

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

Disertación previa a la obtención del título de
Economista

*Análisis de las asignaciones presupuestarias del Ministerio de
Salud Pública a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer para
las prestaciones de salud oncológicas en relación con su
producción. Período 2008-2013*

Lizbeth Tatiana Arias Pacheco
ltatianaariasp@gmail.com

Directora: Tatiana Margarita Villacrés
tatiana.villacres@msp.gob.ec

Quito, Mayo de 2015

Resumen

La investigación incluyó un estudio de las donaciones y asignaciones otorgadas por el Ministerio de Salud Pública a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, donde se evidenció una tasa de crecimiento tendiente al alza y una función, con una variable dependiente y una independiente; es decir, las asignaciones están en función del número de pacientes oncológicos registrados en cada provincia y ello distribuido de acuerdo a cada unidad oncológica a la que se le asigna fondos del Estado; lo que implica que un año adicional en el tiempo simboliza un crecimiento de las asignaciones presupuestarias.

Por otra parte, el estudio abordó un análisis de la concentración de camas y pacientes oncológicos atendidos dentro de las unidades médicas de SOLCA, y los resultados indicaron que existe mayor incidencia de casos oncológicos en las ciudades más grandes del país, Quito y Guayaquil y, en función de ello las estimaciones mostraron cuál fue el monto de las asignaciones monetarias al final del año 2014, y las proyecciones para 2015 y 2016; con un crecimiento tanto de las asignaciones como en el número de casos atendidos (que incluyen cifras de mortalidad y morbilidad oncológica).

Palabras clave: Asignación presupuestaria, donaciones, impuesto, economía de la salud, atención oncológica, Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.

Abstract

The research included a study of the grants and allowances granted by the Ministry of Public Health to the Society to combat cancer, where a growth rate evidenced tending upwards and a function with a dependent variable and an independent; so, allocations are based on the number of cancer patients registered in each province and distributed it according to each oncology unit that is assigned funds; implying that an additional year in time symbolizes growth budget allocations.

Moreover, the study addressed an analysis of the concentration of beds and oncology patients treated in medical units SOLCA, and the results indicated that there is a higher incidence of cancer cases in the larger cities, Quito and Guayaquil, accordingly estimates showed what was the amount of cash allocations at the end of 2014, and projections for 2015 and 2016, with growth both assignments and the number of cases handled (including mortality rates and oncology) morbidity.

Keywords: budget allocation, grants, tax, health economics, cancer care, Society Against Cancer.

*A todos quienes estuvieron constantemente alentando
mi camino hasta llegar a la culminación de mi etapa
universitaria: Dios, mis padres, hermanas y él .*

Agradezco a Dios quien fue mi guía y fortaleza para emprender mis acciones y bendecir mi caminar. A mis padres y hermanas que hicieron posible la culminación de esta etapa de mi vida estudiantil, por su incansable ayuda y apoyo en las tareas que implicó este proceso. A mí directora, quien me brindó su ayuda y conocimiento para la realización de esta investigación. A todos mis amigos y a quienes se integraron durante este proceso.

**Análisis de las asignaciones presupuestarias del Ministerio de
Salud Pública a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
para las prestaciones de salud oncológicas.
Período 2008-2013**

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Metodología de Trabajo.....	6
Pregunta General.....	7
Preguntas Específicas.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Fundamentación Teórica.....	8
Salud.....	8
Determinantes de la Salud.....	9
Enfoque de Salud Preventiva.....	13
Transición Epidemiológica.....	15
Perfil Epidemiológico.....	16
Teoría del Estado del Bienestar.....	21
Economía del Bienestar.....	22
Economía de la Salud.....	23
Sistema Nacional de Salud y Política Sanitaria.....	24
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA).....	26
Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la Red Pública Integral de Salud.....	27
Política Sanitaria.....	28
Financiamiento de los Sistemas de Salud.....	30
Motivación del Estado para asignación a SOLCA.....	31
Capítulo I.....	33
Situación General del cáncer en el Ecuador y su relación con los determinantes sociales.....	33
Morbilidad.....	33
Mortalidad.....	46
Oferta de servicios de salud.....	55
Situación demográfica.....	61
Capítulo II.....	65
Origen y Análisis de las Asignaciones Presupuestarias a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.....	65

Origen de las Asignaciones.....	65
Situación del volumen de crédito de las instituciones financieras del sector público y privado del Ecuador	66
Situación de las asignaciones presupuestarias en función del crédito otorgado por las entidades financieras del sector privado.....	70
Ingresos y Gastos	78
Rol de SOLCA y del Ministerio de Salud Pública en la asignación presupuestaria para atención oncológica.....	80
Conclusiones.....	84
Recomendaciones.....	87
Anexos	89
Referencias Bibliográficas	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1: Egresos totales.....	33
Gráfico Nro. 2: Número de altas hospitalarias, egresos y fallecimiento	35
Gráfico Nro. 3: Número de egresos	38
Gráfico Nro. 4: Causa de egreso por neoplasias o tumores malignos	39
Gráfico Nro. 5: Egresos por patrón de comportamiento.....	41
Gráfico Nro. 6: Causa de egreso por neoplasias o tumores malignos	42
Gráfico Nro. 7: Egresos por patrón de comportamiento.....	43
Gráfico Nro. 8: Causas principales de egreso hospitalario	44
Gráfico Nro. 9: Grupo de morbilidad.....	45
Gráfico Nro. 10: Número de muertes.....	46
Gráfico Nro. 11: Mortalidad y fallecimiento	47
Gráfico Nro. 12: Número de muertes.....	49
Gráfico Nro. 13: Ranking tasa de letalidad	50
Gráfico Nro. 14: Tasa de Letalidad	51
Gráfico Nro. 15: Mortalidad por neoplasias o tumores malignos	52
Gráfico Nro. 16: Mortalidad por Neoplasias o tumores malignos	53
Gráfico Nro. 17: Mortalidad por tumores malignos o neoplasias	55
Gráfico Nro. 18: Número de personal médico	56
Gráfico Nro. 19: Personal médico por especialidad.....	56
Gráfico Nro. 20: Personal del servicio de enfermería.....	57
Gráfico Nro. 21: Número de Camas (SOLCA)	59
Gráfico Nro. 22: Distribución poblacional por áreas	62
Gráfico Nro. 23: Pirámide poblacional	63
Gráfico Nro. 24: Volumen de Crédito.....	67
Gráfico Nro.25: Volumen de Crédito	68
Gráfico Nro. 26: Asignaciones por ley a SOLCA	71
Gráfico Nro. 27: Donaciones del gobierno nacional	72
Gráfico Nro. 28: Asignaciones a SOLCA por cobro de impuesto	73
Gráfico Nro. 29: Asignación por ley a SOLCA	74
Gráfico Nro. 30: Asignación a SOLCA	76
Gráfico Nro. 31: Eficiencia: Oferta de servicios de salud vs. Asignaciones.....	77

Gráfico Nro. 32: Eficiencia: Oferta de servicios de salud vs. Asignación (Código Orgánico Monetario y Financiero)	78
Gráfico Nro. 33: Ingresos y Gastos de SOLCA	79
Gráfico Nro. 34: Ingresos y gastos	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1: Número de egresos por neoplasias.....	36
Tabla Nro. 2: Número de fallecimientos por neoplasias.....	52
Tabla Nro. 3: Número de casos registrados de neoplasias.....	60
Tabla Nro. 5: Monto de Crédito	69
Tabla Nro. 6: Asignación SOLCA	74

ÍNDICE DE MAPAS

Anexo A: Egresos de cáncer	89
Anexo B: Defunciones por cáncer	90

Introducción

En un país subdesarrollado como el Ecuador, donde ha existido gran desigualdad social y difícil acceso a la salud se presentan múltiples problemas que dificultan el avance consecutivo de los planes de salud impulsados por el gobierno nacional durante el último mandato presidencial, que favorece a los pacientes oncológicos y catastróficos. Sin embargo la Constitución 2008 ampara a esta población y amplía la cobertura, que permitirá que este grupo vulnerable goce de mejores beneficios y de lo que la Organización Mundial de la Salud [OMS] define como buen estado de salud¹.

Dentro de este contexto, se desarrolla un análisis de las asignaciones que se otorga a SOLCA para cubrir los costos de las prestaciones de salud pública brindada a los pacientes oncológicos de las unidades médicas (considerados dentro del grupo de enfermedades huérfanas o catastróficas², según la Ley Orgánica de Salud (2006), Ley 67, con Registro Oficial N° 625, Oficio No. SAN-2012-0050).

Sin embargo, con respecto al financiamiento que SOLCA ha tenido que enfrentar para cubrir las prestaciones de salud de los centros oncológicos adscritos a ésta, Mendoza *et al.* (1998: 5) en su estudio afirman que se debe cubrir los requerimiento de: Personal Médico, Insumos Médicos y demás adecuaciones e infraestructura, donde argumentan que “la principal base de financiamiento es a través de las asignaciones por concepto del impuesto [...] sobre toda operación de préstamos y descuentos que efectúen los Bancos Comerciales, Hipotecarios y de Ahorros y otras Compañías Financieras”(actualmente es una contribución del 0,5% del monto de las operaciones de crédito efectuadas por el sector financiero privado, según el Código Orgánico Monetario y Financiero que consta en el Segundo Suplemento del Registro Oficial N°332, aprobado el 24 de Julio de 2014 en la disposición general décimo cuarta).

La principal motivación de esta investigación, obedece a la necesidad de presentar de forma clara los aspectos y circunstancias en las que se ha desarrollado el mercado de salud pública, con respecto a los centros de atención oncológica del Ecuador, donde se vinculan los principales ejes económicos que favorecen el financiamiento de estos centros. El objetivo primordial de esta investigación es brindar un análisis desde la óptica de la salud pública y el financiamiento de SOLCA, por medio de varios indicadores sociales que presentan las estadísticas actuales del Ecuador.

La estructura de la investigación, está definida del siguiente modo, el primer apartado aborda una explicación de las principales teorías, y conceptos que se requieren conocer previo al desarrollo del análisis de los indicadores, esta constituye el fundamento teórico de la investigación, donde se aborda parte de la problemática que ha venido ocurriendo en el mercado de la salud oncológica en el Ecuador, pues en lo que respecta a la atención oportuna y eficiente de los servicios de salud, un estudio de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2002: 5) considera que “la prevención primaria, la detección precoz y los cuidados paliativos se descuidan en favor de enfoques orientados al tratamiento”.

¹ Salud: “completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

² Se entiende por enfermedades catastróficas a “aquellas cuyo tratamiento involucra un costo directo, igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado” (Lifstchitz, 2011:1).

Por lo tanto, una vez desarrollada la teoría que sustenta la investigación se introduce al primer capítulo, donde se analizan los principales indicadores sociales que describen la situación del cáncer en el Ecuador y conjuntamente con ello se definen las clasificaciones de acuerdo a género, zona de ubicación geográfica y edad, agrupado por mortalidad, morbilidad, número de egresos, número de camas y personal médico al servicio del paciente oncológico, y ello se relaciona con los determinantes de la salud, para evidenciar la producción de servicios de salud de SOLCA.

El segundo capítulo, inicia con las normativas expedidas en favor de SOLCA que favorecen la atención oncológica; continúa con un análisis de las estadísticas del volumen de crédito de las instituciones financieras tanto públicas como privadas, para partir de esa premisa en el reconocimiento del monto de asignaciones que SOLCA recibe por concepto del impuesto de ley; el análisis de ingresos y egresos de las unidades de SOLCA a nivel nacional es también uno de los puntos de interés dentro de este capítulo, así como el rol tanto de SOLCA como del Ministerio de Salud Pública para la atención del cáncer. Uno de los apartados de este capítulo se centra también en medir la eficiencia de los servicios de salud para comprender que el Estado cubre eventualidades oncológicas al interior del país, haciendo una relación entre la producción de servicios de salud vs la asignación recibida.

Hay que recalcar que “el financiamiento del cuidado de la salud por parte del Estado es un problema grave, por cuanto es necesario armonizar un número grande de intereses diferentes” Castañeda (1990:184), pues el costo de financiar particularmente las medicinas y el personal médico es excesivamente costoso, en donde el Estado tiene un rol decisivo en la formulación de política pública para este sector.

Finalmente, la última parte de este estudio comprende las conclusiones y recomendaciones de la investigación; los resultados muestran que las asignaciones que se han realizado a SOLCA hasta el año 2013, han permitido cubrir en un nivel intermedio la atención oncológica, por lo que, la entrada en vigencia del Código Orgánico Monetario y Financiero, en Julio de 2014, va a incrementar el monto de las asignaciones que las unidades de SOLCA reciben y se espera que en los siguientes años, estas generen mayor producción de servicios de salud oncológica. Mientras tanto, las recomendaciones sugieren complementar el esfuerzo para la implementación de nuevos mecanismos que otorguen mayor dinamismo a este sector, y que el desarrollo de las leyes y estatutos emitidos por el ejecutivo, fomenten un cambio en la rendición de cuentas de las unidades de SOLCA, para conocer con certeza cuál es el destino de los fondos recabados por concepto del impuesto establecido.

Metodología de Trabajo

La investigación partió de la formulación de la problemática del mercado de salud oncológica a nivel nacional, donde ha existido un desequilibrio en la atención a los pacientes, así como un nivel de financiamiento bajo en relación a las múltiples necesidades de este sector. Una vez desarrollada la problemática y la motivación para el desarrollo de la investigación, la recopilación de datos tanto cualitativos como cuantitativos direccionaron el análisis, para fundamentar la base del estudio, por medio de la indagación de leyes y teorías que amparan a la población objetivo.

Con el fin de que la información obtenida posea datos certeros y exista el mínimo margen de error posible, se recurrió a la primera fuente de información, que posee cifras y datos históricos; en el ámbito cuantitativo la información se obtuvo del Ministerio de Salud, Superintendencia de Bancos y Seguros y del Ministerio de Finanzas, este último regula gran parte de las asignaciones que se realizan a todas las unidades médicas del sector público a nivel nacional. Mientras tanto, en la parte cualitativa las leyes, normativas y estatutos que se han reformado y configurado desde 2008 sirvieron como sustento y base legal para determinar la motivación del Estado, así como el rol que este cumplió en la asignación presupuestaria a SOLCA.

La técnica de recolección de información, fue observacional, donde se pudieron analizar los datos cualitativos tanto de la población total del Ecuador que utilizan los servicios de salud pública, como de los pacientes oncológicos para cubrir los riesgos de enfermedad catastrófica; estos permitieron desarrollar el marco empírico que sustenta el análisis de la investigación.

Sin embargo, el método inductivo, permitió configurar los cimientos de la investigación, pues partió de un análisis de la situación del cáncer a nivel nacional y de los pacientes de SOLCA, para después abordar el análisis demográfico de la población del Ecuador y, el método analítico que permitió desarrollar el estudio del financiamiento de los servicios de salud oncológica, con lo cual se pudo realizar proyecciones que permitieron estimar el monto que el Estado tiene que cubrir en los dos siguientes períodos (2015-2016), bajo la premisa de estabilidad en el crecimiento de la economía ecuatoriana y tasa de crecimiento constante del volumen de crédito del sector financiero privado.

Finalmente, para determinar el monto que el Estado asignó a las unidades de SOLCA, se corrió una regresión de la variable “volumen de crédito del sector financiero privado”, datos que fueron obtenidos de la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS, 2013), siendo el tiempo la variable independiente y el volumen de crédito la variable dependiente. Esta serie contenía datos históricos mensuales, desde Ene08 a Sep14. Con ello se realizaron las proyecciones del monto de crédito para los dos siguiente períodos (2015-2016).

El método utilizado para correr la regresión fue el de Mínimos Cuadrados Ordinarios, mismo que permitió la instrumentalización de la variable “volumen de crédito del sector financiero privado”; a partir de este resultado, se pudo conocer el monto de financiamiento futuro, así como el monto por concepto de asignación presupuestaria que tendría que recibir SOLCA en 2015 y 2016 (bajo el supuesto de vigencia del Código Orgánico Monetario y Financiero, establecido en Junio de 2014, tasa de crecimiento constante del volumen de crédito del

sector financiero privado y de estabilidad en la economía ecuatoriana), para compararlo con la producción de servicios de salud que están produciendo sus unidades y cuantificar el nivel de eficiencia que tienen las mismas.

Pregunta General

¿Por qué el Estado realiza asignaciones presupuestarias a SOLCA en favor de los pacientes oncológicos para cubrir las eventualidades médicas de su atención?

Preguntas Específicas

¿Cuál es la situación del cáncer y de la población oncológica en el Ecuador durante el período 2008-2013?

¿Cuál ha sido la evolución de las asignaciones presupuestarias del Ministerio de Salud Pública a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, para que los fondos recabados del impuesto de ley estén siendo invertidos eficientemente?

Objetivo General

Determinar la motivación del Estado para realizar asignaciones presupuestarias a SOLCA para cubrir el riesgo de atención oncológica a sus pacientes durante el período 2008-2013.

Objetivos Específicos

Analizar la situación del cáncer en el Ecuador y de la población oncológica que presenta neoplasias o tumores malignos durante el período 2008-2013.

Demostrar si el presupuesto que el Estado asigna a SOLCA está siendo invertido eficientemente, en base a la evolución de las asignaciones presupuestarias (tomando en cuenta la producción hospitalaria que mantienen las unidades de atención oncológica) durante el período 2008-2013.

Fundamentación Teórica

La fundamentación teórica permite establecer los lineamientos y bases teóricas que sustentarán el posterior análisis de las asignaciones presupuestarias; y medir en base a teoría si los hallazgos encontrados son respaldados por la teoría, escuelas y estudios realizados anteriormente. Es por ello que aquí se resume gran parte de la situación de los temas principales que competen dentro del análisis.

La primera parte de esta sección comprende lo referente al tema netamente sanitario, donde se abordan conceptos y definiciones manejadas internacionalmente por las autoridades sanitarias, así como determinantes de la salud que muestran los principales problemas que pueden agravar el goce de un buen estado de salud física de un individuo; se incluye también lo referente a perfil y transición epidemiológica en el Ecuador y se termina con la explicación detallada de enfermedades catastróficas; estrictamente cáncer.

Posterior a lo abordado en el tema sanitario se pasa a una parte estrictamente de teoría económica, donde se muestran los principales lineamientos que existen y las relaciones con las teorías de la escuela económica, donde interviene la teoría del “estado de bienestar” y explica los principales factores que intervienen para alcanzar el pleno goce de las facultades físicas y mentales de un individuo, tomando en cuenta lo definido también por la economía de la salud.

Finalmente se termina haciendo un análisis de la situación de los sistemas de salud dentro del país y cómo se ha venido manejando el modelo de atención integral de salud conjuntamente con la red pública integral de salud para la protección del individuo en condiciones catastróficas o de alta complejidad; además se da una visión retrospectiva de la política sanitaria actual y del financiamiento que tienen estos sistemas de salud dentro del país.

Salud

La Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948 establece en su Preámbulo que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

A ello se suma el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] quienes aluden que los factores fundamentales de la salud pueden alcanzarse por medio de “condiciones sociales y económicas, así como el medio ambiente más amplio” (publicado en la página oficial de UNICEF (2012)).

Sin embargo a estos conceptos tan amplios y utilizados por la mayor parte de organizaciones de la salud intervienen Mucci y Benaim (2012:124) quienes muestran su contradicción aludiendo que la salud supone únicamente un “cierto equilibrio entre el

organismo biológico y, el conjunto de factores psicológicos en interacción con factores medio ambientales, estilos, calidad y condiciones de vida”.

Por lo tanto, el concepto general y que es acogido por la mayor parte de organizaciones de salud es el desarrollado por UNICEF, en el año 2012, quienes abarcan las fundamentaciones específicas que determinan el estado de salud, a pesar de que la definición desarrollada por Mucci y Benaim (2012) introducen una concepción más amplia que permite expandir la única idea de condicionar la salud a lo social, económico y ambiental, y lo amplía hacia lo biológico y psicológico en relación con el medio ambiente, calidad, estilo y condiciones de vida del individuo.

Por otra parte el estudio de Benyamini, Leventhal y Leventhal (2003) indica que las concepciones de salud de la población, están relacionadas con “el funcionamiento físico y la vitalidad (ser capaz de hacer lo que uno quiere / tiene que hacer)” y que “las opiniones subjetivas sobre la salud estaban más relacionadas con el comportamiento saludable en los individuos más sanos” (Morrison y Bennett, 2007:12)

Mientras tanto el estudio realizado por Herzlich (1973) en su artículo Health and Illness: A Social Psychologic Analysis Illness, en adultos franceses indica que “era difícil para algunos diferenciar entre salud y ausencia de una enfermedad” por lo que concluye su estudio diciendo que “la salud se considera como un estado de equilibrio entre diversas facetas de una persona, incluyendo cuestiones físicas, psicológicas, emocionales y de bienestar social”.

Finalmente el estudio realizado por Bauman (1961) en su artículo de Diversities in conceptions of health and fitness. Journal of Health and Human Behavior, demuestra que las personas pueden tener diferentes concepciones de lo que significa la salud, por lo que, indica que los tres conceptos universales dentro de su estudio correspondieron a “sensación general de bienestar”, “ausencia de síntomas de una enfermedad” y “las cosas que puede hacer una persona que está en buena forma física”, a lo que el mismo autor lo definió como “sentimientos”, “orientación a los síntomas” y “rendimiento”.

Esta serie de concepciones del término salud ponen en relieve la existencia de una serie de divergencias, pero sobre todo las ideas multifacéticas que yacen en los individuos y que abarcan este término de acuerdo a la sensación de bienestar físico o de ausencia de enfermedades. Por lo tanto, una vez más, es necesario recalcar que existe concordancia entre varias autorías sobre el concepto del término *salud*, aquí la definición de este término será más una conjugación de todas las concepciones que existen alrededor de este, entonces se entiende por salud al completo estado de bienestar físico con ausencia de enfermedades, que permiten el pleno goce del equilibrio entre lo biológico y psicológico para una correcta interacción con el medio social, económico y político en el que se desarrolla el individuo sano, capaz de realizar sus actividades sin afecciones de ninguna índole.

Determinantes de la Salud

El término *determinante de la salud* se entiende como “cualquier factor que produce cambio en una condición de salud” (Porta, 2008, citado en Ballester, 2011:2), bajo un enfoque que establece que “la salud y la enfermedad son el resultado de las interacciones sociales,

biológicas, culturales, ambientales, históricas y políticas de los individuos y sus colectividades, por lo tanto se producen socialmente y su abordaje implica la participación de múltiples actores” (Jaramillo *et al.*, 2011:12). “En los últimos años se ha documentado la importancia que el entorno social juega en la determinación de la enfermedad, así como en las variaciones de la incidencia entre diferentes áreas geográficas” Lozano *et al.* (2009:6)

Por otro lado, un análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria, desarrolla el *Modelo Lalonde* donde se incluyen los factores condicionantes de la salud en la población, los cuales se clasifican en “cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud”: la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y organización de los sistemas de salud” (Laframboise, 1974, citado en Gomes, 2004:4) y a ello la OPS (2008:7) agrega que los determinantes de la salud son “determinantes políticos, económicos, sociales y medio ambientales”; esta última clasificación es la aceptada universalmente, por lo tanto de ella se va a derivar le resto de afirmaciones sobre determinantes de la salud.

Tomando en cuenta que “la salud no es un acontecimiento sólo del orden bionatural que afecta el ámbito individual, sino que por su propia naturaleza es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la individualidad biológica de cada uno y su entorno y las condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político” (Jaramillo *et al.*, 2011:12), es decir, el individuo por sí mismo puede presentar problemas de salud que afecten su completo estado de bienestar, sin embargo su relación con el medio externo es el que provoca los cambiantes estados de salud; por lo tanto “los estilos de vida y el medio ambiente juegan un papel muy importante en la determinación de los problemas de salud” (Ballester, 2011:2 según el informe *Lalonde*).

1. Determinantes Políticos

Los determinantes políticos pueden afectar el estado de salud de un individuo, de tal manera que puede existir gran influencia de las condiciones en las que le individuo se desarrolla para que esté presente cuadros de diagnóstico que pueden generar repercusión sobre su estado de salud, por lo tanto un estudio realizado para los países desarrollados determina que, “lo político (por ejemplo, la orientación política del partido de gobierno) define el contenido de las políticas del estado de bienestar que directamente afectan la salud de la población (Huber y Stephens, 2001 citado en Chung y Muntaner, 2006:35), sin embargo esta afirmación no es exclusiva de países desarrollados, sino que es posible extenderlo hacia las naciones no desarrolladas.

Por lo tanto, la OPS (2008:7) en un estudio realizado para el Ecuador, donde se incluyó los indicadores referentes al perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en las unidades médicas al interior del país, afirma que:

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y un alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad [...] generando problemas de violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública.

En los siguientes apartados, la OPS (2008:8) afirma que cada uno de los problemas políticos que se mencionaron anteriormente “afectaron la dinámica del sector salud y sus reformas. Los reiterados cambios de autoridades (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la inserción de planes y programas propios en cada administración debilitaron la autoridad sanitaria nacional, limitando el desarrollo”.

Resaltando de este modo las nuevas reformas realizadas durante el nuevo mandato presidencial que plantean un cambio generalizado del sector salud por medio de la inserción de normas, mandatos y regímenes que rijan este sector, de este modo la OPS (2008:8) plantea que “el actual gobierno propone nuevos modelos de organización, los que esperan eliminar la fragmentación, promover la articulación funcional institucional y sectorial”.

Mientras tanto otros estudios sugieren que “las variables políticas y del estado de bienestar (por ejemplo, acceso al servicio de salud) también podrían ser determinantes importantes en los resultados de la salud de la población” (Chung y Muntaner, 2006: 34), por otro lado, un único estudio realizado para la población de Bogotá (Colombia), indicó que “el gasto del estado, por medio de políticas tanto de salud como sociales y variando de acuerdo con la estructura institucional del estado de bienestar, ciertamente afectaba la mortalidad infantil” (Chung y Muntaner, 2006: 35).

Dentro de este contexto se puede evidenciar que existen factores políticos que pueden afectar el estado de salud de un individuo y por lo tanto generar condiciones de salud riesgosas que deben poner en alerta a los gobiernos para que se articulen políticas públicas eficientes y que mejoren consecutivamente el completo estado de salud de un individuo.

2. Determinantes Medio Ambientales

Se entiende que el medio ambiente es uno de los determinantes que mayores impactos puede generar al estado de salud, Ballester (2011:2) afirma que “el medio ambiente en el que se vive, tanto en su aspecto más físico como social, va a jugar un papel importante en muchas de las conductas y decisiones individuales en relación a la salud.”

En el Ecuador, el organismo encargado de regir las normas medio ambientales es el Ministerio del Ambiente del Ecuador (MAE), el cual “fue seleccionado conjuntamente con el Ministerio de Turismo, para desarrollar un proceso de desconcentración y descentralización de sus funciones” (Ulloa *et al.*,2003:6), en este sentido la OPS (2008:8) afirma que “el sector ambiental agrupa a las instancias en el ámbito nacional responsables de formular y ejecutar las políticas de conservación, protección y mejoramiento del ambiente y de los recursos naturales del país.”

Ballester (2011:4) argumenta que “tanto los factores ambientales [...] (comunidad donde viven, su ambiente laboral o la calidad del agua y los alimentos que consume), como las condiciones ambientales (por ejemplo, las emisiones de CO₂ que contribuyen al calentamiento global) son determinantes de la salud de la población, importantes“, pero varias de estas características pueden ser modificadas con el fin de evitar o de sobrellevar un mejor estado de salud, en el caso del Ecuador, este territorio “se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad

de terrenos, además de inundaciones sequías, granizadas, heladas” (OMS, 2008:8), estos son varios de los sucesos que pueden afectar el estado de salud de un individuo.

A nivel mundial, los resultados de un estudio realizado mostraron que “el 23% de las defunciones y el 24% de las enfermedades en el mundo pueden ser atribuidas a los riesgos ambientales” (Ballester, 2011:5), por lo que la evidencia empírica realizada en un estudio a 192 países reafirma que “entre el 13% y el 27% de la carga de enfermedad de los países podría ser prevenida mejorando el medio ambiente” (Prüss-Ustün, *et al.*, 2008, citado en Ballester, 2011:5).

Finalmente la OMS (2008:9) agrega que la “actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación [...] que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad sanitaria” a lo que se añade el Informe Anual sobre la salud mundial realizado por la OMS en 2002, donde afirma que “las principales causas de enfermedad en el mundo [...] se incluyen riesgos ambientales, como la falta de agua de bebida, saneamiento e higiene en condiciones, la contaminación [...] la exposición a productos tóxicos como los metales pesados y los posibles efectos del cambio climático”.

3. Determinantes Sociales y Estilos de vida

Los determinantes sociales de la salud son las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2015), dentro de este contexto la Organización Mundial de la Salud, emite en el informe final de la Comisión, formas en las que se puede mitigar el efecto de estos determinantes, las recomendaciones generales son: “1. Mejorar las condiciones de vida, 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones” (OMS, 2008:6).

Para la OMS (2008:8) en su estudio realizado sobre el perfil epidemiológico de los individuos ecuatorianos, muestra que “los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia”. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas”, es por ello que Beaglehole, *et al.* (1998: 21) afirma que “la edad, el sexo y los factores hereditarios (genéticos) son fundamentales pero no modificables”.

Por lo tanto, la OMS (2008:14) afirma que “la desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales [...] son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios.”

Beaglehole *et al.* (1998:22) afirman que los principales determinantes de los estilos de vida sobre el estado de salud de un individuo en una muestra de 190 países, pueden ser el consumo de sustancias que generan afectaciones a su salud, por lo que existen “factores de estilo de vida individuales, como la dieta, el tabaquismo y el alcohol, la actividad física”.

4. Determinantes Económicos

Varios de los determinantes económicos que afectan el estado de salud de los individuos son los que abarcan temas sobre “ingreso y la pobreza, el empleo y la ocupación, la educación, la vivienda, los servicios basados en la población, la cohesión social y la cultura y el origen étnico” (Beaglehole *et al.*, 1998: 23).

“El ingreso es uno de los determinantes más importantes de la salud” (Beaglehole *et al.*, 1998: 23), en el caso del Ecuador la OPS (2008:7) afirma que a partir de la dolarización el país enfrentó un rápido crecimiento económico, caracterizado por “el incremento del producto interno bruto (PIB) per cápita”.

Por otro lado, el factor empleo (entendido en términos económicos como la ocupación) es un tema que ha tomado gran relevancia en la actualidad pues, tal como lo menciona Beaglehole *et al.* (1998: 23), el empleo es

Un determinante importante de la salud. Además de proporcionar ingresos, el empleo mejora la condición social y mejora la autoestima, proporciona el contacto social y una forma de participaren la vida comunitaria, y aumenta las oportunidades para la actividad regular, los cuales ayudan a mejorar la salud individual y el bienestar.

A lo que la OPS (2008:8) añade que durante la época de la dolarización, “el desempleo también disminuyó: la tasa de desempleo urbano pasó del 10,9% en el 2001 a 7,9% en el 2005 y, según el INEC, en diciembre del 2007 el desempleo de la población total era del 6,1%” y en 2008 subió a 7,5% (tasa de desempleo bruta).

Enfoque de Salud Preventiva

La *medicina preventiva*, es abordada desde varias ópticas, a pesar que esta tiene una sola definición, y es entendida como “la medicina que incluye el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos de forma específica a la prevención de la enfermedad” (Salleras, 1994:334); esta definición abarca una concepción adicional de lo que se considera como medicina preventiva, la cual permite identificar las posibilidades de detección precoz de una enfermedad.

Sin embargo, existe un enfoque que muestra que la medicina preventiva es el “campo especializado de la práctica médica, compuesto por diferentes disciplinas, que emplean técnicas dirigidas a promover y mantener la salud y el bienestar, así como impedir la enfermedad, discapacidad y la muerte prematura” (Gómez, 1996: 353), cabe resaltar que esta forma de prevenir las enfermedades, discapacidad y muerte prematura implica que los gobiernos y las naciones implementen estrategias que permitan que el cuidado prediagnóstico (prevención) sea más importante que el posdiagnóstico (tratamiento).

Por lo tanto, la medicina preventiva, es una parte de la medicina cuyo campo de acción va a ser más restringido que la medicina tradicional, pues ésta abarca definiciones, conceptos, teorías y desarrollos más modernos que involucran a la prevención de la enfermedad antes que al tratamiento pos diagnóstico; Salleras (1994) afirman que este tipo de medicina comprende “un conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a fomento, la

defensa y la restauración de la salud de la población” (Salleras, 1994:334), pues “se trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente donde el hombre vive y trabaja, y de los alimentos que consume” (Salleras, 1994:335), que involucra directamente a los determinantes de la salud.

La medicina preventiva como especialidad médica se la define como:

Una ciencia y la práctica del fomento, elaboración y aplicación de políticas de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad tanto para reducir la probabilidad de su aparición como para impedir o controlar su progresión, así como de la vigilancia de la salud de la población, de la identificación de sus necesidades sanitarias y de la planificación y evaluación de los servicios de salud. (Gómez, 1996: 353).

