activas son las intervenciones más eficaces para evitar el sedentarismo (OMS, 2007). En este aspecto, el Ministerio de Deporte ejecuta varios programas con el objetivo de incentivar el deporte y reducir el sedentarismo en la población, entre ellos se encuentran el “Programa de Deporte Adaptado e Incluyente”, que apoya y promueve la actividad física en los Grupos de Atención Prioritaria y personas con discapacidad y “Ejercítate Ecuador” es un programa que se desarrolla continuamente de manera gratuita para facilitar el acceso a espacios recreativos donde se puede realizar actividad física. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública trabaja con el Ministerio de Educación para incrementar el número de horas de educación física que tienen los estudiantes; y, con los Gobiernos Autónomos Descentralizados se intenta trabajar en fortalecer los hábitos saludables en la población mediante la valoración del peso, del índice de masa corporal y la oferta de servicios de guía nutricional.

2.3 Infección del Virus de papiloma humano (VPH)

La Organización Mundial de la Salud (2007:22) reconoce a las vacunas contra el virus de papiloma humano como un método para evitar las infecciones del VPH y por lo tanto, lesiones precancerosas del cuello uterino provocadas por los genotipos 16 y 18 del VPH, causantes de aproximadamente siete de cada diez cánceres de cuello uterino. De acuerdo con las entrevistas realizadas, dentro de los últimos años se ha trabajado en programas de vacunación de adolescentes para evitar el cáncer cervicouterino, antes las vacunas se manejaban únicamente en el sector privado pero actualmente se ha logrado una ampliación dentro del marco de vacunación y ahora forma parte del esquema de vacunación; otro mecanismo utilizado en la prevención del cáncer cervicouterino consiste en el desarrollo de programas de planificación familiar, ya que disminuyen la predisposición a tener varias parejas sexuales y contraer el virus de papiloma humano. En este sentido, se incluyó la vacuna de VPH en el “Programa Ampliado de Inmunizaciones” (PAI) para las niñas entre nueve y once años debido a su mayor eficacia sobre esta población; este programa del Ministerio de Salud Pública tiene el objetivo de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino en el mediano y largo plazo, asimismo la campaña ofrece la vacuna gratuita tanto en las escuelas públicas como en las privadas.

Según la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, no se cuenta con publicaciones o un análisis específico de la aceptabilidad social, política y económica de las intervenciones realizadas por el Ministerio en términos de prevención, sin embargo, las acciones han tenido un efecto favorable sobre los hábitos de la población respecto a los factores de riesgo, principalmente en el aspecto nutricional. Igualmente, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control indica que los tipos de cáncer en los que se enfoca el Ministerio de Salud Pública son altamente prevenibles, las intervenciones contra los factores de riesgo efectuadas a tiempo para la prevención de la enfermedad evitan que se desarrolle el cáncer y, al integrarse con programas de detección temprana, implican una reducción en los costos involucrados en el tratamiento por cada paciente; en este sentido las intervenciones han tenido aceptabilidad por la población debido a que evitan el desarrollo de la enfermedad.

Sin embargo, la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención establece que los temas que se manejan en el campo de la salud son bastante polémicos, por ejemplo respecto de la vacuna contra el VPH se han evidenciado temores e intriga entre la comunidad, en este tema se han generado especulaciones, entre otras, sobre su utilidad, efectividad y la motivación del Ministerio para implementarlas. Por lo tanto, la ejecución de las políticas sanitarias requiere fases de implementación y todas estas políticas con el tiempo cuentan con la aceptabilidad de la población; lo más complejo es crear una conciencia social, que es uno de los puntos fundamentales a fortalecer.

Finalmente, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención señala que el Ministerio de Salud Pública no ha realizado el seguimiento de estas políticas públicas en concreto, pero se está atravesando una fase de instauración para que en años posteriores sea posible evaluar los resultados. Se argumenta que la evaluación de las políticas no ha sido posible, entre otras razones, debido a que es demasiado pronto para realizarla y a que varias de las acciones tomadas en la prevención tienen efectos sobre el cáncer y otras enfermedades crónicas cuyo efecto debe ser también considerado para conocer su impacto sobre la salud. El Director Nacional de Primer Nivel de Atención menciona que tiene entendido que muchas universidades se encuentran realizando estudios sobre el impacto de las citadas políticas, como es el caso del etiquetado de los productos mediante indicadores de impacto que permiten realizar una medición después de que se ha implementado la política, no obstante, es necesario esperar un mínimo de dos años para realizar las mediciones necesarias en la evaluación, por lo tanto, expresa que el impacto de todas las políticas ejecutadas no puede ser medido con resultados tangibles inmediatos, por lo cual es necesario esperar a que se genere toda la implementación.

3. Detección Temprana

Según el módulo de detección temprana del cáncer de la “Guía de la OMS para desarrollar programas efectivos de control del cáncer” (2007), mediante la detección temprana del cáncer y su tratamiento oportuno es posible evitar el sufrimiento y la muerte de miles de pacientes; además, la detección temprana es indispensable para que el tratamiento que se ofrezca sea efectivo debido a que mejora las probabilidades de curación e incrementa significativamente la vida de los pacientes (OMS, 2007:2). En la adopción de la detección temprana como una estrategia de control del cáncer se puede utilizar dos

componentes; el tamizaje y el diagnóstico temprano, cuya eficacia dependerá del tipo de cáncer considerado objetivo. El proceso de tamizaje consiste en invitar al grupo objetivo a participar en el programa, administrar la prueba, procesarla y entregar su resultado al paciente, de manera que se refiere a centros especializados a quienes tuvieran resultados positivos y se invita a un nuevo tamizaje a quienes obtuvieran resultados negativos para la enfermedad (OMS, 2007:34). Por otra parte, en el proceso de diagnóstico temprano se deben realizar los exámenes a los pacientes que han presentado síntomas, para lo cual, los centros de atención primaria o clínicas de atención ambulatoria deben disponer de una sala de examen básica; se debe entregar los resultados del examen y referir a los pacientes que obtuvieran un resultado que sugiera la presencia de células cancerígenas (OMS, 2007:34).

La Organización Mundial de la Salud (2007) señala que la forma más adecuada de desarrollar un plan de detección temprana es mediante la realización de un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que permite realizar una evaluación del contexto. Entre las fortalezas del plan de detección temprana del cáncer, la Dirección de Primer Nivel de Atención menciona que se cuenta con la infraestructura y el talento humano para realizar las intervenciones propuestas, mientras que la Dirección de Hospitales indica que aproximadamente el 65% de dicho talento humano se encuentra conformado por médicos jóvenes, lo cual es considerado una fortaleza. Por otra parte, la Dirección Nacional de Hospitales y la de Vigilancia Epidemiológica señalan que una de las principales debilidades detectadas es el desconocimiento de la población sobre la importancia de asistir a los centros de salud para la realización de chequeos preventivos especialmente ante la presencia de determinados factores de riesgo, por otra parte, el Primer Nivel de atención identifica la insuficiencia eventual de recursos, insumos e infraestructura que enfrentan los establecimientos del Ministerio de Salud Pública como otra debilidad, y las Direcciones Nacionales de Vigilancia Epidemiológica, de Hospitales y de Primer Nivel de Atención agregan la falta del sistema de registro único que permita generar alertas, realizar un seguimiento de los pacientes y monitorear de una mejor manera el trabajo que realizan los profesionales de la salud dentro de los establecimientos sanitarios y en el territorio.

Entre las oportunidades, el Director de Primer Nivel de Atención señala que es necesario aprovechar la coyuntura y la buena voluntad política para mantener la gratuidad de la salud y continuar invirtiendo, construyendo e implementado políticas; y la Directora Nacional de Hospitales afirma que el gobierno establece como prioridades la salud y la educación, por lo cual, permite el financiamiento de las intervenciones sanitarias. Y, las principales amenazas identificadas por la Dirección de Primer Nivel de Atención son que el cáncer constituye una patología que está causando caos a nivel mundial debido a que genera problemas en la sostenibilidad de los sistemas gratuitos y en el Ecuador se ha enfrentado obstáculos para cubrir a todos los pacientes con cáncer; además, el comercio de la salud ejerce presión sobre los Estados, como es el caso de las empresas farmacéuticas que venden las medicinas a precios altos debido a que adquirirlas es la única manera de continuar con el tratamiento de los pacientes.

En lo referente a la evaluación de la carga del cáncer que es objeto de detección temprana, aproximadamente el 48% de los casos de morbilidad por cáncer en el país durante el año 2008 pudo ser detectado en un etapa temprana para su tratamiento oportuno; los principales fueron el cáncer de mama, estómago, colon, próstata y cuello uterino (INEC, 2008). A pesar de que no se cuenta con datos sobre la cantidad de casos de cáncer detectados en una fase avanzada, si analizamos los tipos de cáncer

causantes de defunciones en 2008 podemos señalar que aproximadamente el 43% de las muertes pudo evitarse con la implementación de un sistema de detección temprana y tratamiento oportuno, cifra que se vio reducida en tres puntos porcentuales para el año 2013 (INEC, 2013). En este sentido, con la implementación de programas de detección temprana y tamizaje en el Ecuador y un adecuado tratamiento posterior al diagnóstico, cuatro de cada diez defunciones por cáncer pueden ser evitadas, prolongando al mismo tiempo la vida del paciente y disminuyendo significativamente su sufrimiento (INEC, 2013). Estos resultados se obtuvieron mediante el uso de la información proporcionada por la OMS (2007) sobre los tipos de cáncer objetos de detección temprana o tamizaje y la aplicación de los datos sobre la morbilidad por neoplasias malignas en el Ecuador para obtener información cuantitativa (para más información ver Anexo 2).

Por otra parte, tomando en cuenta la evaluación de la carga de los tipos de cáncer elegidos para este estudio, el 26% de los casos de morbilidad por cáncer pudo haberse detectado en un estadio temprano en el año 2008, y una detección y tratamiento oportunos de las neoplasias malignas de mama, estómago y cuello uterino pudo evitar aproximadamente el 24% de las muertes por cáncer durante el año 2013 (INEC, 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), la evaluación de la carga del cáncer incluye información sobre la edad, sexo y distribución geográfica de la incidencia. De esta manera, en lo referente a la edad, como se examinó en el primer capítulo, en el caso del cáncer de mama y cuello uterino la edad donde se encuentra la mayor incidencia es entre los 35 y 65 años de edad, mientras en el caso del cáncer de estómago no se puede establecer un rango de edad específico pero se muestra una tendencia creciente a partir de los 40 años (INEC, 2008). En lo concerniente al género, el cáncer de mama y cuello uterino afecta casi en su totalidad a las mujeres, por otra parte, el cáncer de estómago afecta a hombres y mujeres de una manera similar, sin embargo, su incidencia es mayor sobre la población masculina; finalmente, en cuanto a la distribución geográfica el mayor número de casos de estos tipos de cáncer se registró en las provincias de Guayas, Pichincha y Azuay (INEC, 2013).

Las entrevistas revelaron que el nivel de conciencia de la población sobre la posibilidad de detectar el cáncer de manera oportuna es bajo, culturalmente la población no reconoce la importancia de la salud, por lo tanto, la inversión que se realiza en la salud es de carácter curativo y no preventivo. En la población no existe una conciencia sobre la importancia de asistir regularmente a los chequeos preventivos que ofrece el primer nivel del sistema integral de salud, por lo cual los pacientes asisten a las consultas médicas cuando experimentan dolores o fuertes síntomas de la enfermedad; en este sentido, concientizar a la población sobre la importancia de los chequeos preventivos puede mejorar la detección oportuna y el diagnóstico, así como evitar el proceso crónico que afecta a los pacientes y sus familias.

La concientización de la población sobre la importancia de los chequeos preventivos es un proceso continuo en el que trabaja el Ministerio, pero todavía no se han conseguido los resultados deseados, la Directora Nacional de Hospitales del MSP señala que el nivel de conciencia de la población ha sido difícil de incrementar, a pesar de que se han hecho numerosas capacitaciones el personal de salud público no se encuentra totalmente sensibilizado, asimismo, la población no asiste al médico aun cuando experimentan dolores prolongados de estómago, mamas o vientre, de esta manera los exámenes de diagnóstico como la endoscopía, la mamografía, la inspección mamaria o los ecos se realizan en la mayoría de los casos cuando la enfermedad se encuentra avanzada. Adicionalmente, desde el punto de

vista del Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo, el nivel de conciencia depende del nivel cultural y educacional de cada persona o de cada familia, en su opinión un 30% de la población conoce la importancia de la detección precoz mientras el 70% restante de la población no se realiza exámenes de detección temprana, motivo por el cual la mayor parte de los pacientes llega al sistema sanitario con síntomas.

Dentro del Ministerio existen programas educativos de sensibilización sobre detección temprana, pero la existencia de campañas de carácter educativo depende de cada uno de los distritos y establecimientos de salud, y se puede realizar mediante boletines, panfletos o charlas; su frecuencia depende de la organización y del perfil epidemiológico de cada uno de los sitios. Por otra parte, en el tercer nivel de atención, más específicamente en el Hospital Eugenio Espejo, se realizan charlas educativas para los pacientes y sus familias, debido a que se cuenta con una fundación de pacientes oncológicos, dicha fundación incentiva a los pacientes y familiares a asistir a las charlas educativas a nivel de promoción de la salud que se realizan cada mes o cada quince días y que permiten también proporcionar ayuda en el ámbito psicológico.

Las intervenciones de detección oportuna del cáncer que se realizan por parte del Ministerio de Salud Pública están direccionadas a los tumores malignos de mama y de cuello uterino, estas actividades tienen lugar en el primer y segundo nivel de atención a través de campañas de promoción de la salud y actividades de detección de la enfermedad como Papanicolaou y chequeos preventivos de las mamas en los controles femeninos previos a la valoración por parte del médico familiar o de primer nivel. El Ministerio de Salud no se encuentra enfocado en la detección del cáncer de estómago a pesar de su carga sobre la población ecuatoriana debido a su complejidad, dado que constituye un cáncer silencioso cuya detección se la realiza bajo sintomatología específica mediante exámenes complementarios. Para la realización de la endoscopia y la histopatología el médico de primer nivel realiza una valoración del paciente y hace la referencia a los centros especializados o a los hospitales de segundo y tercer nivel debido a que no todas las instalaciones del Ministerio de Salud cuentan con este servicio.

El programa que consiste en realizar un examen de Papanicolaou para detectar el cáncer cervicouterino es uno de los que se han implementado y se ha venido ejecutando históricamente, en este aspecto han existido grandes avances que han permitido el incremento significativo de la demanda de este examen. Actualmente se trabaja progresivamente en el tema cultural y se cuenta con unidades móviles que cumplen el rol de campaña y realizan la toma de Papanicolaou en los barrios a los que asisten, lo cual se ha visto traducido en un mayor alcance en este sentido a nivel nacional, en virtud de que antes solo se realizaba en el sector privado a los pacientes que poseían recursos para realizarlos. Estos métodos son accesibles y bastante económicos, el Papanicolaou es un examen eficaz que bien realizado proporciona información muy fiable y es muy efectivo para determinar la parte de citología o si existe algún tipo de alteración en las células mediante el uso de herramientas poco costosas. Por otra parte, en el caso del cáncer de mama, el Ministerio no cuenta con unidades de salud que se dediquen específicamente a realizar mamografías, pero se ha implementado adecuadamente el autocuidado para que posterior a la autoevaluación se proceda a realizar exámenes en una unidad operativa cuando se localice algún tipo de tumoración a nivel de la mama y los médicos de primer nivel puedan realizar la referencia.

En este estudio se evidenció que dentro de la estrategia en construcción se plantea la realización de tamizajes en cinco tipos de cáncer objetivo donde se incluye los tumores malignos de mama, cuello uterino y estómago. En la detección temprana del cáncer cervicouterino, el primer nivel de atención ofrece la prueba de Papanicolaou en todo el territorio nacional y se desea incluir el tamizaje de biología molecular para la detección del Virus de Papiloma Humano (VPH) a partir de la formulación de la estrategia. En el caso del cáncer de estómago, cuyo tamizaje se realiza mediante una endoscopia, se desea implementar un pre tamizaje que consiste en realizar exámenes de laboratorio de helicobacter pylori y de pepsinógeno para realizar la endoscopia con base en los resultados de estos exámenes. Finalmente, en el caso del cáncer de mama el método de tamizaje que se ha utilizado durante varios años consiste en la realización de una mamografía.

3.1 Eficiencia técnica de las intervenciones de detección temprana

La evaluación de la eficiencia técnica, es decir, la obtención del máximo rendimiento de las intervenciones de detección temprana con una disponibilidad de recursos determinada, toma en cuenta varios componentes relacionados al uso de los recursos. Según el módulo de detección temprana de la “Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos”, la elección de un grupo objetivo inadecuado, la excesiva frecuencia de las intervenciones, la falta de entrenamiento del personal, un equipamiento inadecuado en las instituciones o el uso deficiente de los recursos y la información disponible son una muestra de un plan de detección temprana ineficiente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), la realización de programas de detección temprana eficientes requiere el establecimiento de una población objetivo que se encuentre identificada con base en su edad, sexo, residencia, etnia, entre otros, sin embargo, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica señala que el Ministerio no cuenta con este tipo de campañas en las que se hace un llamado a las mujeres dentro de un rango de edad determinado para hacer exámenes gratuitos, pero dentro de la parte de la prevención comunitaria se realizan este tipo de tamizajes a las poblaciones en las que se ha detectado un riesgo, como en el caso del cáncer cervicouterino en las trabajadoras sexuales. Asimismo, según la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, todos los establecimientos de salud planifican sus actividades mediante las predicciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública que están fundamentadas en estimaciones del INEC, de esta manera, cada establecimiento de salud conoce la proporción de la población por edades que debe captar y programa sus actividades según la población asignada.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), los programas de detección del cáncer cervicouterino deben ser realizados a las mujeres a partir de los veinticinco años de edad y no se requiere realizarlos cada año en los pacientes que obtuvieron un resultado negativo. Sin embargo, según la Dirección Nacional de Hospitales y de Primer Nivel de Atención, el Ministerio implantó un programa en el que toda mujer con un inicio de la vida sexual activa debe realizarse un examen Papanicolaou como parte de los controles normales de atención de las mujeres en edad fértil en el primer nivel como una actividad prioritaria, por medio de visitas domiciliarias o en los establecimientos sanitarios, es decir, se incluye en el programa a las mujeres entre los doce y los sesenta y cuatro años de edad. Por otra parte, la Dirección Nacional de Hospitales asevera que en la detección del cáncer de mama se promueve la

autoexploración y se recomienda la realización de la mamografía como un examen de diagnóstico a todas las mujeres a partir de los cuarenta o cuarenta y cinco años de edad; además se lo maneja dentro del sistema de referencia en el que el médico de primer nivel puede referir a un centro especializado o de mayor complejidad a un paciente que no se haya realizado un examen y tenga factores de riesgo.

Según la Directora Nacional de Hospitales, en lo referente al cáncer gástrico, actualmente en el Ecuador no se realiza actividades de detección temprana debido a que no hay un método diagnóstico que se deba realizar con una frecuencia determinada, la endoscopía alta más biopsia es un procedimiento que se usa para diagnosticar el cáncer pero se considera muy costoso. Los procedimientos para diagnosticar este tipo de cáncer se realizan bajo sintomatología y la OMS (2007) no recomienda realizar tamizajes para su detección, sin embargo, menciona que se puede realizar una detección precoz de la enfermedad mediante el conocimiento de los síntomas del cáncer gástrico por parte de la población y del personal de salud que trabaja en el primer nivel de atención. En este aspecto la Directora Nacional de Hospitales menciona que el personal de los centros y subcentros de salud se encuentra capacitado para reconocer los síntomas del cáncer de estómago en los pacientes, pero uno de los problemas consiste en que la población ecuatoriana no conoce estos síntomas y cuando experimentan estas molestias las relacionan con la gastritis, por lo tanto, la visita médica por parte del paciente se realiza cuando el cáncer está avanzado.

En el proyecto de la “Estrategia Nacional para la Prevención y Control Integral del Cáncer en Ecuador”, que no ha sido implementada debido a que se encuentra según indican, en construcción, se contempla que las intervenciones de citología para detectar el cáncer deben realizarse a partir de los veintiún años de edad cada tres años y los tamizajes para detectar el VPH se deben realizar en las mujeres mayores de treinta años con una frecuencia de cinco años; los programas de mamografías y ecografías deben direccionarse a las mujeres entre los cincuenta y setenta y cuatro años de edad cada dos o tres años; y finalmente, la población objetivo de los programas de detección del cáncer gástrico son las personas entre los cuarenta y los setenta y cuatro años de edad, y no se cuenta con una frecuencia definida para realizar las intervenciones.

En lo referente al seguimiento de los pacientes, la Organización Mundial de la Salud (2007) menciona que los sistemas de registro son indispensables para poder llamar nuevamente al grupo objetivo a participar de las intervenciones, sin embargo, los sistemas de registro en el país son parte de cada establecimiento o distrito y la información proveniente de estos es manejada internamente. El Ministerio realiza informes técnicos de cada uno de los establecimientos o de las zonas sobre las actividades realizadas con información de la cantidad de la población dentro del área geográfica y de la capacidad de los establecimientos pero a nivel nacional no se tiene información sobre el número de participantes en las capacitaciones o en las intervenciones en general. En este sentido, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del MSP menciona que el Ministerio no cuenta con esta información a nivel nacional como es el caso de otros países donde se llama a toda la población que participó en una prueba de tamizaje y se la invita con determinada frecuencia; el sistema de vigilancia ecuatoriano no funciona de esa manera, pero en el caso de que se determine una población de riesgo se hace este tipo de seguimiento con reuniones periódicas que permiten manejar los factores de riesgo específicos en dicho grupo.

Las Direcciones Nacionales de Normatización, Vigilancia Epidemiológica, Primer Nivel de Atención y de Hospitales indican que no se cuenta con un sistema informático que genere una alerta para la realización de un seguimiento de los pacientes, no obstante, el Ministerio se encuentra en la construcción de una historia clínica única que permitirá tener toda la información de manera digital para facilitar dicho seguimiento; este sistema haría posible que médicos de distintos establecimientos o de distintas provincias tengan acceso a la información de los pacientes correspondiente a vacunas, consultas, exámenes, entre otros. Según el Director Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, actualmente a nivel operativo existen unidades de salud que no poseen un sistema como tal, pero tienen mecanismos para realizar el monitoreo; el personal sanitario conoce a los usuarios y su historia clínica, por lo tanto, son quienes recomiendan la realización de exámenes y llevan a cabo el seguimiento mediante las visitas domiciliarias, pero al no existir un sistema queda ligado a la voluntad del profesional.

En lo referente a la infraestructura, la Directora Nacional de Hospitales indica que las instituciones del Ministerio cuentan con los establecimientos de salud y los recursos necesarios para llevar a cabo las pruebas de detección temprana del cáncer cervicouterino y de mama debido a que no son costosas, en el cáncer de mama la autoevaluación asesorada por el personal de salud es gratuita sin considerar los costos indirectos, mientras que para la realización del Papanicolaou los insumos son baratos y el análisis de la muestra tampoco representa grandes costos. Sin embargo, frente a la gran demanda de servicios por parte de los pacientes a nivel nacional los recursos no abastecen y el servicio se encuentra saturado y colapsado, pero dentro de lo posible se intenta optimizar los recursos y generar salud para todos.

En los establecimientos de salud se ha implementado el servicio de toma de muestras especiales y se ha contemplado el equipamiento necesario para realizar este proceso; según el Director Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, no se puede afirmar que las instituciones de salud que se encuentran bajo la rectoría del Ministerio cuenten con toda la infraestructura que es necesaria para brindar los servicios, pero se ha trabajado arduamente en que el personal de salud cuente con el mobiliario y los instrumentos necesarios para tomar las muestras y en la articulación con hospitales de Solca u otros hospitales que son quienes generan los resultados a partir de la muestra; en el caso de que sea detectada una patología se realiza un análisis del caso sobre si la paciente es usuaria del servicio social o debe ser atendida por el Ministerio para efectuar la referencia al segundo nivel de atención.

El Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo menciona que para el tratamiento del cáncer cervicouterino se cuenta con la infraestructura requerida, el hospital es vanguardia en tamizaje de cáncer de cuello del útero ya que se tiene captura híbrida que es un método de diagnóstico de diferentes tipos de VPH, los mismos que son causantes del 98% de los casos de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, en el primer nivel de atención existen deficiencias en la prevención y promoción de la salud así como en el proceso de referencia, por lo cual en el tercer nivel se atiende a numerosos pacientes con la enfermedad muy complicada mediante tratamientos quirúrgicos, de radioterapia, entre otros. Actualmente el Hospital Eugenio Espejo tiene la infraestructura para el cáncer de mama, se tiene dos mamógrafos y una clínica de mama donde participan oncólogos, radiólogos, nutricionistas, psicólogos y personal de rehabilitación para efectuar un diagnóstico, pero lamentablemente los pacientes que acuden al hospital tienen su enfermedad en un estadio avanzado, es decir, no llegan con una detección precoz que consiste en microcalcificaciones patológicas o lesiones pequeñas de dos o tres milímetros

sino con síntomas o nódulos grandes compuestos por miles de millones de células que pueden estar en el torrente sanguíneo y hacer metástasis.

Así como en el caso de las actividades preventivas, para la detección temprana de las enfermedades el primer nivel de atención se encuentra enfocado en la actividad extramural de los profesionales y se ha contado con la formación de médicos de territorio y médicos familiares, cuya especialidad es requerida en los centros y subcentros de salud; actualmente la brecha de estos profesionales se está reduciendo debido a que numerosos médicos familiares están regresando al país a devengar sus becas. En las unidades de salud del primer nivel muchas veces existen problemas con el personal de salud debido a que existen varios profesionales que no realizan un seguimiento de los pacientes, afortunadamente esto no ocurre en el tema de los Papanicolaou ya que existe un compromiso mayor de los médicos para realizar el seguimiento y generalmente se cuenta con todos los recursos porque existe una presión por parte de la ciudadanía para obtener los servicios y sus resultados, lo cual es favorable desde el punto de vista del Director Nacional de Primer Nivel de Atención porque la política pública debe ser implementada de abajo hacia arriba. Asimismo, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control señala que para muchas de las intervenciones que se plantean dentro de la estrategia se cuenta con los recursos y la infraestructura necesaria en su implementación, sin embargo, hay otras nuevas tecnologías y en el caso de la biología molecular a pesar de que se poseen los equipos hay una insuficiencia del personal capacitado para su uso; en la formulación de la estrategia se tomará en cuenta este aspecto porque conjuntamente con la adquisición de los equipos es necesario garantizar que exista talento humano que haga posible el seguimiento del paciente.

Finalmente, en lo referente al uso de la información disponible, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica indica que se va a generar un boletín concerniente a las enfermedades catastróficas que permita concentrar mayor cantidad de información y analizarla más frecuentemente. Actualmente se tiene un informe anual pero el boletín mensual o trimestral permitiría analizar el comportamiento de la enfermedad a lo largo del tiempo y mejorar el uso de datos.

3.2 Eficiencia productiva de las intervenciones de detección temprana

La evaluación de la eficiencia productiva, es decir, la elección de distintas combinaciones de recursos para conseguir los máximos beneficios de salud para un costo dado (OMS, 2007), toma en cuenta componentes relacionados a la distribución de los recursos. Según el módulo de detección temprana de la “Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos” la asignación de recursos dentro del programa de detección temprana para obtener los mejores resultados, la continuidad del seguimiento, diagnóstico y tratamiento en los pacientes en los que se detectó la enfermedad, el desarrollo y mantenimiento del rendimiento de trabajadores de salud y el monitoreo de las intervenciones utilizando el aseguramiento de la calidad son una muestra de un plan de detección temprana eficiente (OMS, 2007).

Según la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la asignación de recursos dentro del plan de detección temprana se realiza con base en evidencia internacional sobre la efectividad de las intervenciones propuestas, de manera que se obtienen los mejores resultados con dicha asignación. La inversión en el segundo y tercer nivel de atención cuenta con un enfoque de tratamiento y mejora de la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto las intervenciones son más costosas en comparación con la prevención y la detección temprana. En este aspecto, aun cuando una reasignación de recursos a la detección temprana podría tener mejores resultados, se requiere una etapa de transición ya que actualmente no es posible destinar todos los recursos al ámbito preventivo porque todavía existe una población prevalente que se encuentra en tratamiento de la enfermedad, en otras palabras, al presente no es posible enfocar la política pública en la prevención porque es necesario ofrecer tratamiento a la población que ha desarrollado la enfermedad.

En lo referente al cumplimiento del protocolo de diagnóstico, seguimiento y tratamiento, como se verá posteriormente, la entrevista realizada en la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica manifiesta que los establecimientos sanitarios completan dicho protocolo en los pacientes cuyo cáncer ha sido detectado; en el segundo nivel de atención se realizan los exámenes que diagnostican la enfermedad mientras en el tercer nivel de atención o en los establecimientos de Solca se ofrece el tratamiento y el diagnóstico de los casos más complejos de cáncer. Según la OMS (2007), la eficiencia de un programa de detección temprana radica en la calidad y la continuidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que se proporcionan a la población objetivo, en este aspecto, la Directora Nacional de Hospitales señala que existen dificultades para referir los pacientes al tratamiento de la enfermedad y cubrir las necesidades de todos los usuarios debido a los costos que representa la atención de esta patología y a la magnitud de la demanda en comparación con la oferta, lo cual incrementa los tiempos de espera. Asimismo, de acuerdo con el Director Nacional de Primer Nivel de Atención, mientras se elabora la “historia clínica única” de manera digital el seguimiento es realizado mediante llamadas telefónicas del personal del primer nivel de atención, no obstante, dentro de esta investigación no fue posible comprobar esta información.

La Organización Mundial de la Salud (2007) menciona que la viabilidad de los programas de detección temprana implementados en la población objetivo va a depender de la infraestructura, de la destreza y de la motivación del personal sanitario. De esta manera, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención indica que el entrenamiento del personal para brindar servicios apropiados y realizar un trabajo eficiente es una actividad constante del Ministerio de Salud, que durante los últimos años ha realizado numerosas capacitaciones de formación de los médicos y se ha propuesto la estrategia de fortalecer el primer nivel de atención, pero no se ha conseguido en su totalidad debido a que la infraestructura del sistema se encontraba caótica y la demanda insatisfecha del segundo y tercer nivel de atención debía ser solventada y solucionada.

Para finalizar, la importancia de contar con un sistema de control de calidad para las intervenciones de detección temprana del cáncer radica en poder evitar la existencia de “falsos negativos” que provocan retrasos en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, y evitar también la existencia de “falsos positivos” en cuyas personas se podría causar perjuicios por la aplicación de exámenes y tratamientos innecesarios (OMS, 2007:24). En este sentido, según la Dirección Nacional de Hospitales, dentro de los

servicios de laboratorio en patología o imagen y diagnóstico siempre hay procesos de evaluación de calidad, es un proceso constante que se hace desde el examen de laboratorio más sencillo hasta el más complejo; el Ministerio de Salud ha trabajado mucho en el fortalecimiento de la calidad de los hospitales, se han establecido manuales de calidad de laboratorio que permiten tener indicadores en el primer nivel, asimismo, el Ministerio trabaja de manera articulada con otras instancias de la red complementaria, y regula la calidad de otras instituciones como Solca.

3.3 Eficiencia en la asignación de las intervenciones de detección temprana

La evaluación de la eficiencia en la asignación de recursos para intervenciones de detección temprana, es decir, la obtención de la mejor combinación de programas sanitarios para maximizar la salud de la sociedad, toma en cuenta componentes relacionados a la distribución de los recursos entre las intervenciones. Según el módulo de detección temprana de la “Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos”, el conocimiento de las intervenciones de salud más costoefectivas para la población, la costoefectividad de la prevención en comparación con el diagnóstico temprano y el tamizaje son una muestra de un plan de diagnóstico y tratamiento eficiente (OMS, 2007).

En este sentido, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MSP afirma que a nivel nacional no se tiene evidencia sobre la efectividad de las políticas generadas en relación al cáncer, asimismo, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención señala que no se conoce algún estudio realizado en el país sobre las intervenciones de salud más costoefectivas para la población. A pesar de que a nivel nacional no se conoce la costoefectividad de la prevención y la detección temprana respecto al tratamiento, hay estudios a nivel mundial que afirman que la prevención y la detección temprana son mucho más costoeficaces y costoefectivas que el tratamiento, incluso al analizar que el perfil del médico familiar es menos costoso que el del especialista.

Por otra parte, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control afirma que todas las intervenciones trabajadas y propuestas en la estrategia están fundamentadas en un plan mundial de enfermedades crónicas no transmisibles que ha demostrado la eficacia de las intervenciones mediante su evaluación; en este sentido, han sido incluidas en la estrategia aquellas que han demostrado tener un impacto a nivel mundial. Si bien es cierto que no se conoce la mejor estrategia a implementar, se trabaja con documentos de intervenciones verificadas a nivel mundial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), un programa de detección temprana implementado de manera adecuada en un país se ve traducido en el corto plazo en un incremento de los casos detectados oportunamente y en un aumento de la supervivencia de los pacientes, sin embargo, la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención indica que las estadísticas de nuestro país no nos permiten analizar si estas intervenciones han incrementado la supervivencia de los pacientes por la existencia de vacíos en las bases de datos. La Dirección de Vigilancia Epidemiológica señala que no se cuenta con información sobre la existencia de un estudio que determine el estadiaje para conocer si las intervenciones fueron oportunas.

Sin embargo, en este aspecto la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control afirma que el número de casos de cáncer invasor de cérvix se ha reducido por medio de los tamizajes y el enfoque de la detección precoz por medio del Papanicolaou, no obstante, en el Hospital Eugenio Espejo no ha incrementado el número de pacientes con cáncer detectados oportunamente, la mayoría de los pacientes llegan al hospital con la enfermedad en un estadio dos o más avanzado. La Directora Nacional de Hospitales del MSP, afirma que los diagnósticos se han incrementado durante los últimos años debido a la mayor cobertura que brinda el Estado, ya que antes del año 2008 el Estado no cubría las enfermedades catastróficas como el cáncer y ahora la incidencia del cáncer ha crecido en gran medida debido a que el Ministerio ya tiene los recursos para manejar esta patología, por otra parte, este incremento puede estar relacionado al mejoramiento del sistema de registro durante los últimos años.

4. Diagnóstico y tratamiento

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), las intervenciones de diagnóstico y tratamiento constituyen un componente complejo en el control del cáncer cuyos principales objetivos son prolongar la vida de los pacientes y mejorar su calidad de vida. En un programa de diagnóstico y tratamiento eficiente es necesaria la continuación de los servicios prestados, la vinculación a los programas de detección temprana y cuidados paliativos, y el uso de un enfoque multidisciplinario en la oferta de servicios por parte del segundo y tercer nivel de atención. La detección temprana es beneficiosa únicamente si se cuenta con la infraestructura y los recursos indispensables para el tratamiento apropiado de los pacientes que resultaron tener células cancerosas, ya que la simple detección de la enfermedad no mejora su expectativa de vida ni la eficiencia de los servicios prestados a los pacientes; de la misma manera, los esfuerzos realizados para mejorar el tratamiento no resultan eficientes sin la detección temprana de la enfermedad, ya que las intervenciones en los pacientes con cáncer avanzado son sumamente costosas y las posibilidades de curación son bajas.

La Organización Mundial de la Salud señala que la forma más adecuada de desarrollar un plan de diagnóstico y tratamiento es mediante la realización de un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que permite realizar una evaluación del contexto, “la integración del contexto social en el plan de diagnóstico y tratamiento aumentará considerablemente su aceptación, tanto política como socialmente” (OMS, 2007). Entre las principales fortalezas se encuentra la consideración actual del cáncer como una enfermedad prioritaria gracias a la Constitución del 2008, por lo cual, los servicios de oncología en el país han ido creciendo y pueden ir mejorando. Además se cuenta con el apoyo de la norma legal, pues está en vigencia la “Ley para el tratamiento de enfermedades catastróficas”, de manera que cualquier paciente puede seguir el trayecto para la cura de su enfermedad y acceder a una mejor calidad de vida en lugar de una mejor calidad de muerte. Actualmente se cuenta con profesionales de salud, especialistas, el equipo de enfermería, entre otros, los equipos multidisciplinarios están conformados de manera adecuada y se encuentran enfocados en el seguimiento de la enfermedad del paciente y el apoyo a sus familiares; además, el abastecimiento de medicamentos por parte de los establecimientos de salud también es considerado prioritario.

Sin embargo, entre las debilidades, la Dirección Nacional de Hospitales afirma que se debe enfrentar la escasez de profesionales especializados en oncología clínica, quirúrgica y terapéutica y médicos subespecializados en oncología, así como la saturación del sistema de salud que generan retrasos en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, durante algunos periodos existen retrasos en los turnos y el establecimiento de citas dentro del sistema de referencia y contra referencia. A nivel de hospitales, en ocasiones el presupuesto que se asigna al Hospital Eugenio Espejo es reducido, no se cuenta con la cantidad de medicamentos requeridos y la infraestructura es insuficiente para atender a todos los pacientes del hospital, en este sentido, según el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo, un aumento futuro de los equipos demandará un incremento del personal calificado, una de las debilidades en este aspecto es que no se tiene unidades de radioterapia y se refiere a Solca a los pacientes para que reciban tratamiento pero la demora en esta institución es de aproximadamente tres meses, tiempo en el que el tumor crece.

Entre las oportunidades, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control asegura que en la actualidad se trabaja para que se publique el documento de la estrategia para que las intervenciones preventivas y de detección temprana puedan empezar a implementarse mediante la colaboración de todos los actores; adicionalmente, se recibe apoyo técnico de otras organizaciones externas como la Organización Panamericana de la Salud. Una de las oportunidades identificadas por el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo consiste en la expectativa de mejora de la situación económica y coyuntural del país y que mediante estudios de costoefectividad de la radioterapia se puede solicitar la instalación de un equipo de radioterapia y medicina nuclear para que se pueda brindar al universo de pacientes una atención integral. Por otra parte, la Dirección de Estrategias de Prevención y Control señala que el déficit de presupuesto para poder efectuar las intervenciones de manera inmediata es otra de las debilidades más grandes que enfrenta el Ministerio, el Estado tiene un déficit económico, en este sentido, no se contará con los recursos necesarios para implementar el proyecto de estrategia en todo el sistema de salud, de manera que las intervenciones deben comenzar a implementarse de manera progresiva para llegar a la población. En este aspecto, el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo menciona que el Hospital no cuenta con el presupuesto necesario, los pacientes presentan quejas porque el hospital no les da las garantías necesarias debido a los costos involucrados en el tratamiento, el costo de las quimioterapias varía según los requerimientos del paciente, los medicamentos tienen un costo superior a los dos mil dólares y los anticuerpos que deben recibir los pacientes cada mes cuestan entre cuatro y cinco mil dólares, es así que, existen periodos en los que no hay medicamentos y se deben suspender los tratamientos de manera momentánea.

La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica afirma que Red Pública de Salud ofrece continuidad en los servicios de diagnóstico y tratamiento a los pacientes con cáncer en el Ecuador, una vez que se realizan los exámenes de detección en el primer nivel de atención se refiere al segundo nivel de atención a los pacientes que tuvieron un resultado positivo, con el objetivo de realizar pruebas de diagnóstico como mamografías, endoscopías, ecos, tomas de biopsia, exámenes sanguíneos, entre otros. En la siguiente instancia se refiere a los pacientes con una confirmación de cáncer al tercer nivel de atención para confirmar el estadiaje, la existencia o inexistencia de metástasis o de nódulos comprometidos e iniciar con el tratamiento.

El Jefe de oncología del Hospital Eugenio Espejo menciona que para confirmar el diagnóstico del cáncer gástrico se realiza la endoscopia junto con toma de biopsia; en el cáncer de mama el diagnóstico se realiza por medio de una mamografía o un eco y una vez encontrada alguna alteración se realiza una punción dependiendo de los criterios de BI-RADS, si son de 4 o 5 siempre debe realizarse la biopsia de mama porque la citología no es efectiva para cáncer de mama. Finalmente, en el caso del cáncer cervicouterino, el examen de Papanicolaou es fundamental y cuando el resultado es positivo se debe realizar la colposcopia y otras pruebas de coloraciones a nivel del cérvix, se realiza el perfil de todos los virus de papiloma humano y se toma la biopsia de la zona afectada para confirmar la existencia de un cáncer; una vez identificado cualquier tipo de cáncer se realiza el estadiaje de la enfermedad mediante estudios tomográficos y dependiendo de la etapa se inicia el tratamiento a través de la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía.

4.1 Eficiencia técnica de los programas de diagnóstico y tratamiento

Según la “Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos” la eficiencia técnica de los programas de diagnóstico y tratamiento se evalúa mediante el análisis de la elección de un grupo objetivo adecuado, la reducción del sobretreatmento, la capacitación del personal, la ayuda a los pacientes a seguir sus regímenes de tratamiento y un equipamiento adecuado en las instituciones o el uso eficiente de los recursos y la información disponible (OMS, 2007).

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (2007) recomienda como una medida para mejorar la eficiencia del sistema dar prioridad a un grupo objetivo de pacientes con cánceres considerados curables según el estadiaje en que se encuentran, según la Dirección Nacional de Hospitales, la población objetivo para el programa de diagnóstico y tratamiento en el Ecuador está conformada por todos los pacientes que hayan sido detectados con patología de malignidad, los servicios se brindan bajo criterios de igualdad independientemente del estadiaje de la enfermedad debido a que la Constitución del año 2008 garantiza el derecho a la salud y la atención de las enfermedades catastróficas a los ciudadanos, pero existe una evaluación del estado de salud del paciente con el objetivo de conocer si se encuentra en condiciones de recibir un tratamiento, de lo contrario se ofrecen directamente los cuidados paliativos.

Según el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo, el Hospital cuenta con un Comité de Oncología debido a que existen pacientes con la enfermedad en etapa avanzada que no poseen un estado de salud adecuado para iniciar un tratamiento debido a que este podría empeorar su expectativa de vida, a esos pacientes que tienen un Karnofski muy bajo (50 o inferior), no se les ofrece servicios de tratamiento sino de cuidados paliativos. El Hospital Eugenio Espejo vincula los servicios de oncología a los de cuidados paliativos, en algunos casos los pacientes se encuentran con la enfermedad en una etapa muy avanzada y su expectativa de vida no supera los tres meses o no amerita continuar con el tratamiento debido a que no van a mejorar su sobrevivencia, en este contexto, el hospital tiene la capacidad de brindar cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida y brindar una muerte digna. Esta práctica de evaluación del estado de salud del paciente y la vinculación a los cuidados paliativos le permite al hospital optimizar los recursos que se poseen.

De acuerdo con la Dirección Nacional de Hospitales del MSP, los procesos que se utilizan en el tratamiento del cáncer dependen del criterio del médico, del tipo de cáncer que se trata y de los estudios existentes al respecto. El Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo, menciona que el proceso que se selecciona durante el tratamiento depende de la etapa clínica del cáncer y los criterios desde el punto de vista conservador que se utilizan para evitar un tratamiento muy radical dependen del tipo de cáncer a tratar; en el caso del cáncer de estómago en estadio clínico uno, que es un tumor que se encuentra en la mucosa, no es necesario realizar gastrectomías grandes que incrementan en gran medida la morbimortalidad de los pacientes; por otra parte, en el caso de los tumores de mama, cuando el cáncer es grande se reduce por medio de la quimioterapia y luego se realiza una cirugía conservadora de mama; y en el cáncer cervicouterino, cuando se presenta un tumor in situ es posible realizar una amputación del cuello del útero, hacer una conización terapéutica si el cáncer es más invasivo o una cirugía que consiste en extraer una parte del cuello del útero y los ganglios pélvicos.

Cada establecimiento de salud perteneciente a la red pública o a la red complementaria posee sus propios protocolos de atención, cuentan con directrices clínicas para el tratamiento, directrices de apoyo e información al paciente y directrices para organizar los servicios de tratamiento. Según la Dirección de Normatización del MSP, todos los establecimientos cuentan con protocolos propios para cada patología porque los médicos deben obligatoriamente seguir protocolos nacionales o internacionales en las intervenciones y el Ministerio de Salud se encarga de generar los protocolos que son indispensables para las patologías más recurrentes de la población. Las directrices organizativas definen los papeles de los proveedores de salud a través de los distintos niveles de atención, dentro de la ley, la norma para enfermedades catastróficas determina el camino de los pacientes desde el diagnóstico hasta el término de su tratamiento.

En cuanto al apoyo que brinda el personal a los pacientes con cáncer al realizar el seguimiento y brindar información y capacitaciones para sobrellevar la enfermedad, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del MSP, afirma que dentro de muchas instituciones de salud se utiliza un manejo integral en el que trabajan de manera conjunta con el paciente los oncólogos, enfermeros y psicólogos; mediante el manejo integral se genera acompañamiento para que el paciente tenga adherencia al tratamiento, debido a que en este tipo de tratamientos largos y con complicaciones es importante que el paciente sea consciente de su enfermedad y la acepte para que el tratamiento funcione y sea efectivo. De acuerdo con Dirección Nacional de Hospitales, en el Hospital Eugenio Espejo se encuentra el mejor equipo de oncología del país, el personal es muy sensible ante la patología, informan a los pacientes y realizan un buen acompañamiento del paciente y los familiares en el transcurso de la enfermedad.

En el departamento de oncología del Hospital Eugenio Espejo se cuenta con directrices clínicas de tratamiento y de organización de los servicios de tratamiento, se posee niveles de evidencia que son las guías americanas, europeas, canadienses e inglesas de oncología, pero también se utilizan los protocolos nacionales para dar un tratamiento correcto y adecuado para los pacientes según su etapa clínica; es necesario apuntar que no se cuenta con directrices clínicas para el aprovisionamiento de apoyo e información al cliente, sin embargo, el personal médico hace lo que está a su alcance en este aspecto durante las consultas pero el volumen de pacientes dificulta realizarlo de manera adecuada. Dentro de los últimos años se han evidenciado mejoras en la adherencia al tratamiento, el personal de salud trabaja

en que los pacientes tengan una mayor adherencia, como consecuencia, las tasas de inasistencia de los pacientes a sus controles son sumamente bajas, en este momento se tiene aproximadamente un 90% de adherencia de los pacientes, lo cual es considerado un buen indicador.

De lo que se desprende de la entrevista realizada a la Dirección Nacional de Hospitales, es posible asegurar que aun cuando el personal sanitario que trabaja dentro de los establecimientos del Ministerio de Salud en el tratamiento del cáncer se encuentra calificado y desempeña bien su labor, el personal resulta ser insuficiente para cubrir la demanda en el sector público. En Solca se encuentran concentrados los especialistas en el manejo del cáncer, por lo cual, es complejo que en los establecimientos del Ministerio se cuente con este tipo de profesionales para la formación de los equipos de trabajo multidisciplinario. En este contexto, dentro de las propias instituciones del Ministerio se encuentran centralizados los médicos especialistas en los establecimientos de tercer nivel de atención ubicados en las principales provincias con el objetivo de poder realizar un diagnóstico integral del paciente y efectuar el tratamiento, con lo cual es posible afirmar que existe un déficit de personal.

En lo referente a los equipos tecnológicos con los que cuentan los establecimientos que atienden el cáncer en el sector público, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control indica que los hospitales del Ministerio de Salud cuentan con la tecnología necesaria para el diagnóstico y el tratamiento, no obstante, en el caso de no tener la capacidad resolutive en alguno de ellos debido a una deficiencia en los equipos, se cuenta con el apoyo de la red para garantizar la continuidad en el tratamiento de manera oportuna. De la misma manera, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica señala que el tratamiento del cáncer se realiza en los hospitales especializados mediante un sistema de referencia y contra referencia para asegurar el tratamiento y el diagnóstico.

Finalmente, una de las deficiencias que tienen los establecimientos del Ministerio en el tratamiento del cáncer, identificada por la Dirección Nacional de Hospitales, se da en el área de radioterapia, pues los hospitales no cuentan con equipos de radioterapia y la inversión en un centro especializado es sumamente grande. En este sentido, el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo afirma que se cuenta con equipos de diagnóstico pero son insuficientes para abastecer la demanda de los servicios, para hacer el diagnóstico se cuenta con los servicios de endoscopia, colposcopia, tomografías, entre otros, pero el hospital tiene un tomógrafo y un resonador insuficientes para prestar los servicios a toda la comunidad; el año pasado el hospital realizó aproximadamente 32.000 atenciones en el área de oncología y la mayor parte de éstas requieren el uso del tomógrafo y el resonador, lo cual evidencia el déficit de equipos. Asimismo, dentro del área terapéutica no se poseen servicios de radioterapia y medicina nuclear, por lo tanto, cuando un paciente requiere estos servicios es referido a Solca para continuar con el tratamiento.

4.2 Eficiencia productiva de los servicios de diagnóstico y tratamiento

Según la “Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos” la eficiencia productiva de los programas de diagnóstico y tratamiento se evalúa mediante el análisis de la

reasignación de recursos disponibles para diagnóstico y tratamiento a los pacientes con cáncer curable para tener los mejores resultados, la redistribución de los recursos a los grupos que reciben menos atención de la población objetivo, la continuidad del diagnóstico, el tratamiento y seguimiento, el mantenimiento del rendimiento de los trabajadores de la salud, el mantenimiento de estándares adecuados de aprovisionamiento de servicios de diagnóstico y tratamiento mediante el aseguramiento de la calidad y el asesoramiento apropiado a pacientes y familiares para ayudarles a sobrellevar la situación (OMS, 2007).

Según la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MSP, en el tratamiento de las enfermedades catastróficas se establecen prioridades, tal es el caso de las personas con discapacidades o madres solteras que cuentan con el apoyo de otras organizaciones, por ejemplo, mediante el bono Joaquín Gallegos Lara o el apoyo que puede brindar el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIESS), pero se desconoce la existencia de algún tipo de reasignación. Las entrevistas revelaron que no se ha realizado una reasignación de recursos y se ofrece un tratamiento equitativo a todos los pacientes, ya que el paciente oncológico es prioritario en estadios tempranos y tardíos, incluso se establecen tiempos máximos para brindar el tratamiento a los pacientes con la enfermedad en etapa avanzada con el objetivo de ofrecer una atención oportuna; asimismo, la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control afirma que el proyecto de estrategia intenta reducir los tiempos de espera especialmente para las personas con cáncer avanzado. Adicionalmente, el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo señala que no se realiza una redistribución de los recursos debido a que eso le compete al Ministerio de Salud Pública, en este sentido se ofrecen los servicios de manera igualitaria para todos los pacientes; además señala que a nivel ministerial es posible redistribuir los recursos entre las instituciones para dotar de recursos a los hospitales que tienen una mayor demanda debido a que constituye el ente rector.

De acuerdo con la Directora Nacional de Hospitales, el paciente es referido al tercer nivel una vez que se ha detectado la patología, en el segundo nivel de atención no se ofrece la cartera de servicios de oncología, únicamente se realizan los exámenes confirmatorios de detección de la enfermedad, como mamografías, colposcopías y exámenes especializados. Por otra parte, en el tercer nivel de atención se brindan los servicios de tratamiento y de diagnóstico para los casos de mayor complejidad; dependiendo de los recursos disponibles en los hospitales y de las características del cáncer, los pacientes son tratados en los hospitales de tercer nivel de la Red Pública de Salud o son referidos a Solca.

A pesar de que la Dirección de Hospitales y la Dirección de Normatización señalan que no existen dificultades en el tratamiento del cáncer debido a que las enfermedades catastróficas tienen prioridad en el sistema nacional de salud para su manejo y tratamiento, el Director de Primer Nivel de Atención, indica que inevitablemente existen dificultades para referir a los pacientes en los que se detectó el cáncer a los servicios de diagnóstico y tratamiento, debido al costo del tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con esta patología. Al ser tan costoso el tratamiento se convierte en un nudo crítico la implementación de servicios que puedan cubrir las necesidades en su totalidad; en el país los seguros juegan con los servicios oncológicos, cubriendo el tratamiento de la enfermedad hasta cierto nivel o aduciendo enfermedades preexistentes para evitar la cobertura. Por lo tanto el Ministerio hace grandes esfuerzos por implementar los servicios pero en el sistema de salud público inevitablemente la demanda es sumamente superior a la oferta, fenómeno que se evidencia a nivel mundial ya que el cáncer se ha

convertido en un importante problema de salud, especialmente en los países donde las pirámides poblacionales se están invirtiendo, la población es cada vez mayor y el tratamiento de sus enfermedades es más costoso. En este sentido, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica señala que el tiempo requerido para ser referidos a tratamiento una vez detectada la enfermedad es en promedio de seis semanas por paciente a partir del diagnóstico y es lo que se procura, no obstante, actualmente por el estado del sistema de salud el proceso puede tardar más de lo establecido.

El Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo indica que el hospital tiene diferentes vías de captación de pacientes, la primera se realiza directamente a través de la Red Nacional de Salud, por medio de la web, consiste en mandar directamente a la coordinación de la red nacional del hospital, la cual se responsabiliza de analizar la información y enviar a estadística para que puedan proporcionar un turno al paciente, pero esta opción requiere demasiado tiempo para efectuarse; la segunda vía consiste en que los pacientes asistan al hospital directamente con los resultados de la biopsia y con la transferencia de los subcentros de salud o del segundo nivel, al que pertenece el Hospital Pablo Arturo Suarez y cuando el Jefe de Oncología encuentra un diagnóstico histológico positivo entrega el turno al paciente; la tercera vía consiste en compartir información sobre las características del paciente y su diagnóstico entre colegas a través del envío de la ficha del paciente; y, la última vía consiste en que otros servicios diagnostiquen el cáncer y realicen una interconsulta dentro del hospital.

Según la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, con el objetivo de efectuar el seguimiento, una vez conformado el equipo de trabajo se realiza el registro y los exámenes de los pacientes, posteriormente se obtienen los resultados y existe una persona encargada de realizar una llamada a todos los pacientes que tuvieron un resultado positivo para indicarles el proceso a seguir para continuar con el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Para facilitar el seguimiento de los pacientes el Ministerio se encuentra elaborando la historia clínica electrónica y un software que facilite información sobre la fecha de control de los pacientes y verificar si asistieron a la siguiente consulta, en el caso de que este no asista conocer los motivos por los que no lo hizo e incentivarlos a continuar con los exámenes, pero por el momento el seguimiento se lo realiza mediante llamadas telefónicas de personal.

De acuerdo con la Dirección Nacional de Hospitales, el Sistema de Salud Público cuenta con sistemas de evaluación y monitoreo de los servicios, e incluye en todos un control de calidad, no es posible prestar servicios oncológicos sin contar con estándares de calidad y se toman en cuenta estos estándares dentro de las acreditaciones a centros de atención privada. Según el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo, en el Hospital el monitoreo de los pacientes se realiza por medio de tomografías para conocer si el tratamiento tiene resultados sobre la salud del paciente, y en lo referente al control de calidad se repiten los exámenes en los que se considera que se pudo cometer un error, se remite a los pacientes a realizarlos en otras instituciones de salud, o se los complementa con otros exámenes de diagnóstico.

Según la Dirección Nacional de Hospitales y el Hospital Eugenio Espejo, en lo referente al asesoramiento apropiado que se debe ofrecer a los pacientes y familiares para ayudarles a sobrellevar este proceso, como se vio anteriormente, se forman equipos multidisciplinarios conformados por

oncólogos, enfermeros y psicólogos, los cuales facilitan el acompañamiento del paciente y le crean adherencia al tratamiento. La Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control señala que el tratamiento que se ofrece es integral y multidisciplinario para darle al paciente su respectivo asesoramiento y que cuente con atención psicológica, además, se crean espacios para que el grupo de pacientes tenga apoyo para continuar con su tratamiento; asimismo, se cuenta con manuales de información sobre el asesoramiento al paciente y a la familia.

4.3 Eficiencia en la asignación de los programas de diagnóstico y tratamiento

Según la “Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos” la eficiencia en la asignación de los programas de diagnóstico y tratamiento se evalúa mediante el análisis de la elección de intervenciones de diagnóstico y tratamiento más costoefectivas y asequibles para la población (OMS, 2007). De acuerdo con las Direcciones Nacionales de Vigilancia Epidemiológica y de Estrategias de Prevención y Control, en el Ecuador, las intervenciones de diagnóstico y tratamiento que se ponen en práctica son consideradas las más costoefectivas, no obstante, debido a la insuficiencia de equipos, las pruebas de diagnóstico no se realizan de manera oportuna en todos los casos. En el Hospital Eugenio Espejo se intenta que se realicen los exámenes en un máximo de dos semanas pero generalmente se demora un mes o un mes y medio, lo cual reduce la accesibilidad de las intervenciones por parte de la población objetivo.

4.4 Seguridad del Paciente

Según la Organización Mundial de la Salud los pacientes sufren daños todos los días en el proceso de atención de la salud, por lo tanto, la seguridad del paciente se consigue al evitar o reducir los efectos adversos y las lesiones asociadas a los tratamientos. La evaluación de la seguridad de las intervenciones de diagnóstico y tratamiento requiere el conocimiento de cuántos pacientes experimentan errores médicos o sufren lesiones relacionadas con el tratamiento y las medidas que se toman para garantizar la seguridad del paciente (OMS, 2007).

El Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo afirma que miles de pacientes sufren daños asociados a la prestación del servicio pero no todos son consecuencia de malas prácticas médicas debido a que existen efectos adversos, colaterales o de sensibilidad que dependen de cada persona y no pueden evitarse debido a que para conocer la reacción del paciente ante un medicamento se requiere su exposición a éste. En el hospital se trata de manejar de la mejor manera la situación en la que las toxicidades de la quimioterapia o la cirugía puedan afectar al paciente, se manejan protocolos para evitar esto y proporcionar una mayor seguridad al paciente.

Por otra parte, según la Dirección Nacional de Normatización, en el Ministerio de Salud Pública se indica que en la actualidad con la aprobación del Código Integral Penal, los errores médicos son penalizados y se han realizado acciones por mejorar la seguridad del paciente. Los establecimientos de

salud cuentan con un Comité de Bioética y con auditorías médicas para garantizar la seguridad del paciente y evitar eventualidades; el proceso continuo de auditoría de la calidad permite identificar errores médicos, diagnósticos o terapéuticos y cuando se produce una alerta de un problema con un paciente oncológico el equipo de calidad se enfoca en el caso.

5. Cuidados Paliativos

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), los cuidados paliativos cumplen con el objetivo de mejorar la calidad de vida mediante el alivio del dolor y los síntomas de aquellos pacientes que padecen una enfermedad potencialmente mortal. En el caso del cáncer aproximadamente el 80% de los pacientes requieren servicios de alivio del dolor al final de sus vidas; a pesar de la importancia de los cuidados paliativos durante el tratamiento de las enfermedades progresivas, a nivel mundial apenas el 14% de las personas que requieren estos servicios los reciben. Como se señaló en el primer capítulo, los cuidados paliativos son indispensables en un programa de control del cáncer eficiente debido a que evita la realización de tratamientos inútiles y gastos innecesarios, que no mejoran la sobrevida del paciente y que podrían utilizarse en pacientes con un cáncer que puede ser curado o puede aumentar considerablemente su sobrevida. Sin embargo, las principales dificultades radican en que los sistemas de salud no le otorgan la suficiente importancia a la asistencia paliativa en la generación de políticas, a la escasa formación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos y al insuficiente acceso de la población a medicamentos opiáceos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (2007), menciona que el desarrollo de un plan de cuidados paliativos requiere la comprensión del contexto en el que se desarrolla mediante el reconocimiento de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Entre las fortalezas del plan de cuidados paliativos se encuentra la mejora de la calidad de vida de los pacientes especialmente después de la implementación de una política de cuidados paliativos mediante la generación de dos guías orientadas a mejorar los servicios, en este sentido, hay buena voluntad política para fortalecer dichos servicios a nivel ministerial. Asimismo, en la actualidad se cuenta con numerosos profesionales sensibilizados en la importancia del servicio de alivio del dolor que trabajan por mejorar la atención.

Por otra parte, entre las debilidades se encuentran los bajos niveles de adherencia a los cuidados paliativos, que son comprendidos únicamente como manejo del dolor y no de manera integral. Adicionalmente, existen pocos establecimientos que tienen los recursos necesarios, el personal calificado y un stock de morfina requerido para brindar el servicio, y cuando éstos están disponibles no son suficientes para realizar una rotación. En el Hospital Eugenio Espejo se considera que se puede mejorar la atención de cuidados paliativos en el primer nivel de atención para que los pacientes puedan recibir su tratamiento sin necesidad de asistir a un hospital de tercer nivel. Entre las oportunidades, existen muchas empresas farmacéuticas que ofrecen traer nuevos productos, lo cual puede ampliar la gama de posibilidades y existen profesionales interesados en adquirir una especialización en cuidados paliativos. Mientras que las amenazas son la situación económica del país y el elevado costo de los insumos y medicamentos que se usan en estos procedimientos.

De acuerdo con la Dirección Nacional de Normatización, en el Ecuador, con la inclusión del tratamiento de las enfermedades catastróficas en la Ley Orgánica de Salud, una vez que se diagnostica la enfermedad se procura completar el protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, sin embargo, los pacientes tienen el derecho de rechazar los servicios que se les ofrece frente a su condición, por lo cual los pacientes pueden recibir servicios de cuidados paliativos de acuerdo a su voluntad. Sin embargo, según la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, en el país existen varios establecimientos que no cuentan con la implementación del plan de cuidados paliativos, por lo tanto, los servicios se ofrecen mediante visitas domiciliarias o se refiere a los pacientes a aquellos centros que proveen estos servicios o instituciones como Solca que cuentan también con el servicio de manejo del dolor.

Según Jana Bobokova, responsable del servicio de cuidados paliativos que se brinda a los pacientes oncológicos en el Hospital Eugenio Espejo, los cuidados paliativos son cuidados sintomáticos que procuran aliviar las molestias derivadas de diversas enfermedades, entre ellas el cáncer, los oncólogos además de tratar la enfermedad deben realizar un tratamiento de los síntomas desde el inicio de la enfermedad según la sintomatología del paciente. Actualmente a nivel del Ministerio de Salud se ofrecen cuidados paliativos, en Quito se cuenta con aproximadamente quince camas destinadas a brindar este servicio en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor y se está considerando la construcción de un centro con un mayor número de camas; de acuerdo con la experta en cuidados paliativos, cada hospital tanto de segundo como de tercer nivel debe contar con una persona responsable de prestar el servicio con una formación o capacitación en el tema, ya que no necesariamente se requieren médicos especialistas.

En lo referente a la organización de los cuidados paliativos, en este momento se procura implementar los servicios de cuidados paliativos en el primer nivel de atención con ayuda de la Dirección Nacional de Discapacidades del MSP, se están armando los servicios de cuidados paliativos para que se realicen visitas domiciliarias, no obstante, uno de los problemas asociados a la implementación del servicios es la existencia de una brecha de talento humano para cubrir la magnitud de la demanda. De acuerdo con el Director Nacional de Primer Nivel de Atención, en el ámbito hospitalario el manejo de los cuidados paliativos es menos complejo debido a que la población está cautiva y controlada, pero en el primer nivel la población los pacientes se encuentra dispersa y se debe realizar esfuerzos en el traslado del personal, en este sentido, en mencionado nivel de atención se están instaurando los cuidados paliativos y existe una política teórica pero no se encuentra implementada. De la misma manera, la Directora Nacional de Hospitales afirma que en general en el segundo nivel de atención no se ofrecen servicios de cuidados paliativos, únicamente el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor tiene un espacio asignado a los cuidados paliativos pero muchas veces estos no requieren un hospital para ofrecerse ya que pueden brindarse domiciliariamente pero el principal obstáculo es la insuficiencia del personal calificado en cuidados paliativos aun cuando la formación en este campo debe realizarse durante la educación superior.

En el Hospital Eugenio Espejo se ofrecen los servicios de cuidados paliativos a pesar de que no existe una unidad específica en este aspecto, sin embargo, no se presta atención durante el duelo a los familiares porque el volumen de pacientes en el tercer nivel de atención no lo permite, y no se cuenta con el dato

exacto sobre el porcentaje de pacientes de cuidados paliativos que abarca con los servicios de cuidados paliativos. El Jefe de Oncología menciona que los cuidados paliativos deben ofrecerse a los pacientes desde el inicio del diagnóstico pero lamentablemente no ocurre de esta manera, por lo general se brindan a los pacientes con un estadio avanzado con metástasis o mucho dolor, para los cuales estos servicios son accesibles.

Los servicios de cuidados paliativos y de detección temprana del cáncer se encuentran vinculados al tratamiento del cáncer, es importante señalar que los cuidados paliativos no se requieren únicamente en el tercer nivel de atención durante el tratamiento sino que es indispensable brindarlos a través de todos los niveles de atención. El Ministerio de Salud Pública realiza la continuidad de los cuidados paliativos mediante el sistema de referencia y contra referencia, y el personal del primer nivel de atención brinda este servicio a los pacientes que hayan sido dados de alta o en los que el tratamiento ya no surta efecto sobre su salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

De acuerdo con el Director Nacional de Primer Nivel de Atención, el personal que trabaja en el área de cuidados paliativos es insuficiente, lo cual impide la continuidad en los servicios de cuidados paliativos. Sin embargo, en el Hospital Eugenio Espejo se menciona que numerosos establecimientos públicos y privados organizan cursos de capacitación en cuidados paliativos, debido a la Senecyt y a la importancia que le otorga a los pénsums de pregrado y posgrado, los profesionales de la salud como oncólogos, médicos familiares, entre otros, deben tener por obligación una formación en cuidados paliativos.

Los servicios de cuidados paliativos ofrecidos por el Ministerio cuentan con una evaluación de la calidad, sin embargo, no existe un sistema de información que permita realizar un monitoreo de estos servicios ni se posee un registro del número de personas que los reciben. Su financiamiento depende de cada establecimiento y de la proporción de recursos que se direcciona a estas intervenciones esta dado en función de las necesidades, sin embargo, de acuerdo con las entrevistas todavía se debe trabajar en la eficacia y la eficiencia de las actividades de cuidados paliativos.

En lo referente a la accesibilidad de los medicamentos, actualmente, la ley garantiza la provisión de fármacos de manera gratuita por dosificaciones, tipo de estadiaje, patologías y edad del paciente, por lo cual se intenta precautelar su existencia en las instituciones de salud del Ministerio para el tratamiento de los síntomas, no obstante, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención afirma que no se consideraba el cuidado paliativo en los centros y subcentros de salud antes del 2014, año en el que el Ministerio generó dos guías de práctica clínica de cuidados paliativos para los prestadores de atención sanitaria y para los ciudadanos, por lo cual no se contaba con un stock de medicamentos opiáceos durante el periodo de estudio. Actualmente se cuenta con una lista de medicamentos esenciales que incluyen la morfina en el cuadro básico y no hay restricciones en la adquisición de medicamentos opiáceos, pero si hay un control minucioso al tratarse de sustancias que pueden ser mal utilizadas.

Finalmente, en el Hospital Eugenio Espejo se cuenta con las medicinas para ofrecer atención a todos, sin embargo, en ocasiones los pacientes necesitan una rotación de medicamentos que no es posible debido a que no se cuenta con la variedad de medicamentos suficiente para realizarla. En el país no se

posee morfina oral, se cuenta con oxicodona y la morfina inyectable se obtiene por temporadas pero todos los medicamentos se agotan e impide la sostenibilidad del servicio. La institución cuenta con un semáforo de luces que genera una alerta de agotamiento para iniciar la petición de medicinas con el objetivo de asegurar la disponibilidad de fármacos, pero existen periodos en los que las medicinas pueden escasear debido a la falta de recursos del Estado, la inexistencia del stock por parte de las farmacéuticas o un problema burocrático.

A continuación se exponen las principales conclusiones respecto a la eficiencia de los servicios que presta la Red Pública de la Salud a las personas con cáncer a través de los diferentes ámbitos analizados previamente. En lo concerniente a la planificación en el control del cáncer, la inexistencia de un plan nacional del control del cáncer impide alcanzar la eficiencia que se busca en la prestación de los servicios a las personas con cáncer debido a que se impide el establecimiento de prioridades y los esfuerzos realizados por las distintas organizaciones se realizan desorganizadamente, lo cual dificulta el cumplimiento de objetivos e impide la obtención de los mejores resultados para la salud de la población. Por otra parte, en el ámbito de la prevención, a pesar de que se han realizado varias intervenciones que han demostrado su efectividad, la eficiencia de los programas se encuentra afectada por la falta de estudios a nivel nacional que realicen un seguimiento de los factores de riesgo o evaluaciones de las políticas implementadas, las cuales permitirían conocer las intervenciones que resulten ser más efectivas para la población y la carga del cáncer que podrían evitar. A pesar de que las intervenciones se encuentran integradas eficientemente a la prevención de otras enfermedades crónicas y se cuenta con infraestructura y personal en el primer nivel de atención para ofrecer el servicio, existen dificultades en la capacitación de los profesionales médicos debido a que éstos no reciben una formación adecuada en términos preventivos durante su formación en las instituciones de educación superior.

En lo referente a la detección temprana, la eficiencia de los programas requiere su direccionamiento a un grupo objetivo correcto, sin embargo, las intervenciones del cáncer cervicouterino y gástrico se dirigen a una población inadecuada, ya que los exámenes de Papanicolaou deben realizarse a una población de mujeres con edad superior a los veinticinco años y las intervenciones de cáncer gástrico deben dirigirse a informar a la población sobre sus síntomas para una detección más oportuna; la frecuencia de las intervenciones no se encuentra determinada y no se tiene información al respecto debido a problemas en el registro, lo cual dificulta el seguimiento de los pacientes y reduce la eficiencia técnica de las intervenciones. Debido a la saturación del sistema se puede afirmar que las instalaciones se usan plenamente, sin embargo, los recursos son insuficientes para atender la gran demanda de servicios a nivel nacional aun cuando se han realizado esfuerzos por brindar al personal los equipos e instrumentos necesarios para la intervención. Las instituciones cuentan con profesionales de la salud capacitados para trabajar de manera adecuada, sin embargo, el personal será insuficiente para la implementación de la estrategia en la que se propone el uso de nuevas tecnologías para las que se cuenta con los equipos pero no el talento humano requerido. Adicionalmente, la información disponible no se utiliza completamente debido a que el sistema de registro es realizado por cada establecimiento o distrito y no se cuenta con información a nivel nacional sobre el número de personas que han participado en las intervenciones o en las capacitaciones realizadas, sin embargo, la generación de un boletín mensual o trimestral de enfermedades catastróficas propuesta por el Ministerio así como la generación del sistema informático de la “historia clínica única”, permitirían un mejor uso de la información por parte del Ministerio y de los profesionales de la salud.