El objetivo principal de la medicina preventiva está enfocado al “fomento y la defensa de la salud, así como la prevención de las enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas” (Salleras, 1994:335), es por ello que cuando se realizan prestaciones que involucran asistencia sanitaria, los individuos sanos (consumidores) y los enfermos (pacientes) “son objeto de atenciones por parte de los servicios de asistencia sanitaria a nivel primario (ya que a nivel hospitalario solo se atienden pacientes, y además a este nivel las acciones son principalmente curativas” (Gestal y Romaní, 2000:68)

Existen niveles de atención preventiva, de ella, se desagregan tanto la primaria como la secundaria, la primera de ellas constituye la base de la prevención misma, esta tiene por objeto “disminuir la probabilidad de aparición de las afecciones y enfermedades. Desde el punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia” (Salleras, 1994:340), por ello “sobre los sujetos sanos los servicios de asistencia sanitaria aplican medidas preventivas (prevención primaria y la primera fase de la prevención secundaria³)” (Gestal y Romaní, 2000:68)

Mientras tanto, cabe resaltar que la *prevención secundaria* actúa solamente cuando la prevención primaria no tuvo efecto o ésta no arrojó resultados, y “ocurre cuando se ha producido y actuado el estímulo productor de la enfermedad entonces la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno en la etapa presintomática” (Salleras, 1994:345).

En cuanto a lo que refiere a la medicina preventiva oncológica, SOLCA se encuentra realizando continuamente campañas que permiten concienciar a la población de los riesgos que presentan estas enfermedades catastróficas, la página oficial de SOLCA anuncia que su campaña se realiza “mediante planes de enseñanza por medio de charlas interactivas, conferencias, gráficas y jornadas oncológicas” (García, 2014:8), ello se realiza conjuntamente con el personal técnico de SOLCA, personal técnico de otras instituciones y médicos en general.

Como lo definido por la salud preventiva, se entiende que ésta como su nombre lo indica es la búsqueda de la prevención como tal de una enfermedad antes que esta continúe su curso y presente una progresión mayor en la que se recurriría ya a la medicina curativa mas no a

³ Primera fase de prevención secundaria: diagnóstico precoz (Gestal y Romaní, 2000:68)

la preventiva con una inversión y gasto mayor que podía implicar el buscar alternativas que eviten que la enfermedad se presente inicialmente.

Transición Epidemiológica

La llamada *Transición Epidemiológica* ocurre cuando se dan “cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, demográficas, sociales y económicas son las más amplias” (Goss *et al.*, 2013:4), es decir, esta teoría responde a la incapacidad de generar cambios en los patrones de muerte de la población y que por lo tanto provocan un patrón de comportamiento uniforme durante un largo período de tiempo; sin embargo la transición de las condiciones de salud conlleva a generar los procesos de salud y de enfermedad pertinentes; tomando en cuenta que en América Latina y el Caribe los Sistemas de Salud enfrentan desafíos en la atención a pacientes que padecen cáncer avanzado, según Goss, *et al.* (2013:1) estos desafíos se refieren a la “financiación insuficiente, distribución inequitativa de recursos y servicios médicos, escasez y capacitación inadecuada del personal médico, falta de una atención a varios sectores de la población (factores socioeconómicos, geográficos, étnicos y otros)”.

Por lo tanto, en el contexto de *enfermedades catastróficas*, Goss *et al.* (2013) consideran que los casos de cáncer cada vez van en aumento, a medida que la población se incrementa, dada la transición demográfica y epidemiológica. Se estima que en América Latina y el Caribe, en el año 2030 los casos de cáncer serán alrededor de 1,7 millones de personas, y el número de muertes va a sobrepasar el millón de personas cada año, según los estudios de la Unión Internacional contra el Cáncer [UICC] (2005: 23).

La transición epidemiológica surge de la gran teoría que inicialmente aborda la llamada *transición demográfica*, la cual según Cerda *et al.* (2008:482) considera que evoluciona en tres fases principales, y que están en función de las condiciones de salud de cada uno de los países, estas se refieren a “*inicial*” que se caracteriza por altas tasas de natalidad y mortalidad general, luego se pasa a una fase “*intermedia*” la cual se entiende como el descenso de la tasa de mortalidad general e importante crecimiento poblacional y finalmente una fase “*avanzada*” que se caracteriza por una disminución de la tasa de natalidad, reducción del crecimiento poblacional, envejecimiento poblacional y desplazamiento de la ocurrencia de las defunciones hacia edades mayores.

La transición epidemiológica que vive América Latina y el Caribe, propone que el llamado “perfil de salud” latinoamericano (denominado como “*Modelo Polarizado Prolongado*”), según Di Cesare (2011:16), se caracteriza principalmente por las altas etapas de incidencia para las enfermedades transmisibles y no transmisibles; y que bajo esta premisa, no existen continuos avances en materia de salud pública y asignación eficiente (según Ceja, 2009:1), por lo que en este contexto se desarrolla la diferencia entre mortalidad y morbilidad, que permiten conocer el nivel de incidencia de una enfermedad transmisible y no transmisible, a este grupo se denominaría heterogeneidad entre grupos sociales y área geográfica interna del mismo país, por lo tanto, la transición epidemiológica en América Latina desarrolla un modelo de alta incidencia de enfermedades.

Con base en las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], para el año 2014 la población total será de 16.027.466 habitantes, con una tasa de crecimiento poblacional de 1.6% en el último año, y una reducción en la Tasa Global de Fecundidad [TGF] de 6.39 en 1970 a 1.82 en 2014 siendo Morona Santiago la que mayor TGF presenta, de 4.4 hijos en 2012, mientras Pichincha es la que menos TGF presenta, de 2.2 (INEC, 2010).

En virtud del ritmo de crecimiento demográfico, la composición por edades de la población ecuatoriana en el año presente muestra todavía una estructura predominantemente juvenil, donde el 49,29% de las personas son menores de 24 años, el 44,07% está entre 25 y 64 años, lo que arroja como resultado que la población en edad adulta (mayores de 65 años) únicamente es del 6,72%, según las estadísticas de nacimientos y defunciones realizada por el INEC.

Sin embargo las proyecciones poblacionales realizadas por el INEC (2010), estiman que para el año 2050, existirá un nivel de reemplazo de 1.92, (pasando de 2.79 en 2010), una esperanza de vida de 80.55 años en promedio (mujeres: 83,5 / Hombres: 77.6) pasando de 75 años en promedio en 2010 (mujeres:77.8 / hombres: 72.2) y una estimación poblacional de 23.4 millones de habitantes en 2050 (pasando de 15.4 millones en 2010), por lo tanto en 2050, la pirámide poblacional tiene un engrosamiento en la base y se concentra entre las edades de 0-54 años.⁴

Perfil Epidemiológico

Según la OMS (2013) el perfil epidemiológico es el “estudio de la distribución y los determinantes de estudios o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud”

Es por ello que el perfil epidemiológico está influenciado por las condiciones de salud, entendidas en términos de enfermedad, invalidez o muerte, por lo que una vez definido ello se puede entender la *transición de la atención sanitaria* como la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios, siendo esta la que más influencia ha tenido en la transición epidemiológica, debido a que la mayoría de tecnologías sanitarias han sido utilizadas para la atención prioritaria del sector salud; sin embargo el principal desafío que estos sistemas de atención deben enfrentar es que "se encuentran orientados a las necesidades del sector minoritario de la población urbana de alto poder adquisitivo a expensas del resto de la población" (Goss *et al.*, 2013:1)

Por otra parte es importante que dentro de este contexto se pueda evidenciar lo que la OPS (2008:2) considera como los *problemas de salud colectiva*, cuyos determinantes están relacionados con “los niveles de pobreza y de inequidad en el país”. Es necesario comprender que la teoría de la transición epidemiológica ha sido utilizada como concepto que conduce a un análisis de la situación de salud y los diagnósticos; ello por su parte es útil

⁴ Cifras y datos tomados de las estimaciones poblacionales realizadas por el INEC. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?.

pues “permite interpretar los cambios en la salud y, específicamente, la reducción de la mortalidad” (Palmieri, 2013:19)

Vale mencionar que las tasas de letalidad o “case fatality rate”, entendidas según Rothman (1987:38) como “la incidencia acumulada de muerte entre aquellos que desarrollan una enfermedad crónica”, han disminuido considerablemente, lo cual ha llevado a un cambio de las principales causas de muerte en todo el mundo, sin embargo es necesario comprender que se han realizado reformas en los sistemas sanitarios, tomando en cuenta que se han adoptado modelos de atención médica por medio de tecnologías de alta complejidad basados en hospitalización, pero por otra parte estos han mejorado por medio de la atención primaria y basado principalmente en la comunidad, ello según afirma Frenk *et al.* (1989:486).

La innovación de las ciencias ha provocado la modificación y ha adaptado las concepciones teóricas de ciertos términos, por lo que el concepto de enfermedad está cambiando con el pasar del tiempo, pues se está pasando de un “estado que termina en la muerte” a “un estado crónico que mucha gente, en su mayoría de edad avanzada, sufre durante largos períodos de su vida” (Frenk *et al.*,1989:487), por lo que el mismo autor supone que los sistemas de salud presentan el llamado “rezago en salud”⁵, es decir, la acumulación de casos de incidencia de enfermedad que generan cierto grado de malestar en los individuos y que aplicable a la definición desarrollada por Frenk *et al.*, 1989, constituye la razón primordial para que se haya pasado de un estado que termina en muerte a una forma de vivir constantemente con una enfermedad.

Otros autores suponen que el gasto sanitario está influenciado por el gran avance de las tecnologías sanitarias y el aumento de las dosis de vacunas (en las economías en todo el mundo) que explican entre el 33% y 50% del incremento del gasto sanitario (Gonzales, 2007:1).

Mientras tanto el término *transición de las condiciones de salud* se refiere a “los procesos de salud y enfermedad que definen el perfil epidemiológico de una población” (Palmieri,2013: 19), que a su vez implica “los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud expresadas en términos de muerte, enfermedad e invalidez” (Goss *et al.*,2013:1)

Por lo tanto, el alcance del término perfil epidemiológico, abarca una serie de definiciones adicionales, que forman parte de la teoría, entonces, éste responde a la necesidad de formular estudios que figuren las determinaciones y patrones de comportamiento que siguen las enfermedades en una población, pues la OMS (2013) en sus apartados, indica que este corresponde al estudio de los determinantes de las enfermedades y cómo estos estudios favorecen al control de las mismas.

Dentro de este perfil epidemiológico, se desarrollan estudios de ciertos patrones de comportamiento de enfermedades que pueden ocasionar una transmisión intergeneracional de las mismas, por lo tanto, las siguiente líneas desarrollan un marco conceptual de las

⁵ Rezago en salud: Son las infecciones, mal nutrición y patrones patológicos de las naciones. (Frenk *et al.*, 1989:487)

enfermedades catastróficas, dentro de las que se incluyen una serie de patologías que provocan cambios en los estados de salud de los individuos y que vienen originados por los determinantes de la salud que fueron abordados previamente.

1. Enfermedades Catastróficas:

A pesar de que no existe una definición universalmente aceptada que explique el término *enfermedades catastróficas*, existen muchos críticos que indican que estas “constituyen un conjunto limitado de patologías de baja prevalencia que demanda un volumen creciente de recursos” (Tobar *et al.*, 2012:4), por lo que Colina (2004:26) afirma que “las enfermedades financieramente catastróficas son una fuente de creciente preocupación en el mundo”.

En este sentido, es importante mencionar que Xu *et al.* (2003:1) buscó desarrollar un concepto que se apegue más al término estrictamente, por lo que las definió como “aquellas cuyo tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado”, cabe mencionar que en la actualidad ésta definición es utilizada por los miembros de la OMS y organismos afines.

Por otro lado, Colina (2004:26) agrega que estas corresponden a las “enfermedades cuyos tratamientos son altamente costosos ya sea porque requieren una intervención de muy alto costo (como podría ser un trasplante o una cirugía de muy alta complejidad) o porque requieren tratamientos de manera repetitiva y prolongada en el tiempo”, pues “a pesar de que la población que padece estas patologías encuentra respuestas desde el sistema sanitario, estas son fragmentadas e inequitativas” (Tobar *et al.*, 2012:4); el estudio indica que quienes presentan cuadros de diagnóstico de enfermedades catastróficas no pueden acceder a un servicio de salud que garantice completamente su bienestar, debido a que se recibe atención, sea en proporciones menores a las requeridas o no se logra acceder al servicio.

Es importante mencionar, que las enfermedades catastróficas constituyen un riesgo para el individuo quien lo padece, pues su definición ampliamente desarrollada, indica que estas corresponden a todo tipo de enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo elevado (en relación a los ingresos que percibe el individuo o la familia).

Cabe determinar que las *enfermedades catastróficas* según Colina (2004:26) pueden ocurrir de distintas formas, dentro de las cuales se incluyen las “enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades cardiovasculares, secuelas de accidentes cerebro vasculares, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades mentales, discapacidades producidas por la vejez, etc.”, por otro lado hay que considerar que “las enfermedades catastróficas constituyen un grupo de patologías que deben su nombre a las consecuencias económicas que acarrear a quienes las padecen y las financian” (Tobar *et al.*, 2012:4), es por ello que acrecienta la preocupación del Estado por ampliar la cobertura sanitaria a este grupo de salud.

El término catastróficas se da debido al “fuerte impacto que producen tanto sobre las economías de quienes las padecen y sus familias, como sobre los sistemas de salud que deben financiar su tratamiento” (Tobar *et al.*, 2012:3). Por otro lado, estas enfermedades se diferencian del resto debido a que poseen características que ninguna otra enfermedad posee, ellas se identifican de la siguiente manera:

- a) Tienen un alto costo: “tratamiento involucra un costo superior al 40% del ingreso del hogar”(Xu *et al.*, 2003:1)
- b) Presentan una curva de gasto diferente: “El gasto suele mantenerse en el tiempo [...] suelen requerir procedimientos altamente complejos para su diagnóstico o tratamiento” (Tobar *et al.*, 2012:5).
- c) Financiación desde el presupuesto de los hogares no es sustentable: Por lo que recurren a financiamiento externo (Tobar *et al.*, 2012:5).
- d) Se trata de un problema que afecta tanto a ricos como a pobres: “Los gastos de los hogares en salud son afectados en mayor medida por las enfermedades catastróficas en los países de menores ingresos que en los de mayores” (Santos, 2013: 38).

Partiendo de ello, Tobar *et al.* (2012:6) supone que “dentro de la función de producción de la salud, el peso de los medicamentos resulta cada vez mayor [...] las tres cuartas partes se destinan a la adquisición de medicamentos”.

Por otro lado, es necesario considerar que tales enfermedades que “involucran tratamientos de alto costo comienzan a influir en la sostenibilidad de los sistemas de salud” (Tobar *et al.*, 2012:6), por lo que el mismo autor afirma que “su peso económico [...] plantea la necesidad de políticas y estrategias para racionalizar la expansión de la cobertura, reducir la incertidumbre del resultado y disminuir la desigualdad en el acceso a los tratamientos”, poniendo en relieve que se debe promover una mayor utilización de los servicios de salud, pues, al ampliar la cobertura de los sistemas se logra acceder a una maximización de la utilidad tanto de quienes lo financian como de quienes lo padecen, en este sentido hay que recalcar que la igualdad en el acceso a los servicios de salud es una de las necesidades primordiales para el pleno goce del estado de bienestar (especialmente en temas sanitarios).

a. Cáncer

Según lo que la Organización Mundial de la Salud [OMS] define en su página oficial, el cáncer se entiende como “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo [...] un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana” (OMS, 2014), mientras tanto, el Instituto Nacional del Cáncer [INC] en su página oficial, argumenta que el “cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor” (INC, 2014). Por lo tanto, la rápida propagación de células cancerosas en el cuerpo son las causantes del padecimiento de esta condición de salud.

Algunos críticos como Camargo *et al.* (2004:8) consideran que “el cáncer no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí”, es por ello que este tema se ha vuelto crucial para la mayor parte de

gobiernos en el mundo, los cuales han decidido ampliar la cobertura de los sistemas de salud, esta preocupación surge debido a que “el cáncer ha ido en aumento en los últimos años con incidencias que alcanzan 10 millones de casos anualmente en el mundo” (Cáceres *et al.*, 2004:1).

A ello se suma que “en la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa de mortalidad [...] más de la mitad de los casos de cáncer se registran ya en países en desarrollo” (OMS, 2008:1), esta condición viene explicada detrás del estudio realizado para una muestra de varios países desarrollados que presentaron un similar patrón de comportamiento con respecto a las enfermedades oncológicas, pues “en los países desarrollados el tabaco es la razón principal: provoca una de cada tres muertes por cáncer”(Sinead, 1999:45).

Mientras tanto, en los países en vías de desarrollo existe un patrón de comportamiento distinto, donde “el virus del papiloma humano causa cáncer cervical; el helicobacter pilori, implicado en el cáncer de estómago y los virus de la hepatitis B y C, grandes causantes de cáncer de hígado”(Sinead, 1999: 49). Sin embargo, Sinead (1999: 52) argumenta que

Las variaciones en las causas están reflejadas en los tipos de cáncer que predominan en las diferentes partes del mundo. Mientras que los cinco primeros tipos de cáncer en los países desarrollados son en orden descendente: pulmón, colon y recto, mama, estómago y próstata, en el mundo en desarrollo los más comunes son el de estómago, pulmón, hígado, mama y cuello uterino.

Es por ello que “el incremento del riesgo de padecer o morir por esta causa en países pobres y de ingresos medios se vincula con cambios en los patrones reproductivos y nutricionales, además de la disminución de la fecundidad, los cambios en los estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres” Lozano *et al.* (2009:6).

Otros autores argumentan que el cáncer “es la segunda causa principal de muerte en niños de edades comprendidas entre uno y quince años [...] en los niños tiene altas probabilidades de curación” (Camargo *et al.*,2008:9), este comportamiento se presenta pues “en los niños, este proceso se produce con mucha mayor rapidez que en los adultos. Esto se debe a que las células tumorales suelen ser embrionarias e inmaduras, y por lo tanto de crecimiento más rápido y agresivo” (Yolamos *et al.*, 2013: 6), es por esta razón que los niños suelen presentar cuadros de diagnóstico oncológico más severos que los presentados por los adultos.

A pesar de que la población cada vez está mejor informada sobre las posibles maneras de prevenir y de tratar el cáncer, “cada año aumenta el número de personas que lo padecen [...] en 2020, 16 millones de personas tendrán cáncer [...] de ellas, dos tercios vivirán en países en desarrollo o en países de industrialización reciente” (UICC, 2005:1). Un estudio realizado para una muestra de 670 estadounidenses, indica que “los sobrevivientes de cáncer pueden influir en los niveles de conocimiento sobre la prevención del cáncer en la población en general” (Wold *et al.*, 2004:115)

Pues “el éxito de los sistemas públicos de salud en el tratamiento de los cánceres potencialmente curables depende de los recursos disponibles, de un acceso igualitario a una

atención de calidad por parte de los pacientes y de la información que se les proporcione” (UICC, 2005: 18).

Los resultados que el estudio de Wold *et al.* (2004:117) arrojó fue que “independientemente del tipo de cáncer y de género, más del 75% de los sobrevivientes de cáncer están de acuerdo que los factores genéticos como los antecedentes familiares de cáncer fueron una causa probable del tipo de cáncer que padecían”.

Del mismo modo, la UICC (2005:23) dentro de su estudio realizado para varios países del mundo consideran que “sólo se obtendrán buenos resultados en la lucha contra las enfermedades crónicas como el cáncer en la medida en que los propios pacientes, sus familias, la sociedad y los equipos de salud aúnen sus esfuerzos”.

Con la Sentencia N° 0006-09-SAN-CC, Caso N°. 0072-09-AN, el 28 de septiembre del 2008 se modificó la Constitución de la República del Ecuador 2008, en la que en los términos del Art. 35 plantea que “[...] quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado” en concordancia con lo descrito en el Art. 50 donde se menciona que “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.”

Por lo tanto es tarea del Estado, la sociedad y la familia, la asistencia social por medio de políticas públicas que garanticen y permitan que el acceso a la salud sea equitativo. Se considera que “el principio de equidad es el fundamento del Artículo 50 de la Constitución Política del Ecuador, 2008, pero la equidad entendida, como que se acepta la desigualdad siempre que, ésta beneficie a los menos favorecidos” (Damerval, 2010:13). Ello en concordancia con lo descrito por la Unión Internacional Contra el Cáncer [UICC] (2005: 25) en donde se propone que es “preciso que los sistemas de salud se adapten y consigan satisfacer las necesidades de las personas sanas y enfermas mediante la elaboración de programas integrales de control del cáncer encaminados a prevenir, a detectar precozmente, a curar la enfermedad, y a cuidar de estos enfermos”

Teoría del Estado del Bienestar

Barroso y Castro (2004:2) ponen en tela de juicio que “uno de los fallos del actual sistema capitalista es la generación de desigualdades sociales, las cuales tuvieron su origen a finales del siglo XVIII con el desarrollo del sistema económico liberal a partir de la Revolución Industrial” a lo que Dillard (1964:40) añade que la teoría Keynesiana determina que la inversión y el consumo juegan un papel esencial dentro de las decisiones de política económica al considerar que “para todo nivel de renta nacional hay una proporción bastante estable que se gasta, por el público en bienes de consumo”.

La *Teoría Keynesiana* formula que “uno de los instrumentos para dinamizar la economía es, junto al mayor gasto público en bienes y servicios [...] la reducción de impuestos con el fin de [...] conseguir que su consumo aumente. Las transferencias forman parte del Estado de bienestar” (Barroso y Castro, 2004:17). Es por ello que cuando el Estado hace transferencias a los ministerios y entidades encargadas de generar el bienestar en la

sociedad ésta reacciona aumentando el consumo lo cual genera mejoras en las condiciones de vida de los individuos.

La teoría Keynesiana se genera a partir del llamado *Estado del Bienestar* y se configura sobre un gran principio: los gobiernos de las naciones tendrían que garantizar a todos los ciudadanos, lo que se entiende como un nivel de vida aceptable” (Montoro, 1997:39). Por lo tanto, desde el punto de vista del Keynesianismo existen dos antagonismos en el rol que debe desempeñar el Estado dentro de la sociedad y de la economía, para Pacheco (1999:95) estos roles son: *reformista*, que ocurre cuando el Estado es únicamente regulador y se encarga de administrar la demanda del mercado, y otro *radical* cuando el Estado cumple el papel de promotor de la inversión.

Mientras tanto De la Torre (2005:4) determina que las funciones del Estado en la economía Keynesiana son: la política económica, social, asistencial y de control social, por lo que afirma que “el Estado debe permitir la interacción del sector privado dentro de la producción y provisión de servicios de salud para lograr el manejo adecuado y eficiente de estos sistemas”, es por ello que el sector privado busca optimizar sus ganancias ya que la interacción con el Estado permitirá que la asignación de recursos sea adecuada y complemente el proceso productivo.

Economía del Bienestar

El llamado *Estado del Bienestar* se entiende como “un conjunto de instituciones públicas supuestamente destinadas a elevar la calidad de vida de la fuerza de trabajo o de la población en su conjunto y a reducir las diferencias sociales ocasionadas por el funcionamiento del mercado” Isuani (1999:1); a lo cual Sen (1997:18) añade que “una mayor desigualdad corresponde a un bienestar social menor para un ingreso total dado”.

Gimeno *et al.* (2005:2) en su estudio indica que “en la mayoría de países, el protagonismo público en las prestaciones sanitarias constituye uno de los pilares básicos del denominado Estado del Bienestar. A lo largo del siglo XX, sobre todo en la segunda mitad, el acceso universal a la sanidad se ha consolidado como un derecho fundamental”. Para entonces, Arrow y Scitovsky (1974:7) habían determinado que la *economía del bienestar* refiere a “la teoría de como economistas y gobernantes adoptan o deberían adoptar sus decisiones entre políticas alternativas y entre instituciones buenas y malas”.

La economía del bienestar ha abarcado varios estudios, dentro de los que se encuentra el *óptimo de Pareto*, dentro de este término, Sen (1997:22) supone que este “se preocupa [...] sobre la distribución del ingreso” por medio de una relación entre los equilibrios competitivos y el óptimo de Pareto. Un cambio es un mejoramiento de Pareto si mejora la posición de uno sin empeorar la de nadie. Basado en la teoría de Pareto, existe una razón fundamental para considerar que el estado del bienestar se encuentra donde no se puede mejorar más la situación de un individuo sin empeorar la del otro.

Sin embargo, Sen (1974) argumenta que el objetivo social de un estado benefactor es “la maximización del nivel de bienestar del individuo que está en peor condición” (Sen, 1997:39), basando nuevamente el argumento en una situación de Pareto, donde es necesario que exista un nivel de bienestar que garantice las mismas condiciones tanto a un

individuo como al otro; a pesar que el utilitarismo es “el poder que poseen las cosas de ser capaces de servir al hombre en una forma u otra” (Arrow y Scitovsky, 1974: 7)

Dentro del ámbito del Estado Benefactor y Estado del Beneficio Isuani (1991:1) considera que este estado se refiere a una “forma caracterizada por una notable expansión de cobertura”, el mismo autor Isuani (1991:1-2), en líneas posteriores afirma que un conjunto de instituciones públicas son las que se encargan de “la distribución secundaria del ingreso mediante transferencias monetarias directas (pensiones, prestaciones por desempleo o asignaciones familiares) o indirectas (subsidios a productos de consumo básico), provisión de bienes (programas de complementación alimentaria) y prestación de servicios (educación o salud).”

Mientras tanto la función de bienestar social ideada por Bergson-Samuelson indica todos los estados sociales posibles, sin embargo han existido críticos que han tratado de modular esta función de bienestar, aduciendo que “es “individualista” en el sentido de que hace del bienestar social una función de utilidades individuales” (Arrow y Scitovsky, 1974:24). “El problema cualitativo consiste en cómo deben distribuirse las diferentes clases de bienes entre los distintos individuos” (Lerner, 1938:21). Se trata de buscar el equilibrio exacto entre cuánto debe recibir cada individuo, lo que Lerner (1938:21) señala como la *proporción* y en cómo deben distribuirse los bienes entre estos individuo, aplicable a ello, es evidente que el Estado debe encontrar el óptimo de inversión tanto en proporción, como en la forma de distribución.

Por su parte, es propicio que la teoría sea aplicable en las bases de la salud pública, es por ello que en el Acuerdo Ministerial N° 00001162 de 8 de Diciembre de 2011, se aprueba el documento denominado “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud” en donde menciona que “el bienestar significa la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, [...], es decir, el mejoramiento de la calidad de vida, puesto que “el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas” (citando a Max, 1986)

Para ello nuevamente Lerner (1938:35) supone que “en algunas circunstancias el gobierno puede intervenir en la distribución óptima de los bienes”, de tal manera que en el caso del Ecuador, el Estado puede ser (y de hecho es) quien regula las actividades del mercado y distribuye óptimamente los recursos entre los individuos, asignando de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos.

Economía de la Salud

Muñoz *et al.* (2003) argumentan que la economía de la salud empezó a estudiarse desde los años 80; el concepto viene derivado de la misma idea de la economía como tal, ésta se refiere al “uso correcto y efectivo de los recursos disponibles en un sistema, o una sociedad” (Muñoz *et al.*,2003:9), mientras tanto la OMS menciona que “la generación, asignación y utilización de los recursos financieros destinados a los sistemas de salud” forman parte de la *financiación de los servicios de salud*.

Los temas relacionados con la salud son un tema de constante preocupación tanto para los gobiernos como para la sociedad en su conjunto, es por ello que se considera que “por ser

una inversión en capital humano, la atención a la salud representa, junto con la educación, uno de los instrumentos más eficaces en el combate a la pobreza y en la construcción de una sociedad más justa” (Muñoz *et al.*, 2003:10).

La economía de la salud se encarga de medir la carga de enfermedad, ésta se encuentra clasificado, de acuerdo a los estados de salud que puede presentar un individuo respecto a la sensación de bienestar, por lo tanto, existen tres formas de medir la carga de enfermedad, estos son los años de vida ajustados a calidad (AVAC o QALYs por sus siglas en inglés), años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) y años de vida saludable (AVISA); el primero de ellos descompone a la salud en dos factores: calidad de vida (Q) y cantidad de años de vida (Y), por lo tanto “cualquier estado de salud en el que se encuentre un individuo puede expresarse mediante un par (Q,Y) [...] medir el número de años de discapacidad que un programa evita” (Pinto y Sánchez, 2004: 58).

Sin embargo, si se aborda el tema del gasto sanitario, se evidencia que tras la innovación de las tecnologías sanitarias y la innovación sobre nuevos medicamentos, se genera la posibilidad de que tanto los medicamentos como las prestaciones de salud oncológicas puedan ser ambulatorios, ello considerado que se está tomando en cuenta años de vida ganados a la muerte, mas no años de vida ajustados a calidad (AVAC) y años de vida saludable, citado en Pinto y Sánchez (2004).

Varias de las intervenciones sanitarias que se relacionan con las Enfermedades no Transmisibles (ENT) se consideran costo-eficaces, especialmente cuando se trata de comparar con los costosos procedimientos médicos que suelen requerirse cuando la detección y el tratamiento se han retrasado y el paciente llega a fases avanzadas de la enfermedad. La política pública debería seguir fortaleciendo los sistemas de salud pues ellos permitirán ofrecer un “conjunto eficaz, realista y asequible de intervenciones y servicios para las personas afectadas por ENT” (OMS, 2011:5)

Sistema Nacional de Salud y Política Sanitaria

Según la OMS (2013) un Sistema Nacional de Salud es “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. [...] Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”.

La Constitución del 2008, por su parte establece un marco jurídico y legal propicio para integrar el “*Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social*”, dentro del cual figuran temas relacionados con la salud, lo cual será útil para asegurar los objetivos del régimen de desarrollo; dado este panorama la OPS (2008:8) menciona que “los textos constitucionales de salud establecen que la misma es un derecho, señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional”. De este modo se han generado reformas dentro del manejo de las normas jurídicas y legales.

Partiendo de ello la Constitución 2008, aprobada por la Asamblea Nacional con Sentencia N° 0006-09-SAN-CC, Caso N°. 0072-09-AN, el 28 de septiembre del 2008, en los términos del Art. 358 propone que

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Mientras tanto en el Art. 361 asume que “[...] los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios” en concordancia con lo descrito en el Art. 359 donde se hace referencia a la Red Pública Integral de Salud, la cual “será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”

La OPS (2008:8) afirma que dentro del Plan Nacional del Buen Vivir, se ha planteado la posibilidad de articular objetivos, con líneas estratégicas y metas a cumplir al final del período, por lo que en este sentido se afirma que

En la gestión se plantea viabilizar y hacer factible la desconcentración y descentralización; en el financiamiento, mejorar el uso y la disponibilidad de los recursos económicos y, en la atención promover un modelo integral e integrado de salud con servicios que generen prestaciones de calidad, cálidas y oportunas, a través de una red plural de servicios de salud.

Por su parte, los principios que aplica el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) elaborado por SENPLADES, conforme el Código Orgánico de Planificación y Finanzas y previo aprobación en el Consejo Nacional de Planificación, denominado “Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017”, aprobado el 24 de junio de 2013, mediante Resolución No. CNP-002-2013, indica en los términos del Objetivo N°3, apartado 3.3, inciso j) que se debe “diseñar e implementar el cofinanciamiento dentro del Sistema Nacional de Salud, promoviendo la aplicación de un tarifario único de servicios médicos y de salud.”

Mientras tanto en lo referente a los niveles de atención en los términos del objetivo 3, apartado 3.3, inciso f) es “fortalecer y consolidar el primer nivel de atención de salud como punto de entrada al sistema nacional de salud”, el inciso g) por su parte aclara que el objetivo es “potenciar los servicios de atención integral en el segundo nivel del sistema nacional de salud pública y fortalecer sus mecanismos de referencia” y finalmente el inciso h) propone la reestructuración del “tercer nivel del sistema de salud pública, concentrándolo en la prestación de servicios especializados y de alta complejidad, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud pública y evitar el congestionamiento de los servicios de atención.” (PNBV, 2013: 145)

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud aprobada mediante Registro Oficial N° 670 el 25 de Septiembre del 2002, la cual sucedió a la Ley N° 80, aprueba la creación del Sistema Nacional de Salud [SNS], y la Constitución de la República en los términos del Art. 368 considera que el SNS tendrá por finalidad “el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral”. Es por ello que se considera que el SNS es “la única posibilidad que tiene el país de garantizar esa cobertura y ese acceso universal, articulando funcionalmente a las instituciones que prestan servicios en

el Ecuador, operando con redes plurales y optimizando los recursos existentes, con equidad, calidad y eficiencia.” (MAIS 2012:15).