Por otra parte, la asignación de recursos dentro del programa de detección temprana se realiza mediante la implementación de las intervenciones cuya efectividad a nivel mundial ha sido demostrada con el objetivo de obtener los mejores resultados, sin embargo, a pesar de que una mayor asignación de los recursos al programa de detección temprana podría producir mejores resultados que la asignación actual, esta debe realizarse progresivamente. Con el objetivo de desarrollar el rendimiento del personal se han realizado capacitaciones sobre detección temprana a los trabajadores sanitarios y se ha propuesto el fortalecimiento del primer nivel de atención pero no ha sido posible dadas las condiciones actuales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), la continuidad del tratamiento posterior a la detección del cáncer es necesaria en un programa de detección temprana eficiente, debido a que el diagnóstico de la enfermedad por sí mismo no incrementa la vida del paciente ni mejora su calidad de vida, en este aspecto, en el país se han evidenciado obstáculos en su cumplimiento debido a la saturación del sistema, los altos costos que implica el tratamiento de la enfermedad, las deficiencias de infraestructura y personal especializado; por lo tanto, las intervenciones de detección temprana son ineficientes desde el punto de vista de la eficiencia productiva. Finalmente, a pesar de que se tiene información sobre las intervenciones que han demostrado ser eficaces y efectivas internacionalmente, el plan de detección temprana instaurado en el Ecuador es considerando ineficiente en la asignación desde la perspectiva de que no se conoce la costoefectividad de las intervenciones a nivel nacional y no se cuenta con estudios sobre la costoefectividad de la prevención en comparación con los tipos de detección temprana.

En lo referente al diagnóstico y tratamiento del cáncer, el logro de la eficiencia requiere la priorización del tratamiento de ciertos tipos de cáncer con posibilidades de curación, sin embargo, en el Ecuador los recursos estarían siendo utilizados ineficientemente, debido a que no se establece un grupo objetivo para el inicio del tratamiento fundamentado en el incremento de su sobrevivencia, los servicios se ofrecen de manera equitativa para todos los pacientes y se realizan esfuerzos por reducir los tiempos de espera de las personas cuya enfermedad se encuentra en una etapa más avanzada en lugar de reducirlos en los cánceres con mayor potencial de curación. En todos los hospitales donde se prestan servicios de tratamiento del cáncer se utilizan guías de práctica clínica nacionales e internacionales y se utilizan procesos conservadores recomendados en lugar de unos más invasivos, adicionalmente se cuenta con personal capacitado para brindar apoyo a los pacientes con cáncer y sus familiares además de crear adherencia de los pacientes a los tratamientos, sin embargo, el Ministerio enfrenta una insuficiencia de profesionales especializados. En lo referente a los equipos de los establecimientos que están bajo la rectoría del Ministerio, existen deficiencias para cubrir la demanda, una muestra de aquello es que no poseen equipos de radioterapia, sin embargo el Hospital Carlos Andrade Marín perteneciente al IESS, el cual es parte de la Red Pública de Salud, se encuentra en capacidad de prestar servicios de radioterapia e incluso de medicina nuclear, sin embargo, no se pudo obtener información al respecto en este estudio.

La Organización Mundial de la Salud (2007) señala que un criterio para cumplir con eficiencia productiva en el tratamiento del cáncer es la reasignación de recursos a los pacientes que poseen un cáncer curable o a aquellos que reciben menos atención de la población objetivo, sin embargo, en el Ecuador no se han realizado asignaciones en estos aspectos y la atención se proporciona de manera equitativa. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), la continuidad del tratamiento posterior a la detección del cáncer debe realizarse en el segundo y tercer nivel de atención, sin embargo debido a las deficiencias de personal y equipamientos en el sector público el servicio se proporciona únicamente en el tercer nivel de atención, lo cual crea una saturación de los hospitales destinados a

atender los casos de mayor complejidad en el manejo del cáncer. El segundo nivel de atención no ofrece servicios oncológicos debido a que no cuentan con un equipo multidisciplinario para tratar el cáncer, tal es el caso del Hospital Pablo Arturo Suarez que cuenta con un médico oncólogo dedicado a ofrecer servicios de diagnóstico, lo cual contribuye a la saturación de los servicios en el tercer nivel y dificulta el cumplimiento del protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, generando retrasos en la atención. Asimismo, la falta de recursos para la satisfacción de la demanda y la atención de los pacientes que requieren un tratamiento complejo conlleva a la necesidad de requerir apoyo de Solca; por otra parte, las dificultades en el tratamiento se deben a sus altos costos. Las intervenciones de diagnóstico y tratamiento que se efectúan son consideradas las más costoefectivas, no obstante, debido a la insuficiencia de equipos, las pruebas de diagnóstico no se realizan de manera oportuna en todos los casos, lo cual afecta la eficiencia en la asignación del tratamiento.

Para finalizar, en lo concerniente a los cuidados paliativos, los servicios ofrecidos por la Red Pública de Salud en el periodo 2008- 2013 no pueden ser considerados eficientes ya que no existía una política pública sobre medicina paliativa, las guías generadas por el Ministerio de Salud Pública fueron publicadas en el año 2014 e incluso en la actualidad se considera que en el segundo y tercer nivel de atención la política teórica no se encuentra implementada. En este sentido, los servicios de cuidados paliativos se brindan principalmente en el tercer nivel de atención, lo cual reduce su accesibilidad por parte de la población que requiere alivio de los síntomas del cáncer. Por consiguiente, la falta de una política y su implementación han dificultado la formación de personal capacitado y el abastecimiento de medicamentos requeridos por lo cual existe actualmente un déficit en estos aspectos.

La tabla Nro. 10 muestra los criterios utilizados en esta investigación con el objetivo de analizar la eficiencia de los servicios de salud prestados por la Red Pública de Salud a las personas con cáncer y sus resultados. Los criterios se desprenden de los módulos de planificación, prevención, detección temprana y cuidados paliativos de las Guías de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos de control del cáncer (2007) y los resultados han sido obtenidos de la información obtenida por medio de las entrevistas realizadas. Conforme se desprende del cuadro que se encuentra a continuación se colige que las intervenciones realizadas en el control del cáncer en el Ecuador no cumplen los criterios de eficiencia.

Tabla Nro. 10: Criterios de eficiencia del control del cáncer de la OMS		
Ámbito	Criterio de Eficiencia	Cumplimiento
Planificación	Existencia de un plan nacional que incluya: <ul style="list-style-type: none"> - ámbito, nivel de actualidad y accesibilidad - involucramiento de las partes interesadas - inclusión de secciones críticas del plan - amplitud y prioridades - integración con otros planes de otras enfermedades crónicas - utilidad del plan 	No cumple
Prevención	Análisis de la población Seguimiento de los factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> - carga del cáncer atribuible a los factores de riesgo - proporción del cáncer que se puede evitar Adecuada infraestructura y recursos Estudio del impacto de las políticas implementadas Aceptabilidad social, económica y política Grupo poblacional objeto de las intervenciones Intervenciones de sensibilización	No cumple
Detección Temprana	Eficiencia Técnica Grupos objetivo de intervención correctos Frecuencia indicada de las intervenciones Entrenamiento adecuado del personal Equipamiento adecuado en las pruebas Instalaciones y equipos usados plenamente Información disponible utilizada en su totalidad (Si se cumple con todos los criterios es eficiente)	No cumple No cumple Cumple Cumple Cumple No cumple
	Eficiencia productiva La no existencia de una mejor reasignación de recursos Completar el protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes detectados Desarrollo y mantenimiento del rendimiento del personal Monitoreo de las pruebas y aseguramiento de la calidad (Si se cumple con todos los criterios es eficiente)	No cumple No cumple Cumple Cumple
	Eficiencia en la asignación Conocimiento de las intervenciones más costoeficaces Conocimiento de la costoeficacia de la prevención en comparación con el diagnóstico temprano del cáncer Conocimiento de la costoefectividad de la prevención en comparación con el tamizaje del cáncer (Si conoce esta información, la planificación programa es eficiente)	Cumple No cumple No cumple

Diagnóstico y tratamiento	Eficiencia técnica Grupos objetivo de intervención correctos Cantidad de sobretratamiento insignificante Personal adecuadamente formado Equipamiento adecuado en el tratamiento Instalaciones y suministros usados plenamente Uso de toda la información disponible Ayuda a los pacientes a seguir el tratamiento (Si se cumple con todos los criterios es eficiente)	No cumple Cumple Cumple No cumple Cumple Cumple Cumple
	Eficiencia productiva Reasignación de recursos a pacientes con cáncer curable Redistribución de recursos a grupos con menor atención Completar el protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con síntomas Desarrollo y mantenimiento del rendimiento del personal Aseguramiento de la calidad del diagnóstico y tratamiento Asesoramiento apropiado de los pacientes y familiares (Si se cumple con todos los criterios es eficiente)	No cumple No cumple No cumple Cumple Cumple Cumple
	Eficiencia en la asignación Elección de las intervenciones más costoeficaces y asequibles para la población Elección de las intervenciones de cuidados paliativos y de prevención del cáncer más costoeficaces y asequibles para la población (Si se cumple con todos los criterios es eficiente)	Cumple No cumple
Cuidados paliativos	Distribución de los servicios a través de los niveles de atención para los pacientes con cáncer avanzado Servicios de atención durante el duelo Porcentaje de cobertura de los pacientes con cáncer Accesibilidad para la población objetivo Medicamentos accesibles para el alivio del dolor Competencias apropiadas del personal Continuidad del servicio Existencia de sistemas de información que faciliten el monitoreo y la evaluación Existencia de directrices sobre el manejo del dolor Lista de medicamentos esenciales que incluya la morfina oral Sistema de registro de las personas con necesidad de cuidados paliativos	No cumple No cumple No cumple No cumple Cumple Cumple No cumple No cumple No Cumple No Cumple No cumple

Fuente: Organización Mundial de la Salud [OMS]. Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos de control del cáncer, 2007

Elaboración: Najwa Jalkh

El presente capítulo abordó los principales obstáculos que enfrenta el sistema público de salud para ofrecer un servicio eficiente a través de los distintos componentes de manejo del cáncer, se identificó que la principal dificultad radica en la falta de un plan nacional que permita organizar los esfuerzos por combatir la enfermedad utilizando los recursos de la manera más eficiente y obtener los mejores beneficios en la salud de las personas. En lo concerniente a la prevención, las intervenciones no han sido propuestas con base en un análisis de la población y el estudio de los factores de riesgo a nivel nacional.

En lo referente a la detección temprana, la principal dificultad se encuentra en el desconocimiento de la población sobre la importancia de los chequeos preventivos para detectar y tratar la enfermedad oportunamente, por lo tanto, la efectividad de todos los programas de detección que son implementados se encuentra limitada en gran medida por la falta de conciencia de la población. En este sentido, debido a la falta de programas de tamizaje y seguimiento orientados a una población específica en el país, los servicios de detección temprana podrían brindarse únicamente a la población que es consciente de la importancia de estos exámenes y de su continuidad a través del tiempo, así como la población que tiene un conocimiento de los síntomas de la enfermedad y el proceso que se debe seguir para recibir la atención correspondiente. Por otra parte, existen otros factores inherentes al sistema de salud que reducen la eficiencia de las intervenciones, entre ellos se encuentran la elección de una población inadecuada para direccionar las intervenciones, la insuficiencia de recursos físicos y humanos para atender una demanda de tal magnitud, deficiencias en los registros de pacientes que restringen la disponibilidad de información requerida en la toma de decisiones, los tiempos de espera inadecuados dada la saturación del sistema de salud, el desconocimiento de la efectividad de las intervenciones en la población ecuatoriana y el impedimento para asignar una mayor cantidad de recursos a la detección temprana debido al requerimiento de éstos en el tratamiento de los pacientes con cáncer.

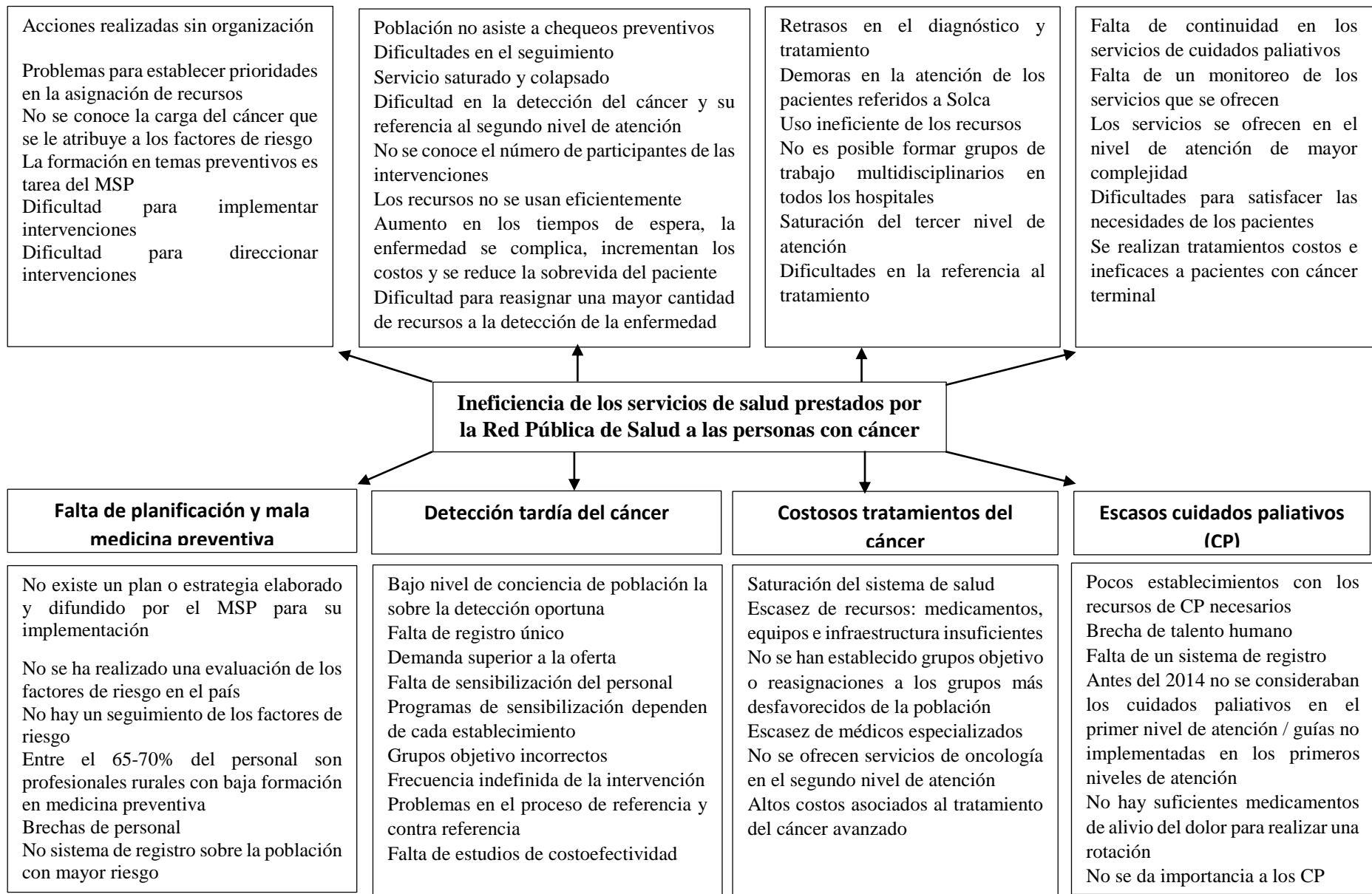
En cuanto al diagnóstico y tratamiento, la eficiencia se encuentra afectada por los altos costos de los procedimientos terapéuticos y los medicamentos, la falta del establecimiento de grupos objetivo con base en su sobrevida y la falta de reasignación de recursos a éstos grupos, la insuficiencia de personal médico especializado para tratar el cáncer, la deficiencia de equipos de diagnóstico y radioterapia en los hospitales de tercer nivel y la inexistencia de equipos de quimioterapia en el segundo nivel de atención, lo cual conduce a la saturación del sistema y retrasos en la atención de los pacientes. Finalmente, la inexistencia de un servicio de cuidados paliativos, la falta de personal médico con conocimientos de medicina paliativa, la insuficiencia de medicamentos opioides en los hospitales de tercer nivel y la falta de un stock de éstos en los demás niveles de atención demuestran la ineficiencia del sistema, ya que la manera más eficiente de manejar el cáncer consiste en integrar los cuidados paliativos al tratamiento para evitar el uso de recursos curativos en pacientes cuya sobrevida no incrementa con las intervenciones terapéuticas. Este capítulo nos permite conocer el contexto en el cual se deben establecer estrategias contra el cáncer para abordar los obstáculos que plantea su manejo desde la prevención hasta los cuidados paliativos, y poner en marcha programas efectivos y eficientes que mejoren la calidad de vida de los pacientes ante los recursos disponibles.

Capítulo III

Ejes de acción para mejorar los servicios de salud prestados a los pacientes con cáncer en el Ecuador

Como se evidenció en el capítulo previo, en el Ecuador las intervenciones de control del cáncer se han centrado en el tratamiento de la enfermedad aun cuando las actividades de prevención y detección temprana resultan ser menos costosas y ser más efectivas sobre la salud de la población. Si bien es cierto que el Ministerio de Salud Pública ha realizado grandes esfuerzos por fortalecer el primer nivel de atención e incluir los cuidados paliativos en los servicios que ofrece, todavía se perciben dificultades en la vinculación del diagnóstico temprano con el tratamiento y los cuidados paliativos debido a la insuficiencia de recursos y personal médico calificado; asimismo, no se ha podido crear en la población una conciencia sobre la importancia de la prevención frente a los principales factores de riesgo y los controles preventivos en los centros de salud para la detección oportuna de la enfermedad. No obstante, como se verá en este capítulo, existen varios lineamientos de política pública para mejorar los servicios prestados a las personas con cáncer, iniciando por la generación de un plan nacional que permita organizar y priorizar las intervenciones de control del cáncer para alcanzar mejores resultados en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer.

En este sentido, el presente capítulo inicia con la formulación de un árbol del problema donde se detallan las principales dificultades para alcanzar la eficiencia de los servicios que presta la Red Pública de Salud a las personas con cáncer, las cuales pudieron identificarse mediante el análisis de la eficiencia de los servicios oncológicos realizado en el segundo capítulo con el objetivo de establecer las bases sobre las cuales se desprenden los lineamientos.



1. Planificación

Uno de los principales problemas que se debe enfrentar para mejorar la eficiencia de los servicios prestados a las personas con cáncer en el Ecuador consiste en la falta de un plan nacional de control del cáncer, por lo tanto, resulta indispensable la formulación y socialización de un plan o de una estrategia que permita que las acciones se realicen organizadamente y se asigne de una mejor manera los recursos disponibles. En el proceso de planificación es indispensable considerar la realidad actual de la enfermedad, los objetivos que se desean alcanzar y las medidas necesarias para poder lograrlos; además, en la estructuración del plan es necesario tener en cuenta la importancia de la flexibilidad y la actualización permanente, para enfrentar situaciones imprevistas e introducir nuevas tecnologías y conocimientos. En este sentido, la construcción de un plan eficiente debe presentar una evaluación de la carga del cáncer y de las actuales acciones para su control, promover la participación de las partes interesadas (hacedores de política, profesionales de oncología, sobrevivientes de cáncer, entre otros), establecer objetivos y estrategias de intervención de corto, mediano y largo plazo, seleccionar los grupos objetivo de intervención, determinar un presupuesto realista que permita asignar los recursos para la ejecución del plan y contar con un sistema de monitoreo y evaluación para conocer los resultados y garantizar la mejora de los servicios (OMS, 2007:8-11).

Asimismo, resulta indispensable fijar objetivos que permitan alcanzar una meta común para poder plantear estrategias acorde a las necesidades de la población, en este aspecto, se debe realizar un análisis previo de las diferencias entre la situación actual y la situación esperada. Al momento de establecer intervenciones factibles se debe considerar los recursos físicos y humanos disponibles, así como los resultados de intervenciones que ya se han puesto en marcha e intervenciones que han tenido éxito en otros países cuando el entorno en que se han aplicado es similar. Para un mejor uso de los recursos disponibles en el control del cáncer es necesario analizar la costoefectividad de las intervenciones para conocer aquellas que pueden implementarse con el presupuesto disponible, aquellas que se pueden introducir posteriormente con una mayor cantidad de recursos y aquellas que no deben constar en el plan. Finalmente, la evaluación permite conocer si se están alcanzando los objetivos planteados en el plan, si las estrategias se están llevando a cabo y si se están consiguiendo los resultados deseables (OMS, 2007:34).

La OMS (2007) establece cuatro componentes básicos de control del cáncer: la prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, y los cuidados paliativos; los cuales permiten la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer, además del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Estos componentes constituyen los ejes para el incremento de la eficiencia del sistema ya que muchos cánceres se pueden prevenir, otros se pueden detectar en las primeras fases de su desarrollo para ser tratados y curados oportunamente, y en las etapas avanzadas se puede desacelerar su progresión y atenuar el sufrimiento que provocan (Cavalli, 2013). El oncólogo suizo Cavalli (2013), señala que en el control del cáncer la prevención primaria, el diagnóstico oportuno y el tratamiento constituyen los pilares, y la importancia de cada uno de ellos varía de acuerdo al tipo de cáncer, por ejemplo, en el caso del cáncer de pulmón la estrategia debe orientarse a la prevención ya que el éxito de la detección temprana y el tratamiento son limitados, mientras que para el caso del cáncer cervicouterino, cáncer de

seno y cáncer de estómago la detección temprana es fundamental para su cura o aumento significativo de la vida del paciente.

2. Prevención

La prevención primaria juega un rol trascendental en el control del cáncer, considerando que el incremento en la carga del cáncer y otras enfermedades crónicas en el país se encuentra asociado al comportamiento de la población respecto a diferentes factores de riesgo. Es necesario apuntar que hasta el momento no se conocen todos los factores de riesgo del cáncer, ya que al existir tantos tipos diferentes de tumores estos también tienen diferentes causas; la herencia es responsable de apenas un 5% de los casos de cáncer, mientras el otro 95% de los casos están asociados a otros factores o al triángulo de correlación entre los factores determinantes del desarrollo del tumor: herencia, comportamiento y factores medioambientales (Cavalli, 2012:20); por este motivo, numerosos autores consideran que el cáncer es una enfermedad que puede prevenirse en la mayoría de los casos y todos los países independientemente de su nivel de riqueza, pueden evitar la creciente carga económica y el sufrimiento de los pacientes mediante el fortalecimiento de un plan de prevención primaria. En este sentido, el enfoque de prevención cuenta con el mayor potencial para la promoción de la salud pública y constituye el método más económico de control del cáncer en el largo plazo debido a que sus intervenciones son costoefectivas y a que estas pueden integrarse a la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (2004: 25), las actividades de prevención del cáncer en las que se debe hacer hincapié son: el control del tabaco, un régimen alimentario saludable, la actividad física, la educación sanitaria en relación con los factores sexuales y reproductivos vinculados con el cáncer, entre otros. Asimismo, para el control del cáncer de mama, cuello uterino y estómago, los principales factores de riesgo sobre los que se puede intervenir son la obesidad, el consumo de alcohol y tabaco, y la exposición a agentes infecciosos como la *helicobacter pylori* y el virus de papiloma humano; según Cavalli (2013), al menos la mitad de los casos de cáncer tienen su origen en estos factores.

2.1 Medidas contra el consumo de tabaco y alcohol

Como se indicó anteriormente, el consumo de tabaco es causante de una variedad de tipos de cáncer y enfermedades crónicas no transmisibles. En virtud de lo cual, en el país resulta de vital importancia la realización de una evaluación del tabaco como factor de riesgo durante el proceso de planificación de la estrategia de prevención con el objetivo de establecer prioridades en la ejecución de intervenciones; para realizar esta evaluación se debe establecer los patrones del consumo de tabaco, identificar sus efectos en el país y es necesario evaluar el impacto de las políticas antitabáquicas; además, se requiere información sobre la prevalencia de su consumo, la morbilidad y la mortalidad asociados a ésta.

Con el objetivo de reducir el consumo de tabaco en la población, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) ha planteado varias intervenciones y políticas que al ponerse en marcha permiten disminuir las tasas de mortalidad por cáncer, entre ellas se encuentran el establecimiento de impuestos, las restricciones de comercialización, el etiquetado de los productos y la prohibición de fumar en lugares públicos (The Lancet, 2013); sin embargo, aun cuando en el Ecuador se han implementado numerosas políticas para reducir la exposición al humo del tabaco, todavía existen varias intervenciones que deben ponerse en marcha para reducir el consumo de tabaco en la población. Si bien, las leyes y los impuestos son consideradas las medidas más efectivas para reducir el consumo de tabaco, no se deben dejar de lado los programas de promoción de la salud, educación sanitaria y programas de abandono del hábito de fumar. Por esto, resulta indispensable realizar campañas informativas a través de los distintos medios de comunicación sobre los efectos nocivos y los riesgos del consumo de tabaco, los beneficios de dejar de fumar y las formas de evitar o superar el hábito de fumar, además de fortalecer el talento humano que permita el desarrollo e implementación de servicios que favorezcan el abandono del hábito tabáquico mediante la orientación y el asesoramiento médico.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2008), numerosos estudios han demostrado que en la región latinoamericana el consumo de tabaco es cada vez más común entre los jóvenes. Según The Lancet (2013), en varios de estos países la tasa de tabaquismo de los jóvenes entre los 13 y 15 años ha superado a la de los adultos. En este contexto, el papel que juega el incremento de los impuestos a los productos de tabaco es de gran importancia para reducir su consumo entre los jóvenes y otras personas cuyas compras dependen mucho del precio, debido a la alta elasticidad del precio. Una estrategia implementada por varios países, entre ellos España, con el objetivo de reducir el consumo de tabaco consiste en prohibir la venta de tabaco en unidades sueltas o cajetillas de menos de 20 cigarrillos, esta medida afectaría el consumo de la población más joven ya que éstos productos se vuelven menos asequibles al tener que desembolsar una suma mayor de dinero para adquirirlos (Asociación española contra el cáncer, 2016).

Otros lineamientos que se deben tener en cuenta en el ámbito de la política fiscal consisten en destinar los ingresos recaudados por los impuestos a los tabacos para financiar actividades del programa de control del tabaco o para otras actividades de salud pública y prohibir las importaciones de productos de tabaco por viajeros internacionales para su venta libre de impuestos. De esta manera, la Normativa sobre Control de Tabaco en Uruguay establece que es necesario obstaculizar las ventas libres de impuestos o derechos de aduana mediante prohibiciones y control, aplicar impuestos internos a los productos de tabaco vendidos en tiendas libres de impuestos o limitar la cantidad de productos de tabaco que los viajeros pueden adquirir (Echarte y González, 2015).

En lo referente al abandono del consumo de tabaco se requiere añadir números de teléfono gratuitos para ofrecer asistencia sanitaria a los fumadores que desean dejar el hábito en el etiquetado de los productos del tabaco, y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco hace hincapié en la importancia de implementar en el primer nivel de atención y en los centros de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco, además, se deben implementar programas nacionales y comunitarios de abandono del tabaco mediante el uso de terapias de sustitución de la nicotina. Adicionalmente, hace falta implementar estrategias educativas que

reduzcan la exposición al humo de segunda mano en el hogar como una medida de fortalecimiento de los entornos libres de humo y, en lo referente a la educación del público, es factible contratar o sensibilizar a los medios de comunicación para difundir los efectos perjudiciales del consumo de tabaco y la exposición a su humo.

En lo concerniente a la reducción del consumo de alcohol, en el país se han puesto en marcha políticas cuya efectividad ha sido demostrada, como el aumento de los precios mediante impuestos, el establecimiento de una edad mínima para comprar alcohol de manera legal y la fijación de horarios de expendio de bebidas alcohólicas. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud menciona que es indispensable sensibilizar a la población, especialmente a los jóvenes, sobre los perjuicios del consumo de alcohol según el género, garantizar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación por parte de las personas que consumen alcohol excesivamente e incorporar en la educación escolar la concientización sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol (OMS, 2007). En entornos donde existe una presión sustancial para iniciar o continuar con el consumo de alcohol y tabaco, es de vital importancia enseñar habilidades de resistencia social en la escuela como una técnica educativa para ayudar a los jóvenes de 10 a 15 años de edad a no contraer dichos hábitos (OMS, 2004: 28).

2.2 Medidas sobre el régimen alimenticio y actividad física

Otra forma de prevenir el cáncer consiste en modificar los hábitos alimenticios; la mala alimentación, la falta de ejercicio y la obesidad está relacionada a un 20% de los casos de cáncer en los países en desarrollo, por lo que el régimen alimenticio puede ser utilizado para prevenir la enfermedad y limitar la aparición de tumores (OMS, 2008). La ingesta de grasas ha sido vinculada a la aparición de algunos tipos de cáncer como el de esófago, mama, próstata, útero, ovario, colon y recto, mientras el consumo de frutas y verduras puede tener un efecto protector en el cáncer de cavidad bucal, esófago y estómago. De esta manera, una dieta saludable y la realización de actividad física pueden reducir en gran medida el riesgo de padecer cáncer, por lo tanto, las políticas y programas nacionales contra la obesidad deben ayudar a difundir información y brindar apoyo a las personas para que tiendan a adoptar estilos de vida saludables.

En Latinoamérica la obesidad es un problema que ha ganado importancia dentro de los últimos años, “como consecuencia de los entornos físicos y sociales que favorecen hábitos de vida poco saludables, incluyendo la inactividad física, el gran tamaño de las porciones de comida, y el aumento del consumo de alimentos elaborados ricos en calorías y bebidas azucaradas” (The Lancet, 2013). En este contexto, la Organización Mundial de la Salud recalca la importancia de las políticas públicas y los esfuerzos de promoción de la salud para generar conciencia sobre la magnitud del problema y motivar estilos de vida más saludables en la población, otorgando prioridad a la prevención de la obesidad en edades tempranas, ya que existen evidencias que demuestran la efectividad de las intervenciones sobre la dieta y la actividad física en la infancia (OMS, 2007:21). La relevancia de las intervenciones dirigidas a los niños radica en que los hábitos se forman en edades tempranas, por lo cual, es indispensable la adopción de programas educativos escolares sobre nutrición, la implementación de establecimientos saludables en las escuelas, impuestos y reformas en la publicidad de la comida chatarra (Mussini y Temporelli, 2013).

A pesar de que el etiquetado de los productos ha tenido un impacto positivo sobre los hábitos de consumo de la población ecuatoriana, todavía existen personas que continúan consumiendo productos que incorporan altos niveles de grasas, azúcar o sal debido a sus costumbres, en este sentido, es necesaria la promoción de programas educativos sobre la relación existente entre el sobrepeso y el cáncer, además de ofrecer asesoría en términos de actividad física y nutrición de manera gratuita en el primer nivel de atención, para lo cual es necesario reducir la brecha de nutricionistas que se encuentran trabajando en el primer nivel de atención o realizar capacitaciones en temas nutricionales al personal sanitario. La alimentación juega un rol importante en el desarrollo del cáncer de estómago, en este aspecto se requiere informar a la población sobre el peligro de utilizar algunos métodos de cocción y dar a conocer la mejor forma de preservar los alimentos; asimismo, se recomienda la promoción del consumo de frutas y verduras y se deben fomentar las alianzas público-privadas para asegurar la disponibilidad de alimentos sanos asequibles para la población, las alianzas deben contar con el apoyo de organizaciones no gubernamentales, la industria y los medios de comunicación (OMS, 2007:34). Por otra parte, adicional a la creación de espacios públicos destinados a actividades físicas y recreativas es indispensable la promoción de sistemas de transporte alternativo (caminata o bicicleta) en las zonas urbanas y el incremento del número de horas destinadas a la actividad física en las escuelas y colegios.

2.3 Medidas sobre las infecciones como causa del cáncer

Según la revista oncológica, *The Lancet* (2013), en Latinoamérica el 17% de los casos de cáncer tienen su origen en infecciones. El virus de papiloma humano (VPH) es el responsable del 99% de los casos de cáncer de cuello uterino; varios estudios han demostrado que en la región latinoamericana la vacunación contra el VPH es rentable para prevenir el cáncer cervicouterino pero existen limitaciones en su uso debido a su precio, por este motivo, la política pública debe direccionarse a su aplicación en las escuelas (*The Lancet*, 2013).

En la actualidad, las vacunas disponibles permiten la prevención de dos tipos de VPH, a las cuales se atribuye el 70% de los casos de cáncer cervicouterino (*American Cancer Society*, 2009), pero en la inclusión de esta vacuna como medida de prevención y la selección de los grupos objetivo, es necesario realizar un análisis de la epidemiología local, del contexto sociocultural y de las tasas de infección específicas por edad (OMS, 2007:22). A pesar de que la vacuna del VPH ha demostrado que provee una gran protección contra los tipos de VPH que provocan el mayor número de casos de cáncer, no se debe dejar de lado la importancia del fortalecimiento de programas educativos que provean información sobre las formas de evitar el contagio de la infección y de los programas públicos de tamizaje y detección temprana de células cancerígenas en el cuello uterino mediante el examen de Papanicolaou. Como medidas de prevención del VPH para evitar futuros casos de cáncer se deben adoptar programas de sensibilización que tengan por objetivo retrasar de la actividad sexual en los jóvenes, limitar el número de parejas sexuales y recibir la vacuna contra el VPH para reducir el riesgo de contraer el virus (*Sociedad Americana del Cáncer*, 2009).

En este sentido, en el Ecuador existen varios lineamientos de política orientados a la prevención primaria que pueden ser adoptados con el objetivo de cambiar los hábitos de las personas respecto a los principales factores de riesgo conocidos y modificables, lo cual tendrá un efecto sobre la incidencia y la

prevalencia de la enfermedad en el país en el mediano y largo plazo. Sin embargo, en lo referente al cáncer de origen hereditario, el levantamiento de la ficha familiar debe permitir la identificación de los grupos poblacionales con alto riesgo de padecer cáncer genéticamente con el objetivo de hacerlos partícipes de las campañas preventivas y las intervenciones frecuentes de detección temprana para detectar el cáncer cuando todavía sea considerado tratable.

Desde un punto de vista más general, como se evidenció anteriormente, una de las principales dificultades que se enfrenta en la puesta en marcha de un plan de prevención eficiente consiste en que en el Ecuador no se cuenta con estudios específicos los factores de riesgo conocidos y modificables y su contribución a la carga del cáncer existente. En este sentido, se requiere realizar una evaluación y un seguimiento en este ámbito con el objetivo de orientar las intervenciones de salud a los grupos de riesgo más importantes en cuanto a su edad, zona de residencia, etnia, entre otras, otorgar prioridades a las acciones encaminadas a combatir determinados hábitos de la sociedad y realizar una mejor asignación de recursos a los programas basados en evidencias científicas en un entorno donde los recursos son limitados.

En la implementación de políticas públicas de prevención eficaces es necesario establecer los factores determinantes del cáncer bajo criterios de edad, sexo, etnia y lugar de residencia habitual, ya que la eliminación o el cambio de la exposición a estos factores de riesgo resultarían en una reducción del riesgo de padecer cáncer. Borràs (2015) menciona que los esfuerzos de prevención de los tumores malignos deben ser distintivos para cada género, de manera que se adapten a las prevalencias y tendencias de cada tipo de cáncer entre hombres y mujeres. A pesar de que existen varios factores de riesgo compartidos, como los examinados anteriormente, el enfoque de género y edad siguen siendo importantes, tal es el caso del tabaquismo, en el que las motivaciones para fumar o abandonar el hábito pueden ser distintas entre géneros, y entre jóvenes y adultos.

Adicionalmente, en el Ecuador se observa cambios en la incidencia del cáncer a través de las diferentes regiones, además, los distintos tipos de cáncer afectan a la población ecuatoriana de una forma diferente de acuerdo a su etnia, en este sentido, es indispensable contar con información étnica en la morbilidad y mortalidad por cáncer con el objetivo de conocer su incidencia y estudiar el estilo de vida de estas poblaciones para identificar los principales factores de riesgo y direccionar de una mejor manera las estrategias de prevención de la enfermedad con base en las necesidades de cada grupo étnico. Del mismo modo, la identificación de las regiones que poseen una mayor incidencia de la enfermedad puede ayudar a direccionar las campañas e intervenciones preventivas a aquellas poblaciones que poseen menor información sobre las causas del cáncer.

En lo concerniente al talento humano necesario para poner en marcha las intervenciones de prevención desde los centros de salud, se evidenció que en el Ecuador existen dificultades para contar con el personal calificado en este aspecto dentro de los centros de salud dado que la mayoría de los profesionales pertenecientes al primer nivel de atención son profesionales rurales que han obtenido una escasa formación en el tema de prevención de las enfermedades durante sus estudios universitarios. Por

lo tanto, resulta indispensable el fortalecimiento del talento humano y la formación de los profesionales médicos en temas preventivos por parte las instituciones de educación superior, así como la reforma en los pénsums de los profesionales médicos que procura realizar el Ministerio de Salud Pública en colaboración con otras instituciones públicas.

Finalmente, a pesar de que es indispensable realizar un seguimiento de las políticas implementadas y sus resultados para conocer su efectividad sobre la población, es necesario ser conscientes de que el número de intervenciones que puede cambiar la carga del cáncer en el corto plazo es muy limitado, por ejemplo, los programas de eliminación del hábito tabáquico pueden tener como resultado una instantánea reducción del consumo de cigarrillos y una menor exposición al humo del tabaco por parte de los no fumadores, pero la morbilidad y mortalidad por los tipos de cáncer relacionados con su consumo no experimentará cambios inmediatamente. Los programas que logran una disminución del consumo de tabaco entre los jóvenes pueden mostrar sus significativos efectos sobre la carga del cáncer 40 años después de haber sido implementados; de la misma manera, los programas de detección temprana y los avances de la tecnología usada para el tratamiento del cáncer necesitan cinco años para mostrar sus mejoras en la supervivencia de los pacientes y diez años para reducir las tasas de mortalidad (OMS, 2007:27). Por otra parte, dado que dentro de los próximos años el país tendrá que enfrentar el reto de encontrar los recursos suficientes para tratar numerosos casos de cáncer diagnosticados, una estrategia de prevención adecuada puede permitir la reducción de la carga de mortalidad por cáncer en el tiempo mediante la reducción del riesgo de cáncer en la población y la orientación de estos recursos a la detección y tratamiento de la enfermedad con el propósito de atender la enfermedad de mejor manera.

3. Detección temprana

Después de la prevención primaria, la detección oportuna del cáncer constituye la mejor estrategia para aliviar la carga de la enfermedad, ya que permite interrumpir su desarrollo. Los avances que se realicen en la prevención primaria pueden reducir el riesgo de cáncer pero su efecto será perceptible en el largo plazo, por lo tanto, para mejorar el control del cáncer en el mediano y corto plazo es necesario el desarrollo de programas de diagnóstico precoz y tamizaje que permitirán curar numerosos pacientes con ciertos tipos de cáncer o prolongar sustancialmente su vida mediante el tratamiento oportuno de la enfermedad. El desarrollo de la detección temprana es sumamente importante en países con bajos recursos, ya que permite evitar grandes desembolsos de dinero relacionados al tratamiento de la enfermedad en una etapa avanzada y puede disminuir los gastos asociados a la oferta de servicios de cuidados paliativos que atenúan el dolor pero no influyen en la supervivencia del paciente, en otras palabras, un programa de detección temprana correctamente implementado aumentaría la sobrevivencia de los pacientes, mejoraría la calidad de vida y reduciría los costos asociados al tratamiento.

Según el módulo de detección temprana de la Organización Mundial de la Salud (2007), aproximadamente un tercio de los casos de cáncer pueden ser tratados de manera eficiente mediante la detección temprana, debido a que el potencial de curación del cáncer es alto cuando la enfermedad se

detecta en un estadio temprano. En este sentido, teniendo en cuenta los requisitos establecidos por la Organización Mundial de la Salud para que el componente de diagnóstico temprano como parte del control del cáncer sea considerado factible y efectivo, es posible afirmar que en el Ecuador es indispensable la implementación de programas de diagnóstico precoz debido a que gran parte de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, la política de prevención primaria tendrá un efecto en la carga del cáncer dentro de varias décadas y los tipos de cáncer más frecuentes son objeto de detección precoz.

A pesar de que en un proceso de planificación e implementación de programas de detección temprana es necesario realizar una evaluación a nivel nacional sobre los tipos de cáncer que pueden ser diagnosticados de forma oportuna y que constituyen una gran parte de la carga del cáncer, en el Ecuador se han evidenciado falencias en los sistemas de registro que dificultan la investigación y la toma de decisiones en este ámbito. De esta manera, es indispensable realizar el seguimiento de los factores de riesgo propuesto en la prevención y fortalecer el sistema de registro del cáncer con el objetivo de contar con información sobre la edad, sexo, residencia, etnia, nivel educativo, historia familiar, supervivencia, entre otros, debido a que esta información está relacionada a la propensión de ciertos grupos poblacionales a padecer ciertos tipos de cáncer y permite identificar la población objetivo de los programas, es decir, aquella población en que las intervenciones tienen una mayor efectividad.

Para que la información pueda ser utilizada plenamente se debe contar con un sistema de información a nivel nacional que permita conocer el número de personas que han sido partícipes de las intervenciones en cada establecimiento sanitario, en este aspecto, la generación de la “historia clínica única” y de un boletín mensual o trimestral de enfermedades catastróficas propuesta por el Ministerio, permitiría un mejor uso de la información por parte los profesionales de la salud y los hacedores de política pública. En este sentido, la mejora del sistema de registro que se busca actualmente en el país facilitaría la realización de una evaluación de los efectos que han tenido los programas de detección temprana una vez implementados para conocer su grado de efectividad en la población y conocer aquellos que deben continuar ejecutándose.

En lo referente a los grupos objetivo y la frecuencia de las intervenciones, en el Ecuador las actividades de detección no serían correctamente direccionadas en el caso de la detección del cáncer cervicouterino y de estómago, debido a que los exámenes de Papanicolaou se realizan en las mujeres con vida sexual activa independientemente de su edad, no existen intervenciones de detección temprana del cáncer de estómago y no se encuentra establecida la frecuencia con que deben realizarse en ninguno de los tres tipos de cáncer. De este modo, es necesario cambiar el grupo objetivo establecido actualmente para la realización de los exámenes de Papanicolaou a uno que comprenda las mujeres entre los 35 y los 65 años de edad con una frecuencia de cinco años, en el caso del cáncer de mama se debe considerar principalmente a las mujeres entre los 50 y los 69 años de edad para la realización de una mamografía con una frecuencia de tres años además de fomentar la autoexploración para detectar anomalías, y finalmente, se debe realizar una endoscopía a las personas que padecen síntomas de cáncer gástrico. La ejecución de estas intervenciones requiere el establecimiento de un sistema de registro que facilite el seguimiento de los pacientes para realizar nuevamente las intervenciones, especialmente a los pacientes con mayor riesgo de contraer la enfermedad.

En lo concerniente a la educación del público, actualmente existen programas de sensibilización sobre la importancia de la detección temprana, sin embargo, la realización y la frecuencia de estas campañas de carácter educativo depende de la organización de cada uno de los distritos y establecimientos, así como del perfil epidemiológico de cada uno de los sitios. En este sentido, es indispensable introducir en todos los establecimientos del primer nivel de atención programas de instrucción a las personas sobre el reconocimiento de los síntomas tempranos del cáncer e informar a la ciudadanía sobre las posibilidades de responder favorablemente al tratamiento del cáncer cuando la enfermedad es detectada oportunamente, en otras palabras, es necesario proporcionar información al público sobre los beneficios del diagnóstico de la enfermedad en una etapa temprana, crear una conciencia sobre los síntomas de los diversos tipos de cáncer y la importancia de acudir a un centro de salud por atención médica inmediata cuando éstos sean detectados.

Las intervenciones de educación en este sentido deben direccionarse también a los profesionales sanitarios debido a que se requiere que estén capacitados en la detección temprana de ciertas neoplasias malignas ya que tienen el contacto inicial con los posibles pacientes con cáncer, además, deben estar entrenados para promover medidas para el diagnóstico y la remisión más tempranos (OMS, 2004). En el caso de la estrategia de tamizaje, donde la población es asintomática, es necesario sensibilizar a los grupos objetivo sobre la importancia de acudir a los programas de tamizaje; se debe proveer información sobre dónde, cuándo y cómo solicitar los servicios; además, los trabajadores sanitarios del primer nivel de salud deben recibir una formación que les permita realizar correctamente las pruebas, comunicarse apropiadamente con las personas sometidas a tamizaje y brindarles asesoría y apoyo (OMS, 2007:34); estas medidas tendrían como resultado un mayor número de casos detectados oportunamente y una mayor participación en los programas por parte de los grupos objetivo.

El personal sanitario calificado juega un rol importante tanto en la eficiencia técnica como en la eficiencia productiva, es preciso contar con el personal de salud capacitado para educar a las personas sobre los posibles signos del cáncer e impulsar la participación de la población en los programas de cribado, como las mamografías o los exámenes de Papanicolaou y ayudarlos a completar el proceso de referencia, ya que como se afirmó anteriormente el personal no se encuentra del todo sensibilizado en la detección temprana del cáncer. Con el propósito de ampliar la cobertura de las pruebas de cribado en los lugares excluidos de atención sanitaria, es indispensable superar las barreras lingüísticas, sociales y culturales entre los pacientes y el personal sanitario; de esta manera, en algunos sectores puede ser necesario el incremento del personal femenino para que las pacientes mujeres se encuentren más cómodas con las pruebas de cribado, además, el Estado puede proporcionar capacitación y recursos financieros a los profesionales médicos que deseen proporcionar sus servicios a las comunidades indígenas (The Lancet, 2013). A pesar de que las instituciones cuentan con profesionales de la salud capacitados para trabajar de manera adecuada, dicho personal será insuficiente en la implementación futura de la estrategia contra el cáncer que requiere el uso de nuevas tecnologías; en este sentido, una vez que se implemente la estrategia es indispensable realizar capacitaciones del personal de primer nivel o promover la formación del perfil de médicos requerido para el uso de los nuevos equipos.

En el Ecuador existe una alta incidencia del cáncer que se refleja en el incremento de la morbilidad y mortalidad por tumores malignos; a pesar de que no se cuenta con registros sobre la etapa del cáncer al momento de la detección, el incremento significativo de la mortalidad sugiere que el país enfrenta grandes limitaciones en la detección de la enfermedad y su referencia oportuna a un hospital de segundo o tercer nivel para su diagnóstico y tratamiento. Para que un programa de detección temprana sea considerado factible, se debe contar con los recursos físicos y humanos necesarios a través de todos los niveles de atención debido a que en un programa de detección temprana existe una interacción entre los tres niveles de atención, donde el primer nivel de atención tiene un rol fundamental debido a que tiene mayor contacto con la población y al ser “la puerta de entrada al sistema”; éste nivel conduce a unidades de diagnóstico que conllevan a unidades de tratamiento en caso de resultar positivos. Con el objetivo de reducir los retrasos en el tratamiento, una vez que se han planificado y efectuado las intervenciones, se debe realizar un seguimiento eficaz, para garantizar que las personas cuyo cáncer fue detectado oportunamente tengan acceso a las pruebas de diagnóstico necesarias y al tratamiento correspondiente antes de que su enfermedad se desarrolle. Asimismo, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones es necesario para garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos en la planificación del programa, evitar largas esperas por parte de los pacientes y retrasos en el diagnóstico y tratamiento (OMS, 2007).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004), los pacientes con cáncer deben ser referidos con rapidez para que obtengan un tratamiento apropiado, para lo cual es preciso contar con personal e instalaciones adecuadas a las que los pacientes puedan acceder; sin embargo, en el país todavía se evidencian retrasos en la referencia de los pacientes con cáncer al tratamiento de su enfermedad. En lo referente a los recursos físicos, aun cuando se ha procurado brindar al personal los equipos e instrumentos necesarios para las intervenciones de detección temprana, dichos recursos resultan insuficientes para atender la demanda de servicios en todo el país. En este aspecto, las entrevistas revelaron que no ha sido posible fortalecer los servicios que ofrece el primer nivel de atención en salud debido a los problemas que enfrentaban varios establecimientos sanitarios que requerían una repotenciación, pero posteriormente los recursos podrán ser utilizados para mejorar el equipamiento y la existencia de materiales, así como para realizar capacitaciones del personal.