La Ley Orgánica de Salud (2006), Ley 67, con Registro Oficial N° 625, Oficio No. SAN-2012-0050 en los términos del Art. 4 menciona que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública [...] 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios”

Finalmente, cabe resaltar que el Sistema Nacional de Salud se basa en algunos criterios que rigen su organización en función del bienestar del paciente, es por ello que se busca que la Organización de la Red Pública Integral de Salud “garantice la continuidad de las prestaciones, licenciamiento de los establecimientos públicos de salud y el funcionamiento del tarifario en el Sistema Nacional de Salud” (MAIS-FCI, 2012:104).

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA)

En la página oficial de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, consta que SOLCA “es una institución de derecho privado con finalidad de servicio público”, por lo tanto, el alcance de esta definición va configurado a un término mixto, donde al ser una entidad privada sin fines de lucro se financia en una parte con fondos provenientes del Presupuesto General del Estado, sin embargo no es una entidad de servicio público, a pesar que su financiamiento y modelo de atención de salud van configuradas hacia ello.

El propósito de la creación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer fue el de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador, basando su modelo de atención y sus servicios de salud en la normativa vigente (Constitución 2008) que permitan universalizar y prestar atenciones integrales de salud en términos de eficiencia y equidad en el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, la página oficial menciona que los objetivos de SOLCA se “cumplen mediante una campaña orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar sus metas de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Paliación de las enfermedades neoplásicas”. Tomando en cuenta que SOLCA desarrolla su campaña por medio de una estructura sanitaria representada por Núcleos y “Comités de amigos”⁶, que le permite desarrollar su actividad en la mayor parte del país.

En cuanto a las labores que desempeña SOLCA, cabe resaltar que por decreto del Congreso nacional del 5 de noviembre de 1953 y que se encuentra publicado en el Registro Oficial Nro. 362 del 12 de noviembre de 1953, se encargara a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer la conducción de la campaña anticancerosa en el país.

Finalmente cabe resaltar que SOLCA obtiene su financiamiento de dos fuentes que lo proveen para cubrir los servicios de atención de salud, este financiamiento se obtienen por

⁶ El Comité Amigos de SOLCA, inició sus labores en el Hospital “Dr. Verdi Cevallos B.” Mediante un convenio con el Ministerio de Salud Pública que entregó un terreno en los predios del hospital. Página oficial SOLCA.

medio del “impuesto del 0.5% de las operaciones de crédito del sector financiero privado” y, de la autogestión; la cual según consta en la página oficial de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, está desagregada en tres componentes que permiten financiar la atención y prestaciones de servicios de salud de SOLCA (y de sus unidades operativas), que son “colectas públicas por medio del comité de damas⁷, pensionado⁸ y cobro de servicios⁹”.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la Red Pública Integral de Salud

El año 2008 fue el punto de quiebre del sistema democrático manejado en el Ecuador, por lo que conjuntamente con la creación de la Constitución 2008, se aprueba la creación del Modelo de Atención Integral de Salud [MAIS] (2012:9), el cual aclara que los cambios van enfocados hacia el

Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud [...], la articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria (...) y la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

Mediante Acuerdo Ministerial N° 00001162 de 8 de Diciembre de 2011, se aprueba el documento denominado “*Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*” (MAIS) dentro del cual se aclara que la creación de este modelo “se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana” (MAIS-FCI, 2012:36).

Por otra parte dentro de los Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS realizado por el Ministerio de Salud Pública (Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública) (2013:6) establece que existe por un lado la demanda y por otro lado la oferta de los servicios de salud, los cuales deben ser cubiertos por el MAIS; en este sentido la demanda “responde a las necesidades de cuidado, potencialización y protección de la salud de la población, considerando el enfoque de género, grupo generacional, étnico-cultural, social, organizativo y territorial”, mientras tanto, por otro lado el lado de la oferta comprende a todos los “actores del Sistema Nacional de Salud y los subsistemas reconocidos en la Constitución de la República, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Ley Orgánica de la Salud. Esta oferta abarca los servicios del sistema médico occidental y del sistema ancestral y alternativo.”

La reforma del Sistema Nacional de Salud hizo propicia la incorporación *los cuidados paliativos* dentro del MAIS (2012:24), los cuales “se orientan a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades

⁷ Asistencia espiritual a los enfermos asilados y ambulatorios, charlas instructivas de soporte moral a los familiares, asistencia a enfermos terminales, colectas públicas de dinero entre otros.

⁸ Para pacientes en buenas condiciones socioeconómicas, que pagan al pensionado una tarifa económica, a fin de ayudar a la Institución a financiar los tratamientos de los enfermos de escasos recursos

⁹ Gasto de bolsillo del paciente que es intervenido dentro de las unidades operativas de SOLCA

biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo”.

Así mismo se incorpora la *Atención Integral a las Personas con Enfermedades Crónico-Degenerativas* en la que menciona que “las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, han cobrado relevancia en la Agenda Internacional de salud, su tratamiento requiere mayor atención por parte de jefes de Estado y de gobierno [...] constituye un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano”; dentro de este contexto la OMS (2012) define a las *Enfermedades Crónico-Degenerativas* como las “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes” y se considera que

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad” (MAIS-FCI, 2012: 39).

La organización, articulación de la Red y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel, permitirá racionalizar los recursos, resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud de la población y descongestionar las unidades del III nivel de atención.” (MAIS-FCI, 2012: 104).

Política Sanitaria

Desde una perspectiva teórica, se entiende por *Política Sanitaria* a una “formulación desde un centro de poder en la sociedad, principalmente desde el Estado y de sus instituciones, que atienden la salud y la enfermedad y se expresa en los Programas de Salud nacionales y estatales” (Eibenschutz *et al.*, 2007: 2) puesto que “al Estado le concedemos, entre otras, las funciones de distribución de recursos (...) debe cubrir las necesidades educativas y sanitarias, así como la cobertura de los estados de necesidad de sus ciudadanos”(Apalategi, 1998: 121).

Por su parte Osri (2011:25) considera que:

El sistema de salud constituye la expresión estructural de un conjunto de decisiones” y del mismo modo piensa que se la podría dividir en tres niveles “(1). macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política [...]. (2) meso: la que tienen los responsables político-administrativos. Es una perspectiva político-técnica. (3) micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una perspectiva eminentemente técnica.

Pero del mismo modo que antes se manifestaba, se considera que “a su vez, el encarecimiento de las prestaciones sanitarias, el envejecimiento de la población, la cronicidad de las enfermedades y la aparición de nuevas tecnologías médicas [...] se vienen señalando como los principales impulsores del devenir de los sistemas de salud” (Apalategi, 1998: 121). Dicho de este modo, Osri (2011:26) argumenta que “el estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. El

sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud”.

Según Pinto y Sánchez (2004:17) cuando se implementa una política sanitaria se deben tomar en cuenta dos aspectos fundamentales, refiriéndose a “(1) que los beneficios totales superen a los costes totales y (2) que los costes y los beneficios se distribuyan de forma aleatoria en unas decisiones y otras”; por otro lado Inclan (2008: 272) indica el lineamiento al que debe acoplarse el profesional de la salud para mejorar estos sistemas, a lo que agrega que “el profesional del futuro deberá favorecer una nueva relación con el paciente, en la que éste sea “más sujeto” que nunca, “más participe” en las decisiones y más “gestor” en lo que concierne a su salud”

La reducción del número de personas que padecen Enfermedades no Transmisibles (ENT) es debido a que las intervenciones en la población han causado efecto, cuya finalidad es generar costo-eficiencia, ya que Alwan (2011:16) afirma que las políticas pueden incluso generar ingresos (por ejemplo: cuando se aumentan los impuestos sobre el tabaco y el alcohol). Por lo que “una mejor atención sanitaria, la detección temprana y el tratamiento oportuno son una alternativa eficaz para reducir los efectos y costos de estas enfermedades” (Alwan, 2011:5).

Los estudios realizados por Intriago *et al.* (2013: 532) indican que la Organización Mundial de la Salud clasifica las distintas causas de muerte a nivel mundial, dentro de las que incluye al *Cáncer* como una de estas categorías, es por ello que el primer grupo corresponde a: enfermedades transmisibles, mortalidad materna, neonatal y relacionada con factores nutricionales; el grupo 2 indica la muerte por: enfermedades no transmisibles (*Cáncer*) y finalmente el último grupo que indica todo tipo de lesiones y accidentes. Sin embargo en esta investigación únicamente se abordará la segunda de estas categorías para dar un realce de la situación actual que se vive, es por ello que se considera que el *cáncer* es “una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total)” (OMS, 2013).

La salud se ha visto deteriorada por varios aspectos relacionados con el estilo de vida y los casos de incidencia, morbilidad y mortalidad a causa del *cáncer* han aumentado con el pasar del tiempo. Es necesario que el Estado se articule con el sector privado para que el individuo pueda mantener un acceso eficiente y oportuno a los servicios de salud requeridos para el tratamiento de su enfermedad, para lo cual el Estado debe asignar presupuesto para cubrir los gastos de atención médica y hospitalaria, tomando el criterio de Jönson *et al.* (2011:143)

Considerando el deterioro de las condiciones de vida de la población y la creciente transición demográfica y epidemiológica podremos dar cuenta que en el mundo ésta es la que más afectaciones produce y por lo tanto la que mayor impacto en la población genera, por lo cual Intriago *et al.* (2013:534) señala que las enfermedades mencionadas dentro del segundo grupo de las causas de muerte (donde figura el *cáncer*), “seguirán experimentando un aumento sostenido durante la transición epidemiológica y se proyecta que para el 2030 darán cuenta de casi el 70% del total de defunciones [...] ha aumentado desde casi 8 millones en 1990 a 34,5 millones en 2010”.

Por otra parte, es útil mostrar que no solo existe una “carga de enfermedad” sino que Intriago *et al.* (2011: 544) menciona que puede existir “doble carga de enfermedad”, refiriéndose con ello específicamente a los países de bajos ingresos, y al aumento de la mortalidad por causa de las enfermedades no transmisibles (ENT), pues para los países de bajos ingresos o de ingresos medios es “difícil asignar prioridades para el tratamiento de ENT y existen múltiples desafíos para intentar controlar y disminuir las consecuencias que derivan estas enfermedades”.

Existe una crítica que Sepúlveda (2004:24) la realiza en cuanto al manejo del Sistema de Salud de la mayoría de países, dentro del cual considera que “los gobiernos se descuidan de la prevención primaria y la detección temprana”, puesto que dedican más recursos y dan mayor preferencia al tratamiento del cáncer, mas no a la prevención, lo cual provoca una ineficiencia en función de los costos de atención por prestación de servicios de salud.

Financiamiento de los Sistemas de Salud

El financiamiento de la salud según Ochoa (1999:257) debe ser “responsable, eficiente, *suficiente y oportuno*”. La *suficiencia* significa que debe existir una alta cobertura de los costos tanto los planificados como los no planificados; mientras tanto la *oportunidad* en el acceso a los sistemas de salud implica la disponibilidad suficiente de recursos e insumos médicos necesarios en el momento de la prestación de un servicio de salud (citado en Ochoa, 1999).

Tomando en cuenta que existen múltiples factores que se añaden dentro del gasto asignado para el cáncer, para lo cual Jönson (2011) incluye a los costos directos (personal médico), costos indirectos (personal administrativo), gasto en fármacos (medicinas), gasto de bolsillo (gasto de las familias), siendo cada uno de ellos una parte del gasto en el que incurre tanto el Estado como el individuo (o familia) quien lo posee. Por lo cual nuevamente resalta la utilidad de que el Estado intervenga a través de política pública encaminada a disminuir estos gastos.

Giedon *et al.* (2010) afirma que el gasto en salud en el Ecuador se lo obtiene de los fondos del Presupuesto General del Estado (PGE), de las personas que hacen uso de los servicios de salud y que poseen capacidad de pago, y de otras fuentes como préstamos de organismos internacionales y nacionales, además de ellos existe una asignación fiscal para salud pública, el cual se va incrementando a medida que aumentan los ingresos corrientes, sin embargo en caso de que estos ingresos disminuyan no podrá disminuir el presupuesto que se asigna a salud.

La pregunta clave que todos los organismos afines al financiamiento de los sistemas de control social dentro del Ecuador se hacen es, *¿Quién y cómo se financian los sistemas?* (en este caso, los sistemas de salud), para ello León (2012) afirma que existen dos formas de financiar el sistema de salud en el Ecuador, uno de ellos es por parte del Estado (público) y el otro en el ámbito privado.

Dentro del financiamiento del Estado, León (2012) argumenta que existen dos formas, una por medio del Gobierno Central (transferencias directas a las unidades médicas que prestan asistencia social de salud) y por medio del IESS (quienes se autofinancian de los aportes de

los trabajadores y adicional reciben una proporción de asignación del Estado como medio de asistencia social).

A su vez, el IESS como se mencionó anteriormente se financia tanto de los aportes de los trabajadores como de la contribución patronal; mientras tanto el Gobierno Central obtiene sus fondos de los impuestos (ingresos permanentes) que sirven para financiar gastos permanentes (algunos de los ingresos permanentes en el Ecuador es el cobro de impuestos y los ingresos provenientes de la venta del petróleo) (citado en León, 2012).

Por su parte en el ámbito privado, únicamente existen dos formas en las que se financia el sistema de salud, uno de ellos refiere al gasto de bolsillo de la población ecuatoriana y el otro por medio de los aportes que generan las ONG a los sistemas de salud o de asistencia social a nivel nacional (citado en León, 2012).

El cambio normativo y del aparato legal en 2008 del Ecuador generó mejoras en el ámbito de la salud pública, dentro de la cual se señala el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de salud, para que ellos sean universales y gratuitos incluyendo dentro de estos a los tratamientos médicos de: Diagnóstico, tratamiento, medicina (fármacos) y rehabilitación (en caso de necesitarlos), ello según afirma Giedon, *et al.* (2010)

Sin embargo Noboa *et al.* (2008) considera que el "Ecuador es un país que presenta altas tasas de incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales provocan que los problemas de salud pública sean más frecuentes y que impliquen mayores desembolsos de dinero, lo cual a su vez implica mayor gasto por parte del Estado (cubre prestaciones) y el individuo quien lo posee"

Motivación del Estado para asignación a SOLCA

La principal razón del monto presupuestal que es asignado por el Estado a las unidades operativas de SOLCA tienen como fundamento lo que la Constitución de 2008, según Registro Oficial Nro. 449 del lunes 20 de Octubre del 2008, denomina como la universalización de los servicios de salud, dentro del que figura que:

Art. 358: El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Por lo tanto, en los términos del *ibidem* anterior figura una de las motivaciones del Estado para la cobertura de los pacientes oncológicos (por medio de las asignaciones presupuestarias) y conjuntamente con ello la universalización de los servicios de salud, en éste contexto refiriéndose al alcance de la cobertura total a la población oncológica a nivel nacional.

Sin embargo; una de las motivaciones que impulsan a realizar una asignación presupuestaria a las unidades de SOLCA (en relación al resto de unidades que prestan cobertura oncológica en el país – por ejemplo: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-) es

que SOLCA cubre una buena parte del tratamiento del cáncer a nivel nacional, por lo que es ésta una de las premisas que promueven la base de las asignaciones.

Además que SOLCA cubre gran parte de la demanda en el tratamiento oncológico a nivel nacional y que las asignaciones que se realizan a esta entidad son por esta razón, también figura lo que la Constitución de 2008 menciona en el artículo 365, donde argumenta que:

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Dentro de este contexto cabe señalar que en función de la misma normativa expedida en 2008 (Constitución de la República del Ecuador) se busca ampliar los horizontes de cobertura para la población en condiciones catastróficas.

Adicional, otra de las concepciones que se desarrollan en la Constitución de 2008, en los términos del artículo 362 (segunda parte), es que “los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”, dentro de este se configura la universalización de los servicios de salud, por medio de las políticas de gratuidad, acceso equitativo y universalidad de las prestaciones oncológicas que se realizan a nivel del Sistema Nacional de Salud [SNS].

Finalmente, dentro de las motivaciones consta la rectoría de la autoridad sanitaria, que es el Ministerio de Salud Pública, quienes, por medio de la formulación de política pública para este sector articulan las normativas en favor de la salud dentro del país y, en el artículo 363 se establece “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”.

La reflexión que se puede obtener respecto a ello, relaciona los niveles de salud de una población con los costos que estas prestaciones implican, tomando en cuenta que el financiamiento de salud es esencial para la toma de decisiones en la asignación de los recursos en el sector de la salud ya que estos permiten evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan los recursos disponibles.

Capítulo I

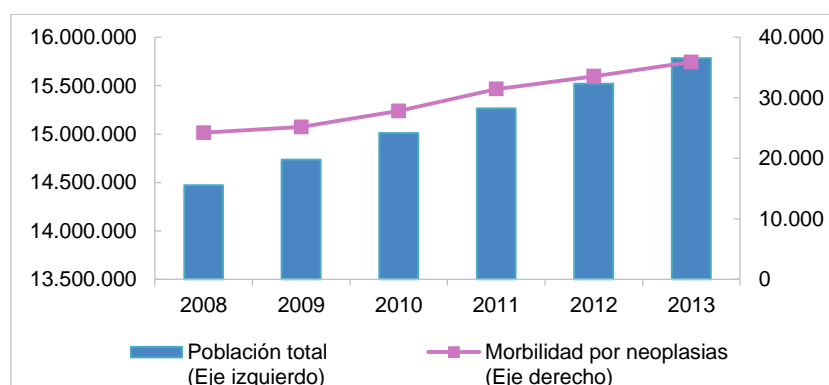
Situación General del cáncer en el Ecuador y su relación con los determinantes sociales

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2008:2) considera que “en el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una *acumulación epidemiológica*¹⁰, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva”.

Morbilidad

Si se analiza los casos de morbilidad registrados a nivel nacional, existe una tendencia creciente durante el período de análisis; el Gráfico Nro. 1 muestra esta relación, en la que los casos de egresos hospitalarios por condición de neoplasias o tumores malignos, tienen un total de 24.227 egresos durante el año 2008 y 33.931 en el año 2013, es decir, una tasa de crecimiento de 9.1% entre 2008-2013.

Gráfico Nro. 1: Egresos totales
Desagregación: Nacional por Neoplasias
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

El ritmo de crecimiento de la población ecuatoriana mantiene una relación simétrica, que indica la densidad poblacional que existe a nivel país, así como el número de egresos por condición de neoplasia, es decir, existe una marcada tendencia de crecimiento, en la que los casos de morbilidad crecen en la misma proporción que la población (es decir, a medida que la población crece, el número de egresos se incrementa), y en este sentido se debe tomar en cuenta que existe una alta transición epidemiológica de ciertas condiciones de salud (entre ellas, el cáncer).

¹⁰ Acumulación epidemiológica: “se expresa en la superposición de enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y lesiones por causas externas” (OPS, 2006:21)

Si se aplica esto únicamente a la perspectiva de la morbilidad dentro del mismo grupo de causas, existe un total de 35.931 casos diagnosticados durante el año 2013, que refieren al grupo de individuos con cáncer a nivel nacional que han sido asistidos o atendidos en las unidades médicas ubicadas en todo el país.

Mientras tanto en la página oficial de SOLCA¹¹ consta que ésta se constituye como un organismo que tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país, como una entidad médica, autónoma, que goza de personería jurídica, de derecho privado sin fines de lucro y se orienta al servicio social. Por lo tanto, en lo que respecta a SOLCA como institución promotora tanto de la campaña como del diagnóstico del cáncer, esta se constituye como una entidad que al mismo tiempo previene el cáncer (por medio de campañas) y lo trata (por medio de atención especializada).

A su vez, SOLCA es una sociedad que efectúa la campaña nacional contra el cáncer en la República del Ecuador, mediante planes desarrollados a la enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar sus metas de: prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación¹² de las enfermedades neoplásicas. Es importante mencionar que SOLCA cuenta actualmente con varios núcleos (unidades médicas de atención especializada), donde incluye a las ciudades principales, como Quito, Guayaquil y Cuenca y, adicional a ellas se conoce la existencia de otras sedes en Manta, Loja y Machala (citado en página oficial de SOLCA, 2014).

Por lo tanto, la distribución geográfica del cáncer a nivel nacional está realizada de acuerdo a cada provincia (donde sucedió el deceso o el diagnóstico), a pesar de que SOLCA no es la única entidad que cubre la atención oncológica en todo el país, si es la institución que mayores prestaciones médicas oncológicas realiza a nivel nacional.

En el Anexo A (mapa 1) se muestra la distribución geográfica de los egresos hospitalarios a nivel nacional, y en otra variable, las unidades de atención oncológica de SOLCA ubicadas en todo el territorio, con la cual se muestra la concentración de casos de atención oncológica así como los principales centros donde la población puede acceder a la atención médica requerida.

De este modo, el Mapa 1 (Anexo A), muestra que las provincias de Guayas y Pichincha presentan la mayor concentración de egresos por esta condición, con un total de 8.203 y 5.744 personas que se registraron con egreso hospitalario, en estas provincias señaladas, existen unidades de SOLCA en las cuales se puede prestar atención médica oportuna a los pacientes que lo requieran.

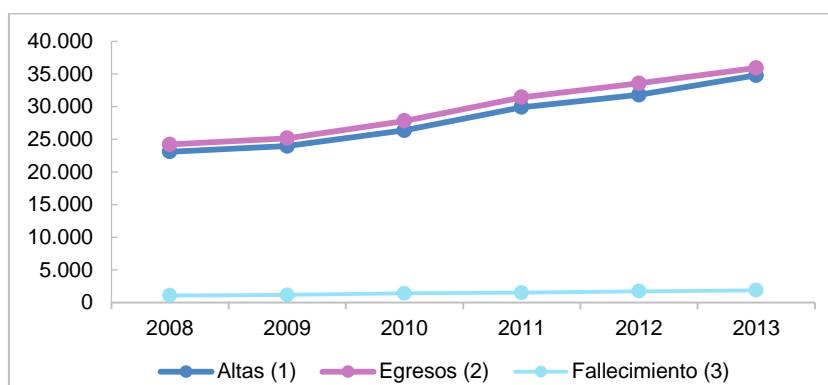
A continuación se encuentran las provincias de Manabí y Azuay, las cuales mantienen un total de 3.512 y 3.823 casos de egreso, mismos que representan el 10.46% y 11.39% del total de egresos por esta condición y, al igual que en las provincias de Pichincha y Guayas, existen unidades médicas de SOLCA o anexas ubicadas en estas provincias que permiten la atención al paciente oncológico (Ver anexo A).

¹¹ SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

¹² Alivio de los síntomas y el sufrimiento causado por el cáncer y otras enfermedades que pueden ser mortales. La paliación ayuda al paciente a sentirse más cómodo y mejora la calidad de vida, pero no cura la enfermedad. (Diccionario del cáncer, 2014)

A pesar de que en las provincias de Pichincha, Guayas, Azuay y Manabí existe la mayor concentración de casos de cáncer diagnosticados, es necesario que se aborde el tema del número de egresos médicos realizados por las unidades oncológicas en todo el país, con el fin de determinar la proporción tanto de atenciones por altas como por fallecimiento. El número de egresos hospitalarios se clasifica en egresos por “alta” y “fallecimiento”, el primero de ellos denota las características de las personas que abandonaron la unidad asistencial porque el médico ordenó su salida; la magnitud del crecimiento de estas se muestra en el Gráfico Nro. 2, y presenta una tasa de crecimiento de 50.49% entre 2008-2013, con un total de 23.115 egresos en 2008 y 34.788 en 2013.

Gráfico Nro. 2: Número de altas hospitalarias, egresos y fallecimiento
Desagregación: Nacional por Neoplasias
Período: 2008 (Diciembre) – 2012 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica:

(1) Altas: “Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, inalteración, por pedido o transferencia”, según el glosario de términos comunes en los servicios de salud del MERCOSUR.

(2) Egresos: “Paciente que deja el establecimiento/servicio hospitalario, ya sea por alta, por defunción (óbito), o por traslado (transferencia). Es lo mismo que egreso hospitalario”, según el glosario de términos comunes en los servicios de salud del MERCOSUR.

(3) Fallecimiento: Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. OMS (2015)

A su vez, existe un tipo de egreso hospitalario por causa de fallecimiento, por lo cual el individuo fallecido abandona la unidad hospitalaria; por esta condición de egreso existe una tendencia menor al número de defunciones totales, pues la mayor parte de decesos oncológicos se produce fuera de las unidades hospitalarias. Existe un total de 1.112 casos de fallecimiento en 2008 en las unidades asistenciales; con una tasa de crecimiento promedio anual de 69.51% entre 2008-2013, y un total de fallecimientos de 1.885 en 2013.

En 2008 el total de egresos por condición de neoplasias o tumores malignos fue de 24.227 y 36.449 en el año 2013, es decir, una tasa de crecimiento promedio anual de 9%, por lo que, en base a esta tendencia los siguientes períodos mantienen la siguiente relación:

Tabla Nro. 1: Número de egresos por neoplasias
Desagregación: Nacional
Período: 2008 (Diciembre) – 2016 (Diciembre)

Año	Egresos Cáncer	% del total de egresos
2008	24.227	2,5%
2009	25.169	2,4%
2010	27.815	2,6%
2011	31.440	2,8%
2012	33.570	2,9%
2013	35.931	3,0%
2014*	36.202	2,9%
2015*	38.772	3,0%
2016*	41.342	3,1%

Fuente: Registro Nacional de Tumores
 Quito (2013).

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica:

(*): Realizado en base a estimaciones de datos mensuales (2008-2013). Método: MCO (Mínimos Cuadrados Ordinarios). Con $R^2 = 0,983^{13}$

La Tabla Nro. 1 explica el número de egresos que ocurrieron por la condición de neoplasias, de los cuales, si se realiza un análisis respecto al número de fallecimientos se tiene que alrededor del 22% de la población oncológica en el Ecuador, durante el año 2014 va a ser población que falleció por esta condición y el 78% restante será población con cuadro oncológico y que se encuentra en tratamiento dentro de las diferentes unidades asistenciales que prestan ese tipo de atención.

En cuanto a la proporción de egresos por cáncer registrados a nivel nacional, respecto al total de egresos de todo el grupo de causas, estas representan en promedio el 2.8% anual; tomando en cuenta que los tres últimos períodos están basados en estimaciones realizadas para medir el nivel de egresos tanto de las condiciones neoplásicas como de los egresos por todas las condiciones.

En 2008 la proporción de egresos fue de 2.5% respecto al total de los egresos atendidos en todas las unidades asistenciales y de todas las causas de egreso (no únicamente

¹³ Con un R^2 de 0,983, el modelo explica en buena medida a la variable dependiente.

oncológicas), en 2016 esta proporción será de 3.1%; es decir, un incremento porcentual de 0,7% que implica que del total registrado en 2008 existirá un aumento de 0,7 (por cada 100 habitantes) de egresos adicionales por condición de cáncer.

Hay que tomar en cuenta que esta proporción significa que en 2008 (período inicial del análisis) se atendía un total de 24.227 casos de cáncer en las unidades asistenciales oncológicas y que esta cifra crecerá a 36.202 casos, lo cual no necesariamente significa que existan más casos de cáncer diagnosticados, sino que existe un mayor crecimiento tanto de la población como una ampliación de la cobertura sanitaria (para pacientes oncológicos) que incrementan el número de egresos por esta causa.

Para corroborar la afirmación realizada anteriormente, se puede citar a la OPS (2008: 2), donde se menciona que “los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho [...] que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad [...]; los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector salud”, es por ello que la cobertura de los sistemas de salud se ha ampliado, por lo cual se ve el incremento de los egresos hospitalarios por condición de neoplasias en el Ecuador.

Por otra parte, el número de centros de atención médica de SOLCA, eran tres y estaban ubicados en las principales ciudades, Quito, Guayaquil y Cuenca, sin embargo debido a la demanda de servicios de salud oncológica, se crean nuevas sedes que favorecerían la ampliación de la cobertura de salud en otras provincias (Manta, Loja y Machala), lo cual es también una de las causas para el incremento del número de atenciones por esta condición.

Estos casos de egresos presentan una tasa de crecimiento promedio anual de 7%, por lo que los egresos por cáncer registrados en el país cada vez van a incrementar más su relación. Es decir, la tasa de crecimiento del número de pacientes oncológicos está en función del tiempo, como lo explica la siguiente relación:

$$y = f(x)$$

$$\text{Casos oncológicos} = f(\text{tiempo})$$

Dónde:

Casos oncológicos: Incluye muertes (fallecimiento) por condición de neoplasias y egresos por la misma condición

De aquí parte la problemática en los individuos que padecen cáncer, de acuerdo a su condición de género, pues, del total de casos de cáncer atendidos en 2008 el 40% representa a población de género masculino, y el 60% restante de género femenino, es decir, existe una mayor concentración de casos en los individuos de género femenino (ver Gráfico Nro. 3).

En lo que refiere al cáncer en pacientes de género femenino, se desarrolla un estudio que muestra que “cada vez se dedican más medios profesionales y científico-humanos al tratamiento de esta enfermedad, en un esfuerzo que desarrollan equipos de carácter multidisciplinar” (Roura *et al*, 2000:5), lo que se busca al ampliar los sistemas de protección

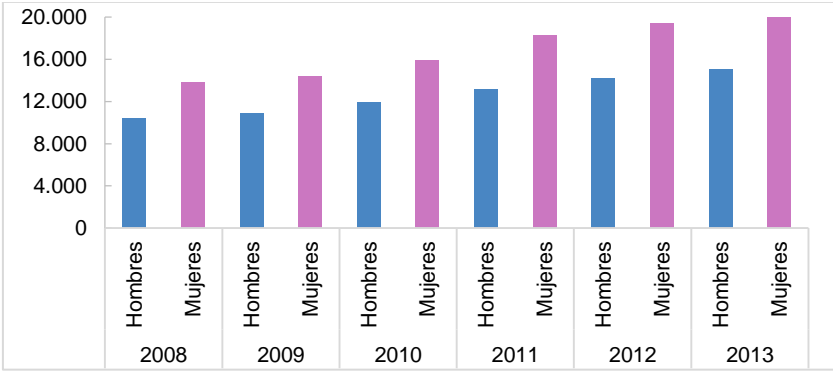
para la salud oncológica femenina es diagnosticar previamente para que se pueda evitar una mayor incidencia de cáncer en este tipo de pacientes.

Por su parte, los casos de atención médica de los pacientes oncológicos de acuerdo al género ha tenido una evolución que favorece al sexo masculino pero incrementan el número de casos del género femenino, pues la tasa de crecimiento de las pacientes mujeres es cada vez mayor respecto al año que precede, lo cual complica aún más la situación del cáncer a nivel nacional e incrementa el número de casos de letalidad y de atención médica en las mujeres (dato tomado de Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud [ERAS], 2012).

Aquí parte también una de las premisas de la equidad, ya que un estudio realizado por la CEPAL, denominado “Salud y Género: Conceptos básicos. Programa mujer, salud y desarrollo, división de salud y desarrollo humano”, llevado a cabo durante el año 2002 explica la problemática del acceso al mercado de la salud de la población, estratificada por género, donde denota que “la equidad de género no significa tener tasas iguales de mortalidad y morbilidad para mujeres y hombres” Gómez (2002: 13), y el análisis en el que se centra en este apartado es de evidenciar a partir de estas tasas cuál fue el acceso al mercado de la salud de la población y si existe una alta predominancia de acceso en uno de los géneros puede deberse a falta de equidad en el acceso.

El Gráfico Nro. 3 muestra esta condición, en la que se evidencia que en el año 2008 el número de mujeres que egresó de una unidad médica por causa de cáncer fue 13.830 comparado con los 10.397 casos de egresos en los pacientes de género masculino por esta condición; de aquí cabe señalar que ha existido una marcada tendencia, en donde el número de mujeres son las que más atención han recibido por esta causa de egreso.

**Gráfico Nro. 3: Número de egresos
Desagregación: Nacional por Género
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)**



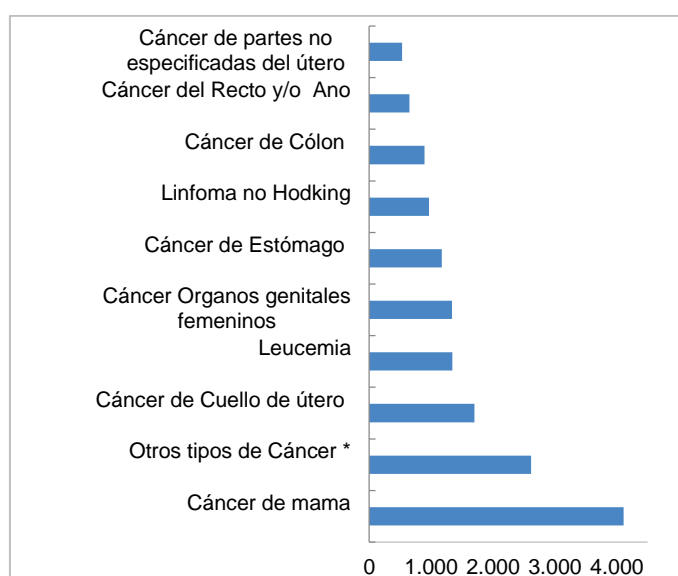
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos Hospitalarios-2013.
Elaboración: Tatiana Arias

En 2009 el número de personas que egresó por esta condición fue 25.169, de las cuales, los egresos de personas de género femenino continua una tendencia al alza, el número de

egresos de las mismas fue de 14.330 respecto a los 10.839 que corresponde a los egresos por cáncer del género masculino.

Para el año 2012 el número de egresos por esta condición fue de 33.570, de las cuales el 57.83% corresponde a personas del género femenino, con un total de 19.415 egresos; mientras tanto el 42.17% restante pertenece a personas de género masculino con un total de 14.155 egresos por esta causa; condición que explica la prevalencia del cáncer a nivel nacional y el volumen de población que es atendida anualmente de acuerdo a la patología que presenta.

**Gráfico Nro. 4: Causa de egreso por neoplasias o tumores malignos
Desagregación: Nacional por género femenino
Período: 2012 (Diciembre)**



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

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica

(*) **Otros tipos de cáncer:** Tumor maligno de otros sitios, de sitios mal definidos, secundarios, no especificados y de sitios múltiples.¹⁴

Por lo tanto, en temas de *equidad de género* explica que ésta se presenta cuando “hay ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad y muerte prematura, por causas prevenibles” Gómez (2002: 13). Por lo tanto considerando la situación actual del mercado de salud oncológico en el Ecuador se puede evidenciar que la diferencia entre ambas tasas de padecimiento de cáncer (tanto en hombres como en mujeres) ha tenido una diferencia que bordea los 4.000 egresos anuales, por lo cual se considera que el acceso al mercado de la salud, presenta desfases en el acceso.

¹⁴Según la clasificación internacional de enfermedades [CIE] 10, estos se refieren a tumores alojados en: órganos respiratorios, ganglios linfáticos, órganos digestivos y de sitios no definidos.

Sin embargo, la tasa de crecimiento de los egresos hospitalarios de los individuos de género femenino es de 51.04% entre 2008 y 2013 respecto a la tasa de crecimiento del género masculino que es de 44.68% en el mismo período; esta condición es atribuible a la notoria diferencia de prevalencia de neoplasias de acuerdo al género, la cual se da debido a que “las estadísticas mundiales y nacionales muestran que el cáncer es la segunda causa de muerte en las mujeres” (Serrano et al., 2004:146) y adicional el mismo estudio indica que genéticamente las mujeres son más propensas a sufrir enfermedades neoplásicas (respecto al género masculino).

Por otra parte, cabe señalar que existen múltiples factores que tienen influencia sobre las condiciones de salud de los individuos de acuerdo a su género; la principal causa de egreso de las mujeres es debido a cáncer de mama, con un 21.2% de egresos del total de esta causa, mientras tanto en los hombres es por causa de leucemia con el 13.3% de los casos (Ver Gráfico Nro. 4 y 6).

Según Gómez (2002: 19), “las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud y [...] la pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud”, en esta parte, el Gráfico Nro. 4 muestra las diez principales causas de muerte de los habitantes de género femenino durante el año 2012, del total de egresos registrados en este año (19.415 mujeres), el 21.2% de las causas fue por tumores malignos de mama siendo esta la primera causa de egreso hospitalario registrado en este año. La segunda causa de egreso en el Gráfico Nro. 4, se denota como otros tipos de cáncer, dentro de las que se incluyen tumores malignos de otros sitios, de sitios mal definidos, secundarios, no especificados y de sitios múltiples, los cuales representaron el 13.5% del total de casos de mujeres con esta condición de egreso.

El cáncer de cuello de útero es la tercera causa de egreso en las mujeres de acuerdo a esta condición de neoplasias; esta llega a representar el 8.8% del total de egresos de acuerdo a este grupo de morbilidad. Por otra parte, la leucemia y el cáncer de los órganos genitales femeninos son la cuarta causa de egreso, con una concentración de 6.9% de los casos registrados dentro del grupo de tumores malignos en los individuos de sexo femenino durante el año 2012. Es decir, más de la mitad de los casos de morbilidad registrados en el año 2012 de individuos de género femenino corresponde a neoplasias asociadas a las cinco primeras causas, pues entre ellas consta el 57.7% de los casos.

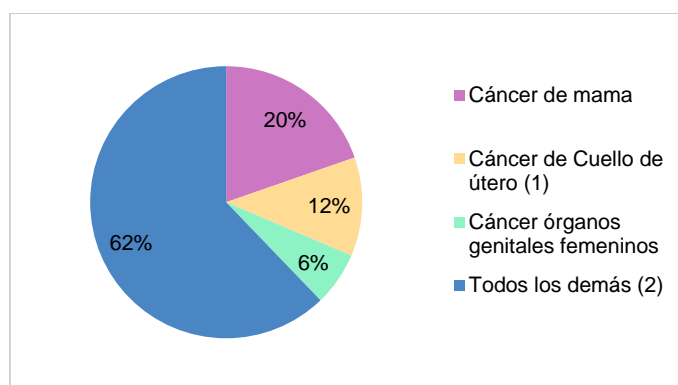
Para ello, Gómez (2002:19) añade que “las mujeres representan más del 80% de la fuerza laboral en salud [...] y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y comunidad”, por lo que es necesario que exista un método que permita que la mujer goce de servicios sanitarios que garanticen su estabilidad física y mejoría de su salud, pues ellas son las principales coadyuvantes en la atención precaria dentro de la familia.

Sin embargo, los casos de incidencia de cáncer en pacientes femeninos, viene definido por un factor genético que provoca mayores afecciones en las mujeres, respecto a los hombres, tal es el estudio realizado para mujeres cubanas, que muestra que “entre los 25 y 50 años de edad, el cáncer es más frecuente en mujeres, fundamentalmente por los cánceres ginecológicos” (Torres et al., 2007:2).

Por su parte, el Gráfico Nro. 5, muestra el cuadro clínico en el grupo de morbilidad y de egreso hospitalario por neoplasias de las condiciones estrictamente del género femenino, y existe una alta predominancia de tumores malignos en partes específicas propias de la mujer que implican un costo económico elevado y que el estado sustenta por medio de transferencias monetarias a las unidades que brindan atención al paciente oncológico.

El 29% de los casos de cáncer registrados en pacientes de género femenino corresponden a cáncer de mama, el 17% a cáncer del cuello de útero, el 9% a cáncer de órganos genitales femeninos y el 44% restante corresponde a todos los demás tipos de cáncer. Por lo cual es importante resaltar que en las pacientes de género femenino, el 56% de los casos corresponde a tipos de cáncer propios de su naturaleza femenina (ver Gráfico Nro. 5).

Gráfico Nro. 5: Egresos por patrón de comportamiento
Desagregación: Nacional por género femenino
Período: 2012 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica:

(1) Cáncer cuello de útero: Incluye cáncer de partes no especificadas del útero y carcinoma¹⁵ in situ del cuello del útero.

(2) Todos los demás: Incluye el resto de causas de egreso por cáncer del género femenino.

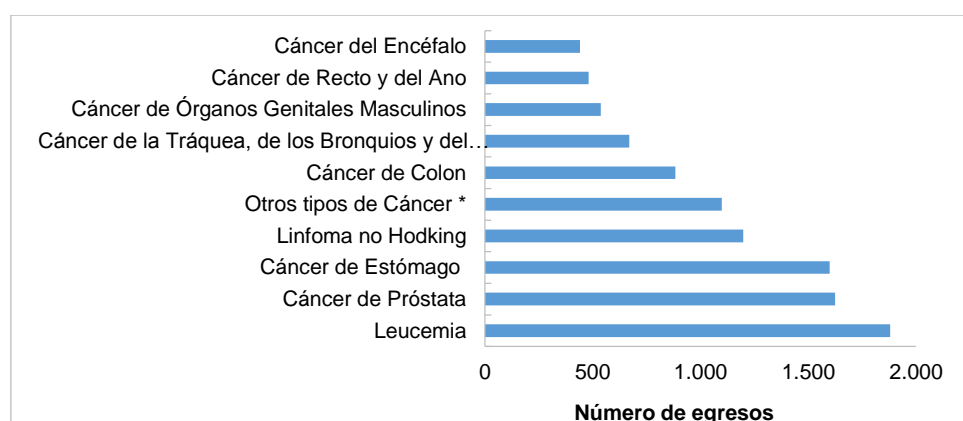
Si se hace una relación con los gastos que implica mantener un paciente oncológico, el Tarifario Nacional de Prestaciones de Salud realizado por el Ministerio de Salud Pública, muestra que existen precios techo de los procedimientos que se deben cobrar de acuerdo al tipo de prestación que sea realizado y adicional establece el costo de los honorarios médicos que implicarían la realización de dicho procedimiento (todo esto en Unidades de Valor Relativo – UVR) y ajustado a un factor de conversión (FCR) que permite determinar el monto exacto en base al protocolo del esquema médico realizado para el costeo de una determinada tecnología sanitaria.

¹⁵ Carcinoma: “Estos cánceres se originan en el epitelio. El epitelio es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon y el útero” (ATSDR, 2014:2)

Entonces, en base a este criterio, es importante mencionar que el costo de la canasta básica no está ni en una mínima parte comparado con el costo de tratar a un paciente oncológico (en una unidad médica de servicio público o privado sin fines de lucro, SOLCA); pues si un paciente presenta un cuadro clínico que requiere atención médica así como quimioterapias, radioterapias o yodoterapias que permitan combatir las células cancerígenas y evitar la rápida multiplicación de las células malignas en el cuerpo, tiene un costo aproximado de \$12.500 (realizado en base a costeo de unidades de atención oncológica y prestaciones de salud (incluido honorarios) según Tarifario de Prestaciones de Salud y protocolo médico), y ello por el número de procedimientos que sean requeridos anualmente y durante el período de vida del paciente oncológico.

El tarifario de prestaciones de salud clasifica todo tipo de procedimiento médico que es realizado dentro del territorio nacional de acuerdo al rango monetario que implica el tratamiento de una enfermedad, y si ello se lo realiza de acuerdo al género del paciente, el costo de realizar un procedimiento médico a un paciente oncológico de género femenino (costeo cáncer de cérvix en base a protocolo y esquema médico del Ecuador) tiene un costo aproximado de USD \$13.547,91¹⁶; asumiendo que ésta paciente no tiene que ser intervenida en las múltiples procedimientos.

Gráfico Nro. 6: Causa de egreso por neoplasias o tumores malignos
Desagregación: Nacional por género masculino
Período: 2012 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica

(*) Otros tipos de cáncer: Tumor maligno de otros sitios, de sitios mal definidos, secundarios, no especificados y de sitios múltiples.¹⁷

En cuanto refiere a individuos de género masculino, el Gráfico Nro. 6 muestra las diez primeras causas de egreso por neoplasias, donde se evidencia que el 13.3% de los

¹⁶ Este monto presupone el costeo en una entidad médica de servicio público e incluye tanto de: Tratamiento lesión localizada, Estadío A1 (histerectomía, traquelectomía, Histerectomia radical + linfadenectomia y Braquiterapia) y Quimioterapia (fija y ambulatoria)

¹⁷Según la clasificación internacional de enfermedades [CIE] 10, estos se refieren a tumores alojados en: órganos respiratorios, ganglios linfáticos, órganos digestivos y de sitios no definidos.

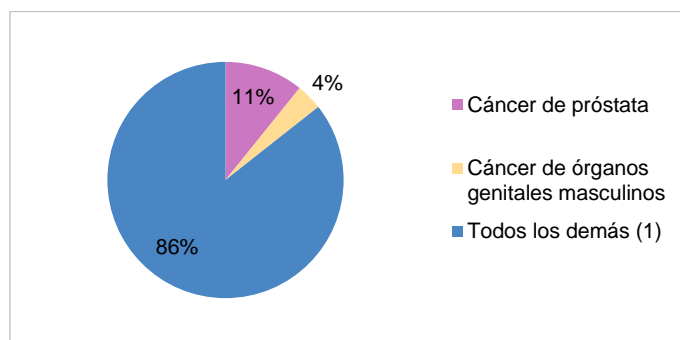
pacientes presentó cuadros de diagnóstico de leucemia (a diferencia de las mujeres cuya primera causa de egreso era el cáncer de mama); a continuación está el cáncer de próstata cuya prevalencia ha ido en aumento en el último tiempo, con una tasa de crecimiento anual de 32.7% entre 2007 y 2012, y que en la actualidad es una de las condiciones que generan mayores decesos a nivel nacional dentro del grupo del género masculino (según ERAS, 2012).

La tercera causa de egreso en los individuos de género masculino es el cáncer de estómago, cuyo diagnóstico está condicionado por los hábitos de alimentación de esta población (respecto al género femenino), quienes en este grupo de morbilidad concentran el 11.3% de los casos respecto al total registrado por tumores malignos o neoplasias, ello si se evidencia frente al 6% registrado en las pacientes del género femenino para la misma condición.

Un estudio realizado por la Comunidad “Conexión Cancer” indica que el principal factor que influye sobre la predominancia del cáncer de estómago (o gástrico) en cualquier individuo es la presencia de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), el cual es una de las condiciones que genera las úlceras y gastritis y que si no es tratada a tiempo provoca cáncer gástrico y dificulta el tratamiento de esta condición de cáncer.

La cuarta condición es el “*linfoma no Hodgkin*”, y que según el estudio de “Conexión Cancer” indica que no es muy común a nivel mundial, y que ésta solo representa el 0.7% de todas las enfermedades malignas, éste es “un cáncer que comienza en las células llamadas linfocitos, el cual es parte del sistema inmunológico del cuerpo” (American Cancer Society, 2008:2), este tipo de cáncer a pesar de no ser muy común a nivel mundial, en el Ecuador, es la cuarta causa de egreso hospitalario en individuos de género masculino, con una concentración de 8.5% de los casos registrados.

Gráfico Nro. 7: Egresos por patrón de comportamiento
Desagregación: Nacional por género masculino
Período: 2012 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

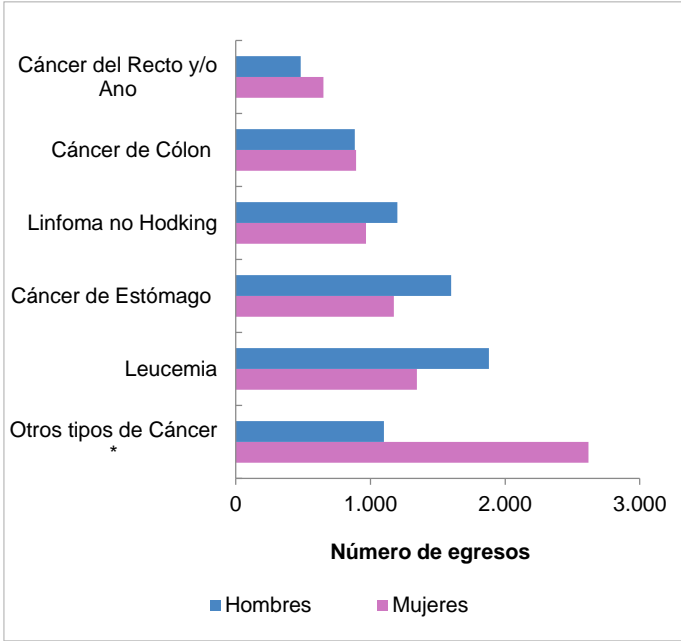
Nota metodológica

(1) Todos los demás: Incluye el resto de causas de egreso por cáncer del género masculino.

Las intervenciones que se realizaron a los pacientes de género masculino se muestran en el Gráfico Nro. 7, donde la predominancia de tumores malignos o neoplasias se concentra en partes específicas del género masculino, con el 11% de para los casos de cáncer de próstata respecto al total de causas de egresos en pacientes de género masculino por condición de neoplasias y el 4% restante para cáncer de órganos genitales masculinos, mientras tanto el 86% de los casos se concentra en todos los demás tipos de cáncer que incluye entre otros cáncer de estómago, leucemia, cáncer de garganta, etc.

A diferencia de los pacientes de género femenino, en el caso de los procedimientos realizados a un paciente oncológico de género masculino, tiene un costo aproximado de USD \$12.675,90 (según el Tarifario Nacional de Prestaciones de Salud ajustado al factor de conversión monetaria y protocolo médico a nivel nacional); este costo es por paciente y por el número de sesiones que se requieren al año, con estos indicadores se obtiene el monto total que debe asumir el Estado y se comprueba la hipótesis de que esta es una enfermedad financieramente catastrófica.

Gráfico Nro. 8: Causas principales de egreso hospitalario
Desagregación: Nacional por género
Período: 2012 (Diciembre)



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

En el Gráfico Nro. 8 se muestra que de las diez causas de egresos hospitalarios tanto de hombre como de mujeres, se agrupan por género las seis que presentan concordancia y mayor prevalencia, las cuales indican que las mujeres son más propensas de padecer otros tipos de cáncer (respecto a los hombres), mientras tanto en los casos de leucemia, cáncer de estómago y linfoma no Hodgkin existe mayor padecimiento en individuos de género masculino.

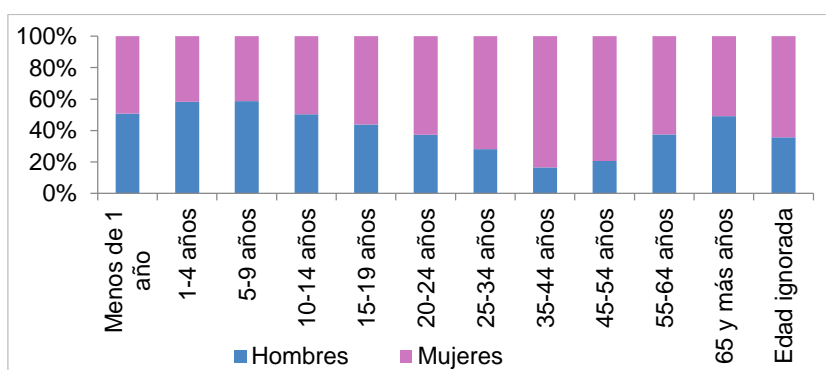
A diferencia de los hombres, en las mujeres el caso de *otros tipos de cáncer* afecta más que a los hombres en una proporción de 58%, presentando un número de egresos de 1.099 casos en los hombres respecto a los 2.618 casos en las mujeres durante el año 2012 (Diciembre). Sin embargo, la siguiente causa de egreso que comparten relación tanto el género femenino como el masculino presenta una diferencia de 535 egresos, éste se trata de la leucemia, que en los hombres es mayor que en las mujeres, con 1.880 casos en los hombres (respecto a los 1.345 en las mujeres).

El Gráfico Nro. 9 indica la división de morbilidad por rango de edades así como por género para el año 2012, en el cual, la línea de comportamiento de género femenino continua una tendencia al alza respecto al género masculino, con un notorio incremento del número de casos en las edades comprendidas entre 20-54 años.

Un estudio de cáncer de cérvix en Costa Rica indica que en el caso de las mujeres, “el cáncer cérvico-uterino es un problema de salud pública en América Latina y su incidencia sobrepasa las incidencias del mundo, siendo también la primera causa de mortalidad femenina en América Latina representando entre el 20-40% de las muertes femeninas” (Fuster y Urcuyo, 2008:143).

En el Ecuador, el 40.7% de los egresos hospitalarios en las mujeres (por condición de neoplasias) fue causado por condiciones propias del género femenino, lo cual explica la diferencia que existe entre el género femenino y masculino en la edad comprendida entre los 20-54 años de edad de la mujer, pues, según Fuster y Urcuyo (2008:143) la “incidencia entre las mujeres de 20-54 años en América Latina es de 1 por cada 1000 mujeres”, sin embargo las estadísticas para el Ecuador muestran mayor concentración en este rango de edad de padecimiento oncológico en las mujeres.

Gráfico Nro. 9: Grupo de morbilidad
Desagregación: Nacional por edades y género
Período: 2012 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica

(*) Edad Ignorada: Durante la encuesta realizada algunos de los individuos encuestados no conocían su edad (desconocimiento total de su fecha de nacimiento), por lo que se conforma este grupo donde se encuentran en estos casos de individuos.

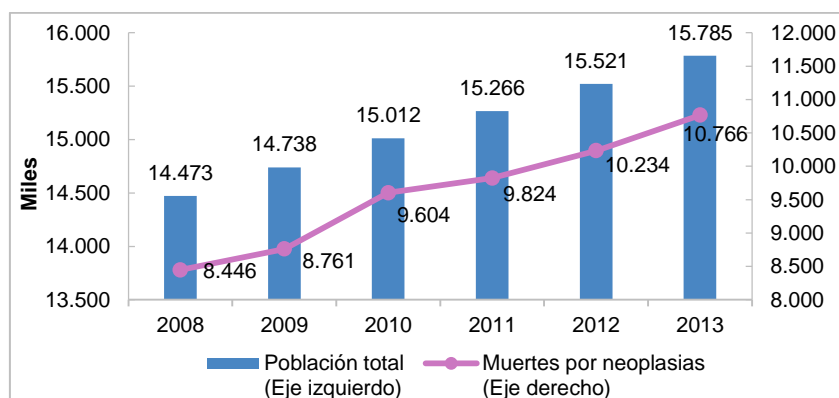
En el Gráfico Nro. 9 se puede ver la relación de los casos de morbilidad por condiciones neoplásicas clasificadas de acuerdo al género de la población, por lo que es importante determinar el rol protagónico del Estado dentro de las asignaciones realizadas a SOLCA, pues estas van en favor de los pacientes que requieren atención médica en las unidades asistenciales.

Por otra parte, hay que resaltar que aquí radica una de las motivaciones del Estado en la asignación de recursos económicos a SOLCA, pues estos favorecen la atención oportuna, eficiente y equitativa de los pacientes de las unidades médicas y se cumple uno de los principios impartidos dentro de la política sanitaria del país que es el principio de *equidad, gratuidad y universalidad* en el acceso a los servicios de salud.

Mortalidad

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014), define la mortalidad como “el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa [...] con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades internacionales”, en este sentido el número de muertes registradas durante el período establecido para el análisis indica cuán agravante se vuelve la situación cuando no se ejerce la política pública que permita mejorar y disminuir el número de casos de cáncer registrados en el país.

Gráfico Nro. 10: Número de muertes
Desagregación: Nacional por Neoplasias
Período: 2008 (Diciembre) - 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales)-2013

Elaboración: Tatiana Arias

La OMS (2014), en los siguientes apartados define las causas de defunción como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal", y a su vez, ello es expresado según la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]. A nivel nacional, una muestra de la importancia del cáncer se evidencia en el número de muertes registradas por esta condición, ya que en 2008 esta cifra era de 8.761 casos, mientras que para 2012 se incrementa a 10.234 y para

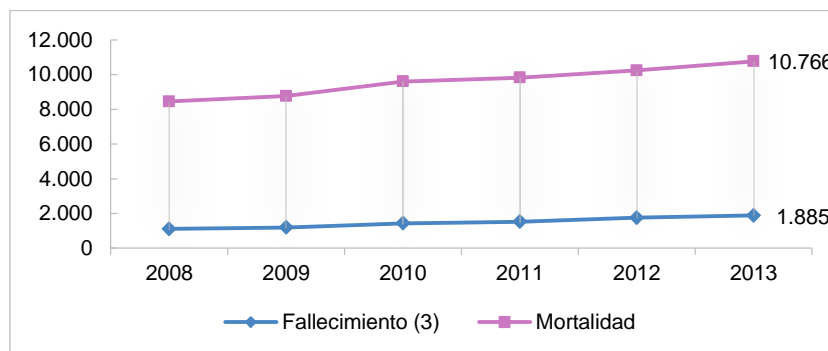
2013 pasa a ser 10.766 casos, con una tasa de crecimiento promedio anual de 17% entre 2008-2013.

Por otra parte, el Gráfico Nro. 10, muestra la relación entre la población total a nivel nacional y las cifras de mortalidad por neoplasias, en esta relación, se evidencia que la población total crece en una progresión asintótica al total de casos de muertes registradas por esta condición, por lo tanto, existe un incremento equivalente entre la población y muertes; a mayor población, mayor casos de mortalidad.

Sin embargo, un estudio de la OMS realizado durante el año 2013 indica que “el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo [...] siendo las neoplasias de pulmón, estómago, hígado, colon y mama las más frecuentes”, a lo que agrega que la causa principal de incremento de los casos de cáncer en el mundo es por la presencia de “factores como mayor esperanza de vida, urbanización y adopción de modos de vida occidentales” que conllevan a la presencia de altas tasas de incidencia oncológica en el mundo; citado en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012).

Por lo tanto, el Gráfico Nro. 11 muestra la diferencia entre mortalidad y fallecimiento oncológico, entre las cuales existe una diferencia de 8.880 habitantes, es decir, únicamente un 17,51% de las pacientes oncológicas fallecieron dentro de una unidad de atención oncológica en el país, y el 82,49% de la población falleció en sus domicilios o fuera de las unidades de atención ubicadas en todo el país.

Gráfico Nro. 11: Mortalidad y fallecimiento
Desagregación: Nacional por pacientes oncológicos
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales)-2013

Elaboración: Tatiana Arias

Nota metodológica:

(3) Fallecimiento: Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. OMS (2015)

Del total de población fallecida dentro del país, únicamente 1.885 personas recibieron atención oncológica previa a su fallecimiento y las condiciones de vida saludable no fueron oportunas para mantener con vida al paciente, sin embargo como se evidencia en el Gráfico

Nro. 11 la tendencia que mantienen ambos casos tanto el de mortalidad neta como el de fallecimiento es similar y siguen la misma trayectoria.

Si se hace un estudio desde la tasa de letalidad se entiende que existe (al igual que con los casos de mortalidad) una alta incidencia de casos, sin embargo como la letalidad es “la medida que representa el riesgo de morir que tienen aquellos individuos afectados por una enfermedad determinada” (García, 2000:86); podemos incurrir en un análisis que permita determinar las zonas específicas sobre las que mayor número de muertes existe por una causa determinada, para lo cual García (2000:86) propone que esta se puede medir del siguiente modo:

Ecuación 1: Tasa de Letalidad

$$\text{Letalidad} = \frac{\text{Número de defunciones por una causa específica}}{\text{Número de enfermos por la misma causa}} \times 100$$

Fuente: García, Juan José (2000). Epidemiología: II Parte.

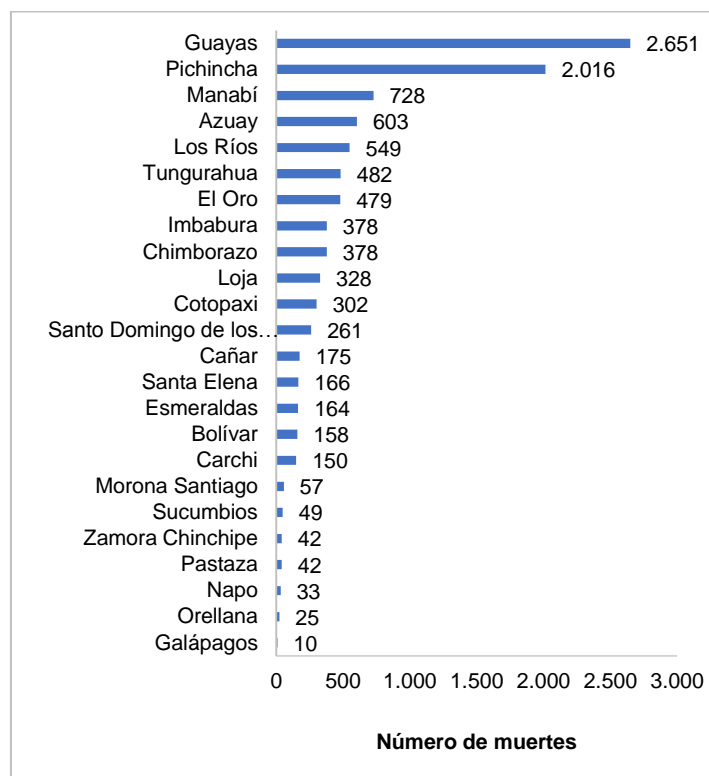
Elaboración: Tatiana Arias

Utilizando la expresión de la Ecuación 1; en el Ecuador, la tasa de letalidad por condición de neoplasias o tumores malignos durante el año 2008 fue de 4.46 por cada 100 habitantes. Mientras tanto en el año 2009, esta tasa crece a 4.96, y en 2012 a 5.51 (por cada 100 habitantes), finalmente en el año 2013 muestra una tendencia que mejora esta condición pues, la tasa de letalidad fue de 4.98 por cada 100 habitantes, es decir, la situación del cáncer a nivel nacional durante los primeros años fue incrementando el número de casos de letalidad registrados, sin embargo para 2013 esta situación mejora, para ello es importante basar el argumento en que la Constitución de 2008 permitió la ampliación de la cobertura de los servicios de salud de la población oncológica y se obtienen los resultados a partir de 2013 donde el número de muertes por esta causa respecto al total de enfermos por la misma condición disminuye.

El Gráfico Nro. 12 indica el número de muertes registradas en el año 2012 por la condición de neoplasias o tumores malignos; durante el año 2012, hay un total de 2.651 casos en la provincia de Guayas y una cifra similar en Pichincha (2.016 casos), es decir, del total de fallecimientos registrados por esta condición, durante el año 2012, el 20% fueron de la provincia de Pichincha y el 26% de la provincia de Guayas, por su parte, en la división regional el 39% de los casos de muertes de la región sierra son de la provincia de Pichincha y el 53% de los casos de la región costa son de la provincia de Guayas. Bazurto y Ramírez (1996:4) afirman que “estas provincias son las que mayor número de habitantes tiene, por lo que el número de defunciones será mayor al de las demás provincias que tienen menor número de habitantes”.

Hay que tomar en cuenta que las cifras presentadas en el Gráfico Nro. 12 corresponden a muertes presentadas a nivel provincial, y no necesariamente significa que estos fueron atendidos inicialmente en la provincia en la que fallecieron o que son residentes de la provincia, ni que fueron atendidos dentro de una de las unidades médicas de SOLCA; por lo que aquí la cifra mostrada es de la distribución geográfica de las muertes a nivel nacional.

Gráfico Nro. 12: Número de muertes
Desagregación: Provincial por Neoplasias
Período: 2012 (Diciembre)

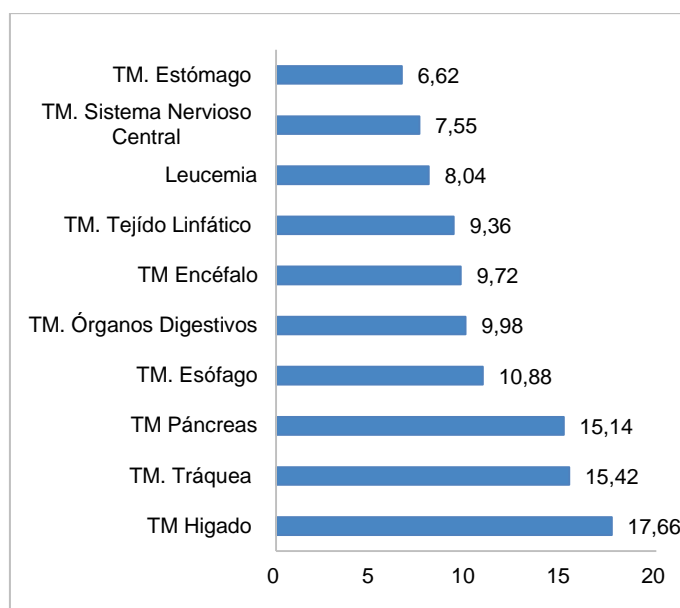


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC].
 Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales)-2013
Elaboración: Tatiana Arias

Por otra parte el Gráfico Nro. 13 muestra el ranking con las diez causas principales de mortalidad por condición de neoplasias o tumores malignos, dentro de las cuales figura el cáncer de hígado, con una tasa de letalidad de 17.66 por cada 100 habitantes, mostrando con ello una proporción elevada de personas con esta condición. El cáncer de tráquea y páncreas ocupan el segundo lugar de tasa de letalidad, a pesar de que el número de muertes durante este año por esta misma causa fue únicamente de 755 y 365 casos equivalentes al 7% y 4% del total de muertes por tumores malignos.

Sin embargo, analizando a nivel nacional se puede ver en el Gráfico Nro. 13 que existe una marcada tendencia de 5.09 casos de letalidad por cada 100 habitantes en promedio anual (durante el período 2008-2012); este gráfico muestra esta relación e indica que durante este período esta tasa se mantuvo constante con ligeras tendencias al alza y picos poco pronunciados que reflejan este incremento; especialmente durante el año 2010, logrando su estabilidad nuevamente en el año 2011.

Gráfico Nro. 13: Ranking tasa de letalidad
Desagregación: Nacional
Período: 2012 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Población y Demografía: Estadísticas de Nacimientos y Defunciones.