La asignación de recursos para las actividades de detección temprana tienen mayor efectividad a nivel mundial, y, a pesar de que asignar más recursos al programa de detección temprana puede conducir a una obtención de mejores resultados sobre la salud de las personas con cáncer en el Ecuador en comparación con la asignación actual, la demanda insatisfecha de los pacientes con cáncer existente impide la reasignación de los recursos, por lo cual ésta debe realizarse de manera progresiva. En entornos donde los recursos son limitados, es necesario priorizar las intervenciones sanitarias debido a que estos recursos no son suficientes para la atención de todas las necesidades. En este sentido, en algunas circunstancias resulta más efectivo y más equitativo ofrecer intervenciones de diagnóstico temprano de bajo costo a toda la población, en lugar de invertir en programas de tamizaje cuyos costos globales no son significativamente menores debido al tamaño de la población que requiere la intervención para arrojar los resultados esperados ya que requiere el suministro de numerosos recursos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que presentaran la enfermedad, pero es posible ir introduciendo programas de tamizaje a medida que incrementan los recursos (OMS, 2007). De esta manera, a pesar de que es importante considerar las intervenciones que son costoefectivas a nivel mundial, es indispensable realizar una evaluación de la costoefectividad de las intervenciones a nivel

nacional para realizar su priorización enmarcada en el contexto ecuatoriano, para lo cual se requiere reforzar las bases de datos existentes con el objetivo de contar con la información cuantitativa que permita la realización de dichas investigaciones. Asimismo, en entornos de bajos recursos la OMS recomienda el incremento progresivo de los recursos al programa de detección temprana con el objetivo de reducir la futura carga del cáncer que los países no se encuentran en capacidad de solventar.

El objetivo primordial de los programas de detección temprana es la reducción de la mortalidad por los tipos de cáncer sujeto de detección precoz que tienen el mayor impacto sobre la salud de una sociedad. Por tal razón, al iniciar un programa de detección temprana es perceptible un incremento de los casos de cáncer diagnosticados en la primeras etapas y, por lo tanto, la incidencia de cáncer será creciente en un primer momento debido al aumento del número de diagnósticos realizados, sin embargo, posteriormente, la incidencia se reduce mediante el tratamiento oportuno de la enfermedad que conlleva a una caída en la tasa de mortalidad por cáncer en el largo plazo. Por ejemplo, un programa de tamizaje para el cáncer cervicouterino en primera instancia producirá un incremento temporal de la incidencia, posteriormente disminuirá la prevalencia de la enfermedad en estadios tardíos y con un tratamiento efectivo podrá reducir la mortalidad (OMS, 2007:15).

En conclusión, una de las estrategias que permiten mejorar la eficiencia de los servicios de salud que se presta a las personas con cáncer es la adopción de programas de detección temprana en lugar de prestar tratamientos inefectivos e ineficaces a cánceres en etapa avanzada, considerando que numerosos tipos de cáncer pueden ser detectados en sus primeras fases. Es así que, en países con bajos recursos se puede adoptar un enfoque que según la Organización Mundial de la Salud (2007:32) puede reducir el número de cánceres avanzados con el paso del tiempo; este enfoque consiste en proporcionar servicios de detección temprana para ofrecer tratamiento a aquellos pacientes cuyo cáncer puede ser curado o cuya supervivencia puede incrementarse en gran medida a través de los tratamientos disponibles; y, proveer cuidados paliativos de buena calidad y bajo costo a aquellas personas cuyo cáncer se encuentra en etapa avanzada, para mejorar su calidad de vida.

4. Tratamiento del cáncer

De acuerdo con el módulo de diagnóstico y tratamiento de la Organización Mundial de la Salud (2007), aproximadamente un tercio de los cánceres tienen un tratamiento curativo cuando son detectados oportunamente, sin embargo, en muchos países de ingresos bajos el diagnóstico y tratamiento no son planificados de manera racional. En Latinoamérica la carga del cáncer es cada vez mayor debido a la detección de la enfermedad en un estadio avanzado que se encuentra asociada a dificultades en el financiamiento, la equidad, la distribución de los recursos de atención sanitaria, entre otros; en algunos de estos países la cantidad de recursos destinada al tratamiento ineficaz de unos pocos pacientes es sumamente alta pero no muestra mejoras en la supervivencia de los pacientes ni reduce la tasa de mortalidad por la enfermedad. En este sentido, la desvinculación del tratamiento con la detección temprana conlleva al uso de los recursos y tecnologías en el tratamiento costoso e ineficaz de la

enfermedad de un grupo reducido de personas, aun cuando la misma cantidad de recursos puede reasignarse al tratamiento de un grupo objetivo de pacientes y brindar cuidados paliativos de calidad a los que se encuentran muy avanzados; lo que constituye una estrategia que eventualmente reduce la cantidad de pacientes con cáncer en etapa avanzada.

En lo referente al tratamiento, es indispensable otorgar prioridades a las intervenciones debido a que los recursos son limitados y no es posible satisfacer todas las necesidades de atención sanitaria, de esta manera, la política pública debe dirigirse al tratamiento del cáncer en sus primeras fases debido a su bajo costo y menor nivel de complejidad, mientras que en los pacientes con cáncer avanzado la aplicación de cuidados paliativos es la más efectiva y suprime el sufrimiento innecesario al que se someten con otro tipo de tratamientos que no incrementarán su sobrevida. En este proceso, se debe tener en cuenta la importancia de respetar la autonomía del paciente, de manera que la decisión de continuar un tratamiento o interrumpirlo por el uso de cuidados paliativos esté fundamentada en la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes en cada caso concreto dadas las circunstancias.

Según la Organización Mundial de la Salud (2007:12), los programas de tratamiento “son especialmente eficientes si van dirigidos a cánceres curables”; entre la población objetivo perteneciente al grupo de los cánceres curables se encuentran todas las personas cuyo cáncer se haya detectado tempranamente y las que padezcan un cáncer con potencial de curación, mientras que la población con un cáncer tratable pero no curable está comprendida por los pacientes que pueden prolongar su vida a través del tratamiento. En este sentido, debido a que en el Ecuador no se estarían utilizando los recursos de la manera más eficiente ya que se ofrece servicios de tratamiento a todos los pacientes independientemente de su condición, es necesario el establecimiento de un grupo objetivo para el inicio del tratamiento fundamentado en las condiciones de salud de los pacientes; asimismo, la estrategia de control del cáncer debe dirigirse a reducir los tiempos de espera de las personas cuya enfermedad se encuentra en sus primeras etapas en lugar de apresurar la atención de los cánceres avanzados. De esta manera, para mejorar la eficiencia del sistema se debe dar prioridad a la atención de los pacientes con un cáncer curable y ampliar el tratamiento a las personas con un cáncer que se puede tratar pero no curar con el incremento de los recursos; en este aspecto, resulta indispensable la conformación de un Comité de Oncología en los hospitales para la evaluación de los servicios ofertados a los pacientes de acuerdo a su estado de salud, de esta manera no se utilizarían los escasos recursos en pacientes cuyo tratamiento no tiene efectividad; de acuerdo con la OMS (2004), el comité debe incluir entre sus miembros un radioterapeuta, un cirujano, un quimioterapeuta, una enfermera y un trabajador social.

En el manejo del cáncer los principales tratamientos que se utilizan de manera individual o combinada son la radioterapia, la quimioterapia y la cirugía; tratamientos que por su nivel de complejidad, requerimiento de equipos costosos y personal altamente cualificado deben ser realizados en el segundo y tercer nivel de atención. En estos tres tipos de terapia se requieren numerosos profesionales sanitarios como oncólogos médicos, cirujanos, hematólogos, radioterapeutas, oncólogos pediatras, enfermeros oncólogos, psicólogos, entre otros, por lo cual, las políticas públicas de tratamiento del cáncer deben ir de la mano de políticas de formación de profesionales sanitarios en estos campos y la promoción de la especialización de los estudiantes de medicina en estos ámbitos, ya que como se determinó, en el país existe una escasez de médicos especializados en el tratamiento oncológico. Si bien en el Ecuador han

sido perceptibles los esfuerzos por incrementar la infraestructura necesaria para el tratamiento del cáncer, existe una escasez de médicos especializados que puede deberse a la carencia de un plan de estudios básico unificado en la formación de oncólogos, que en gran parte tiene que ver con la poca importancia que se le otorga a la oncología en la malla curricular de las carreras de medicina, lo cual constituye un obstáculo en el tratamiento oportuno de los cánceres objetivo; asimismo, las entrevistas revelaron que se cuenta con personal capacitado para brindar apoyo a los pacientes con cáncer y sus familiares además de crear adherencia de los pacientes a los tratamientos, sin embargo, profesionales especializados son insuficientes en el sector público para cubrir la demanda de los servicios.

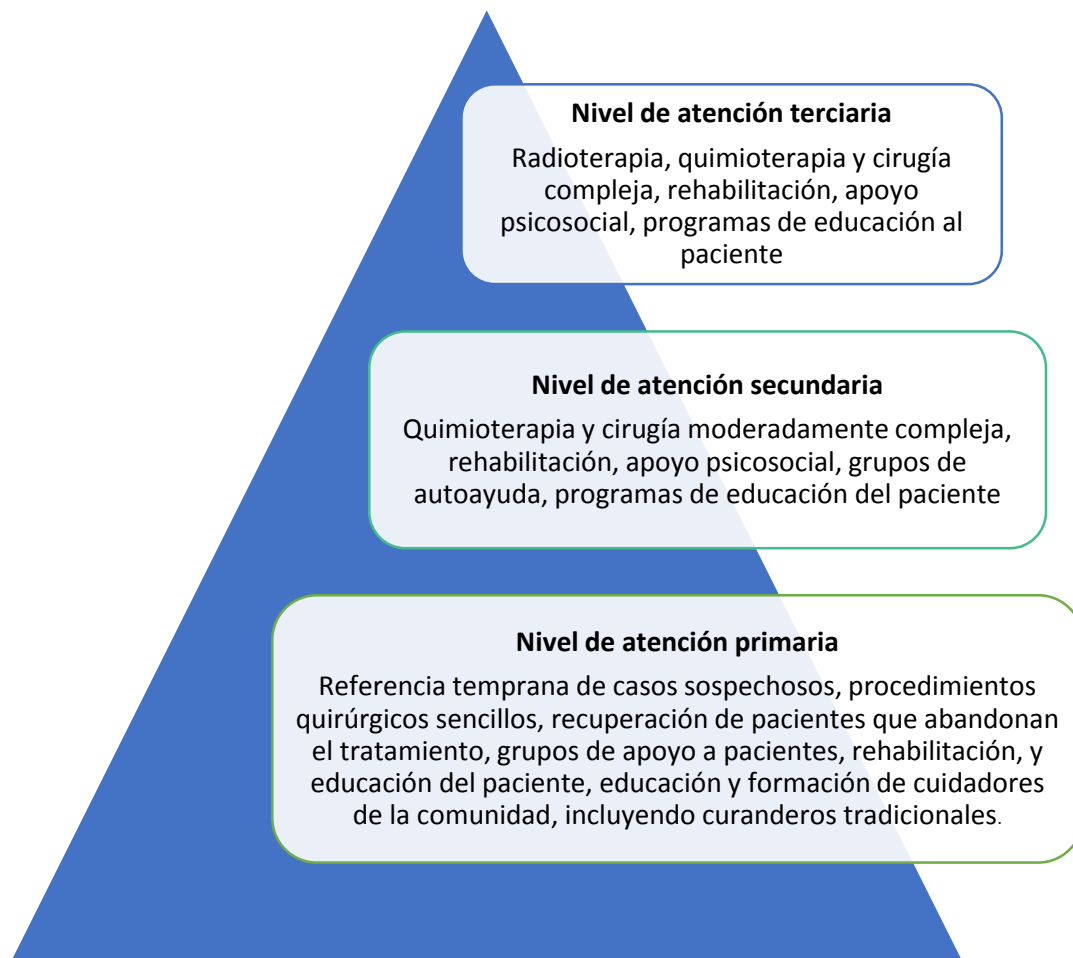
En este aspecto, varias de las estrategias que debe adoptar el Estado para mejorar el tratamiento del cáncer e incrementar el número de profesionales necesarios (enfermeros especializados en oncología, oncólogos, radiólogos, cirujanos, etc.) consisten en mejorar la formación de médicos generales y del personal sanitario que requieren las estrategias de prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno; ampliar el personal de enfermería oncológica mediante programas de especialización; otorgar una mayor importancia a la rama de la oncología dentro de las carreras de medicina a nivel nacional para promover la formación de médicos especialistas en esta área, alentar y facilitar la continuidad de los estudios en temas relacionados a la oncología por parte de los jóvenes médicos a través de becas educativas a nivel nacional o internacional, además de adquirir una infraestructura que les permita ejercer su profesión y difundir su formación en el país, apoyar el tratamiento del cáncer y permitir una atención multidisciplinaria.

De la misma manera, se requiere un fortalecimiento del equipamiento de los establecimientos de tratamiento del cáncer que forman parte del Ministerio de Salud Pública, debido a que existe una deficiencia en los recursos para cubrir la demanda; una muestra de aquello es que no poseen equipos de radioterapia a pesar de que se estima que una cantidad superior a la mitad de los pacientes con cáncer requiere dichos servicios (Castellanos, 2006). Según la revista oncológica *The Lancet* (2013), en los países latinoamericanos se ha evidenciado una lenta mejora y modernización de los servicios de radioterapia, por lo tanto es necesario establecer como una prioridad la mejora de los servicios de oncología radioterápica para asegurar el acceso a toda la población, sin embargo esta medida requiere una gran inversión.

El proceso establecido por la Organización Mundial de la Salud (2007:21) para lograr una distribución más equitativa de los recursos consiste en otorgar prioridades a las intervenciones en el diagnóstico y tratamiento de los cánceres curables, mejorar los servicios prestados mediante la elección de los tipos de cáncer objeto de curación y seleccionar una estrategia de detección temprana y la intervención de diagnóstico y tratamiento bajo criterios de costoefectividad, asignación de recursos, asequibilidad y sostenibilidad; finalmente a los pacientes con un cáncer detectado tardíamente o que no responde al tratamiento se les debe proveer intervenciones de cuidados paliativos bajo los mismos criterios. Con el objetivo de mejorar la eficiencia técnica, es necesaria la reasignación de recursos a los pacientes con un cáncer curable y a aquellos pacientes que son parte de la población objetivo y reciben una menor atención, ya que como se ha evidenciado, en el Ecuador no se realizan reasignaciones en estos aspectos y la atención se proporciona independientemente de las condiciones de los pacientes.

Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer requieren la interrelación de los tres niveles de atención para que sean prestados eficientemente. En la figura Nro. 1 se muestra la forma en que los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer podrían ser distribuidos entre los distintos niveles de atención de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, según este esquema, los servicios de mayor complejidad y costo se concentran en el tercer nivel de atención pero la importancia de cada nivel en el tratamiento de la enfermedad dependerá del tipo de cáncer, de su etapa de diagnóstico, del tratamiento requerido y de la disponibilidad de recursos físicos y humanos (OMS, 2007:33).

Figura Nro.1: Distribución de los servicios que se proporcionan a los pacientes con cáncer a través de los distintos niveles de atención en un país de ingresos medios



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2007). Guía de la OMS para desarrollar programas efectivos. Diagnóstico y tratamiento
Elaboración: Najwa Jalkh

Aunque la Organización Mundial de la Salud (2007:27), recomienda que los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer menos complejos se provean en las entidades de mayor acceso para el grupo objetivo, y los servicios de mayor complejidad puedan ser centralizados a nivel regional o nacional, donde se disponga de una mayor cantidad de recursos para ofrecer atención especializada, cada país puede organizar su oferta de servicios sanitarios de una manera diferente teniendo en cuenta los cánceres

objetivo, las necesidades de los pacientes y la complejidad de las intervenciones. Sin embargo, en un entorno donde existe una gran concentración de los establecimientos de atención del cáncer en las principales ciudades, es indispensable la aplicación de estrategias para distribuirlos más equilibradamente, como la ubicación de establecimientos sanitarios especializados en zonas estratégicas y la creación de incentivos para abastecerlos del personal sanitario requerido (The Lancet, 2013).

Como se muestra en la figura No.1, la Organización Mundial de la Salud recomienda que las intervenciones de tratamiento del cáncer se provean en el segundo y tercer nivel de atención; en la mayoría de los casos la quimioterapia es un tratamiento que se ofrece de manera ambulatoria por lo que se recomienda “que las unidades de quimioterapia estén adscritas a hospitales generales o de distrito en el nivel secundario” (OMS, 2007:35) para facilitar su acceso e impedir la deserción del tratamiento por parte del paciente. Sin embargo, en el Ecuador, dentro del segundo nivel de atención existen deficiencias de equipamiento y personal que impiden la formación de grupos multidisciplinarios para la atención del cáncer, lo cual conlleva a que el servicio se proporcione únicamente en el tercer nivel de atención, y como consecuencia se cree una saturación de los hospitales especializados. En este sentido, es indispensable el fortalecimiento de los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda de tratamiento por parte de los pacientes con cáncer en el segundo y tercer nivel de atención con el objetivo de reducir la necesidad de apoyo de instituciones privadas como Solca.

En el Ecuador se demostró que existe una concentración de los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del cáncer en los hospitales de tercer nivel que se encuentran en las principales ciudades, por lo tanto, se dificulta el tratamiento oportuno y su continuidad en las poblaciones rurales y con menores recursos que carecen de acceso a los recursos de salud por motivos geográficos. En este sentido, resulta indispensable encaminar esfuerzos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de la población que no habita en las principales ciudades, para lo cual es necesaria la desconcentración de los recursos necesarios para la detección del cáncer y su tratamiento, como los equipos de mamografía, de tomografía, quimioterapia, entre otros; especialmente en los hospitales de segundo nivel de atención, cuya dotación de personal permita la formación de grupos multidisciplinarios y el abastecimiento de equipos para ofrecer quimioterapia básica, los cuales permitirían el manejo conjunto de la enfermedad con los hospitales de alto nivel de complejidad y evitaría la saturación de sus servicios. A pesar de que dicha desconcentración requiere una gran cantidad de recursos, deben realizarse de manera progresiva mientras se utiliza enfoques innovadores que permitan superar las barreras de la concentración de recursos físicos y humanos.

Como afirma la Organización Mundial de la Salud, en la planificación del diagnóstico y tratamiento del cáncer se deben tener en cuenta enfoques innovadores como la telemedicina, ya que mediante tecnologías de la información y la comunicación es posible mejorar la accesibilidad y sobrepasar las barreras geográficas existentes entre los médicos especializados y los pacientes para proporcionar apoyo clínico, acelerar el proceso de diagnóstico y mejorar la salud de las personas. La telemedicina consiste en fortalecer la comunicación entre los proveedores de atención de la salud y los especialistas de los hospitales de tercer nivel o de centros especializados con el objetivo de favorecer el intercambio de información sobre casos médicos específicos a través de medios electrónicos como texto, imágenes o video y acelerar el diagnóstico de los pacientes. Los países en vías de desarrollo que experimentan una

carencia de recursos humanos y materiales han encontrado en la telemedicina una solución para reducir los costos y evitar el desplazamiento de los pacientes o de los médicos y superar las molestias que implican las largas listas de espera (Meza, 2010); a nivel de América Latina, países como México y Brasil han decidido aplicar la telemedicina con el fin de superar los obstáculos que representan la escasez de médicos especialistas y su concentración en las principales ciudades (The Lancet, 2016).

A pesar de los beneficios provenientes del uso de la telemedicina, ésta no ha sido adoptada a escala significativa debido a numerosas barreras que incluyen la falta de equipos tecnológicos y la escasa disponibilidad de la conectividad a internet en algunas zonas alejadas de las ciudades, asimismo, la congestión del internet puede conducir a imágenes tardías y dificultar el uso de videoconferencias en tiempo real y la mala resolución de la imagen puede limitar la efectividad del diagnóstico a distancia, el costo financiero de la aplicación de la telemedicina constituye otra barrera para los países en desarrollo debido a los costes del equipo, transporte, mantenimiento y capacitación del personal local. Además, aunque la telemedicina puede mejorar el diagnóstico por parte de los expertos, las opciones de tratamiento disponibles están limitadas por retos logísticos, como la capacitación del personal médico local, la disponibilidad de equipo y suministros médicos y la oferta de medicamentos gratuitos a los pacientes (OMS, 2010:19).

En Ecuador, se implementó en el año 2013 el “Plan Nacional de Telemedicina / Telesalud”, con el objetivo de facilitar el acceso gratuito y oportuno de los servicios de salud especializados a la población ecuatoriana que habita en zonas remotas alejadas de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, mediante “consultas médicas a distancia, capacitación, consulta bibliográfica, promoción y prevención, investigación e interculturalidad, para garantizar los principios de equidad, calidad y eficiencia del Sistema y en su Red Pública Integral de Salud” (Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, 2013). En la planificación del proyecto “Expansión del Programa de Telemedicina a Nivel Nacional” se establecieron varios hospitales especializados y de especialidades para poner en marcha el proyecto, entre ellos el Hospital Eugenio Espejo, y se identificó como una zona objetivo a las provincias amazónicas de Sucumbíos, Napo, Pastaza, Morona Santiago, Francisco de Orellana y Zamora Chinchipe, debido a su lejanía de la atención sanitaria especializada y debido a que el personal de salud del primer nivel de atención está conformado por profesionales jóvenes que no han interactuado con médicos de mayor experiencia y especialización; para lo cual fue necesaria la dotación de conectividad de internet a veinte unidades de salud (Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, 2013). En este sentido, en la implementación de la telemedicina como una estrategia para mejorar el acceso al tratamiento del cáncer es indispensable la implementación de un teleconsultorio, el cual requiere principalmente la conexión a internet para facilitar la teleconsulta entre el paciente y el médico especializado, además de la voluntad de médicos y enfermeros para servir (Meza, 2010:34).

Con el objetivo de conocer la factibilidad del uso de la telemedicina aplicada a la oncología en el país, considerando que ya se han realizado esfuerzos por implementarla en la región amazónica dadas las dificultades de acceder a atención especializada de manera inmediata, se utilizaron las entrevistas para conocer si existe la posibilidad de utilizar la telemedicina para resolver el problema de la concentración de los recursos de atención oncológica en las principales ciudades. Al respecto, el Jefe de Oncología del Hospital Eugenio Espejo y el Director Nacional de Primer Nivel de Atención coinciden en que el uso

de la teleoncología es la única manera de enfrentar estas dificultades, sin embargo, el principal obstáculo para su puesta en marcha es que el personal de salud del primer nivel de atención no considera que requiere ayuda de un centro de mayor complejidad o compartir criterios con los oncólogos para encontrar una solución ante determinado problema de salud, es un aspecto cultural en la formación de los profesionales de la salud.