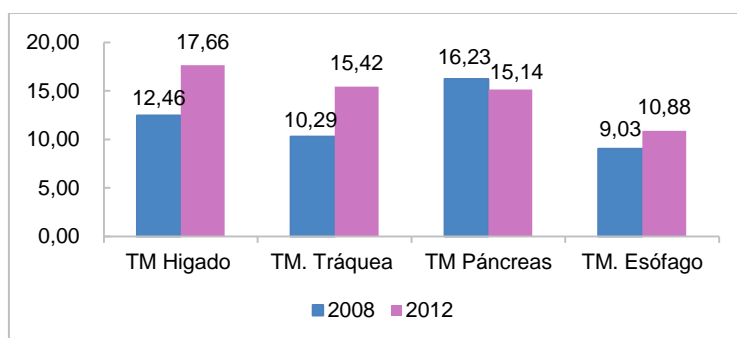
Elaboración: Tatiana Arias

Mientras tanto, en el Gráfico Nro. 14 se puede identificar las cuatro principales tasas de letalidad en 2008 y 2012, por lo que, dentro de este grupo se muestra un incremento en los casos de letalidad por tumores malignos de hígado, tráquea y esófago, con un crecimiento de 41%, 49% y 20% respectivamente en estos tres casos.

Finalmente en el caso de tumores de páncreas se observa en el Gráfico Nro. 14 que estos casos disminuyeron entre 2008 y 2012, con una disminución promedio anual de 6% de los casos de letalidad dentro de esta condición de neoplasias o tumores malignos. Ello puede mostrar la afirmación que así como la situación del cáncer es cada vez más compleja, no todas las condiciones de neoplasias incrementan con el pasar del tiempo y la ampliación de cobertura médica oncológica permite una mejor interacción del individuo con el Estado para que exista una menor tasa de crecimiento de las condiciones neoplásicas.

Por otra parte, el Mapa 2 (ver anexo B), muestra que el mayor número de muertes se registra en las provincias de Guayas, Pichincha y Tungurahua; dentro de ellas lo que mayor influencia tiene son las condiciones de salud que provocan esta condición. En el caso de Pichincha y Guayas son dos ciudades grandes, y donde se concentra el mayor número de muertes ya que existe mayor número de habitantes y dadas las condiciones de vida y factores tanto laborales como medioambientales y genéticos eleva la probabilidad de padecimiento de esta enfermedad (tomado de Villacís y Carrillo, 2010:20), tomando en cuenta que dentro de estas dos provincias existen unidades médicas de SOLCA que prestan los servicios de asistencia sanitaria oncológica y a pesar de eso no alcanzan a cubrir el nivel de demanda de los servicios de salud y se presentan altas tasas de padecimiento (decesos).

Gráfico Nro. 14: Tasa de Letalidad
Desagregación: Nacional de las cinco primeras causas de muerte
Período: 2008 (Diciembre) – 2012 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Población y Demografía: Estadísticas de Nacimientos y Defunciones.

Elaboración: Tatiana Arias

Donde, la tasa de crecimiento poblacional es de 4%, promedio anual durante el período 2008-2016, y el número de casos de cáncer registrados dentro del país crecerá en una proporción elevada y pasará de 10.628 casos en 2013 a 11.831 en 2016, manteniendo como supuesto que la tasa de crecimiento se mantiene constante durante este período y que existe un crecimiento de 4% anual.

Por su parte, a nivel zonal, la situación del cáncer se ha visto con varios atenuantes durante el período establecido, tomando en cuenta que, la tasa de crecimiento promedio (anual) de mortalidad del grupo de neoplasias o tumores malignos, es de 27% durante el período 2008-2013; mientras tanto, la tasa de crecimiento de la morbilidad dentro del mismo grupo de causas es de 48%, haciendo que esta sea una de las causas del aumento de los casos de letalidad en el país por esta condición neoplasias.

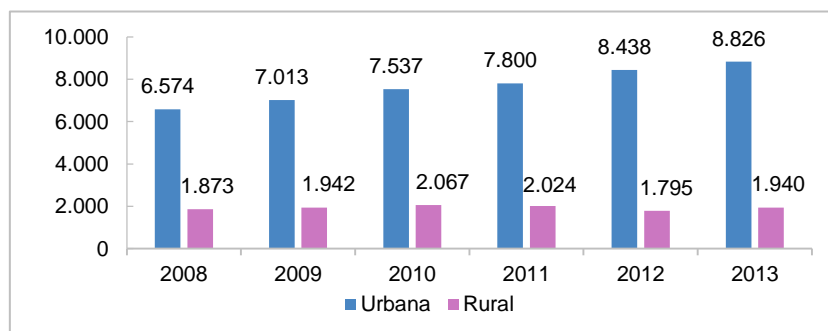
El Gráfico Nro.15 muestra la diferencia que existe entre los casos de mortalidad registrados dentro de la zona urbana y zona rural, por lo que, es importante señalar que del total de casos atendidos existe una marcada diferencia que indica que, en la zona urbana se produce el mayor número de decesos respecto a la zona rural y ello puede ser explicado porque en esta zona existe una mayor concentración poblacional y adicional porque los centros de atención médica y hospitalaria se concentran en las zonas urbanas del país (incluidas las unidades de SOLCA).

Las unidades de SOLCA se encuentran ubicadas en la zona urbana del país, es importante evidenciar que la tasa de incidencia (referentes a mortalidad) son mayores en esta zona, cuya explicación radica en los determinantes de la salud que influyen sobre los habitantes de la zona urbana, como por ejemplo, estilos de vida, condiciones de vida, cambio climático, estrés, y otros factores que deterioran el estado de salud de los individuos.

En el año 2008, la población total según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) fue de 14.372.881 habitantes (retroproyección del Censo de Población y Vivienda, 2010), de la cuales el 0.05% padecía cáncer durante ese año en la zona urbana; la tasa de crecimiento poblacional se mantuvo constante para el resto del período. Con ese

antecedente se puede indagar que de este 0.05% de casos, el 80.2% obedece a casos de muerte registrados en esta zona (según la Encuesta de Recursos Anuales de Salud, 2012).

Gráfico Nro. 15: Mortalidad por neoplasias o tumores malignos
Desagregación: Nacional por zona urbano – rural
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



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

Elaboración: Tatiana Arias

En cuanto a un estudio de los datos, la Tabla Nro. 2 muestra que en el año 2014, el número total de casos registrados a nivel nacional será de 11.033 fallecimientos por esta condición y en las estimaciones poblacionales, se muestra en la tabla anterior que cada año incrementa alrededor de 400 casos de mortalidad. Sin embargo, los datos poblacionales de fallecimiento por esta causa se presentan en la Tabla Nro. 2:

Tabla Nro. 2: Número de fallecimientos por neoplasias
Desagregación: Nacional
Período: 2008 (Diciembre) – 2016 (Diciembre)

Año	Fallecidos
2008	8.761
2009	8.761
2010	9.604
2011	9.824
2012	10.234
2013	10.628
2014*	11.033
2015*	11.432
2016*	11.831

Fuente: Registro Nacional de Tumores Quito (2013).

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica:

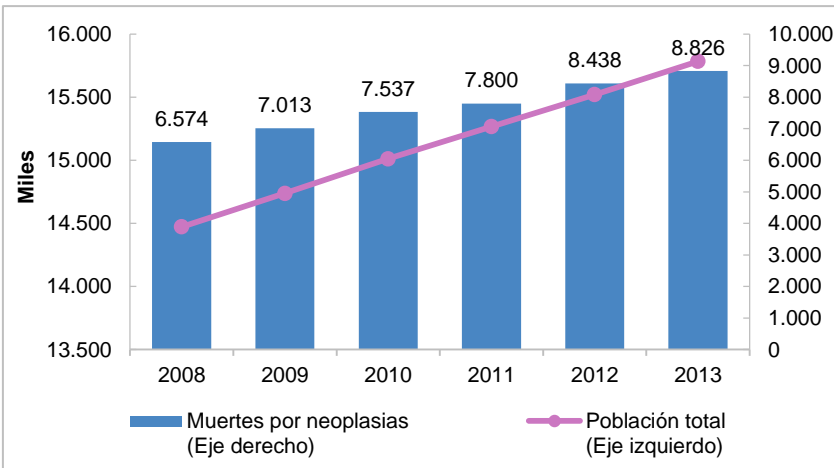
(*): Realizado en base a estimaciones por medio de MCO (Mínimos Cuadrados Ordinarios).

El Gráfico Nro. 16 muestra la tendencia que ha mantenido la tasa de letalidad en el país durante el período establecido, y una vez más, se evidencia una tasa de crecimiento tendente al alza en el grupo de neoplasias de la zona urbana, donde se produjeron 8.826 decesos; mientras que en la zona rural fueron únicamente 1.940 casos. Estas mismas cifras, en términos relativos, muestran que el número de muertes por neoplasias en 2008 corresponde al 0,06% (y representa el 0,06% hasta 2011, donde la relación cambia para ser el 0,07%). Es decir, en la población total del Ecuador, el 0,07% de la población muere a causa de cáncer.

Es importante dentro de este punto resaltar que los principios de universalización de los servicios de salud en el Ecuador está siendo uno de los condicionantes que generan mejorías en el acceso libre a la atención sanitaria, por lo que hay que evidenciar claramente que SOLCA ha sido uno de los pilares en el tratamiento del cáncer a nivel nacional (como entidad rectora del cáncer), por lo que uno de los principios del Estado para la universalización de los servicios de salud ha sido el de *gratuidad, equidad, libre acceso y eficiencia* en su atención. Es importante determinar que una de las motivaciones del Estado para la asignación de recursos a SOLCA fue la ampliación de la cobertura de la atención a pacientes oncológicos que requieren cuidados médicos en las zonas rurales y urbano-marginadas de la ciudad, quienes por su incapacidad económica y monetaria no les ha sido posible el acceso a los servicios de salud requeridos.

Por otro lado la mortalidad en los indicadores sociales indica que las muertes por causa de cáncer ha tenido una tasa de crecimiento anual de 34.3% entre 2008 y 2013, con un total de 6.574 casos de muerte registrados en el año 2008 y 8.826 en 2012, es decir, un incremento de 2.253 casos de letalidad dentro del país por esta condición.

Gráfico Nro. 16: Mortalidad por Neoplasias o tumores malignos
Desagregación: Zona urbana
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



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

Cabe resaltar que del total de muertes registradas en el año 2011, el 79% corresponde a muertes en la zona urbana y el 21% restante a la zona rural; la diferencia que existe entre ambas zonas se explica por factores adversos y condicionantes sociales, económicos, socio-culturales, estilos de vida, entre otros (como lo presentado por Jaramillo *et al.*, 2011:12 en la primera parte de este estudio), donde se muestra que existen factores que determinan el estado de salud de un individuo y que por lo tanto van a generar cambios en la salud; estos factores pueden ser tanto medioambientales, como políticos, económicos o sociales.

Por otro lado, la alta tasa de mortalidad durante el período 2008-2013 dan cuenta de la necesidad de generar políticas públicas que permitan cerrar la brecha y disminuir los casos de letalidad en el país para evitar que los decesos por causa de neoplasia maligna continúen elevándose; pues la tasa de crecimiento promedio anual de esta causa de muerte en la zona urbana fue de 14.07% entre 2008 y 2010 y de 34.3% entre 2008 y 2013.

Al contrario de la zona urbana, en la zona rural, existe menor concentración de casos de cáncer pues los factores (determinantes de la salud) que intervienen se refieren principalmente a condiciones de tipo: alimentación, estilo de vida, factores socio-ambientales y demográficos, ya que estos generan cambios en el patrón de muerte dentro de las zonas geográficas (para cualquier caso de deceso, no únicamente cáncer) (citado en Jaramillo *et al.*, 2011), por lo tanto, los determinantes de la salud, especialmente la contaminación ambiental y el estilo de vida son factores que influyen directamente sobre el estado de salud de un individuo y su comunidad en la zona urbana (con relación a la zona rural).

Los casos de letalidad en la zona rural durante el año 2012 disminuyeron respecto a 2011, en donde el número de muertes registradas por esta causa fueron 2.024 decesos, comparados con los 1.795 que fueron en el año 2012, es decir, una diferencia de 229 personas menos que el año anterior, a pesar de que para el año 2013 se invierte nuevamente esta relación y pasan a ser 1.940 casos en esta zona.

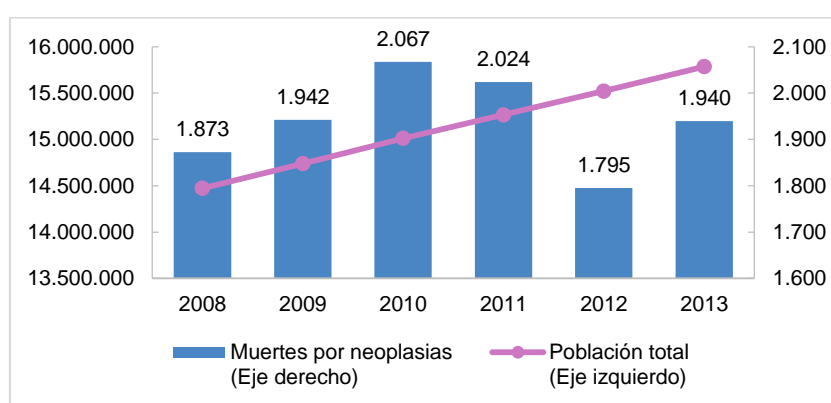
Con una tasa de crecimiento anual de 8.1% entre 2012-2013, y de 1% entre 2008-2013, se evidencia una tendencia estable del número de muertes registradas en la zona rural durante el período de análisis, aludiendo ello a factores que pueden ser sociales, económicos y/o que involucren directamente la biología humana, como genético (hereditario) o condiciones de vida. Una vez más, la relación de crecimiento de población total vs. muerte por neoplasias en la zona rural muestran un incremento equivalente en ambas tendencias, es decir, mantiene una relación similar, a excepción del año 2012, donde el número de muertes disminuye a pesar que la tasa de crecimiento poblacional continúa su tendencia creciente.

Mientras tanto, el Gráfico Nro. 17 muestra la mortalidad por tumores malignos o neoplasias de la zona rural, que como se abordó en líneas anteriores se presenta un crecimiento en los casos desde 2008 hasta 2010, sin embargo, se produce para 2011 una disminución a 2.024 casos, para llegar a 2013 a ser únicamente 1.940.

Si se observa la tendencia del Gráfico Nro. 17, se puede notar claramente la disminución de casos de mortalidad en pacientes oncológicos ubicados en la zona rural del país, especialmente durante el año 2012 y 2013, donde la tendencia disminuye de 2.024 casos (en 2011) a 1.795 casos (en 2012), entendiendo esta disminución por la mejoría en los

servicios de atención de salud brindada por SOLCA (a partir de la inserción de población en condiciones catastróficas a la Constitución de 2008) y mejora en el acceso a la atención médica por medio de los principios de *equidad, gratuidad, universalización y acceso libre* a la atención, siendo éstas últimas las motivaciones que impulsan al gobierno a incluir a ésta población dentro de las asignaciones monetarias que se realizan como responsabilidad social de los gobiernos en todo el mundo (en éste caso, por medio del rol protagónico del Ministerio de Salud Pública en la asignación eficiente y oportuna de la base monetaria que permite cubrir parte de los requerimientos de esta población).

Gráfico Nro. 17: Mortalidad por tumores malignos o neoplasias
Desagregación: Zona rural
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Recursos de Salud (ERAS, 2013).

Elaboración: Tatiana Arias

Oferta de servicios de salud

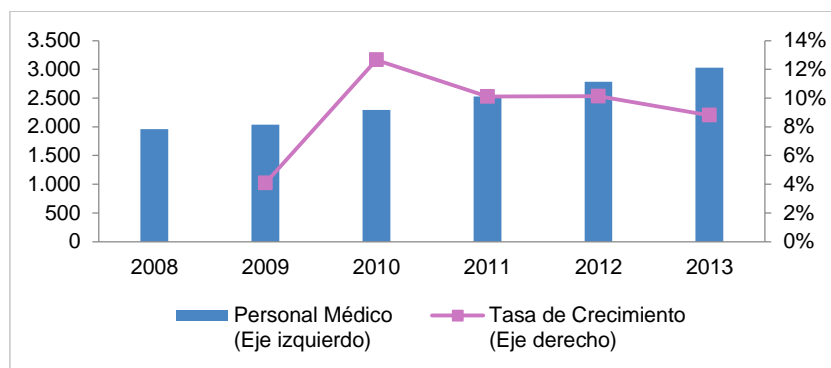
Se entiende por *oferta de servicios de salud* a todos las prestaciones que “incluyen el número, composición y distribución del personal de salud; recursos físicos; y programas de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población” (OPS, 2010: 37), a partir de ello entonces parte el análisis de la situación sanitaria que ofrece SOLCA a nivel nacional para cubrir la atención de sus pacientes dentro de las unidades médicas.

Dentro de este contexto, el personal de salud según la OMS (2014) consta de “todas las personas que participan en acciones cuya función consiste en mejorar la salud. Esto incluye a los prestadores de servicios de salud, como médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y trabajadores sanitarios, así como al personal de gestión y auxiliar”.

El Gráfico Nro. 18 muestra el total del personal médico que consta dentro de la nómina de las unidades de SOLCA a nivel nacional; el promedio anual de personal médico es de 2.438 médicos al servicio de los pacientes de SOLCA. La tasa de crecimiento de este personal médico mantiene una relación más o menos estable donde se pasa de un crecimiento de

4% entre 2008 y 2009 a uno de 9% entre 2012 y 2013, a pesar de que el número de personal médico en 2008 es de 1.957 y en 2013 de 3.028 médicos.

Gráfico Nro. 18: Número de personal médico
Desagregación: Nacional por Unidades de SOLCA
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)

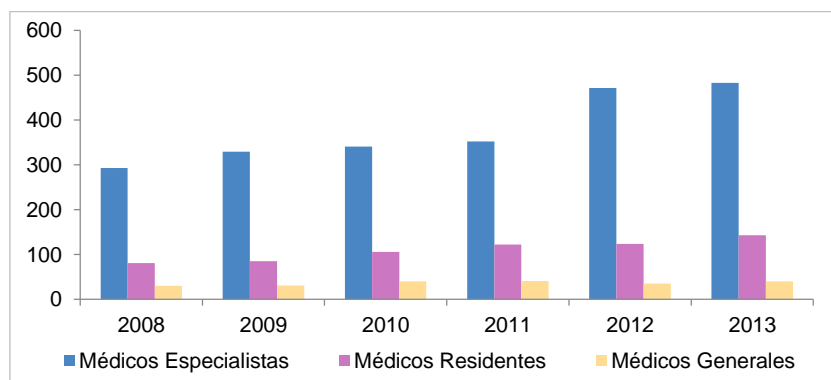


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Recursos de Salud (ERAS, 2012).

Elaboración: Tatiana Arias

SOLCA cuenta con varias especialidades y tipos de atención dentro de sus unidades médicas (citado en página web oficial de SOLCA), en este caso el Gráfico Nro. 19 agrupa el personal médico, dentro de los que figuran los especialistas, residentes y generales; el número total de médicos especialistas fueron 293 en el año 2008 y 483 en 2013, es decir, un crecimiento anual de 65% del total de médicos especialistas durante el período 2008-2013, según la OMS (1963:4) el médico especialista “es un médico que ha recibido formación especial y que limita su actividad, en parte o totalmente, a determinados procesos patológicos”, la clasificación médica representa el 15% de todo el personal de SOLCA (este dato fue obtenido de la relación médico vs. total de personal en nómina).

Gráfico Nro. 19: Personal médico por especialidad
Desagregación: Nacional unidades de SOLCA por especialización médica
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Recursos de Salud (ERAS, 2012).

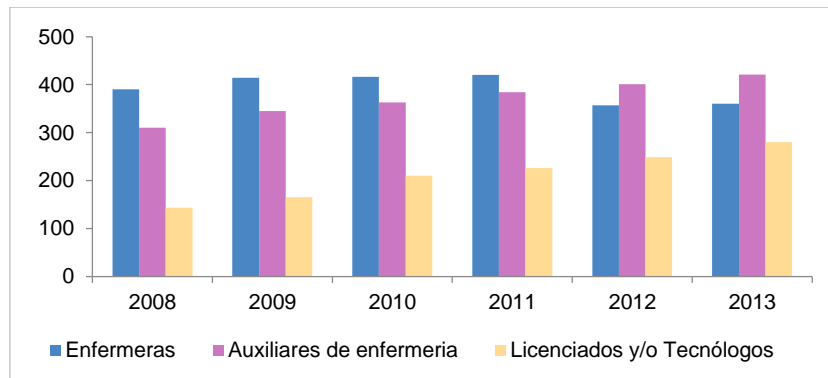
Elaboración: Tatiana Arias

Con los médicos residentes se tiene una apreciación distinta, donde este número no sobrepasa los 150 médicos, pues “el residente es tanto un trabajador de la salud como un alumno de posgrado” (Zamudio, 2011: 3), por lo tanto en SOLCA en total habían 81 médicos residentes en 2008 y 143 en 2013, con una tasa de crecimiento anual de 77% entre 2008-2013 que muestra el gran incremento de esta clasificación médica.

Finalmente, los médicos generales quienes “no limitan su actividad profesional a ciertos procesos patológicos” (OMS, 1963:5), representan únicamente el 1% promedio anual de todo el personal de SOLCA; sin embargo, dentro de la clasificación meramente médica fueron 30 en el año 2008 y 40 en el año 2013. SOLCA al ser una entidad que se encarga directamente de tratar a pacientes con cuadros de especialidad (y al ser una unidad de tercer nivel) requiere atención especializada (citado en página web de SOLCA), es por ello que el número de médicos generales no sobrepasa más del 1% del personal médico.

En cuanto a la dotación de personal del servicio de enfermería, que implica directamente la “atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades” (OMS, 2014) el Gráfico Nro. 20 muestra el total tanto de personal de enfermería como de auxiliares de enfermería y licenciados y/o tecnólogos con los que cuenta SOLCA a nivel nacional.

**Gráfico Nro. 20: Personal del servicio de enfermería
Desagregación: Nacional por unidades de SOLCA
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Recursos de Salud (ERAS, 2012).

Elaboración: Tatiana Arias

En el año 2008, el total de enfermeras al servicio del paciente oncológico fue 390, comparado con las 360 del año 2013, donde se evidencia una disminución del 7% de este personal; esta clasificación ha tenido gran inestabilidad, pues en el año 2011 pasa a tener el pico más alto de personal de enfermería, de 420 enfermeras. El total de enfermeras en el año 2013 representa el 12% del total del personal médico de SOLCA (ver Gráfico Nro. 20).

Por otra parte los auxiliares de enfermería representan el 13% del total de personal a nivel de SOLCA, en el año 2008 existieron en total 310 auxiliares y en 2013 pasan a ser 421, es decir, esta cifra supera al número de enfermeras dentro de las unidades de SOLCA;

mientras tanto la clasificación de licenciados y/o tecnólogos representan el 9% del total del personal médico de SOLCA, esta clasificación tuvo una tasa de crecimiento de 95% durante todo el período de análisis pasando de 143 en 2008 a 280 en 2013.¹⁸

Una vez detallado el personal que labora dentro de las unidades de SOLCA, hay que resaltar la importancia del equipamiento físico con el que cuentan las unidades, tomando en cuenta que ERAS (2012) únicamente cuenta con información de número de camas hospitalarias, las cuales se entienden como “todas las camas que son mantenidas regularmente que están dotadas de personal e inmediatamente disponibles para su uso” Quesada (2009:1), de este modo resalta el estudio realizado por el INEC, en ERAS (2012), donde los resultados mostraron la evidencia que se encuentra en los siguientes apartados y que son útiles para el estudio de la disponibilidad de las mismas dentro de las unidades a nivel nacional.

Parte del estudio de recursos de salud que realiza el INEC centra su atención en esta variable que es relevante en los casos de atención médica, pues el número de camas también define el promedio de días de estada así como las condiciones de morbilidad, por ello según las estadísticas de camas y egresos hospitalarios, 2013, realizada por el INEC (ERAS, 2012), en el año 2008, el sistema ecuatoriano de salud poseía 21.473 camas disponibles para la atención a los pacientes en las unidades tanto clínicas como hospitalarias, de ellas el 65% correspondía a las entidades del sector público, y el 55% restante a las unidades médicas del sector privado, las cuales estaban distribuidas entre 6.44% a las entidades sin fines de lucro y el 93.56% al sector privado con fines de lucro, es decir durante este año existió un total de 1.5 camas por cada 1.000 habitantes.

Mientras tanto, el 2013, el número de camas fue de 27.185 camas para la atención al paciente oncológico, de ellas el 62.5% pertenecía al sector público y el 37,5% al sector privado y el 7% a las entidades sin fines de lucro y el 93% a las unidades médicas del sector privado con fines de lucro.

De estas cifras mostradas, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, en el año 2008 cuenta con 507 camas disponibles para la atención al paciente oncológico distribuidas entre las ocho unidades médicas, lo que significa que, el 2.36% del total de camas disponibles a nivel nacional pertenecen a las Unidades Médicas de SOLCA, según reportan las estadísticas de camas y egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (ERAS, 2012).

La región Sierra se caracteriza por tener un alto índice de disponibilidad de camas; en esta región las unidades de SOLCA poseen el 57% del total de camas disponibles a nivel nacional (Costa/Sierra), que representa en total 364 camas; mientras tanto en la región Costa existen 280 camas disponibles, equivalentes al 43% restante; ello según reportaron las estadísticas de recursos de Salud realizadas por el INEC, durante el año 2013 (ERAS, 2012).

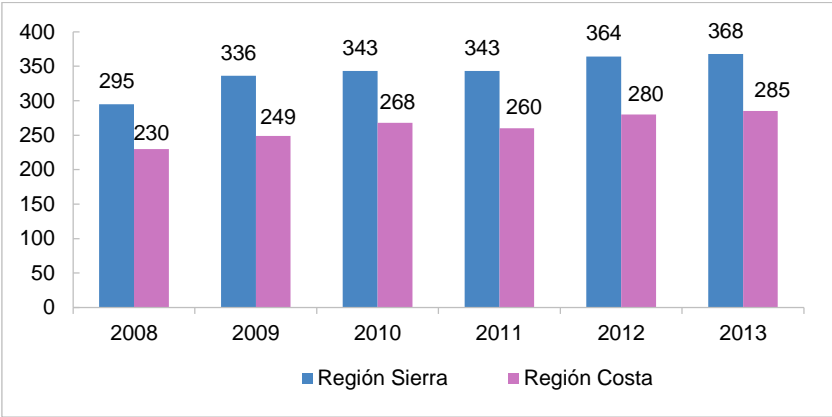
¹⁸ El resto del personal que no se detalló en este apartado, corresponden a bioquímicos, obstetrices, trabajadores sociales, estadísticos (registros médicos), administrativos y personal de servicio, quienes corresponden a la proporción restante de personal que labora dentro de las unidades de SOLCA.

Por su parte, durante el año 2008 existían un total de siete unidades oncológicas de SOLCA ubicadas en todo el país, de ellas, cuatro son de la Región Sierra, y se encuentran en las provincias de Azuay, Chimborazo, Loja y Pichincha; y tres en la Región Costa, en las provincias de Guayas y Manabí (según fuente oficial de la página web de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, establecida mediante Registro Oficial Nro. 362 del 12 de Noviembre de 1953).

Mientras, el número de camas disponibles para la atención al paciente oncológico en el año 2008, fueron 525 camas, de las cuales 295 pertenecen a las unidades médicas de la región Sierra y 230 a la Costa, las cuales representan el 56% y 44% respectivamente; de este total el 47% pertenecen a la provincia de Pichincha, el 32% a la unidad de SOLCA Azuay; y el 22% restante se distribuye entre la unidad de Loja y Chimborazo con 18% y 4% respectivamente (cifras tomadas de ERAS, 2012).

Sin embargo, con una tasa de crecimiento promedio de 24% entre 2008 y 2013 en el total de camas disponibles de las unidades de SOLCA, en el año 2013 se registran en la región Sierra 368 camas y 285 en la Costa (ver Gráfico Nro. 21); este crecimiento del número de camas de dotación normal está en función del crecimiento de la demanda dentro de las unidades de atención al paciente oncológico.

Gráfico Nro. 21: Número de Camas (SOLCA)
Desagregación: Regional
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Camas y Egresos hospitalarios, 2007-2013
Elaboración: Tatiana Arias

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer tiene disponible el 83.41% del total de camas de las entidades sin fines de lucro, es decir, el 6.2% de las camas del sector privado y el 2.2% del total de camas a nivel nacional; esta entidad en el año 2011 posee 548 camas, de las cuales el 24% corresponde al Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala (Núcleo Quito) y el 30% al Instituto Oncológico "Dr. Juan Tanca Marengo" (Núcleo Guayaquil).

La situación se torna distinta cuando refiere directamente a situación del cáncer a nivel de género pues existen ambigüedades y contradicciones que muestran la clara diferencia entre ambos géneros pues, por un lado, están las condiciones de salud bajo las que se desarrolla un individuo sano y por el otro los problemas de acceso al mercado de la salud que pueden presentar las personas de acuerdo a su condición de género, especialmente la segregación del mercado laboral y el acceso al mercado de la salud para las mujeres y su acceso a unidades asistenciales que presten ayuda oportuna en momentos de necesidad (tomado de OMS, 2014).

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, abarca gran parte de la demanda nacional en el tratamiento patológico de neoplasias o tumores malignos a nivel nacional (tomado de la página web oficial de SOLCA); dentro de las estadísticas de salud levantadas por el INEC, las tasas de crecimiento tanto del número de casos de cáncer registrados (morbilidad por grupo de causa), así como de los patrones de mortalidad y número de camas disponibles para la atención al paciente oncológico han tenido una tendencia creciente durante el período de análisis (2008 – 2013).

Tabla Nro. 3: Número de casos registrados de neoplasias
Desagregación: Nacional por condición de egreso
Período: 2008 (Diciembre) – 2016 (Diciembre)

Año	Fallecimientos	Egresos	Total
2008	8.637	24.227	32.864
2009	8.761	25.169	33.930
2010	9.604	27.815	37.419
2011	9.824	31.440	41.264
2012	10.234	33.570	43.804
2013	10.628	36.449	47.077
2014*	11.033	36.202	47.235
2015*	11.432	38.772	50.204
2016*	11.831	41.342	53.173

Fuente: Registro Nacional de Tumores Quito (2013).

Elaboración: Tatiana Arias

Nota Metodológica:

(*): Realizado en base a estimaciones por medio de MCO (Mínimos Cuadrados Ordinarios).

Con los datos históricos y proyecciones para los siguientes dos años, mostrados en este apartado podemos ver que los casos tanto de morbilidad como de mortalidad son indicadores que corresponden al patrón de comportamiento del crecimiento poblacional, y con ello a las condiciones de vida saludable de la población. Lo que se busca es comprender que las asignaciones que el Estado otorga a los individuos están en función del crecimiento tanto de la demanda poblacional (por el tratamiento oncológico), así como por el tiempo, es decir, un año más implica un crecimiento también de los casos de cáncer registrados.

La Tabla Nro. 3 muestra el número tanto de egresos como de fallecimientos por esta condición de neoplasias, donde se indica que en 2008, el total de casos registrados a nivel nacional fue de 32.864 personas, mientras tanto para el año 2013, este se incrementa a 47.077, con una tasa de crecimiento de 23% anual durante 2008-2013. Mientras tanto, las proyecciones de 2014-2016 dan cuenta del creciente incremento de las tasas tanto de letalidad como de egresos por esta condición, con un crecimiento anual de 6% anual durante este último período.

Finalmente, si se agrupan cada uno de los conceptos que se manejaron a lo largo de este capítulo se unen los casos tanto de fallecimientos como de egresos hospitalarios por esta condición de neoplasias, y se tiene que durante 2008 existió un total de 32.988 casos de cáncer registrados en el país que fueron atendidos o que fallecieron por esta condición, y representan alrededor el 27% y 73% durante este período, y mantienen en promedio la misma representatividad de la condición de egreso por esta causa.

Ello se podrá mostrar con mayor claridad en el siguiente capítulo, que abre un espacio de análisis para las asignaciones presupuestarias, así como las donaciones que realiza el gobierno y el origen de las mismas para comprender cuan eficiente es el sistema de asignaciones que se ha venido otorgando.

Situación demográfica

Según el Censo de Población y Vivienda, 2010, el número de habitantes total en el año 2013 fue 15.774.749 personas, de las cuales el 63,16% pertenece a la zona urbana y el 38,84% restante a la zona rural (ver Gráfico Nro. 22). De ellos 43.804 personas padecen cáncer dentro del país, equivalente al 0.28% del total de la población; y de ellos la mayor parte de casos fueron derivados a las unidades de atención oncológica de SOLCA, que cubre gran parte de la demanda nacional de atención oncológica. La población entre 2008 y 2013, presenta una tasa de crecimiento de 9% anual, con una población de 14.372.881 habitantes en 2008 (según la retroproyección del Censo de Población y Vivienda, 2010) y de 15.774.749 en 2013, y una mayor concentración poblacional en la zona urbana del país (en los dos años) y menor concentración en la rural.

Mientras tanto, en 2008, de la zona urbana existe un total de 9.090.786 habitantes, y representa el 62.77% respecto al total nacional. De este total en el año 2013 se produjeron 8.826 decesos en la zona urbana por causa de neoplasia o tumores malignos, este número de muertes explica la magnitud de la creciente tasa de padecimiento de cáncer dentro de esta zona. La tasa de crecimiento promedio anual entre 2008-2013 fue de 6.08% y un crecimiento anual de 34.26% en el mismo período, pasando de 6.574 casos en 2008 a 8.826 en 2013 (cifras tomadas de Censo de Población y Vivienda, 2010 / ERAS, 2012).

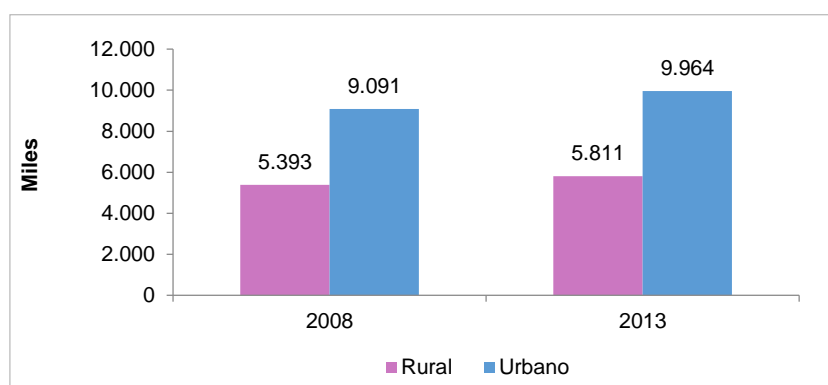
Con base en las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], para el año 2014 la población total será de 16.027.466 habitantes, con una tasa de crecimiento poblacional de 1.6% en el último año, y una reducción en la Tasa Global de Fecundidad [TGF] de 6.39 en 1970 a 1.82 en 2014 siendo Morona Santiago la que mayor TGF presenta, de 4.4 hijos en 2012, mientras Pichincha es la que menos TGF presenta, de

2.2; ello según las estimaciones de proyecciones de población 2010, INEC (REDATAM, 2010).

En virtud del ritmo de crecimiento demográfico, la composición por edades de la población ecuatoriana en el año presente muestra todavía una estructura predominantemente juvenil, donde el 49.29% de las personas son menores de 24 años, el 44.07% está entre 25 y 64 años, lo que arroja como resultado que la población en edad adulta (mayores de 65 años) únicamente es del 6.72% (Ver Gráfico Nro. 23).

Sin embargo para el año 2050, esta idea se cambia puesto que con una Tasa Global de Fecundidad, es decir con un nivel de reemplazo de 1.92, una esperanza de vida de 80.55 años en promedio y una estimación poblacional de 23.4 millones de habitantes en 2050 notamos el envejecimiento de la población, con una pirámide poblacional completamente deformada y concentrada las edades superiores a los 40 años (Cifras y datos tomados de las estimaciones poblacionales realizadas por el INEC. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?).

**Gráfico Nro. 22: Distribución poblacional por áreas
Desagregación: Nacional por zona urbana-rural
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)**



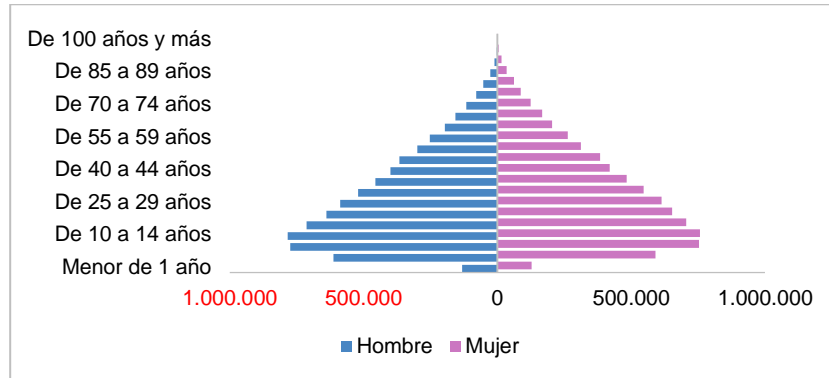
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Población y Demografía.

Elaboración: Tatiana Arias

Según la Dirección General de Información en Salud, las estadísticas vitales tienen como objetivo “analizar el comportamiento y las tendencias de crecimiento de la población” ya que permiten “conocer la situación demográfica de un país”; es por ello que las estadísticas de Nacimientos y Defunciones (2013), realizada por el INEC, muestra la densidad poblacional del Ecuador clasificada por rangos de edad y género: hombres-mujeres.

La pirámide poblacional que se muestra en el Gráfico Nro. 23 indica cuán estable se mantiene la base de la misma, donde existe una predominancia de población en edades jóvenes, comprendidas entre 5-39 años, mismos que permitirán sustentar la parte alta de la pirámide, donde se encuentra la población en edades adultas y que requieren mayor cuidados.

**Gráfico Nro. 23: Pirámide poblacional
Desagregación: Nacional por género
Período: 2013 (Diciembre)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC].
Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales)-2013
Elaboración: Tatiana Arias

A esta afirmación, el INEC (2010) agrega que “la República del Ecuador atraviesa un proceso de envejecimiento, lo que implica que el monto anual de defunciones sea creciente”, ello como fuente útil para corroborar lo que se mencionó en líneas anteriores, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en su fascículo de proyecciones de la población de la República del Ecuador 2010-2050.

Sin embargo si se observa la primera parte de la pirámide, que comprende población de “menores de un año”, se evidencia una deficiente concentración poblacional en este rango de edad, ya que durante “el transcurso de las dos últimas décadas se aprecia una constante disminución en la población menor de 5 años, esto se debe a la tendencia decreciente del promedio de hijos que tienen las mujeres en el Ecuador”, ello según lo expuesto en el Fascículo Nacional (2010), realizado en base a los resultados del Censo de población y vivienda 2010, y aplicado para la población del Ecuador (Ver Gráfico Nro. 23).

Por lo tanto, la situación demográfica actual en el Ecuador, está caracterizada por una concentración de la población en la zona urbana (en relación a la zona rural); a pesar de que se han articulado múltiples planes que permitan descentralizar los servicios de salud, estos aún se concentran en las zonas urbanas del país, tal es el caso de las unidades de SOLCA que están únicamente en ciertas provincias y ellas ubicadas en la zona urbana. Aún con este condicionante continúan desfases en los niveles de atención médica y existe una menor concentración de casos tanto de morbilidad como de mortalidad a nivel rural, por lo que, en el desarrollo de este capítulo se abordó que existen condiciones relacionados con los determinantes de la salud que generan influencia sobre las condiciones de vida y estado de salud de un individuo y provocan desequilibrio en el nivel de atención requerido por la población (en este caso población oncológica).

Otro de los puntos de interés del capítulo fue el evidenciar que existen mayores casos de cáncer registrados en la población de género femenino, el cual viene influenciado al igual

que en las zonas urbano-rural, por los determinantes de la salud que provocan mayores consecuencias sobre los niveles de vida del género femenino (en relación al masculino), a pesar que la concentración y crecimiento poblacional de ambos géneros van en la misma proporción. Sin embargo, como se desarrolló a lo largo de este capítulo también existe mayor prevalencia de casos en pacientes de género femenino debido a que existen estudios que comprueban una mayor incidencia en las mujeres (respecto a los hombres) en los casos oncológicos (explicado principalmente por factores genéticos).

El cáncer continua siendo una enfermedad catastrófica que afecta a muchas familias en el Ecuador, durante el año 2013 se registraron un total de 34.788 casos atendidos a nivel hospitalario, de los cuales 1.885 fallecieron dentro de la unidad de atención médica y los restantes fueron dados de alta, por lo que la situación del cáncer en el Ecuador es un problema agravante que continua un ritmo de crecimiento elevado y que se espera que con la inclusión de este grupo de pacientes tanto en la Red Pública Integral de Salud como en las normativas y constituciones vigentes alcanzar la cobertura total y la disminución de casos (por medio de las campañas de concienciación impulsadas por SOLCA).

Capítulo II

Origen y Análisis de las Asignaciones Presupuestarias a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

Origen de las Asignaciones

Con Decreto Legislativo N° 52 de Noviembre de 1980 se otorga un porcentaje que se cobraría sobre las operaciones de crédito realizadas en todo tipo de instituciones financieras y de crédito y que se transferiría a las unidades operativas de SOLCA y anexas; este decreto establecía que SOLCA sería beneficiario directo de los fondos recabados.

Ello en cuanto se refiere a la primera disposición emitida por el Legislativo para el amparo a las personas que padecen cáncer; el porcentaje asignado durante la vigencia de este mandato fue de 0.5% del uno por ciento (equivalente al 0.005), mismo que permitiría cubrir una parte del tratamiento, diagnóstico, exámenes y complicaciones que podrían padecer los pacientes oncológicos atendidos en las unidades de SOLCA.

El segundo decreto emitido establecía un porcentaje de 0.1% sobre las operaciones de crédito y todo tipo de descuentos que realizaren las entidades financieras; y que fue emitido por el Ejecutivo según Registro Oficial N° 198 de Mayo de 1999; sin embargo SOLCA Núcleo Manabí era el único beneficiario directo de esta asignación, ya que durante los años 90 y lo que queda del 2000 SOLCA Manabí absorbía gran parte de la demanda en el tratamiento del cáncer de la Región Costa por su nivel y capacidad instalada para la atención al paciente oncológico, según Gonzáles (2010:14).

El siguiente decreto formulado en el año 2000 emite un criterio de cobro de 0.6% de impuesto sobre las operaciones de crédito y que beneficiaría a SOLCA y a sus Unidades Anexas, ello según el Suplemento N° 34 del Registro Oficial del 13 de Marzo del año 2000, en el Art. 101, cuya cita textual dispone lo siguiente:

El impuesto del 0.6% anualizado creado para las transacciones de crédito en moneda extranjera, incrementase al 1% y su recaudación se lo hará de conformidad con la legislación vigente y, su distribución se lo hará de la siguiente forma: 0,5% para los beneficiarios de SOLCA, los mismos que se distribuirán para los diferentes núcleos. El Impuesto del 0.5 por ciento a favor de SOLCA a que se refiere este artículo, se distribuirá de la siguiente manera:

SOLCA Guayaquil 39.00%	SOLCA Loja 4.17%
SOLCA Quito 27.50%	SOLCA Manabí 16.66%
SOLCA Cuenca 10.00%	SOLCA Machala 2.67%

los beneficiarios, en ningún caso, reciban montos inferiores a los que legalmente le correspondía percibir como promedio de los últimos 10 años”

Después de la derogatoria de ley que beneficiaba con el 0,5% de las operaciones de crédito a SOLCA y al Fondo de Desarrollo de la Infancia se “reemplaza con recursos del Presupuesto General del Estado, por un valor equivalente al recibido en 2008. También contempla un ajuste anual, conforme al deflactor del PIB, es decir, se ajustará el monto para

que no pierda valor en el tiempo por la inflación” (citado en Banco Central del Ecuador, 2008).

Conforme a lo establecido en la Ley de Creación de la Red de Seguridad Financiera, conformada con Registro Oficial Suplemento 498 de 31 de diciembre de 2008, cuya última modificación fue realizada el 10 de mayo de 2011 y que aún continúa en vigencia bajo ciertos lineamientos en la disposición general segunda, afirma que

El financiamiento previsto en las disposiciones legales que se derogan de esta ley, será reemplazado con recursos del Presupuesto General del Estado, [...], por un valor equivalente al menos al asignado en el año 2008, cuyas transferencias se realizarán trimestralmente por anticipado, en forma automática [...]. Las asignaciones se ajustarán anualmente conforme al Deflactor del Producto Interno Bruto.

Y en la disposición general tercera, de la misma ley afirma que “a partir de la vigencia de la presente Ley, todo tipo de operaciones activas que concedan las instituciones del sistema financiero sujetas a control de la Superintendencia de Bancos estarán exentas del pago de todo tipo de tributos”.

Debido a las condiciones sobre las que se ha llevado a cabo la asignación a SOLCA, en Septiembre de 2014, se publicó el Código Orgánico Monetario y Financiero que consta en el Segundo Suplemento del Registro Oficial N° 332, aprobado el 24 de Julio del año 2014, en donde establece en la Disposición General décimo cuarta que:

Las personas que reciban operaciones de crédito incluyendo el crédito diferido con tarjeta de crédito, de financiamiento, de compra de cartera, de descuentos de letra de cambio y operaciones de reporto con las entidades del sector financiero privado, controladas por la Superintendencia de Bancos, pagarán una contribución del 0,5% del monto de la operación.

A lo que agrega que “las entidades del sector financiero privado actuarán como agentes de retención de esta contribución” y que “el financiamiento a favor de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer será transferido por el Ministerio de Salud Pública de forma trimestral y anticipada”.

La trascendencia de las asignaciones presupuestarias a SOLCA ha sido basada en normativas que favorecen a este grupo poblacional, sin embargo en el último decreto amplía más la cobertura e incrementa los ingresos que SOLCA recibirá en favor del impuesto que reciben sus unidades médicas.

Situación del volumen de crédito de las instituciones financieras del sector público y privado del Ecuador

Según la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS, 2013), el *sistema financiero ecuatoriano* es “un conjunto de instituciones que tiene como objetivo canalizar el ahorro de las personas”, donde existen los llamados *intermediarios financieros* quienes “se encargan de captar depósitos del público y, por otro, prestarlo a los demandantes de recursos” (SBS, 2013).

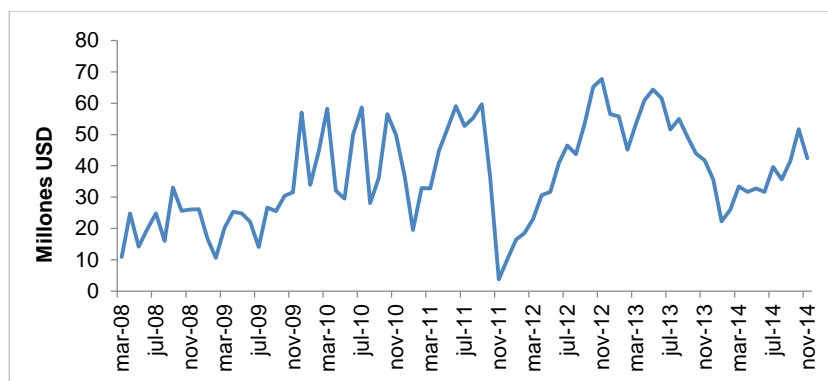
La misma Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS, 2013) indica, la clasificación de las entidades del sector financiero, las cuales están clasificadas en entidades privadas,

entidades financieras públicas, sociedades financieras, mutualistas, otras entidades, cooperativas de ahorro y crédito y aseguradoras nacionales.

Dentro de las entidades financieras del sector privado constan 27 bancos que otorgan créditos¹⁹, 8 bancos del Estado, 10 sociedades financieras²⁰, 4 mutualistas²¹, 2 que se consideran como otras entidades, 43 cooperativas de ahorro y crédito y 49 aseguradoras nacionales (citado en SBS, 2013).

De las 143 entidades del sector financiero que tiene el Ecuador, los 27 bancos del sector privado, 10 sociedades financieras, 4 mutualistas, 2 otras entidades y 43 cooperativas de ahorro y crédito otorgan créditos y se consideran como entidades del sector financiero privado y sobre las operaciones de crédito que estas realicen se justifica el volumen de crédito sobre el cual se va a otorgar el 0,5% a las entidades de SOLCA.

Gráfico Nro. 24: Volumen de Crédito
Desagregación: Entidades financieras del sector público
Período: 2008 (Marzo) – 2014 (Noviembre)



* 2014: Fecha de corte Noviembre 2014.

Fuente: Banco Central del Ecuador. Volumen de Crédito de las instituciones financieras del sector público.

Elaboración: Tatiana Arias

Por lo tanto, la evolución histórica de las operaciones de crédito realizadas por la banca ecuatoriana durante el período 2008-2014 dan cuenta del creciente volumen de crédito otorgado por las instituciones financieras tanto públicas como privadas, por lo que, en este sentido, el Gráfico Nro. 24 explica esta relación, tomando en cuenta la fluctuación que existe en el volumen de crédito de la banca pública (sin embargo esta no es objeto de cobro de impuesto sobre operaciones de crédito en favor de SOLCA).

¹⁹ Son: Banco Amazonas S.A., Bolivariano S.A., Cofiec S.A., Comercial de Manabí S.A., de Guayaquil S.A., de Loja S.A., de Machala S.A., del Austro S.A., del Litoral S.A., del Pacífico S.A., del Pichincha S.A., del Bank, General Rumiñahui, Internacional S.A., Finca S.A., Procredit S.A., Produbanco S.A., Solidario S.A., Sudamericano S.A., Territorial S.A., Citibank N.A, Lloyds Bank LTD., Banco Promérica S.A., Unibanco, Capital S.A., D-Miro, CoopNacional S.A. (citado en SBS, 2013)

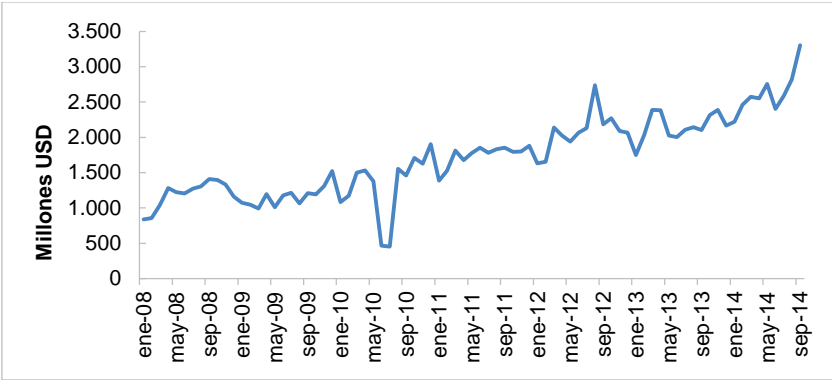
²⁰ Son: Consulcrédito Soc. Financiera S.A., Diners Club del Ecuador S.A., Financiera de la República S.A. Firesa, Financiera del Austro S.A. Fidasa, Global Sociedad Financiera S.A., Proinco Sociedad Financiera S.A., Sociedad Financiera Interamericana S.A., Sociedad Financiera Leasingcorp S.A., Unifinsa Sociedad Financiera y Vazcorp Sociedad Financiera S.A. (citado en SBS, 2013)

²¹ Son: Ambato, Azuay, Imbabura y Pichincha (citado en SBS, 2013)

La tendencia que muestra el Gráfico Nro. 24, indica una tasa de crecimiento promedio anual de 10% durante todo el período, tomando que la serie es estacionaria y tiene una relación fluctuante durante todo el período de análisis. Para ello hay que tomar en cuenta que en marzo de 2008, el volumen de crédito otorgado por las instituciones financieras del sector público fue de USD \$10.980.000 y que para diciembre de 2013 esta cifra se incrementa a USD \$36'630.000 de dólares, es decir, una cifra que sobrepasa tres veces el valor de 2008.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta que existe el otro lado de las inversiones, ahorros, depósitos y créditos, que es el que otorgan las entidades financieras del sector privado y las que presentan mayor relevancia dentro del análisis pues sobre las operaciones crediticias realizadas por este sector se cobra el impuesto en favor de SOLCA.

**Gráfico Nro. 25: Volumen de Crédito
Desagregación: Entidades del sector financiero privado
Período: 2008 (Enero) – 2014 (Septiembre)**



Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros. Volumen de Crédito de las instituciones financieras del sector privado.
Elaboración: Tatiana Arias

El Gráfico Nro. 25 por su parte muestra las operaciones de crédito llevadas a cabo por las instituciones financieras del sector privado, donde al igual que en el sector público tienen una relación fluctuante con picos y valles pronunciados, pero con una línea de tendencia que incrementa la relación.

En enero de 2008 el volumen de crédito de las instituciones financieras del sector privado fue de USD \$ 840'138.564 dólares, y en todo el año 2008 de USD \$14.328'358.182 millones de dólares, con una tasa de crecimiento promedio anual de 4% entre 2008-2013, mientras tanto, en el año 2013 pasa a ser un volumen de USD \$24.937'824.962 (ver Gráfico Nro. 26).

Adicional, las proyecciones del volumen de operaciones de crédito de las instituciones financieras del sector privado, para los dos siguientes años proyectan una tasa de crecimiento de 6% y 9% durante los años 2015-2016 (respecto al año anterior).

La serie de datos del volumen de crédito de las entidades financieras del sector privado fue una serie mensual por lo que fue útil para realizar la regresión y conjuntamente con ello las estimaciones que permitieron ahondar el análisis explicado en este apartado.

La regresión se realizó con 80 observaciones, correspondientes al valor del volumen de las operaciones de crédito mensualizadas del periodo 2008Ene – 2014Sep. En esta regresión, el R² de la ecuación de MCO muestra un valor de 0.78, el cual indica la “bondad de ajuste de una línea de regresión” (Gujarati y Porter, 2010); el resultado obtenido indica que el modelo explica en buena medida a la variable dependiente.

	Coefficiente	p-value	Estadístico t
<i>Constante</i>	-26.582.890.741	1,44E-25	-15,529
Volumen de Crédito	696.087,73	3,20E-27	16,54
Observaciones	80		
R-cuadrado	0,78		

El p-valor de la constante es 1,44E-25, razón por la cual es estadísticamente significativa al 1%, de igual manera el p-valor de la variable (volumen de crédito que otorgan las entidades financieras del sector privado) tienen un p-valor de 3,20E-27, por lo tanto, es estadísticamente significativa al 1%. Por lo que la ecuación queda de la siguiente manera:

$$y = 696.087,72x - 2,6583E + 10$$

Mientras tanto, el estadístico “t de student”, se realiza para cada beta por individual; en ésta regresión el valor de la constante es 15.64, por lo tanto esta se encuentra ya en la cola de distribución, y se rechaza la hipótesis de que beta sea cero, mientras tanto la “t de student” de la variable (volumen de crédito) es 16.54, la cual indica que se rechaza una vez más la hipótesis nula.

Tabla Nro. 4: Monto de Crédito
Desagregación: Por entidades financieras privadas
Período: 2008 (Diciembre) – 2016 (Diciembre) *

Año	Monto Crédito
2008	14.328.358.182,810
2009	14.010.981.713,230
2010	15.839.259.789,890
2011	20.975.730.588,651
2012	24.937.824.962,320
2013	25.809.164.957,340
2014	31.520.573.224,291
2015*	33.266.075.519,538
2016*	36.321.900.653,719

- Realizado en base a proyecciones con MCO (Mínimos Cuadrados Ordinarios) con R²=0,7781

Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros [SBS]. Volumen del Crédito y Tasa de Interés. Ene2008-Nov2014.

Elaboración: Tatiana Arias

Continuando con el análisis de los datos, la Tabla Nro. 4 muestra el volumen de las operaciones de crédito realizadas por las instituciones financieras del sector privado, y conjuntamente con ello se puede medir la tasa de crecimiento interanual, para ahondar en los siguientes apartados la evolución de las asignaciones presupuestarias que le correspondería recibir a SOLCA por concepto de asignación de ley en base al Código Orgánico Monetario y Financiero, 2014.

Por lo tanto, inicialmente el monto de crédito que otorgaban las entidades financieras del sector privado (2008) fue de USD \$14.328'000.000, de donde al siguiente año decrece en un 2% anual, con una disminución de USD \$318'000.000 en las actividades realizadas a crédito, sin embargo, en el año 2010, esta relación nuevamente crece ya en una proporción de 13% respecto a 2009 (donde se presentó la mayor disminución del período comprendido para el análisis), a partir de entonces mejoran las condiciones crediticias del mercado financiero del sector privado.

De la regresión realizada, se obtiene que durante el año 2015 y 2016 el monto de crédito que se otorga se elevará a USD\$33.266'075.519 y USD \$36.321'900.653 respectivamente y que, si se mantiene el supuesto de asignación constante a las unidades de SOLCA, con un porcentaje fijo (0,5% de las operaciones de crédito) se obtendrá una asignación creciente y que está en función del tiempo; tal como lo mencionado en líneas anteriores, donde a más años, mayor asignación (Ver Tabla Nro. 4).

Situación de las asignaciones presupuestarias en función del crédito otorgado por las entidades financieras del sector privado

Se entiende por asignación presupuestaria al “importe destinado a cubrir las erogaciones previstas en programas, subprogramas, proyectos y unidades presupuestarias, necesarias para el logro de los objetivos y metas programadas” (Ministerio de Finanzas, 2010:3). Partiendo de esta definición es importante ahondar en un análisis que involucre únicamente a las asignaciones presupuestarias como tal y el importe de estas sobre la ayuda social (por medio del programa de enfermedades catastróficas llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social) para las prestaciones de salud de la población con riesgo oncológico.

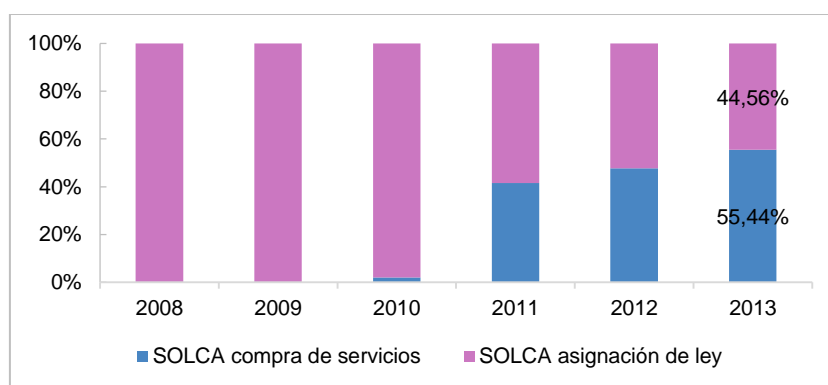
En el año 2008, la compra de servicios a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, se la realizaba en mínimas proporciones, esta representaba el 0,14% del total de las asignaciones de ley que recibía SOLCA; mientras tanto el 99,86% de estas asignaciones han sido por medio de asignación directa, es decir, basando su transferencia monetaria en la ley que amparaba financieramente a esta entidad (ver Gráfico Nro. 26).

En el Gráfico Nro. 27, se muestra una tendencia creciente en la compra de servicios a SOLCA, con un importante crecimiento entre 2009 y 2011, donde se pasa de una asignación de USD \$1'100.492 en 2010 a USD \$39'810.983,8 en 2011, cifra que incrementó alrededor de 40 veces la cantidad inicial (en 2010), y a pesar de que SOLCA cubría una buena parte de la atención oncológica, durante 2010, aún el paciente tenía que costear parte de su atención médica (citado Gonzales, 2010:15), sin embargo la situación de la compra de servicios a SOLCA mejora sustancialmente, ya que en 2013, esta es de USD

\$74'434.578,87, y representa el 55,44% de las asignaciones que recibe SOLCA por parte del Estado (por medio de la entidad rectora, el Ministerio de Salud Pública).

Mientras tanto, las donaciones que realiza el Gobierno Central a SOLCA han mantenido una tendencia creciente dentro de todas las ciudades donde están ubicados los hospitales y unidades oncológicas anexas a SOLCA, por lo que vale señalar que el volumen monetario de donaciones que se realizó durante el período establecido fue de USD \$ 54'357.574,12 en promedio, y permitió cubrir la atención médica de los pacientes oncológicos atendidos dentro de estas unidades médicas.

Gráfico Nro. 26: Asignaciones por ley a SOLCA
Desagregación: Nacional por tipo de asignación
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación- Archivos Proyecto EPSS 2008-2013

Elaboración: Tatiana Arias

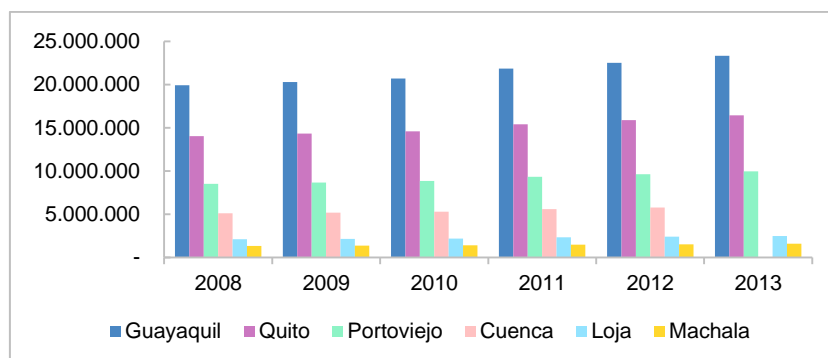
El Gráfico Nro. 27 indica las donaciones realizadas a las principales ciudades del Ecuador donde se encuentran ubicadas las unidades médicas de SOLCA, siendo en este caso SOLCA núcleo Guayaquil la unidad hospitalaria que mayores donaciones recibe por parte del Estado (representa el 39% del total de las donaciones), y a continuación SOLCA Núcleo Quito con el 28% respecto al total de donaciones recibidas durante el año 2013.

Ambas ciudades además de ser geográficamente las más grandes del país, son las que tienen mayor concentración poblacional con neoplasias malignas o tumores a nivel nacional (citado en Villacís y Carrillo, 2010:4); en el caso de Guayaquil, el grupo de personas con esta causa de morbilidad es de 31.84% respecto a la población a nivel nacional, mientras tanto en Quito, la concentración según la misma causa es de 16.58%, según las Estadísticas de Recursos de Salud publicada en el INEC para el año 2012 (ERAS, 2012).

Por otro lado, las ciudades como Portoviejo y Cuenca, son unidades oncológicas anexas a SOLCA, las cuales a pesar de que no concentran un gran número de población con índices elevados de morbilidad en el grupo de neoplasias malignas o tumores, son dos de las ciudades que todavía reciben un porcentaje importante de donación por parte del Gobierno Nacional, con donaciones que bordean el 17% y 10% del total de asignaciones recibidas a las unidades de SOLCA en todo el país, a ello se suma la concentración poblacional y el nivel de atención de estas unidades, que únicamente son para consulta externa y en caso

de requerirlo derivan a las unidades hospitalarias en las ciudades que lo poseen (ver Gráfico Nro. 27).

Gráfico Nro. 27: Donaciones del gobierno nacional
Desagregación: Nacional por ciudades con unidades médicas de SOLCA
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación- Archivos Proyecto EPSS 2009-2013.

Elaboración: Tatiana Arias

Finalmente las unidades de Loja y Machala concentran entre ambas el 7% del total de donaciones, ello explicado principalmente porque la tasa de morbilidad dentro de estas ciudades es inferior respecto al resto de ciudades donde se encuentran las unidades oncológicas de SOLCA (citado en ERAS, 2012); es por ello que en la primera parte del análisis sobre la situación del cáncer se evidenció que Loja presenta un índice de morbilidad de 7.79%, mientras tanto la provincia de El Oro presenta una tasa de 5.35% en el grupo de neoplasias y tumores malignos; lo cual explica la situación de las donaciones monetarias que el Estado realiza a estas ciudades.

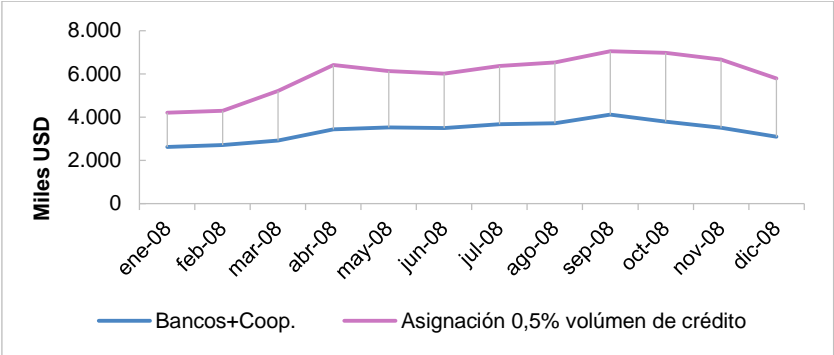
Por otro lado, es necesario recalcar que el 100% de las donaciones que se realizan han permitido cubrir los principales déficits de atención oncológica a los pacientes de las unidades médicas y hospitalarias de SOLCA, sin embargo, esta donación no ha sido suplementaria al financiamiento particular, es decir, a pesar de tener un porcentaje de donaciones como financiamiento, este no ha sido suficiente para cubrir los costos de atención oncológica que los pacientes requieren (tomado de Gónzales, 2010:15).

Sin embargo, si se realiza un análisis en función de las normativas emitidas en los decretos y legislaciones vigentes, el volumen de asignación que recibiría SOLCA por disposición del Ejecutivo y Legislativo, manteniendo como supuesto que los mandatos emitidos a favor de SOLCA se aplicaron sobre el monto total de crédito durante el año en curso y los años anteriores (2008-2013), tendría la tendencia que se muestra en el Gráfico Nro. 27, en donde el promedio que SOLCA debía recibir de acuerdo a los mandatos y estatutos establecidos era de USD \$91'691.861,48; bajo el supuesto establecido (decretos y legislaciones).