El Jefe de Oncología menciona que la teleoncología puede permitir que los médicos especialistas verifiquen en conjunto los exámenes que deben realizarse los pacientes previos al tratamiento para que al llegar al hospital de tercer nivel lo inicien inmediatamente y no se pierda tiempo de vida del paciente. Por su parte, el Director Nacional de Primer Nivel de Atención señala que en el proyecto llevado a cabo con el Hospital Eugenio Espejo se ha tenido problemas con la conectividad de los establecimientos de primer nivel y no ha sido posible mejorarla debido a que el Ministerio se encuentra en un proceso de repotenciación de los centros y subcentros de salud, pero una vez culminado dicho proceso se procederá a la implementación de las salas de telemedicina ya que se reconoce la importancia del uso de herramientas tecnológicas en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios. En este sentido, la teleoncología como una forma de eliminar las consecuencias negativas sobre la atención en salud asociadas a la concentración de los recursos es un aspecto que se debe analizar por parte de las autoridades, para lo cual se necesita la inversión en conectividad y la capacitación del personal de primer nivel, no solo en el uso de las nuevas tecnologías sino en la importancia de compartir criterios con médicos especialistas con el fin de romper las barreras culturales para mejorar el diagnóstico de los pacientes, proporcionar un tratamiento más temprano, mejorar su calidad de vida y la eficiencia del sistema.

Otro factor importante en la continuidad del tratamiento es la disponibilidad de medicamentos, en este aspecto, como se señaló anteriormente, frecuentemente los fármacos que se requieren para atender a los pacientes no son accesibles debido a los altos costos que representan, en este sentido, muchos países europeos como Alemania, Inglaterra, Suecia, Holanda, Irlanda, entre otros, han tomado la decisión de incorporar la evaluación económica de tecnologías sanitarias (EETS) en la adquisición de nuevos medicamentos. En lo referente a los medicamentos, es indispensable realizar evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias, ya que permiten comparar los costos y los beneficios de distintas tecnologías sanitarias con el objetivo de mejorar la toma de decisiones “para una eficiente y equitativa utilización de los recursos de la sociedad” (Thomas, s.f.). Asimismo, con el objetivo de mejorar la eficiencia de la asignación de los recursos escasos, a nivel latinoamericano, Brasil es el país que ha tenido un mayor desarrollo de la farmacoeconomía y otros países como México, Guatemala, Venezuela, Colombia, Chile, Uruguay y Argentina están empezando a darle importancia a su aplicación en la toma de decisiones aun cuando todavía debe desarrollarse el tema en el aspecto oncológico (The Lancet, 2013). De esta manera, la aplicación de análisis económicos de los medicamentos puede mejorar la eficiencia en el uso de los recursos en un escenario de escasos recursos; no obstante, el uso de medicamentos es efectivo únicamente cuando se ha logrado mejorar la prevención y la detección temprana, de otra forma no tendrá efectos sobre la morbilidad por cáncer a nivel nacional.

En el Ecuador las intervenciones de diagnóstico y tratamiento que se ponen en práctica son consideradas las más costoefectivas, no obstante, debido a la insuficiencia de equipos las pruebas de diagnóstico no se realizan de manera oportuna en todos los casos, lo cual reduce la accesibilidad de las intervenciones por parte de la población objetivo. Es por esto que, resulta indispensable realizar un estudio sobre la demanda del uso del tomógrafo y el resonador en el Hospital Eugenio Espejo para conocer el número de equipos necesarios para abastecer la actual demanda con el objetivo de dotar al hospital de estos equipos de manera progresiva debido a los altos costos que representan.

Los programas de diagnóstico y tratamiento poseen un efecto de mediano y largo plazo, y los resultados de éstos cuando son implementados eficientemente muestran un aumento de las tasas de supervivencia y curación entre 5 a 10 años, un mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y una reducción de la mortalidad por los tipos de cáncer objeto de intervenciones (OMS, 2007:12). Según la Organización Mundial de la Salud (2007:26), la eficiencia de los servicios de diagnóstico y tratamiento requieren la disponibilidad de cuidados paliativos para los pacientes con cáncer avanzado o que hayan tomado la decisión de no recibir tratamiento, el fortalecimiento del sistema de registro y la disponibilidad de profesionales capacitados, equipos adecuados e instituciones con un correcto financiamiento.

En conclusión, la eficiencia de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer y su capacidad de alcanzar los objetivos de mejorar las tasas de supervivencia y curación de los pacientes del grupo objetivo, mejorar su calidad de vida y disminuir las tasas de mortalidad en el largo plazo, depende del grado de cobertura, de las evaluaciones continuas de los centros de salud, de la infraestructura disponible, de la educación de la población objetivo, de las destrezas del personal sanitario y de la motivación del gobierno (OMS, 2007:12-17). De la misma manera, un programa de diagnóstico y tratamiento eficiente requiere la integración a los programas de detección temprana y cuidados paliativos, ya que en los cánceres detectados tempranamente existe mayor probabilidad de curación o un mayor incremento de la vida del paciente ante las terapias, y los pacientes que no se encuentren en condiciones de iniciar un tratamiento reciban alivio del dolor y apoyo psicológico (OMS, 2007:39).

5. Cuidados Paliativos

Según la Organización Mundial de la Salud (2007:6), en países de bajos recursos, donde una gran cantidad de los pacientes con cáncer detectan su enfermedad en un estadio avanzado, los cuidados paliativos juegan un rol trascendental para aliviar su dolor a un costo relativamente bajo. Adicionalmente, los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes, ofrecen apoyo a los pacientes para que vivan de una manera más activa y a la familia durante el duelo, todos éstos integran aspectos psicológicos que pueden ser utilizados simultáneamente con intervenciones que prolongan la vida. En este sentido, el servicio de cuidados paliativos debe prestarse a través de los distintos niveles de salud y deben ajustarse a las necesidades de los pacientes según el desarrollo progresivo de la enfermedad (OMS, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (2007:20), afirma que en países donde los recursos son escasos y se dificulta la oferta de servicios al total de la población con cáncer avanzado, es necesario establecer prioridades. Por lo tanto, es indispensable identificar la población que requiere cuidados paliativos mediante la evaluación de su carga en la morbilidad y mortalidad, la cantidad de casos en fase avanzada, su urgencia por recibir atención y los grupos poblacionales afectados por la enfermedad; posteriormente, se debe elegir la estrategia bajo criterios de asequibilidad, sostenibilidad y atractivo político. La evaluación de la demanda de los cuidados paliativos es necesaria para conocer el número de personal capacitado que se requiere y organizar los servicios de manera que puedan satisfacerse las necesidades de todos los pacientes. Según la Organización Mundial de la Salud, para realizar una evaluación es importante conocer que el 80% de los pacientes con cáncer terminal requiere cuidados paliativos. Debido a la falta de datos sobre el estadiaje de la enfermedad en el país, en la tabla Nro. 10, se estimó el número de pacientes con necesidad de cuidados paliativos mediante la base de datos de Nacimientos y Defunciones del INEC. De esta manera, durante el año 2008, en el Ecuador, por lo menos 7.164 pacientes con cáncer requerían cuidados paliativos, cifra que incrementó en un 13% para el año 2013; la tabla Nro.11 muestra la creciente necesidad de recursos de cuidados paliativos para satisfacer la demanda de los servicios por parte de los pacientes que padecen los tipos de cáncer seleccionados en este estudio.

Tabla Nro. 11: Demanda de cuidados paliativos por parte de los pacientes con cáncer en etapa terminal
Periodo: 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cáncer de estómago	1664	1626	1567	1617	1534	1570
Cáncer de mama	399	446	473	419	518	521
Cáncer cervicouterino	304	331	330	346	348	357

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Nacimientos y Defunciones 2008-2013.

Elaboración: Najwa Jalkh

El desarrollo de los cuidados paliativos en la política pública requiere una política gubernamental, educativa y de medicamentos, con el objetivo de integrar los servicios a la estructura y financiamiento del sistema, promover la formación y capacitación del personal en cuidados paliativos, y garantizar la disponibilidad de medicamentos opioides; un paso importante en la generación de un plan de cuidados paliativos es el hecho de que los planificadores de políticas públicas conozcan la importancia de integrar este servicio a los servicios de salud actuales para la atención de las personas con cáncer y de otras enfermedades crónicas a un costo relativamente bajo (OMS, 2007). En esta línea, en el Ecuador durante el periodo tomado como referencia en este estudio, no se había formulado una política de cuidados paliativos, por lo cual, no se consideraba la oferta de estos servicios en el primer y segundo nivel de atención hasta la generación de dos guías de cuidados paliativos para su uso por la ciudadanía y los proveedores de atención sanitaria en el año 2014, sin embargo, es indispensable su aplicación dentro de los centros de salud, ya que se evidenció que la política teórica que no se encuentra implementada.

La educación y la formación del personal de salud son indispensables para poner en marcha un plan de cuidados paliativos y alcanzar los resultados esperados; en este proceso se requiere considerar los diferentes niveles de atención y ofrecer la formación según las necesidades de cada nivel. En lo referente al personal capacitado para ofrecer cuidados paliativos con el que cuenta el sector público, se evidenció la existencia de brechas de talento humano para cubrir la demanda de los servicios, por lo tanto, se requiere la formación de los médicos, enfermeros, psicólogos, voluntarios, entre otros, en cuidados paliativos. Los médicos ofrecen medicina general, alivio del dolor y otros síntomas, y conocen el manejo de la enfermedad de los pacientes; el personal de enfermería, al tener mayor contacto con el paciente, presta atención física y emocional, permite aliviar los síntomas y proporcionar información importante a los pacientes y sus familiares, además de capacitar a los voluntarios en cuidados paliativos; los psicólogos ayudan a los familiares y a los pacientes a combatir los problemas asociados a la enfermedad y su discapacidad, y ofrecerles apoyo durante el desarrollo de la enfermedad y el duelo; finalmente, los farmacéuticos proporcionan información sobre las dosis de los medicamentos, sus interacciones y las vías de administración (OMS, 2007:28).

En el Ecuador, una de las dificultades evidenciadas en la prestación del servicio de cuidados paliativos específicamente en el primer nivel de atención es el traslado del personal para atender a una población que se encuentra dispersa, en este aspecto, la Organización Mundial de la Salud menciona que en los países de bajos recursos es necesario otorgar prioridad a los pacientes que reciben asistencia y a los pacientes con cáncer terminal debido a que constituyen el grupo que experimenta los síntomas de la manera más severa y requiere un alivio urgente del dolor (OMS, 2007:16). En este nivel de atención existe una insuficiencia de personal capacitado para ofrecer el servicio domiciliariamente, aun cuando todos los profesionales de medicina deben recibir formación en esta disciplina durante la educación superior. En este aspecto, resulta favorable que actualmente se ofrezca formación en medicina paliativa en establecimientos públicos y privados, y se le otorgue la debida importancia en los pénsums de pregrado y posgrado de los profesionales de la salud, como se evidenció mediante las entrevistas.

La OMS afirma que la mejor estrategia para contar con un personal sanitario educado y sensibilizado en cuidados paliativos consiste en proporcionar una formación básica (20-40 horas) al personal del primer nivel de atención, formación intermedia (60-80 horas) al personal del segundo y tercer nivel de atención, formación especializada (3-6 meses) a equipos especializados en el segundo y tercer nivel de atención, para finalizar, se debe promover la formación de cuidados paliativos en las facultades de medicina y enfermería a nivel nacional (OMS, 2007:32). Asimismo, adicional a la formación del personal sanitario, se deben realizar intervenciones de educación al público sobre la importancia de los cuidados paliativos en el transcurso de la enfermedad, de qué manera pueden beneficiarse los pacientes y sus familias, y cómo adquirir estos servicios en los establecimientos del sector público.

En el ámbito de los medicamentos, la disponibilidad de medicinas para el alivio del dolor como la morfina oral es indispensable para ofrecer los servicios de cuidados paliativos, ya que la formación de personal en este ámbito no resulta efectivo si no se posee un stock de medicamentos opioides y no opioides en los establecimientos sanitarios (OMS, 2007:22). En este sentido, según se dedujo anteriormente, las instituciones sanitarias ecuatorianas no poseen los medicamentos suficientes para hacer frente a la carga de cáncer en etapa avanzada que enfrentan actualmente, de igual manera, antes

del año 2014 no se consideraban los cuidados paliativos en las instituciones del primer nivel de atención en el Ecuador y hasta el momento los hospitales de tercer nivel no poseen los fármacos para realizar una rotación de medicamentos, ofrecer atención para todos o mantener la sostenibilidad del servicio. En este aspecto, se realizó un gran avance al generar las guías de cuidados paliativos que incluyen la lista de medicamentos esenciales que consiste en el establecimiento de una variedad de medicamentos que alivian el dolor y otros síntomas del cáncer pero resulta indispensable el abastecimiento de medicamentos opioides y no opioides de alivio del dolor en todas las entidades sanitarias, principalmente en los centros de salud.

Finalmente, uno de los principales obstáculos en el Ecuador para abastecer a los establecimientos de la cantidad de medicamentos adecuada y procurar la existencia del personal capacitado óptimo, es que actualmente la cantidad de recursos que se otorga al programa de cuidados paliativos depende de cada establecimiento y no se cuenta con un sistema de información que permita realizar un monitoreo de estos servicios ni se posee un registro del número de personas que los reciben, lo cual dificulta tanto la planificación como la evaluación de los servicios a nivel nacional. En este sentido, es indispensable realizar un estudio sobre la demanda de cuidados paliativos por parte de los pacientes con cáncer terminal y su distribución geográfica con el objetivo de direccionarlos a determinados establecimientos de salud en los cuales se puede procurar la existencia de los recursos necesarios para ofrecer el servicio en colaboración con los familiares del paciente.

En conclusión, los cuidados paliativos son indispensables en un plan de control del cáncer, debido a que mejoran la calidad de vida de los pacientes y evitan realizar tratamientos innecesarios a aquellos pacientes cuya sobrevida incrementa con el tratamiento; sin embargo, se debe abordar las dificultades existentes en la oferta del tratamiento en el Ecuador mediante el establecimiento de una política pública que permita realizar una evaluación de la demanda de cuidados paliativos para planificar las intervenciones, garantizar la existencia de medicamentos esenciales, incentivar la formación en medicina paliativa por parte de los profesionales e integrar de manera obligatoria este campo de estudio en las mallas curriculares universitarias de los profesionales de salud. En el cuadro que se encuentra a continuación se exponen los principales lineamientos de política pública desarrollados a lo largo del capítulo a través de los diferentes ámbitos de acción para el control del cáncer.

Área	Lineamientos
Planificación	Formulación o socialización de un plan o estrategia que contenga: la realidad actual de la enfermedad, objetivos, acciones, grupos objetivo, presupuesto realista.
Prevención	<p>Evaluación y seguimiento de los factores de riesgo según edad, etnia, zona de residencia, sexo, etc. para priorizar las intervenciones.</p> <p>Fortalecimiento de la formación de talento humano en temas preventivos por parte de las instituciones de educación superior mediante la reforma en las mallas curriculares.</p> <p>Fortalecimiento de los programas de prevención: tabaco, dieta, infecciones, entre otros.</p>
Detección Temprana	<p>Implementación de programas de tamizaje y diagnóstico precoz en los grupos objetivo según su edad.</p> <p>Fortalecimiento del sistema de registro del cáncer y sus variables sociales para establecer prioridades entre los grupos poblacionales de acuerdo a su grado de efectividad.</p> <p>Creación un sistema de registro de los pacientes con cáncer para facilitar el seguimiento de los pacientes y evaluar las intervenciones.</p> <p>Sensibilización a la población sobre la importancia de los chequeos preventivos y difusión de la información sobre cómo solicitar ayuda ante los síntomas.</p> <p>Sensibilización al personal sanitario sobre el reconocimiento de los síntomas de cáncer y los procesos de referencia, el impulso de la participación en los programas de cribado y su capacitación en el uso de nuevos equipos.</p> <p>Reasignación progresiva de los recursos al programa de detección temprana y evaluación de la costoefectividad de las intervenciones a nivel nacional para priorizarlas.</p>
Diagnóstico y Tratamiento	<p>Conformación de un Comité de Oncología en todos los hospitales para evaluar el estado de salud de los pacientes y priorizar el tratamiento de los cánceres curables y en sus primeras fases, además de ofrecer cuidados paliativos a los pacientes con cáncer avanzado.</p> <p>Adopción de políticas de formación de oncólogos, cirujanos, hematólogos, radioterapeutas, enfermeros oncológicos, psicólogos, etc. mediante la promoción de la especialización de los profesionales sanitarios en este ámbito y su mayor importancia en las carreras de medicina.</p> <p>Reasignación de recursos a los pacientes con un menor acceso a los servicios sanitarios.</p> <p>Fortalecimiento del equipamiento de los establecimientos, especialmente en el área de los servicios de radioterapia.</p> <p>Incremento de los equipos de diagnóstico en los hospitales teniendo como base el estudio de la demanda de estos servicios.</p> <p>Inserción del servicio de quimioterapia en los hospitales de segundo nivel mediante el abastecimiento de equipos y personal necesario.</p> <p>Introducción de la teleoncología mediante la implementación de teleconsultorios, el abastecimiento de conexión a internet y la capacitación del personal en el uso de nuevas tecnologías y la importancia de compartir criterios con médicos especialistas.</p>

	<p>Incorporación de evaluaciones económicas de las tecnologías sanitarias en la adquisición de nuevos medicamentos.</p> <p>Fortalecimiento del sistema de registro.</p>
Cuidados Paliativos	<p>Evaluación de la demanda de cuidados paliativos con el fin de organizar los servicios mediante el reconocimiento del personal capacitado y medicamentos que se requiere en los establecimientos sanitarios.</p> <p>Aplicación de las guías de cuidados paliativos formuladas por el MSP.</p> <p>Formación de médicos, enfermeros, psicólogos, etc. en cuidados paliativos durante el pregrado y posgrado.</p> <p>Provisión de una formación básica (20-40 horas) al personal del primer nivel de atención, formación intermedia (60-80 horas) al personal del segundo y tercer nivel de atención y formación especializada (3-6 meses) a equipos especializados en el segundo y tercer nivel de atención.</p> <p>Priorización de los pacientes que reciben asistencia y de aquellos que padecen cáncer terminal.</p> <p>Abastecimiento de medicamentos opioides y no opioides de alivio del dolor en todas las entidades sanitarias, principalmente en los centros de salud.</p> <p>Fortalecimiento del sistema de registro para organizar el servicio geográficamente.</p>

Para finalizar, este capítulo abordó los principales problemas asociados a la prestación del servicio de salud identificados a lo largo del estudio con el objetivo de establecer las posibles soluciones, comenzando con la planificación que resulta indispensable para organizar los esfuerzos de manejo del cáncer. En el ámbito de la prevención se identificaron como aspectos fundamentales de la intervención las medidas que limitan la exposición a los factores de riesgo, la educación a la sociedad sobre el efecto que tienen sus hábitos en sus condiciones de salud y la asesoría y apoyo médico a las personas que ya se encuentran afectadas por su comportamiento frente a dichos factores de riesgo con el propósito de evitar peores problemas de salud en la población. En cuanto a la detección temprana, se requiere el establecimiento de un grupo objetivo para cada intervención propuesta para hacer un mejor uso de los recursos disponibles y sensibilizar a toda la población sobre la importancia de los controles preventivos en los establecimientos sanitarios. En lo referente al tratamiento se requiere la selección de un grupo objetivo, el uso de enfoques innovadores que mejoran la continuidad del tratamiento mediante el uso de la tecnología y el uso de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias para mejorar el uso de los recursos.

En el capítulo se identificaron la planificación, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, y cuidados paliativos como los diferentes ejes de acción que se deben considerar al poner en marcha intervenciones eficientes del manejo del cáncer, para lo cual es indispensable la integración entre los distintos ámbitos, el aumento de la infraestructura y el equipamiento, el abastecimiento de personal calificado y medicinas a través de los distintos niveles de atención, la mejora del sistema de registro a nivel nacional y la promoción de investigaciones sobre la costoeffectividad de las intervenciones propuestas.

Conclusiones

Las características inherentes al Sistema de Salud ecuatoriano como la fragmentación y la segmentación han dificultado el manejo eficiente del cáncer en el Ecuador por parte de la Red Pública de Salud y han impedido el cumplimiento de objetivos debido a que se asocian a retrasos en la atención y al incremento del gasto en tratamiento. La carga del cáncer en la población ecuatoriana ha mostrado ser cada vez mayor debido al crecimiento demográfico, la inversión de la pirámide poblacional y la adopción de estilos de vida poco saludables. A pesar de que a nivel mundial la incidencia del cáncer en la región latinoamericana no es superior a la de otros países desarrollados, sus tasas de mortalidad son muy superiores debido a la detección y tratamiento tardíos de la enfermedad que se encuentran asociados a la insuficiencia de hospitales y equipos de diagnóstico y tratamiento del cáncer, la escasez de personal sanitario y profesionales formados en temas de oncología en el sector público y su concentración en las principales ciudades, además de las limitaciones que representan el alto costo de los medicamentos para el tratamiento del cáncer y la falta de reconocimiento de la importancia de la medicina paliativa, lo cual dificulta el abastecimiento de medicamentos opioides para ofrecer servicios de bajo costo por lo menos al 80% de los pacientes con la enfermedad avanzada.

En el Ecuador, a partir de la Constitución de la República del Ecuador del 2008, el Estado garantiza la atención oportuna a los pacientes con cáncer. En este sentido, se han puesto en marcha numerosas políticas públicas para mejorar el servicio de salud a través de los distintos niveles de atención, sin embargo, los servicios ofrecidos no pueden ser considerados eficientes debido a que todavía existen factores que dificultan su manejo adecuado. En el país, el principal inconveniente en el control del cáncer es que las intervenciones se han orientado primordialmente al tratamiento de la enfermedad aun cuando las actividades preventivas y de detección temprana son menos costosas y mejoran en una mayor medida la salud de la población; dichas actividades pueden evitar en promedio el 60% de los casos de cáncer en el país. Las principales dificultades del Sistema de Salud ecuatoriano son la inexistencia de un plan nacional de control del cáncer, la prevalencia de los factores de riesgo en las costumbres de la sociedad y su falta de sensibilización respecto a la importancia de los controles preventivos, el establecimiento de grupos de intervención inadecuados, la deficiencia de infraestructura, equipos e insumos para efectuar las intervenciones, la insuficiencia de personal sanitario calificado y especializado, los altos costos que se relacionan al tratamiento del cáncer avanzado, la falta de uso de los cuidados paliativos y la saturación del sistema debido a que la demanda supera la oferta del servicio, lo cual dificulta la continuidad del tratamiento. Asimismo, el deficiente sistema de registro en el país y la falta de investigaciones sobre la costoefectividad de las intervenciones constituyen grandes obstáculos en la eficiencia de los servicios, ya que impiden la evaluación y priorización de las intervenciones, el seguimiento de los pacientes, la organización de las acciones de control del cáncer, entre otros.

Entre los principales cambios observados en la situación de los servicios de salud entre los años 2008 y 2013, se ha podido apreciar que a pesar de que la inversión en la atención del cáncer ha aumentado y ha tenido como resultado un incremento en la infraestructura y equipos de atención del cáncer, los recursos humanos en este ámbito han mostrado tener una tendencia decreciente, lo cual dificulta la conformación

de grupos multidisciplinarios para la atención de la enfermedad. Desde el aspecto preventivo, se ha podido observar el incremento del número de establecimientos de primer nivel de atención y la repotenciación de aquellos que se encontraban en condiciones precarias, asimismo, se pusieron en marcha varias políticas destinadas a reducir la exposición al humo del tabaco, desincentivar el consumo de alcohol y productos que atentan contra la salud, promover la actividad física y reducir el contagio por el Virus de Papiloma Humano. En lo referente a la detección temprana, el Ministerio de Salud Pública ha procurado la existencia de recursos para realizar los exámenes, especialmente en el caso de los Papanicolaou, sin embargo la detección del cáncer continúa realizándose en una fase avanzada. Finalmente, en el ámbito de los cuidados paliativos, el Ministerio generó dos Guías de Cuidados Paliativos para los profesionales sanitarios y los familiares de los pacientes, no obstante, dichas guías no han sido implementadas, por lo que no se pudo observar cambios en este aspecto.

El Sistema de Salud ecuatoriano encuentra dificultades en la sostenibilidad de los servicios oncológicos debido al gran número de casos detectados tardíamente, en este sentido se requiere la integración de las intervenciones de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento, y cuidados paliativos, para obtener los mejores resultados en la salud de la población con el uso de una menor cantidad de recursos. La implementación de una estrategia de prevención apropiada puede reducir la carga del cáncer en el largo plazo al reducir la población con riesgo de padecer cáncer y orientar dichos recursos a la detección y el tratamiento de la enfermedad. Por otra parte, el enfoque de detección temprana mejora la salud en el mediano y corto plazo, además permite evitar grandes desembolsos en los costosos tratamientos del cáncer avanzado y disminuye los gastos asociados a los cuidados paliativos que no aumentan la sobrevida de los pacientes. Finalmente, el tratamiento constituye la intervención más costosa en el control del cáncer, por lo cual se recomienda ofrecerlos a los pacientes cuyo cáncer puede ser curado o su sobrevida puede incrementarse significativamente y brindar cuidados paliativos de calidad y bajo costo a las personas con cáncer avanzado para mejorar su calidad de vida y no incurrir en tratamientos ineficientes; en este sentido, la integración de las intervenciones reduce los costos e incrementa su accesibilidad, además de reducir la carga del cáncer en el país.

Recomendaciones

En el Ecuador, el manejo del cáncer tiene un enfoque de tratamiento de la enfermedad a pesar del alto costo que conlleva éste y sus limitados resultados, por lo tanto, si se desea reducir la futura carga del cáncer que el país no se encuentra en condiciones de sobrellevar debido a la deficiencia de recursos físicos y humanos, se requiere actuar principalmente sobre la prevención y la detección oportuna de la enfermedad. El incremento de la cantidad de recursos destinados a dichos programas debe realizarse progresivamente debido a la existencia de una demanda insatisfecha que requiere tratamiento, y el uso de cuidados paliativos puede evitar el desperdicio de recursos y favorecer su reasignación.

Es indispensable mejorar el sistema de registro en lo referente a la carga del cáncer y las intervenciones efectuadas en el país, ya que esta información permitiría mejorar el proceso de planificación, dirigir las intervenciones de prevención y detección temprana a los grupos poblacionales que se encuentren expuestos en una mayor medida a los factores de riesgo según su etnia, edad, sexo, lugar de residencia, nivel de instrucción, entre otros, así como tener conocimiento sobre los participantes de las intervenciones y la evaluación de las acciones realizadas. En el proceso de diagnóstico y tratamiento el sistema de registro es importante debido a que permitiría realizar un seguimiento de los pacientes y evaluar la continuidad del tratamiento con el objetivo de reducir los tiempos de espera, asimismo, la inserción del nivel socioeconómico de los pacientes puede facilitar la reasignación de recursos asociados al tratamiento a los grupos más desfavorecidos de la sociedad; por otra parte, en los servicios de cuidados paliativos, el registro haría posible una evaluación de la disponibilidad y requerimiento de recursos para realizar acciones que permitan reducir las brechas. Adicionalmente, ésta medida puede favorecer la realización de estudios que utilicen variables cuantitativas en la medición de la eficiencia.

Adicional a la promoción de formación en temas preventivos y oncológicos por parte de los profesionales sanitarios, se debe apoyar la investigación clínica y de laboratorio, así como incentivar la investigación económica. La evaluación económica de las tecnologías sanitarias permite identificar las intervenciones más costoefectivas de las intervenciones a nivel nacional para realizar su priorización enmarcada en el contexto ecuatoriano y conseguir la asignación óptima de los escasos recursos. Se recomienda también la promoción de espacios de diálogo que no solo permitan entender los problemas relacionados con el cáncer, sino tomar decisiones y establecer prioridades fundamentadas en la discusión entre los diversos actores interesados en el tema. Finalmente, con el objetivo de lograr un análisis más exhaustivo es recomendable que en futuras investigaciones se analice la situación de los servicios oncológicos que prestan los hospitales de tercer nivel pertenecientes a otras instituciones que forman parte de la Red Pública de Salud y que atienden a una gran proporción de la población ecuatoriana con cáncer, como el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca y el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito, ya que estos resultados permitirán profundizar en este tema e identificar posibles soluciones a la problemática en el manejo del cáncer.

Referencias Bibliográficas

Acuerdo Interministerial 1470. (15 de junio de 2010). Recuperado de <http://www.quito-turismo.gob.ec/descargas/lotaipagosto/BASELEGAL/ACUERDO%20INTERMINISTERIAL%20%201470.pdf>

Agencia de Noticias Andes. (26 de 08 de 2014). *OPS alerta sobre "epidemia" de obesidad y sobrepeso en Ecuador; autoridades toman medidas*. Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ops-alerta-sobre-epidemia-obesidad-sobrepeso-ecuador-autoridades-toman-medidas.html>

American Cancer Society . (14 de Abril de 2017). *Economic Impact of Cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/economic-impact-of-cancer.html>

American Cancer Society. (11 de junio de 2009). *Virus del Papiloma Humano (VPH), cáncer y la vacuna contra el VPH*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/infeccionesycancer/fragmentado/virus-del-papiloma-humano-vph-cancer-y-la-vacuna-contr-el-vph-preguntas-frecuentes>

American Cancer Society. (10 de agosto de 2015). *Medicamentos opioides para el alivio del dolor causado por el cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/medicamentos-opioides-para-el-alivio-del-dolor-causado-por-el-cancer>

American Cancer Society. (15 de enero de 2016). *Ecografía y el cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/ecografia-y-el-cancer.html>

American Cancer Society. (20 de enero de 2016). *Estudios de medicina nuclear y el cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html>

American Cancer Society. (14 de enero de 2016). *Tomografía por computadora y el cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html>

Instituto Nacional del Cáncer. (6 de febrero de 2015). *Exámenes de detección*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion/examenes-de-deteccion>

Aragón, G. (2010). *IESS como prestador de servicios de medicina prepagada vs medicina privada prepagada del Ecuador, análisis de los componentes de estos sistemas durante el periodo 2007-2008*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Economía .

Asamblea Constituyente (2008) Constitución de la República del Ecuador, *Título VII, Régimen del Buen Vivir, Capítulo Primero, Salud. Artículo 165*, Ciudad Alfaro.

Asamblea Mundial de la Salud. (22 de julio de 1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Asociación Española contra el cáncer. (14 de junio de 2011). *Factores de riesgo del cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/prevencion/Paginas/factoresderiesgo.aspx>

Asociación Española contra el cáncer. (25 de octubre de 2011). *Prevención del cáncer de estómago*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeestomago/Paginas/quelo produce.aspx>

Asociación Española contra el cáncer. (2 de septiembre de 2014). *Incidencia*. Recuperado de <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>

Asociación Española contra el cáncer. (23 de noviembre de 2015). *Incidencia del cáncer de próstata*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeprostata/Paginas/incidencia.aspx>

Asociación española contra el cáncer. (25 de agosto de 2016). *Ley de tabaco*. Recuperado de <https://www.aecc.es/sobreelcancer/prevencion/tabaco/paginas/leydetabaco.aspx>

Barillas, E. (1997). La fragmentación de los Sistemas Nacionales de Salud. Temas de actualidad.

Bedregal, Ramiro (1984) *Principios de la Seguridad Social*, Seguridad Social: Tratado General o Doctrina Histórica, Legislación, Proyecciones. (pp. 89-96). Quito: Universidad Central

- Blanco, D. (10 de abril de 2014). *Las últimas noticias sobre el cáncer en América Latina*. Recuperado de <http://www.infobae.com/2014/04/10/1556323-las-ultimas-noticias-el-cancer-america-latina/>
- Borràs, J. (24 de abril de 2015). *La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria*. Recuperado de <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewArticle/2034/2520>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2000). *Plan de atención a la salud de los personas. Guía metodológica*. Barcelona: Anechina-Osambela.
- Castellanos, M. (septiembre de 2006). *Las nuevas tecnologías: necesidades y retos en radioterapia en América Latina*. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000800011
- Cavalli, F. (2013). *Cáncer, el gran desafío*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Culyer, A., y Newhouse, J. (2000). *Handbook of health economics*. North-Holland.
- Echarte, S., y González, D. (2015). *Normativa sobre el control del tabaco Uruguay*. Montevideo: Centro de Cooperación Internacional de Control del Tabaco.
- Florentin, J. (2009). *Determinants de l'efficience des systemes de santé: une analyse sur un panel de 183 pays*. Recuperado de http://www.memoireonline.com/04/11/4384/m_Determinants-de-lefficience-des-systemes-de-sante-une-analyse-sur-un-panel-de-183-pays0.html
- Glied, S., & Smith, P. (2011). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Hoyos, A., Yance, K., y Rendón, A. (09 de septiembre de 2015). *Semaforización de productos de consumo, tendencia y culturización en los ecuatorianos*. Recuperado de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2015/semaforizacion.html>
- Icaza, G., Núñez, L., & Bugueño, H. (14 de Octubre de 2016). *Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000100014&script=sci_arttext

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). *Valuación Actuarial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS. Estudio Definitivo*. Quito: IESS.

Instituto Nacional del Cáncer. (6 de febrero de 2015). *Exámenes de detección*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion/examenes-de-deteccion>

Instituto Nacional de Cáncer. (7 de Mayo de 2015). *Cáncer y Salud Pública*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/investigacion/areas/salud-publica>

Institute of Medicine. (2010). *Hepatitis and liver cancer: A National Strategy for Prevention and control of hepatitis B and C*. Washington D.C.: National Academy of Sciences.

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. (septiembre de 2007). *Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana. Trienio 2000-2002*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000200007

International Agency for Research on Cancer. (2008). *World Cancer Report*. Lyon: World Health Organization.

Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno, 463 (Registro Oficial 17 de noviembre de 2004).

Ley Orgánica para el Equilibrio de las Finanzas Públicas, 744 (Asamblea Nacional de la República del Ecuador 29 de abril de 2016).

Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, 497 (Asamblea Nacional 22 de julio de 2011).

Ley Orgánica Reformativa a la Ley Orgánica de Salud para incluir el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, 67 (Asamblea General 12 de enero de 2012).

Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Quito: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Lyman, G. (2007). *Economics of Cancer Care*. Recuperado de Journal of Oncology Practice: <http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JOP.0731501>
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe*. Partnerships for Health Reform.
- Maceira, D., y Cejas, C. (2010). Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional. *Documento de Políticas Públicas*, 2-13.
- Maceira, Daniel (2011): “Argentina: Claves para coordinar un sistema de salud segmentado”, Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°92, CIPPEC, Buenos Aires.
- Mayer, Z. (2013). El cáncer como problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 7-8.
- Meza, D. (2010). Telemedicina en el Ecuador: un mundo de desafíos y oportunidades. Quito: Centro de Investigación en Modelamiento Ambiental.
- Mills, A., y Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. Londres: Health Economics & Financing Programme.
- Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. (2013). *Expansión del Programa de Telemedicina a nivel nacional*. Quito: Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Instructivo 001-2012 Para la viabilidad de la atención en salud en unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS)*. Quito: El Telégrafo.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Se aprueba el Plan Nacional de Cuidados Palitivos 2015-2017*. Corporación Edi-Ábaco Cía. Ltda.
- Moreno, A., López, S., y Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Scielo Public Health*.

- Mussini, M., y Temporelli, K. (junio de 2013). *Obesidad: un desafío para las políticas públicas*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007
- National Cancer Intelligence Network. (28 de Octubre de 2011). *The Economics of Cancer*. Recuperado de file:///C:/Users/Admin/Downloads/The_Economics_of_Can
- Noland, V., Troxler, C., y Torrens, A. (2014). *School Health is Public Health* . Recuperado de http://health.usf.edu/NR/rdonlyres/2C2130C1-3E71-400E-87E6-CF374C7E62E7/0/v1pp024_029NolandTroxlerSalemi.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Acerca de los sistemas de salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Programas Nacionales de control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Planificación*. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer: Aplicación de conocimientos, guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Prevención*. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer: Aplicación de conocimientos, guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Detección Temprana*. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer: Aplicación de conocimientos, guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Diagnóstico y tratamiento*. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Control del cáncer: Aplicación de conocimientos, guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Cuidados Paliativos*. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. *Políticas Públicas para la Salud Pública*, 64-81.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *World Cancer Report 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in member states*. Recuperado de http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (abril de 2013). *Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS*. Recuperado de https://www.icf.uab.es/es/pdf/publicacions/lme18_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2013). *Salud de la mujer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de mayo de 2015). *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947%3A2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (julio de 2015). *Cuidados Paliativos*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (diciembre de 2015). *Salud y Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (febrero de 2017). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador*. Washington: USAID.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Economía y Salud: Aportes y experiencias en América Latina*. Recuperado de:
<http://www.paho.org/chi/images/PDFs/aportesyexperienciasenamericalatina.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud. (10 de noviembre de 2015). *Etiquetado de alimentos procesados, política pública saludable de Ecuador, se presenta en reunión de Representantes de la Organización Mundial de la Salud. Participan representantes de 153 países del mundo*. Recuperado de
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1638:2015-11-10-14-23-51&Itemid=360

Paredes, K. (22 de marzo de 2014). *Ecuador dejaría de ser un 'país joven' en 2050*. Recuperado de
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/ecuador-dejaria-de-ser-un-pais-joven-en-2050>

Piédrola, G. (2002). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: MASSON.

Presidencia de la República del Ecuador. (5 de diciembre de 2011). *Inauguración Hospital San Francisco IESS*. págs. 12-13.

Puig-Junoy, J., Ortún-Rubio, V., y Pinto-Prades, J. (2001). *El análisis coste-efectividad en sanidad*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.

Puig-Junoy, J., Ortún-Rubio, V., y Pinto-Prades, J. (2001). *Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.

Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano, 00004522 (Ministerio de Salud Pública 29 de 11 de 2013).

- Saceda, D. (s.f.). *Gammagrafía*. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/gammagrafia-12421>
- San Sebastián, M., y Hurtig, A.-K. (2004). El cáncer en la población indígena de la cuenca Amazónica del Ecuador, 1985—2000. *Rev Panam Salud Publica vol.16 n.5 Washington*.
- Sasso, J. (2011). *La seguridad social en el Ecuador, historia y cifras* . Quito: Programa de políticas públicas, FLACSO.
- Savedoff, W. (febrero de 2004). *Kenneth Arrow and the birth of health economics*. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000200012
- Sociedad Canadiense del Cáncer. (octubre de 2012). *Cigarette Package Health Warnings*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/185347000/The-International-Cigarette-Package-Health-Warnings-2012-Report>
- Stiglitz, Joseph (2000) *La Seguridad Social*, La economía del sector público. (pp. 389-416). España: Antoni Bosch
- Stiglitz, Joseph (2000) *La Sanidad*, La economía del sector público. (pp. 345-366). España: Antoni Bosch
- Stiglitz, Joseph (2000) *Los bienes públicos y los bienes privados suministrados por el Estado*, La economía del sector público. (pp. 149-178). España: Antoni Bosch
- The Lancet Oncology Comision. (abril de 2013). *La planificación del control del cáncer en América Latina*. Recuperado de <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/commissions/planning-cancer-control-latin-america-and-caribbean/tlo-commission-series-spanish.pdf>
- Thomas, C. (s.f.). *Medicamentos oncológicos: gestionar el gasto con eficiencia, equidad y calidad*. Recuperado de www.isg.org.ar
- Tobar, F., Hamilton, G., Olaviga, S., y Solano, R. (2012). *Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación*. Buenos Aires: CIPPEC.

Wenk, R., Bertolino, M., y De Lima, L. (2004). *Analgésicos opioides en Latinoamérica: la barrera de accesibilidad supera la disponibilidad*. Madrid.

Worldpanel, K. (25 de noviembre de 2014). *Ecuador: Información nutricional en empaques cambia hábitos*. Recuperado de <http://www.kantarworldpanel.com/la/Noticias/Ecuador-Informacion-nutricional-en-empaques-cambia-hbitos>

Anexos

Anexo1. Preguntas obtenidas de las “Guías de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos de control del cáncer” (2007), realizadas durante las entrevistas.

- ¿Se cuenta con un plan nacional de control del cáncer?

Prevención

- ¿Se ha realizado un seguimiento de las tendencias de los factores de riesgo en la población?
- ¿El plan de prevención se encuentra basado en un análisis de la población?
- ¿Se conoce la cantidad de la carga del cáncer que se atribuye a los factores de riesgo conocidos y modificables? ¿Qué proporción se podría evitar reduciendo la exposición a estos factores?
- ¿En qué medida podría reducirse la carga del cáncer al actuar sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, de mama y de estómago?
- ¿Qué acciones se han realizado respecto a los factores de riesgo?
- ¿Se cuenta con la infraestructura y los recursos necesarios para implementar el plan de acción de prevención?
- ¿Se han estudiado los efectos o el impacto de las políticas/intervenciones?
- ¿Las intervenciones han tenido aceptabilidad social, económica y política?
- ¿Están centradas en las personas con mayor riesgo o en toda la población?
- ¿Qué acciones se han realizado en lo referente a la educación y sensibilización del público sobre los perjuicios del consumo de tabaco y alcohol y reducir la dependencia de su consumo?
- ¿Se han realizado campañas de educación nutricional? ¿Se cuenta con la colaboración de los representantes de la industria para asegurar el cumplimiento de objetivos? ¿Se ofrece asesoría nutricional personalizada en las instituciones sanitarias?

Detección temprana

- ¿Se cuenta con programas de detección temprana para el cáncer cervicouterino, de mama y de estómago? ¿Cómo están organizados?
- ¿Cuál es la población objetivo de los programas de detección temprana? (Edad, género, etnia, residencia)
- ¿Qué métodos de diagnóstico temprano y tamizaje se ponen en práctica? ¿Tienen una buena relación costo-eficacia? ¿Son accesibles económicamente? ¿Son fácilmente accesibles por la mayoría del grupo de riesgo?

- ¿Con qué frecuencia se realizan las intervenciones y que proporción de la población objetivo se cubre?
- ¿Se cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para ofrecer pruebas periódicas de tamizaje y tratar adecuadamente a las personas que resulten tener la enfermedad?
- ¿Se usan plenamente las instalaciones, los equipos que se utilizan son adecuados y se usa toda la información disponible?
- ¿Existen programas educativos para aumentar la sensibilidad entre el público y profesionales de la salud acerca de la detección temprana de los cánceres? ¿Cuál es el nivel de conciencia de la población de que el cáncer se puede detectar tempranamente?
- ¿Existe un sistema de monitoreo y evaluación regular?
- ¿Se cuenta con un sistema de registro de los participantes en programas de detección temprana y tamizaje?
- ¿Se realiza un entrenamiento apropiado del personal para que trabaje eficientemente? ¿Se desarrolla y mantiene el rendimiento de los trabajadores sanitarios?
- ¿Se podría tener mejores resultados con la reasignación de los recursos disponibles para los programas de detección temprana?
- ¿Una vez detectado el cáncer se completa el protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento? ¿Los pacientes son referidos inmediatamente a diagnóstico y tratamiento?
- Se conoce:
 - ¿Cuáles son las intervenciones de salud más costoefectivas para la población?
 - ¿Cuál es la costoefectividad de la prevención del cáncer en comparación con la detección temprana?
 - ¿Cuál es la costoefectividad de la prevención del cáncer en comparación con el tamizaje?
- ¿Ha incrementado el porcentaje de casos de cáncer detectado tempranamente? ¿Ha incrementado la supervivencia de las personas con los cánceres objetivo?
- ¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del programa de detección temprana?

Diagnóstico y tratamiento

- ¿Hay servicios de diagnóstico y tratamiento para los tres tipos de cáncer? ¿Cómo están organizados?
- ¿Los servicios están vinculados a los programas de detección temprana y cuidados paliativos?
- ¿Cuál es la población objetivo de los programas de diagnóstico y tratamiento?
- ¿Qué pruebas de diagnóstico se recomiendan para los tres tipos de cáncer?
- ¿Hay directrices clínicas para el tratamiento, el aprovisionamiento de apoyo e información al paciente y para organizar los servicios de tratamiento?

- ¿Las directrices organizativas definen los papeles de los proveedores de atención de la salud en los diferentes niveles de atención?
- ¿Existen sistemas de evaluación y monitoreo? ¿Incluyen éstos un control de calidad adecuado de los métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento?
- ¿El programa se dirige a los pacientes con cáncer en fase temprana antes que a los pacientes con cáncer avanzado?
- ¿Se utilizan procedimientos conservadores recomendados en lugar de unos más invasivos?
- ¿El personal es adecuadamente capacitado y desempeña bien su labor?
- ¿Hay equipamiento adecuado para un diagnóstico y tratamiento óptimos? ¿Las instalaciones y suministros se utilizan en su totalidad y se hace uso de toda la información disponible?
- ¿Se está ayudando a los pacientes a seguir su tratamiento, por ejemplo, informándolos sobre su enfermedad y tratamiento y capacitándolos para que la sobrelleven eficazmente?
- ¿Se han reasignado recursos disponibles para diagnóstico y tratamiento para dirigirlos a pacientes con cáncer curable y obtener los mejores resultados o a los grupos que reciben menos atención del grupo objetivo?
- ¿Se mantienen estándares de calidad de los servicios?
- ¿Se realiza un asesoramiento de los pacientes y familiares para sobrellevar su situación?
- ¿Se eligen las intervenciones de diagnóstico y tratamiento más costoefectivas y asequibles para la población?
- ¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del programa de diagnóstico y tratamiento?

Cuidados paliativos

- ¿Hay servicios de cuidados paliativos en los distintos niveles de atención para los pacientes con cáncer avanzado? ¿Hay servicios de atención durante el duelo?
- ¿Qué porcentaje de pacientes con los tres tipos de cáncer en etapa terminal se cubre?
- ¿Son accesibles para la población objetivo?
- ¿Hay medicamentos accesibles para el alivio del dolor?
- ¿Las competencias de los proveedores son apropiadas?
- ¿Hay continuidad en las actividades de CP para el cáncer y otras enfermedades crónicas?
- ¿Hay sistemas de información para el monitoreo y evaluación de los servicios?
- ¿Existen directrices sobre el manejo del dolor y otros síntomas en todos los niveles de atención?
- ¿Existe una lista de medicamentos esenciales que incluya la morfina oral?
- ¿Se cuenta con un sistema de registro de las personas con necesidad de cuidados paliativos?
- ¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del programa de cuidados paliativos?

Anexo 2

La tabla a continuación muestra los cánceres en los que pueden ser implementados programas de diagnóstico temprano y tamizaje según la cantidad de recursos que se poseen para cubrir los costos para llegar a una significativa proporción de la población objetivo (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Localización Tumoral	Actividades para:	
	Diagnóstico temprano	Tamizaje
Mama	Sí	Sí
Cuello del útero	Sí	Sí
Colon y recto	Sí	Sí (altos recursos)
Cavidad bucal	Sí	Sí
Nasofaríngeo	Sí	No
Laringe	Sí	No
Pulmón	No	No
Esófago	No	No
Estómago	Sí	No
Melanoma de piel	Sí	No
Otros cánceres de piel	Sí	No
Ovarios	No	No
Vejiga urinaria	Sí	No
Próstata	Sí	No
Retinoblastoma	Sí	No
Testículos	Sí	No

Fuente: Organización Mundial de la Salud [OMS]. Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas efectivos de control del cáncer, 2007

Elaboración: Najwa Jalkh