El monto de crédito que se otorgó durante el año 2008 fue de alrededor de USD \$14'500.000, y en el año 2014 se incrementó a alrededor de USD \$23'500.000, con lo cual, se evidencia una alta tasa de crecimiento del volumen de crédito (de 65% durante el período 2008-2014) que las entidades financieras del sector privado otorgan anualmente.

La Superintendencia de Bancos y Seguros cuenta con estadísticas sobre el total de los impuestos que se retuvieron durante el año 2008 por concepto de transferencias monetarias y asignaciones presupuestarias en favor de SOLCA, INFA entre otros. De esta base se puede obtener los resultados que se muestran en el Gráfico Nro. 28, donde se relaciona lo que efectivamente se recaudó del tributo cobrado a las entidades financieras del sector privado y lo que debió recibir SOLCA en caso de que el impuesto sobre las operaciones de crédito hubiese sido del 0,5% como lo prevé el Código Orgánico Monetario y Financiero, 2014 (ello únicamente durante el año 2008 pues las estadísticas de recaudación tributaria de la Superintendencia de Bancos y Seguros únicamente presenta información histórica del período 2000-2008).

Gráfico Nro. 28: Asignaciones a SOLCA por cobro de impuesto
Desagregación: Nacional por
Período: 2008 (Enero) – 2008 (Diciembre)



Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros. Impuestos a entidades financieras privadas. Volumen de crédito entidades financieras privadas Ene2008-Nov2014
Elaboración: Tatiana Arias

En el Gráfico Nro. 28 se puede apreciar una marcada diferencia entre lo que efectivamente recibió SOLCA como asignación de ley y lo que debía recibir en caso de que el impuesto se hubiera gravado sobre el 0,5% de las operaciones de crédito a partir del año 2008, por lo tanto se entiende que la asignación que recibió fue lo recaudado por el volumen de crédito emitido por los bancos y cooperativas del sector financiero privado y este monto fue de USD \$40'587.584 durante el año 2008, con un crecimiento promedio mensual de 2% entre Enero-Diciembre de 2008.

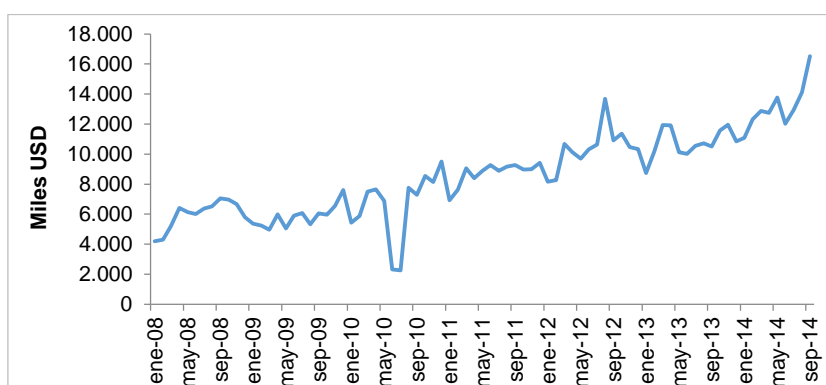
Por otro lado se puede evidenciar en el Gráfico Nro. 28, que en caso de que el Estado hubiera asignado el equivalente en dólares al 0,5% de las operaciones de crédito de las entidades financieras del sector privado durante el año 2008, SOLCA tuvo que haber recibido USD \$71'641.790, lo cual implica una diferencia de USD \$31'054.206 respecto a lo entregado efectivamente a SOLCA durante este año.

Es por ello que, si se asignara a SOLCA un porcentaje fijo sobre las operaciones de crédito que permitiera cubrir las eventuales necesidades de atención médica a los pacientes que dicha unidad atiende, se tendría una asignación total de USD \$ 157'602.866 en todo el año 2014 (dato resultante a partir de la operación en función de la normativa emitida sobre el

volumen de crédito que fueron otorgados hasta Septiembre de 2014; estas cifras fueron tomadas de la Superintendencia de Bancos y Seguros, 2014Nov) (Ver Gráfico Nro. 29).

Sin embargo, la vigencia del Código Orgánico Monetario y Financiero entra a regular desde el viernes 12 de Septiembre del 2014, por lo que la normativa rige desde tal fecha, con los montos y límites establecidos para la recaudación a favor de SOLCA; según el Banco Central del Ecuador [BCE] este código “permitirá gestionar la liquidez de la economía ecuatoriana, mediante la instrumentación de las políticas monetaria, crediticia, cambiaria y financiera, para alcanzar el Buen Vivir”.

Gráfico Nro. 29: Asignación por ley a SOLCA
Desagregación: Nacional bajo supuesto de asignación constante
Período: 2008 (Diciembre) – 2014 (Noviembre)



Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros [SBS]. Volumen del Crédito de entidades financieras del sector privado.

Elaboración: Tatiana Arias

Adicional, la disposición general del código monetario y financiero 2014, establece que “[...] Los recursos de esta contribución serán destinados al financiamiento de la atención integral del cáncer. El financiamiento a favor de los diferentes núcleos de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer –SOLCA-, será transferido por el Ministerio de Salud Pública de forma trimestral y anticipada”

Hay que tomar en cuenta que la eficiencia según María Moliner, citado en Mokate (1999:4) hace referencia a “la manera en que los objetivos serán realizados [...], la virtud de lograr algo”, por lo que dentro del contexto de asignaciones presupuestarias se puede prestar para el análisis cómo el Estado está asignando estos recursos en función de los requerimientos de las unidades de SOLCA y a su vez en base a la producción que SOLCA está generando.

La Tabla Nro. 5 muestra las proyecciones tanto de las asignaciones recibidas efectivamente por SOLCA y las que tuviera que recibir en el caso de que se asignara una cantidad equivalente al 0,5% de las operaciones de crédito del sector financiero privado. Existe una marcada diferencia entre lo que recibió SOLCA y lo que hubiera recibido, tomando en cuenta que durante 2008 existe una diferencia de algo más de USD \$20'000.000, mientras tanto, en las proyecciones del año 2016 esta brecha se incrementa hasta tener una diferencia de alrededor de USD \$90'000.000, por lo tanto cabe indicar que se debe medir

cuan eficiente va a ser la asignación del 0,5% del volumen de crédito, tomando en cuenta la producción de SOLCA en los siguientes períodos.

En el año 2014 el monto total que el Estado tendrá que asignar a las unidades de SOLCA por concepto de transferencias monetarias para cubrir eventualidades es de USD\$157'602.866 de dólares, sin embargo si se toma como asignación de ley únicamente se tuvo que transferir a SOLCA USD \$61'782.498, por lo que se evidencia la diferencia entre ambas asignaciones (la que efectivamente recibió y la que se esperaba por concepto de impuesto del 0,5% de las operaciones de crédito del sector financiero privado).

Tabla Nro. 5: Asignación SOLCA
Desagregación: Nacional
Período: 2008 (Diciembre) – 2016 (Diciembre)*

Año	Asignación 0,5% (1)	SOLCA asignación de ley (2)
2008	71.641.790,914	49.686.599,840
2009	70.054.908,566	52.070.834,600
2010	79.196.298,949	53.060.180,400
2011	104.878.652,943	55.995.309,220
2012	124.689.124,812	57.731.163,750
2013	129.045.824,787	59.815.258,760
2014	157.602.866,121	61.782.498,850
2015*	166.330.377,598	63.798.482,010
2016*	181.609.503,269	65.814.465,180

Fuente:

(1) Superintendencia de Bancos y Seguros. Volumen de Crédito otorgado por entidades financieras del sector privado. Ene2008-Nov2014.

(2) Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación-Archivos Proyecto EPSS 2008-2013.

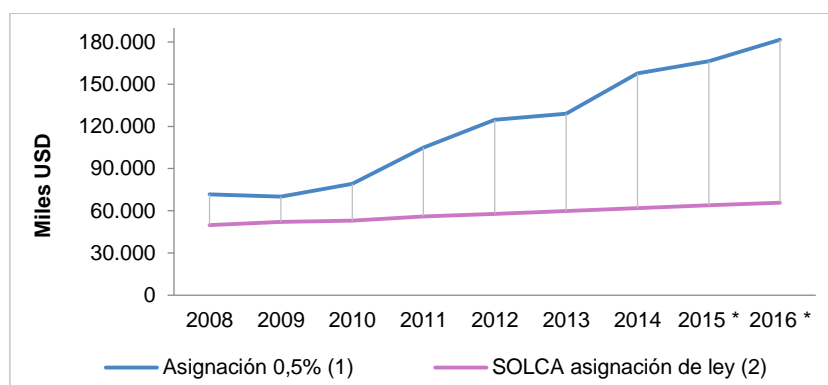
Elaboración: Tatiana Arias

Por otra parte, si se toma en cuenta el Gráfico Nro. 30, que reporta todos los datos que se mostraron en la tabla anterior, se puede observar con mayor claridad la diferencia que existe entre ambas curvas de las asignaciones que recibiría efectivamente SOLCA respecto a las que tendría que recibir en el caso de que el supuesto de asignación constante se mantuviera en el 0,5% sobre todas las operaciones de crédito (y que esta haya sido una ley que rige desde 2008).

Sin embargo, y como fue aclarado en líneas previas, existe una diferencia entre lo que SOLCA recibe por asignación de ley y lo que el Estado transfiere por volumen de crédito, cabe señalar que existe una tendencia creciente de la asignación a SOLCA y una tendencia un tanto irregular en cuanto refiere a asignación por volumen de crédito otorgado; este último presenta fuertes fluctuaciones (debido a lo abordado en el primer apartado de este capítulo), donde el crédito que otorga tanto el sector financiero público como privado muestra grandes variaciones mensuales (y por lo tanto anuales).

En este contexto, la eficiencia se puede obtener en la medida que se haya asignado lo que le corresponde por ley a SOLCA (que desde 1992 ha sido variante o en función de la última normativa de 2014), donde Mokate (1999:4) afirma que un sistema es eficiente “por la capacidad para seleccionar y usar los medios más efectivos y de menor desperdicio con el fin de llevar a cabo una tarea o lograr un propósito”, que es en teoría lo que el Estado busca al cambiar las normativas en función de las necesidades y crecimiento de la demanda por el tratamiento oncológico a nivel nacional.

Gráfico Nro. 30: Asignación a SOLCA
Desagregación: Nacional por tipo de asignación
Período: 2008 (Diciembre) – 2016



Fuente:

(1) Superintendencia de Bancos y Seguros. Volumen de Crédito otorgado por entidades financieras del sector privado. Ene2008-Nov2014.

(2) Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación- Archivos Proyecto EPSS 2008-2013.

Elaboración: Tatiana Arias

Sin embargo en el acceso a los servicios de salud, Cohen y Franco (1983:45) afirman que la eficiencia se puede medir como “la relación entre costos y productos obtenidos”. A lo que Lockheed y Hanushek (1994:34) afirman que “un sistema eficiente obtiene más productos con un determinado conjunto de recursos o insumos o logra niveles comparables de productos con menos insumos, manteniendo todo lo demás igual”, para ello el Ecuador ha tenido que constantemente invertir en salud oncológica, corroborando esta idea con lo mencionado por el Ministerio de Salud Pública en una nota de prensa que indica haber realizado una cuantiosa inversión pública para “fortalecer la atención de pacientes con enfermedades oncológicas”.

Si se toma como referencia las asignaciones que efectivamente se realizaron se obtiene una asignación total de USD \$49'686.599 en 2008 y de USD \$61'782.498 en 2014, lo cual da cuenta de la magnitud del incremento porcentual interanual de las asignaciones presupuestarias a SOLCA.

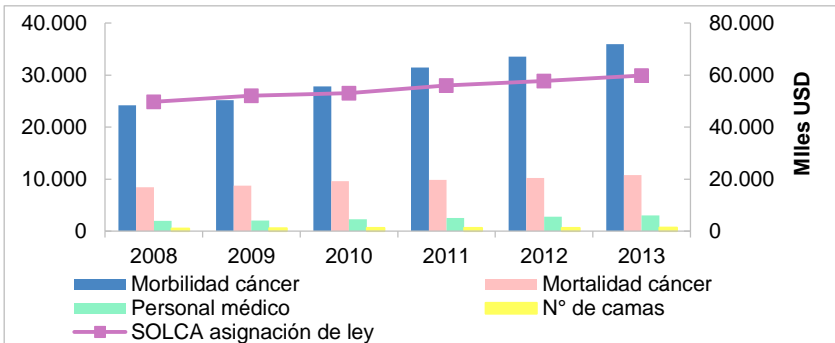
Por lo tanto, si ello se relaciona con lo descrito en el capítulo anterior se puede ver que la oferta hospitalaria de las unidades oncológicas a nivel nacional explican una tasa de crecimiento de la producción de servicios de salud de 48% en el grupo de morbilidad, 27% en el grupo de mortalidad, 51% en el número de pacientes atendidos, 24% en el número de

camas disponibles en las unidades de SOLCA, 65% en el personal médico en las unidades de SOLCA (especialista, general y residentes) y 26% en el personal de enfermería (enfermeras, auxiliares de enfermería y licenciados o tecnólogos) durante el período 2008-2013; mientras tanto el incremento de las asignaciones presupuestarias fue de 20% en el mismo período.

En la medida que incrementa la producción de servicios de salud en las unidades oncológicas de SOLCA, el volumen de transferencias monetarias que fueron realizadas a SOLCA también incrementa en una magnitud más o menos proporcional; el Gráfico Nro. 31 muestra que tanto las asignaciones como la oferta de servicios de salud dentro de SOLCA han tenido un ritmo de crecimiento similar, siendo los casos de morbilidad los que mayor tasa de crecimiento representaron durante el período 2008-2013 (TC. Δ^+ : 48.3%).

Mientras tanto, en lo que refiere a casos de mortalidad por neoplasias o tumores malignos se presenta una tasa de crecimiento menor a la de los casos de morbilidad (durante el mismo período); sin embargo el Gráfico Nro. 31 muestra la tendencia de la asignación de ley que recibe SOLCA y, ésta es proporcional al incremento de los casos de mortalidad por esta condición, tomando en cuenta que los ingresos que reciben las unidades de SOLCA sirven para financiar desde el diagnóstico hasta el tratamiento de los pacientes oncológicos.

Gráfico Nro. 31: Eficiencia: Oferta de servicios de salud vs. Asignaciones
Desagregación: Nacional por unidades de SOLCA
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Estadísticas de Recursos de Salud (ERAS, 2013). Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación-Archivos Proyecto EPSS 2008-2013.

Elaboración: Tatiana Arias

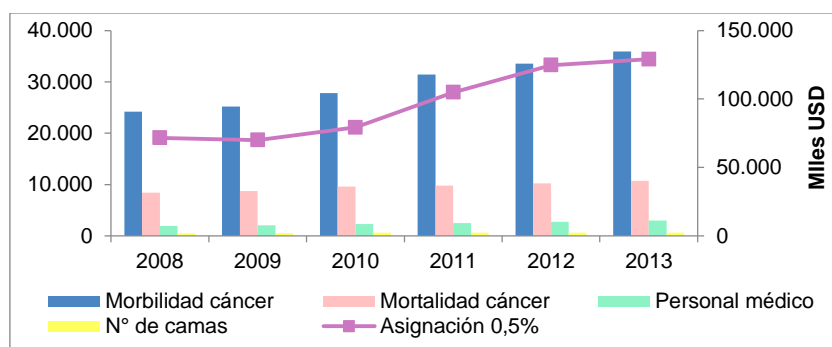
Sin embargo, con la entrada en vigencia del Código Orgánico Monetario y Financiero, 2014 (donde figura una asignación del 0,5% del volumen de crédito de las entidades financieras del sector privado), en el año 2008 pudo haber sido USD \$71'641.790 los que SOLCA recibió y en el año 2014 (entrada en vigencia de la ley) tuvo que ser USD \$157'602.866.

Por lo tanto, en la medida que la producción de SOLCA ha incrementado, tanto en el grupo de morbilidad, mortalidad, pacientes atendidos, número de camas, personal médico y personal de enfermería, no compensa el incremento de la asignación basada en el volumen de crédito pues, se asignará grandes sumas monetarias, pasando de USD \$61'782.498 en 2014 a USD \$157'602.866 (ésta última cifra en función de la ley expedida), existe una diferencia de USD \$95'820.367 adicionales a favor de SOLCA.

Mientras tanto el Gráfico Nro. 32, indica la relación entre la oferta de servicios de salud de SOLCA y la asignación de ley en función de la entrada en vigencia del Código Orgánico Monetario y Financiero, 2014, por lo tanto, de la misma manera que incrementa la relación de la asignación de ley también incrementa la oferta de servicios de salud.

Y en tanto, que la ley entró en vigencia en 2014, van a ser asignados montos similares en los años 2015 y 2016, por lo que cabe señalar que será necesaria una producción de servicios de salud oncológica que abarque mayor demanda por el tratamiento oncológico para que compense las grandes sumas monetarias que serán asignadas a las unidades de SOLCA en los siguientes años.

Gráfico Nro. 32: Eficiencia: Oferta de servicios de salud vs. Asignación (Código Orgánico Monetario y Financiero)
Desagregación: Nacional por unidades de SOLCA
Período: 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. Estadísticas de Recursos de Salud (ERAS, 2013) / Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación-Archivos Proyecto EPSS 2008-2013.

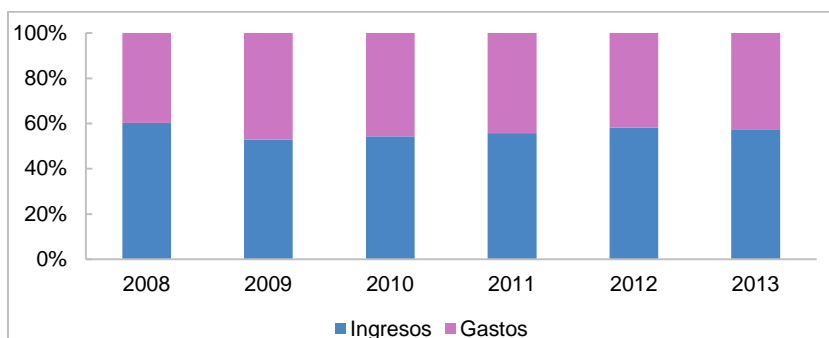
Elaboración: Tatiana Arias

Para concluir este apartado, en base a la producción de servicios de salud de SOLCA, lo que efectivamente recibió por asignación (hasta 2013) y el porcentaje que se asignaría sobre el volumen de crédito (a partir de 2014), se concluye que el cambio de normativa no está siendo completamente eficiente, a menos que se incremente la cobertura a los pacientes oncológicos y se amplíe la red de atención en las unidades de SOLCA.

Ingresos y Gastos

A nivel de SOLCA, tanto los ingresos como los gastos se muestran en el Gráfico Nro. 33, donde durante todo el período de análisis los ingresos superan a los gastos de las unidades de SOLCA, lo que denota un buen manejo institucional de los flujos financieros y con ello de la manera en que financian sus costos. Por otra parte, los ingresos tienen una tasa de crecimiento de 9.59% en el año 2013 y de 7.08% en promedio anual durante todo el período; con un volumen de \$97.984.467 durante el año 2013.

Gráfico Nro. 33: Ingresos y Gastos de SOLCA
Desagregación: Nacional
Período 2008 (Diciembre) – 2013 (Diciembre)

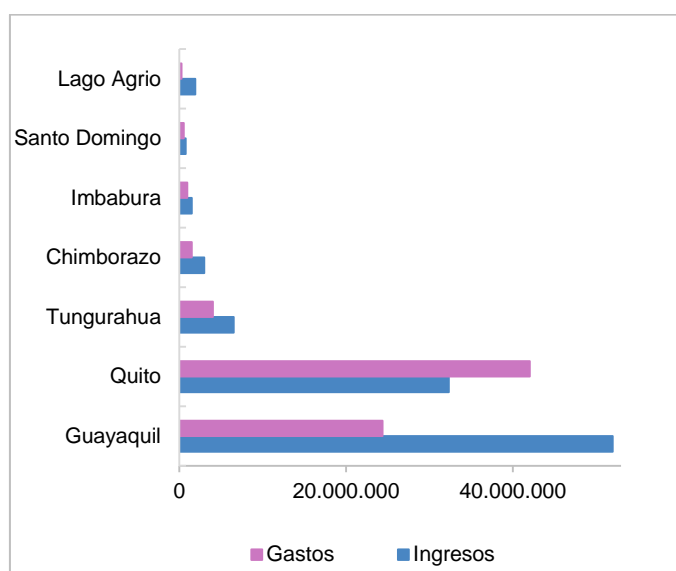


Fuente: Flujo de Efectivo / Balance General de Unidades Médicas de SOLCA. Publicadas en página web oficial.

Elaboración: Tatiana Arias

Por otra parte, si se generaliza los ingresos y gastos de las unidades médicas que se presenta en el Gráfico Nro. 34, existen unidades que tienen un menor volumen de ingresos durante el año 2013, en el caso de Santo Domingo con un ingreso de \$744.692,31 tiene gastos más bajos a nivel operativo que el resto de unidades de SOLCA, mismo que se ve confrontado con su nivel de ingresos ya que este último representa el 1% de los ingresos totales que recibe SOLCA a nivel nacional.

Gráfico Nro. 34: Ingresos y gastos
Desagregación: Nacional por unidad médica de SOLCA
Período: 2013 (Diciembre)



Fuente: Flujo de Efectivo / Balance General de Unidades Médicas de SOLCA. Publicadas en página web oficial.

Elaboración: Tatiana Arias

En el caso de Quito, el monto de ingresos que recibió durante el año 2013, fue de USD \$32'327.929y representa el 33% de los ingresos a nivel nacional, es decir, es una de las unidades que reciben los ingresos más altos dentro del total de SOLCA (explica alrededor de un tercio de los ingresos totales de SOLCA).

Por su parte, el caso de Guayaquil es uno de los ejemplos que destacan de las unidades médicas provinciales, donde se encuentran ubicados los centros de SOLCA, pues el monto de ingresos de esta unidad bordea los 53 millones de dólares, sin embargo, el gasto mantenido durante este período fue la mitad de lo que ingreso.

En esta unidad el mayor ingreso fue por concepto de asignaciones obtenidas del Gobierno Nacional, el cual representó el 45% de los ingresos dentro de la unidad de Guayaquil, y representa el 53% del total de ingresos recibidos en SOLCA.

En el caso de los gastos dentro de la unidad de Guayaquil, vale señalar que estos representan el 33% de los gastos totales a nivel nacional de las unidades de SOLCA durante el año 2013, dentro de los cuales el rubro que mayor egreso representó fue costos, dentro del que se incluye costos tanto directos como indirectos y costos de la atención al paciente oncológico, el cual representó el 61% del total de egresos en la unidad oncológica de Guayaquil.

Las unidades tanto de Quito como de Guayaquil y como se explicó en líneas anteriores representan a las ciudades de mayores ingresos debido a su extensión geográfica (dos de las ciudades más grandes del país) y por la concentración de pacientes oncológicos que tiene pues este volumen continua incrementándose a medida que pasa el tiempo pues no existe un control de salud preventiva y únicamente se enfoca en salud curativa.

Rol de SOLCA y del Ministerio de Salud Pública en la asignación presupuestaria para atención oncológica

Según el informe de Salud realizado por la Organización Mundial de la Salud [OMS], llevado a cabo en el año 2000, se establece que un Sistema de Salud está “formado por todas las organizaciones, personas, y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud”, en función de ello se crea y articula la sociedad civil que se encargaría de la promoción de la salud, este órgano sería el Ministerio de Salud, entidad rectora y ejecutora de la salud pública al interior del país.

Los objetivos fundamentales de este entidad rectora de la salud incluye aspectos como “mejorar la salud de la población a la que atiende, un financiamiento ecuánime, y mayor acceso y cobertura acorde a las expectativas de la población”, según el informe de la Esfera Pública realizada en el año 2012.

Es entonces que la entidad ejecutora de la salud entra en el proceso de toma de decisión sobre políticas públicas y la Esfera Pública realizada en el año 2012 (por el grupo FARO) propone “mejorar el rol del MSP como órgano rector del SNS; entre ellas, se plantea el fortalecimiento de las capacidades institucionales de regulación y rectoría del MSP, y, la

modernización de la gestión del MSP para la ejecución y evaluación de políticas de estado en salud”.

Por otro lado, en el año 1951 se creó la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA, como una organización privada sin fines de lucro que, “cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer, ofrece servicios en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país” (Lucio *et al.*, 2011:83).

Así mismo, el 5 de Abril del 2002, el Órgano del Gobierno Nacional y bajo la administración del Sr. Dr. Gustavo Noboa, Presidente Constitucional de la República y bajo Tribunal Constitucional aprueba en el caso Nro. 372-2001-RA con Registro Oficial N° 548, en el que dispone que la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA

Fue creada como una institución de derecho privado. Mediante Decreto Legislativo publicado en Registro Oficial N° 362 de 12 de noviembre de 1953, se encargó a SOLCA la conducción de la campaña anticancerosa en todo el país para lo cual se le asignan fondos del Estado. Que por lo dicho, se trata de una persona jurídica privada, pero con la condición especial de ser encargada de la prestación de un servicio público, para lo cual cuenta con asignaciones de recursos fiscales.

En cuanto refiere al financiamiento de las unidades de SOLCA así como de la participación dentro de las finanzas del Ministerio de Salud Pública, en las líneas previas se expuso que este era en base a un impuesto en el tiempo inicial era recabado por las entidades financieras, pues se aplicó un impuesto sobre las operaciones de crédito, que luego pasó a ser una asignación directa para ser ahora una asignación que se cobra nuevamente sobre las operaciones de crédito y que permite financiar las actividades de promoción y prevención de la salud oncológica, encargada a las unidades de SOLCA en todo el territorio nacional (citado en legislaciones de la República del Ecuador llevadas a cabo desde 1999 hasta 2014).

Por lo tanto, el rol que cumple el Ministerio de Salud dentro de la Red Pública Integral de Salud es el de fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención de la salud, así como de generar fondos y administrarlos para las instituciones que ejercen estos servicios. Sin embargo el rol que le fue dado a SOLCA dentro de las asignaciones presupuestarias fue el de administrar estos fondos a nivel institucional y fortalecer la prevención de enfermedades cancerosas (por medio de la campaña realizada por la misma institución) así como el tratamiento de los casos que sean atendidos al interior de las unidades asistenciales de esta organización.

En el caso del Ecuador existe una entidad adjudicada al Ministerio de Salud Pública, que “cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer” (Lucio, 2011:83), esta entidad se refiere a “la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, entidad privada sin fines de lucro” cuyo financiamiento lo obtiene de “la movilización de recursos públicos (materiales, humanos, financieros y organizacionales) que está sujeta al Presupuesto General del Estado [PGE], que asigna fondos para el MSP y para algunas instituciones no gubernamentales sin fines de lucro” (OPS, 2008: 19)

Por otra parte, la “Red de Protección Social” creada para el Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a personas y Hogares Ecuatorianos mediante acuerdo interministerial No. 002-2008 del Consejo de Política Sectorial de Desarrollo Social; y que establece que los principios allí descritos cubrirán a todas y todos los ecuatorianos y extranjeros residentes en territorio ecuatoriano que lo requieran

Dentro del programa se prevé la [...] resolución de patologías consideradas como catastróficas [...] 1. Para [...] Cáncer: útero, mama, ovarios, estómago, colon, próstata, piel, leucemia [...] 2. Cobertura del Programa: Costos de exámenes complementarios, Procedimientos, Insumos y/o medicamentos. Además si el tratamiento o intervención necesaria, dependiendo del caso, debe ser realizado en el extranjero, el programa cubrirá: Gastos de movilización (pasajes de ida y vuelta, e impuestos de salida del país). Alimentación y alojamiento (del beneficiario y un acompañante). Y en casos de donante también al donante.

Los documentos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer en el Registro de Tumores Quito (2009:75-100) determinan que los casos de tumores y cánceres más frecuentes se da en personas de edad avanzada y de poca educación, lo cual muestra la relación positiva entre nivel de educación, edad y padecimiento de cáncer.

Finalmente para concluir el análisis de las asignaciones presupuestarias, se tiene que estas, así como el número tanto de egresos como de fallecimientos por esta causa tienen una tasa de crecimiento proporcional al tiempo, puesto que un año adicional en el tiempo genera un incremento tanto del número de fallecimientos, como del número de egresos y así mismo del volumen de asignaciones que se realiza a SOLCA.

Las asignaciones que SOLCA ha estado recibiendo en el período 2008-2013 han sido suficientes para cubrir la demanda requerida, a pesar de que parte de la atención oncológica siga siendo financiada en un porcentaje por el paciente o la familia. Sin embargo es clara la apreciación sobre la eficiencia²² de los fondos que SOLCA recibe pues, al incrementarse esta asignación, se incurriría en un gasto ineficiente, debido a que a pesar de que la capacidad de producción de servicios de salud de SOLCA está incrementándose, también es claro que un presupuesto mayor no necesariamente simbolizaría un incremento adicional de su capacidad productiva.

Por lo tanto, en términos de eficiencia, el incremento que prevé realizar el ejecutivo en función de la normativa emitida a partir de Septiembre de 2014, no es algo que significa eficiencia como tal, sino que se puede referir más a un concepto que abarca incremento tanto de producción como de presupuesto, que no puede ser una medida de costo-utilidad, pues ésta representa mayor producción a un costo menor; sin embargo, a nivel de la capacidad productiva de SOLCA, se está incrementando el presupuesto (asignaciones monetarias del Estado) para que las unidades puedan incrementar la producción (aunque SOLCA no presenta una capacidad productiva mayor a la que ha simbolizado en el último período).

Por otra parte, hay que resaltar que del total de las asignaciones que se realizan a SOLCA, no todas van en forma de donación, sino que algunas son realizadas por medio de compra

²² Eficiencia: Relación existente entre el trabajo desarrollado, el tiempo invertido, la inversión realizada en hacer algo y el resultado logrado. Mokate (1999:4)

de servicios, las cuales, hasta el fin del período de análisis representaban alrededor del 50% del total de asignaciones recibidas, por lo tanto, estas son importantes dentro del presupuesto manejado por esta institución.

El análisis conjunto fue realizado en base a supuestos de estabilidad en la economía ecuatoriana, sin ciclos económicos que afecten al mercado de la salud oncológica ni shocks externos, es por ello que, en el caso de la caída del precio del petróleo que está afectando los ingresos petroleros (ingreso no permanente) de la economía ecuatoriana, también se vería afectado el monto del presupuesto que se asigna a SOLCA, pues existe la probabilidad de que se disminuyan las operaciones de crédito en el sector financiero privado y ésta disminución afecte al monto recibido por SOLCA.

Otro de los shocks externos que está atravesando la economía ecuatoriana en la actualidad (2015) es la disposición de fijación de salvaguardias sobre los productos importados (con el fin de que el consumidor nacional se incentive por el consumo de los productos realizados al interior del país), sin embargo este es también un shock que puede desestabilizar el mercado de la salud oncológica, por el mismo concepto anterior, en el que es probable que se desincentive las operaciones de crédito en el sector financiero privado.

Sin embargo, los supuestos manejados dentro de esta investigación son diferentes a lo que sucede en la economía ecuatoriana, pues se evitaron los ciclos económicos, desestabilización de la economía, disminución de ingresos (permanentes y no permanentes) y shocks externos, por lo tanto, bajo el supuesto de estabilidad en la economía ecuatoriana (y por lo tanto en el mercado financiero privado y mercado de salud oncológica), existe en términos de eficiencia una menor producción de la esperada en función del presupuesto asignado a esta institución.

Conclusiones

Durante el período comprendido para el análisis, se identificó en promedio 28.000 casos de cáncer atendidos en las unidades de salud oncológicas a nivel nacional, lo cual indica cuán agravante se vuelve la prevalencia de neoplasias (o tumores malignos), que implican un alto costo monetario tanto para el Estado como para el individuo que lo posee (y sus familiares), tomando en cuenta que se presentan variantes en los costos que implica el tratamiento, de acuerdo al tipo de patología y tratamiento médico que deba ser realizado, por lo tanto, la situación del cáncer se torna compleja cuando se trata de medir egresos, morbilidad y mortalidad respecto a financiamiento y donaciones; dentro de esta investigación se abordó los aspectos generales y particulares de la situación del cáncer y de los pacientes oncológicos en el país, y se evidenció un crecimiento de estos indicadores sociales que reflejan la magnitud del crecimiento de las tasas de padecimiento y letalidad comparado con la oferta de servicios de SOLCA.

El Estado, desde el año 1980 realiza asignaciones presupuestarias a SOLCA, partiendo de la premisa que es necesario que se asigne un porcentaje a las mismas, con el fin de financiar las enfermedades catastróficas (entre ellas cáncer), que implican altos desembolsos monetarios, por lo que hasta la actualidad existen dos leyes que amparan a este grupo de individuos, que constan en la Constitución de 2008 y en el Código Integral Monetario y Financiero, en el primero de ellos estableciendo los parámetros para la cobertura y en el segundo, la definición como tal de la asignación que recibiría la entidad rectora del cáncer en el Ecuador: SOLCA; por lo tanto, en la normativa legal los pacientes oncológicos tienen cobertura parcial por parte del Estado para la situación catastrófica que estén atravesando y, en lo que respecta a la atención médica, la población oncológica está amparada a través de las prestaciones de salud que realiza SOLCA, donde abarca gran parte de los pacientes oncológicos en todo el país.

En definitiva, el Estado ha tenido un rol importante en el mercado de salud oncológica a nivel nacional, pues éste fue quien impartió la motivación para la incorporación de la población en condiciones catastróficas en la Constitución de 2008 y recientemente la implementación del plan de asignación monetaria a las unidades oncológicas de SOLCA en favor del enfoque social. Por lo que, como se vio en el desarrollo de la presente investigación, la principal motivación que movió al Estado a la inclusión de la población oncológica en el Ecuador fue la del principio de universalización de los servicios de salud y la gratuidad de las prestaciones (en éste caso de la atención oportuna, eficiente, equitativa, universal y gratuita del cáncer), además de la diversificación de las condiciones sanitarias y económicas del individuo en condiciones catastróficas que no pueden costear su tratamiento médico por lo que recurren a las unidades de asistencia social ubicadas en las zonas urbanas del país para las prestaciones de salud.

Los altos desembolsos que implica la asignación presupuestaria a SOLCA han sido de las principales motivaciones para que se asigne eficientemente, tomando en cuenta las necesidades de la población oncológica, por lo que cómo fue explicado en el desarrollo de la presente estos implicaron los costos detallados dentro del tarifario nacional de salud, por lo que en cuanto a lo que refiere a situación del cáncer como tal se puede decir que las tasas de incidencia crecen (aumentan los casos de cáncer en el país) pero, existe financiamiento a 2014, en función del código monetario y financiero que permitirá quizá mejorar la

producción de servicios de salud de SOLCA, aunque no necesariamente este incremento se traduzca en eficiencia.

El monto de transferencias que se asigna directamente a las unidades de SOLCA en todo el país son relativamente elevadas, en relación a las donaciones que reciben; por lo que, se puede decir que la atención del cáncer se encuentra financiada parcialmente, ya que no se cubre en su totalidad el costo que implica mantener un paciente oncológico. Dentro de esta asignación, parte la premisa que el Estado (por medio del ente regulador de la política sanitaria, el Ministerio de Salud Pública), garantiza el acceso libre y gratuito a los servicios de salud, sin embargo las prestaciones de salud oncológicas aún están siendo cubiertas en parte por el individuo mismo, por lo tanto reafirmando la teoría, ésta representa una enfermedad financieramente catastrófica (cuyo tratamiento es igual o superior al 40% del ingreso familiar), y se incurre en un gasto de bolsillo para el financiamiento del tratamiento oncológico que requieren los pacientes.

Los resultados obtenidos del ejercicio académico realizado en la investigación, mostraron que existirá una tasa de crecimiento promedio anual de 11% en la asignación por volumen de crédito (bajo el supuesto de asignación de 0,5% del monto de crédito), y un crecimiento promedio anual de 4% en las asignaciones de ley realizadas a SOLCA; por lo que en ambos casos se presenta un crecimiento que está en función del tiempo, demostrando con ello la ecuación de que el volumen de crédito que otorgan las entidades financieras del sector privado están en función del tiempo y a su vez que si se eleva el volumen de crédito, por las condiciones legales, se incrementaría también las asignaciones de ley que recibe SOLCA. Sin embargo, es importante resaltar la importancia de los shocks externos que pueden afectar la economía del Ecuador y conjuntamente con ello disminuir el monto de las asignaciones; pues así como el crédito está en función del tiempo, también las asignaciones están en función del volumen de crédito y, este último está en función de los shocks externos que pueden modificar la transferencia monetaria a las unidades oncológicas.

Tomando en cuenta la asignación que por ley se realiza y la que SOLCA recibiría si se transfiriera directamente el monto que le corresponde por volumen de crédito de las entidades financieras del sector privado (en función del Código Orgánico Monetario y Financiero, Junio 2014), la asignación que SOLCA recibió durante todo el tiempo transcurrido desde el año 2008 hasta el año 2013 ha sido útil para incrementar la producción de servicios de salud que SOLCA realiza a sus pacientes, tanto en número de médicos, enfermeras, servicios de salud, número de atención médica, entre otros, por lo tanto, la nueva normativa no genera mayor repercusión sobre el manejo de la oferta de salud que SOLCA ha tenido durante este tiempo.

Al mismo tiempo que las asignaciones se han ido elevando en la misma proporción también la producción hospitalaria de las unidades de SOLCA se ha incrementado, sin embargo, la entrada en vigencia del Código Orgánico Monetario y Financiero crea un desfase en las finanzas de las unidades de SOLCA, pues esta suma duplica lo que SOLCA recibía desde 2008 hasta 2012, mientras tanto para 2013 y las proyecciones anuales realizadas para 2014-2016 triplica a las asignaciones iniciales, lo cual muestra cuán inestable se vuelven los ingresos que SOLCA recibe por concepto de donaciones y asignaciones de ley y las implicancias que pueden tener estas unidades respecto a los ingresos que esperaban recibir.

Por lo tanto es necesario recalcar el nivel de eficiencia que está teniendo el cambio de la normativa expedida por el ejecutivo en favor de SOLCA, pues, a pesar que la asignación inicial permite financiar una parte del tratamiento oncológico (que incluye diagnóstico, tratamiento y exámenes médicos), no necesariamente un aumento de la asignación (0,5% de las operaciones de crédito del sector financiero privado) se traduce en una mayor eficiencia de la producción de servicios de salud de SOLCA, ni en una mejoría tanto de la oferta de servicios ni de la calidad de los mismos. Como se abordó durante la presente investigación se pudo determinar que tanto la normativa anterior, como la actual favorecen en la misma medida a la mejoría de los servicios de salud prestada por las unidades asistenciales de SOLCA; por lo que en definitiva el incremento previsto no es eficiente en la medida que el ejecutivo buscaba tras este mandato.

Recomendaciones

El apoyo que el Estado ha brindado a las unidades de SOLCA en todo el país desde años precederos ha sido útil para financiar, diversificar e incrementar la producción que tienen las unidades oncológicas en todo el país; siendo SOLCA la unidad rectora del cáncer a nivel nacional. Por lo tanto, continuar con una asignación monetaria, generará más y mejores beneficios para los pacientes que requieren cuidados oncológicos y conjuntamente con ello se puede mejorar la situación de ésta población para que, con su fuerza laboral puedan contribuir al crecimiento económico del país.

Es importante resaltar el rol protagónico de la mujer en la economía del país, tomando en cuenta la evidencia de género que se mostró en el desarrollo de la investigación, donde la mayor prevalencia de casos de neoplasias o tumores malignos se concentra en individuos de género femenino, siendo ellas quienes más aportes generan en el ámbito económico, social y sanitario mismo; este último debido a que la mujer estelariza un rol protector del cuidado de la salud (precariamente) dentro de la familia, por lo que es importante sugerir cambios sobre la protección a la mujer en el ámbito oncológico, por medio de campañas que permitan concienciar a la población femenina sobre los riesgos que involucra una enfermedad catastrófica, donde el Estado tiene un rol preponderante de política pública para mejorar la situación y a SOLCA para priorizar el presupuesto en favor del enfoque de género.

En relación a los ingresos, es importante que exista una ponderación de los casos oncológicos del Ecuador tanto a nivel zonal (urbano / rural) como clasificado por ingresos, para que la atención dentro de las unidades de SOLCA pueda ser equitativa pero el gasto de bolsillo de la población con menores posibilidades sea menor al que mayores ingresos tiene, pues las donaciones que SOLCA recibe por parte del Estado se traducen en beneficios conjuntos para todos los usuarios de SOLCA sin clasificar de acuerdo a la capacidad de paga por la prestación de salud; por lo tanto, la recomendación se encamina a mejorar las condiciones de salud de los individuos con menores posibilidades bajo la premisa de una ponderación de la transferencia otorgada por el Estado.

Desde que se empezó a realizar las asignaciones a las unidades de SOLCA en todo el país, estas no han sido auditadas ni han requerido presentar los documentos habilitantes que acrediten el buen manejo de los fondos que el Estado les asigna, es por ello que en este análisis se ha tratado de explicar las principales vías por las cuales se puede considerar que se están invirtiendo estos fondos, sin embargo, no se conoce a ciencia cierta cuál es el destino de esta transferencia. Es necesario que se realice al menos una auditoria anual donde se justifique el destino final de estos fondos y cómo estos contribuyen al avance de las unidades médicas y de la atención a los pacientes oncológicos.

Conjuntamente con la asignación fija que recibe SOLCA y las auditorias que se propone realizar, es importante que se evalúe el presupuesto que se está asignando con fines curativos y preventivos del cáncer a las unidades de SOLCA, pues la asignación del 0,5% del volumen de crédito otorgado por el sector financiero privado (en función del Código Orgánico Monetario y Financiero, Junio 2014), es considerado (en base al análisis realizado en la investigación) que no es eficiente en su totalidad, debido a que a pesar de que el

incremento que va a recibir SOLCA si generará mejoras en su producción, la normativa anterior también producía los mismos avances en materia de producción de servicios de salud oncológica.

Por otro lado, es importante formular una política que garantice los cuidados de los pacientes oncológicos y conjuntamente con ello la preparación del personal médico encargado de los cuidados paliativos que requieren los pacientes; con ello se logrará que tanto el paciente como el médico garanticen el completo bienestar en el estado de salud del individuo y una vida estable para que contribuya al desarrollo económico del país.

En lo que refiere directamente al personal que trabaja dentro de las unidades médicas de SOLCA, se debe realizar una inspección que garantice la existencia de un mayor número de médicos especialistas, en relación a médicos generales, pues SOLCA al ser una institución que trata el cáncer a nivel nacional debe tener médicos que permitan realizar los cuidados especializados que los pacientes requieren, por lo tanto que posean una especialidad en cuidados de la salud oncológicos.

A pesar de que constantemente se han impulsado programas y campañas de prevención del cáncer, estas no han sido suficientes para cubrir el déficit de atención médica y consciencia de la población tanto sana como oncológica, por lo que la propuesta está formulada para que en el Ecuador exista una medicina preventiva antes que curativa; pues si se puede controlar la prevalencia de todo tipo de enfermedades (no únicamente de enfermedades oncológicas), se podría obtener un menor margen de población enferma y por el contrario tener una población sana en su mayoría.

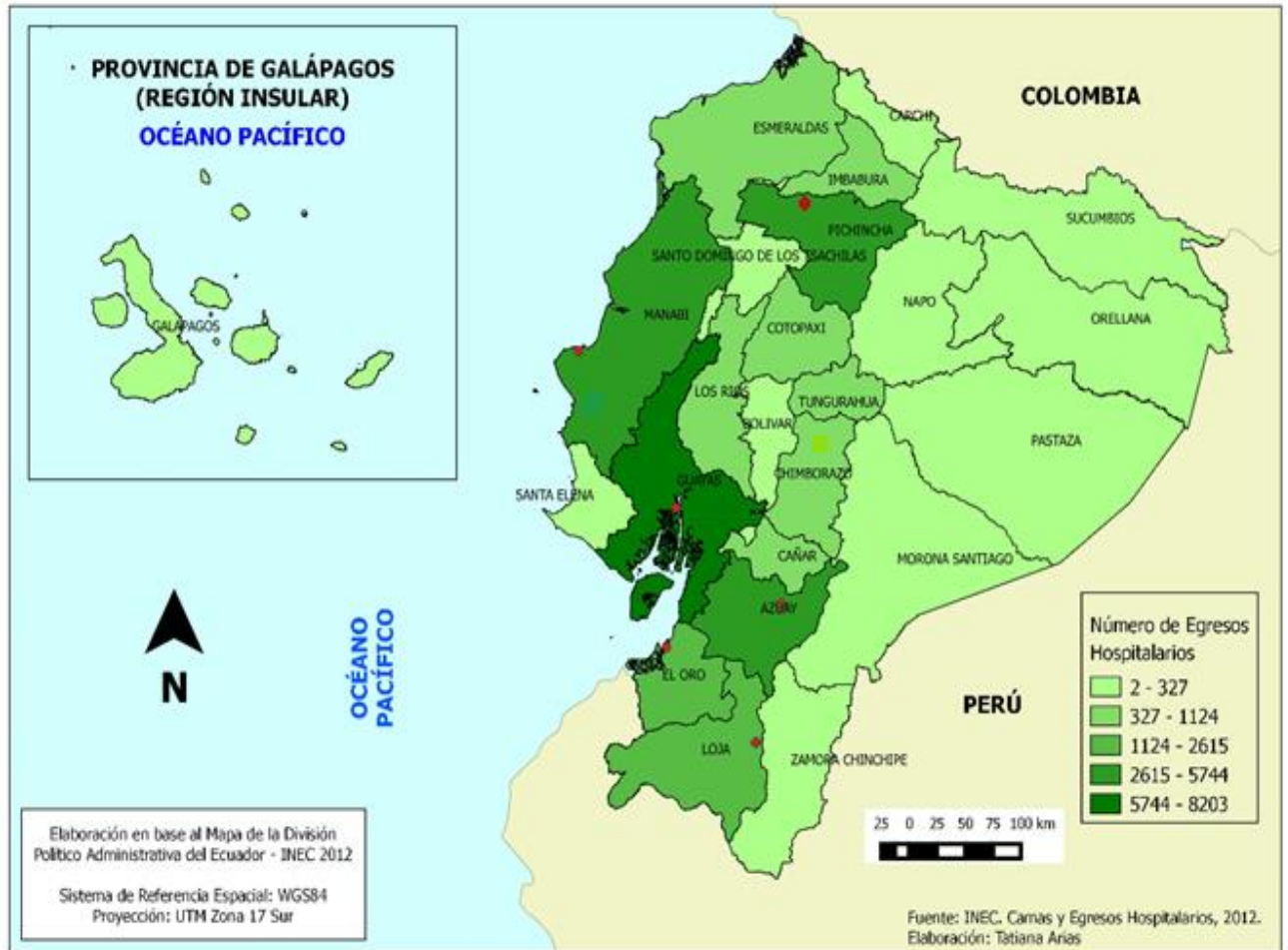
Es importante que SOLCA amplíe la cobertura de sus unidades médicas de atención oncológica, pues con ello también incrementará la producción que realizan las unidades y beneficiará a un mayor número de pacientes a nivel nacional que requieren este tipo de cuidados. Y conjuntamente con la ampliación de la cobertura de atención se deberían realizar estudios que permitan determinar donde se concentra el mayor número de personas que padecen cáncer y las zonas geográficas más propicias a presentar cuadros oncológicos, para que el Estado preste mayor atención sobre estas zonas y se evite la transmisión intergeneracional de las enfermedades catastróficas (en este caso el cáncer).

Si se toma medidas que permitan cerrar esta brecha y disminuir esta tendencia, el número de casos que se registran anualmente puede disminuir y con ello tomar una medida de política pública que se enfoque más a una salud preventiva más que curativa, especialmente en los casos de pacientes con cuadros oncológicos, tomando en cuenta que esta tasa de crecimiento está en función del tiempo.

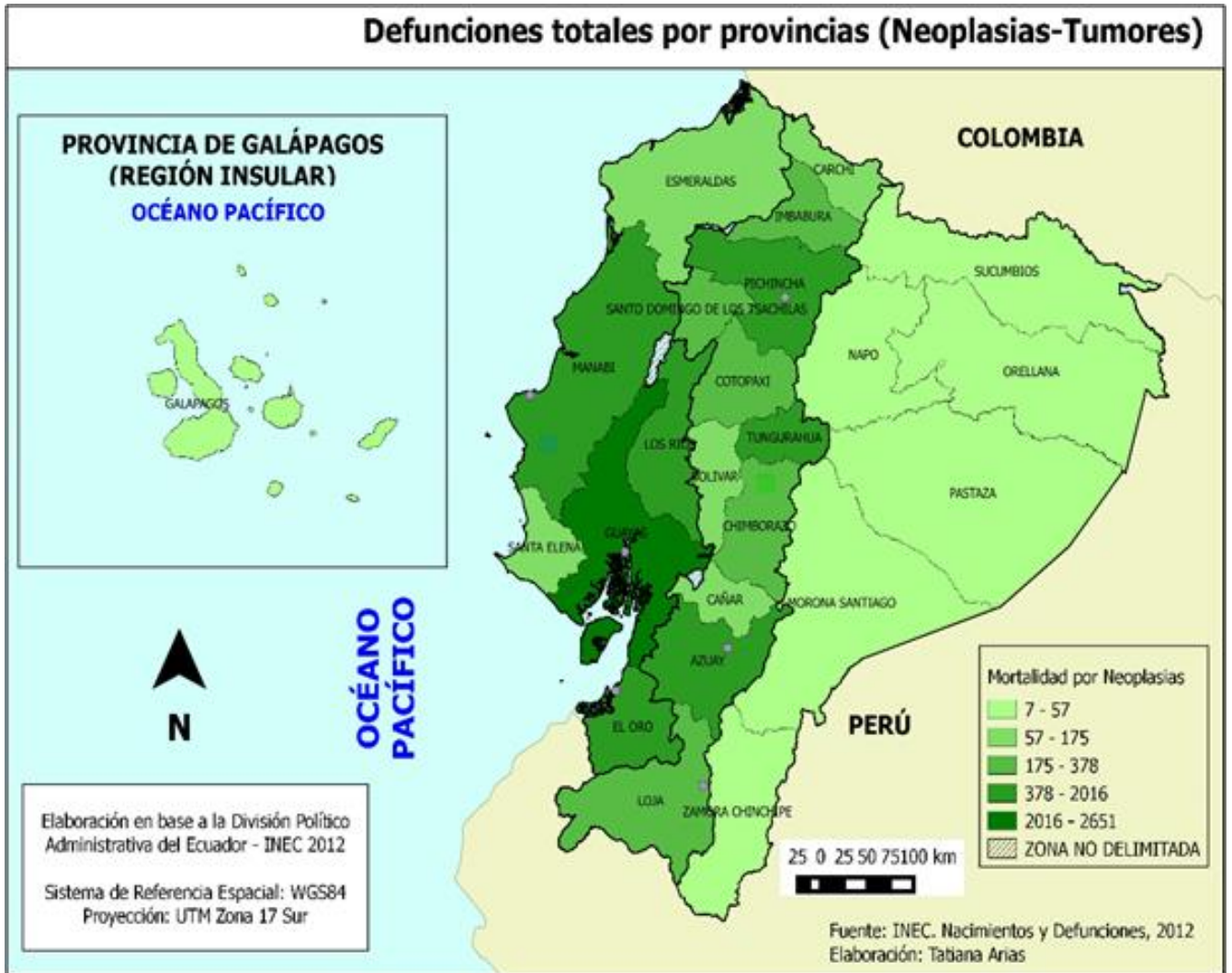
Anexos

Anexo A: Egresos de cáncer Desagregación: Nacional por provincia de residencia habitual Período: 2012 (Diciembre)

Egresos hospitalarios por provincia de residencia habitual



Anexo B: Defunciones por cáncer
Desagregación: Nacional por provincia
Período: 2012 (Diciembre)



Referencias Bibliográficas

- Alwan, Ala (2011). **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- American Cancer Society (2008). **Linfoma no Hodgkin** (pp.02). Sociedad Americana Contra el Cáncer: Estados Unidos.
- Andrade, Martha (2013). **Pobreza en el Ecuador**. Período 2006-2013. Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Apalategi, Imanol (1998). **Salud: Equidad, Eficacia, Eficiencia**. España: Universidad de Pompeu.
- Arrow, Kenneth y Scitovsky, Tibor (1974). **La economía del bienestar**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Asamblea Mundial de la Salud (2009). Resolución WHA62.14: **Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Agency for toxic substances and disease register (2014). **¿Qué es el cáncer**. Estados Unidos: ATSDR.
- Ballester, Ferran (2011). **La salud de los españoles y sus determinantes: Determinantes medioambientales de la salud**. España: Universidad de Valencia.
- Banco Central del Ecuador (2008). **El Gobierno propone asignar recursos a SOLCA vía presupuesto**. Ecuador: BCE
- Banco Central del Ecuador (2014). **Volumen de Crédito de las instituciones financieras del sector público**. Ecuador: BCE
- Barroso, María y Castro Nelly (2004). **Estado del Bienestar: Una revisión bibliográfica** (pp. 4). España: Universidad de Huelva.
- Bauman, B. (1961). **Diversities in conceptions of health and fitness**. *Journal of Health and Human Behavior*. Estados Unidos: JSTOR.
- Bazurto, Roberto; Ramirez Jhon (1996). **Análisis del índice de Mortalidad en el Ecuador mediante series temporales**. Ecuador: ESPOL.
- Beaglehole, Robert; Ashton, Toni; Cunningham, Chris; Joyce, Rirepeti; Moore, Andrew; Paul, Charlotte; Waldegrave, Charles (1998). **The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health: A report from the National Advisory Committee on Health and Disability**. Nueva Zelanda: National Health Committee.

- Benyamini, y. Leventhal, E. A. and Leventhal, H. (2003). ***Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health***. Estados Unidos: JSTOR.
- Bittes, Fabio y Ferrari Fernando (2012). ***Las políticas económicas de Keynes: Reflexiones sobre la economía brasileña en el período 1995-2009***. (pp. 118). Brasil: CEPAL.
- Cáceres, Flor de María; Bohórquez, Floribel; Puerto Henry; Smith, Diana (2004). ***Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician un tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado***. Colombia: Med, UNAB.
- Camargo, María Constanza; Wiesner, Carolina; Díaz, Martha; Tovar, Sandra (2004). ***El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento***. Colombia: Ministerio de Protección Social: Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.
- Castañeda, Tarsicio (1990). ***El financiamiento de Sistemas de Salud: Alternativas y Dilemas***. (pp. 184). México: Cuadernos de Economía.
- Ceja, Alma (2009). ***Transición Epidemiológica***. (pp.1). México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Cejudo, Rafael (2007). ***Capacidades y Libertad: Una aproximación a la teoría de Amartya Sen***. España: Universidad de Córdoba.
- Cerda, Jaime; Romero, María Inés; Wietstruck, María Angélica (2008). ***Mortalidad por cáncer infantil en Chile. Modelo de transición epidemiológica en la infancia***. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Chung, Haejoo y Muntaner Carles (2006). ***Determinantes políticos del estado de bienestar de lo sindicalizados de salud infantil y juvenil: un análisis de los países ricos***. Bogotá: Gerencia de Política de Salud.
- Cohen, Ernesto y Franco Ronaldo (1992). ***Evaluación de proyectos sociales***. México: Siglo Veintiuno.
- Colina, Jorge (2004). ***Los riesgos catastróficos en el sistema de salud argentino***. (pp. 26-29). Argentina: IDESA.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946). ***Preámbulo***. New York: Conferencia Sanitaria Internacional.
- Constitución de la República del Ecuador (2008). ***Sentencia N° 0006-09-SAN-CC, Caso N° 0072-09-AN***.

- Cornejo, Boris; Naranjo, Mariana; Pareja, Francisco; Montufar Marcelo (2010). **Ecuador: Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en América Latina y El Caribe**. Ecuador: Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL].
- Damervall, Omar (2010). **Garantía estatal de protección a personas con Enfermedades catastróficas establecida en el artículo cincuenta de la Constitución de la República del Ecuador**. (pp. 13). Ecuador: Universidad de Cuenca.
- De la Torre, Christian (2005). **La inversión pública en el sector de la salud**. Ecuador: 1990-2002. (Disertación de Economía). Recuperada del Repositorio de la PUCE. Núm (WA30/D34i).
- Decreto Legislativo N° 52. **Registro Oficial 326 del 28 de Noviembre de 1980**, Art.1.
- DI Cesare, Mariachiara (2011). **El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones**. Chile: CEPAL.
- Dillard, Dudley (1964). **La teoría económica de John Maynard Keynes** (pp.40). Estados Unidos: Aguilar.
- Eibenschutz,C; Tamez,S.; Camacho,C., Hernández, I.; (2007) **Neoliberalismo y política sanitaria en México**. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Farmer P. (1998). **Infections and inequalities; the modern plagues** (pp. 15). Estados Unidos: Universidad de California.
- Frenk, Julio; Frenka, Tomás; Bloadilla, José; Stern Claudio; Lozano, Rafael; Sepúlveda, Jaime; José, Marco (1989). **La transición epidemiológica en América Latina**. (pp. 486). México: Instituto Nacional de Salud.
- Fuster, Francisco; Urcuyo Rodrigo (2008). **Cáncer de Cérvix en Costa Rica – Primera parte**(pp.143). Costa Rica.
- García, Juan José (2000). **Uso de indicadores de epidemiología. Segunda Parte**. México: Universidad Autónoma de México.
- García, Augusto (2014). **Campaña de Prevención y diagnóstico precoz**. Ecuador: Ministerio de Salud.
- Gestal, Juan; Romaldí, Matilda (2000). **¿Qué es la medicina preventiva y la salud pública?**.España: Consejo de Sanidad.
- Giedon, Úrsula; Villar Manuela; Ávila Adriana (2010). **Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado**. España: Fundación MAPFRE.
- Gimeno, Juan; Rubio, Santiago; Tamayo, Pedro (2005). **Economía de la Salud: Fundamentos**. México: Diaz de Santos.

- Gomes, María (2004). **Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud Taller San Juan, Puerto Rico Agosto 2005**. Nicaragua: OMS/OPS .
- Gómez, Luis (1996). **Medicina preventiva y salud pública**. España: Secretaría de Universidades y de Investigación del Ministerio de educación y ciencia.
- Gómez, Elsa (2002). **Salud y Género: Conceptos Básicos. Programa mujer, salud y desarrollo, división de salud y desarrollo humano**. Comisión Económica para América Latina.
- González, David (2010). **La Parafiscalidad y su aplicación en el Ecuador**(pp. 14). (Disertación de Gestión tributaria empresarial). Recuperado Repositorio Universidad Politécnico Salesiano.
- Gonzales, Beatriz (2007). **La incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Coste-efectividad y presiones sobre el gasto sanitario**. España: Secretaría General de Presupuestos y Gastos: Instituto de estudios fiscales.
- Goss, Paúl; Lee, Brittany; Badovinac-Crnjevic, Tanja; Strasser-Weippl, Kathrin et al. (2013). **La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe**. Reino Unido: The lancet oncology commission.
- Gujarati, Damodar y Porter Dawn (2010). **Econometría**. México: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Herzlich, Adam (1973). **Health and Illness: A Social Psychological Analysis**. London: Academic Press.
- Inclan, Gabriel (2008). **Jornadas “Los profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, abril de 2008**. España: Consejo de Sanidad del Gobierno Vasco.
- Intriago, Laura; Silva, Nicolás; Cortes, Giovana (2013). **Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro**. Chile: Universidad de Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). **¿Cómo crecerá la población en el Ecuador?**. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). **Proyección y retroproyección del Censo de Población y Vivienda**. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). **Fascículo Nacional realizado en base a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010**. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013). **Estadísticas de Recursos de Salud [ERAS]**. Ecuador: INEC

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). **Estadísticas a propósito del Día Internacional contra el Cáncer de Mama**. México: INEG.
- Isuani, Ernesto (1991). **Bismarck O Keynes: ¿Quién Es El Culpable? Notas sobre la crisis de acumulación** (pp. 1) Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Jaramillo, Guillermo; Cadena, Aldo; Urrego, Jaime; Jiménez, Ana, Torres, Liliana, Danelines, Juliana; Agudelo, Sandra, Cadena, Camilo (2011). **Diagnóstico con participación social Teusaquillo 2011-2012**. Colombia: Bogotá Humana.
- Jönson, B; Staginnus, U. y Wilkin, N. (2011). **La carga y el coste del Cáncer en España**. España: ReEs.
- León, Miguel (2012). **Financiamiento de la salud en Ecuador**. Ecuador: Ministerio de coordinación de la política económica.
- Lerner, Abba (1938) **Teoría Económica del Control: Principios de Economía del Bienestar**(pp.21-35). México: Fondo de la Cultura Económica.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud aprobada mediante **Registro Oficial N° 670 el 25 de Septiembre del 2002**. Ecuador: MSP.
- Ley Orgánica de Salud, Ley 67, (2012). **Registro Oficial N° 625, Oficio No. SAN-2012-0050**. Ecuador: MSP.
- Ley N° 27, publicada **en Registro Oficial 198 de 26 de Mayo de 1999**, Art. 1.
- Ley N° 4, publicada en Suplemento 34 del **Registro Oficial de 13 de Marzo de 2000**. Art. 101.
- Lifstchitz (2011). **¿Qué son las enfermedades catastróficas?**(pp.1). Argentina: Observatorio de la Salud.
- Lockheed, Marlaine y Hanusheck, Eric (1998). **Improving Educational Efficiency in Developing Countries: What do we know?** En Compare. Citado en Mokate, Karen (1999).**Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad ¿Qué queremos decir?**. Banco Interamericano de Desarrollo [BID], Instituto Interamericano para el desarrollo social [INDES].
- Lozano, Rafael; Gómez, Hector; Lewis Sarah; Torres, Luisa; López, Lizbeth (2009). **Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe**. http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S003636342009000800004&script=sci_arttext. [Recuperado el 28 de Abril de 2015] México: Salud Pública México.
- Lucio, Ruth y Herteleer, Juan (2008). **El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito**. Ecuador.

- Lucio, Ruth; Villacrés, Nilhda; Herníquez, Rodrigo. (2011). **Sistema de Salud de Ecuador**. Ecuador: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- Meerhoff, Ricardo (1997). **Costeo. Descentralización, Financiamiento, Costeo y Autogestión de establecimientos de Salud: Una visión Integrada**. (pp. 57). Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Méndez, Fernando (2003). **Setenta años de la Teoría General de Keynes. Una Revisión Crítica**. (pp. 6). España: Universidad Complutense de Madrid.
- Mendoza, Grace; Merchán. Verónica; Pastor, Gabriela; Vélez, Rosemary; Gabanilla, Galo (1998). **La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y el Desarrollo de su Infraestructura Tecnológica**. Escuela Superior Politécnica del Litoral.
- Ministerio de Economía y Finanzas (2012). **Asignaciones presupuestarias a SOLCA**. Ecuador: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Ministerio de Finanzas (2010). **Manual de procedimiento del sistema de presupuestos**. Ecuador: Ministerio de Finanzas.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES] (2008). **Acuerdo interministerial No. 002-2008. Red de Protección Social: Acceso a la salud**. Ecuador: MIES.
- Ministerio de Salud Pública (2011). Acuerdo Ministerial N° 00001162. **Manual del Modelo de Atención Integral de Salud**. Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (2013). **Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, MSP, 1ª Edición**. Ecuador: MSP. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
- Ministerio de Salud Pública (2011). **Modelo de Atención Integral en Salud de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública**. Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (2013). **Estadísticas de Asignación a SOLCA. Dirección Nacional de Articulación-Archivos Proyecto EPSS 2008-2013**. Ecuador: MSP
- Mokate, Karen (1999). **Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad ¿Qué queremos decir?**. Banco Interamericano de Desarrollo [BID], Instituto Interamericano para el desarrollo social [INDES]
- Montoro, Ricardo (1997). **Estado del Bienestar y política social. Fundamentos Teóricos de la Política Social** (pp.39). España: Universidad de Valladolid.
- Morrison y Bennett (2007). **Psicología de la Salud** (pp. 12). España: Pearson Prentice Hall.

- Mucci, Marta; Benaim, Deborah (2012). **Psicología de la Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas** (pp. 124). Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Muñoz, Onofre; Durán, Luis; Graduño, Juan; Soto, Hermán (2003). **Economía de la Salud: Seminario Internacional**. México: CISS.
- Noboa, Hugo; Albán, Jorge; Prospero, Jorge Luis; Suriel, Oscar, et al. (2008). **Perfil de los Sistemas de Salud: Ecuador**. Ecuador: USAID.
- Ochoa, Hector (1999). **Manual práctico para la gestión local de la Salud: Economía de la Salud**(pp. 257). México: PAX.
- Organización Mundial de la Salud (1946). **Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Official Records of the World Health Organization**. Nueva York: OMS
- Organización Mundial de la Salud (1963). **La medicina general: Informe de un Comité de Expertos de la OMS**. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2002). **Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana**. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008). **¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo?** (pp.1). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2008). **Informe final de la Comisión de determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: Resumen de Orientación**. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). **Cáncer. Nota Descriptiva N° 297**. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2014). **El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del milenio relacionados con la salud**. Washington: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2014). **Temas de salud: Salud de la mujer**. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2015). **Determinantes Sociales de la Salud**. http://www.who.int/social_determinants/es/ [Consulta 15Enero de 2015]
- Organización Panamericana de la Salud (2006). **Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010**. Caracas: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud (2008). **Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.** Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie N°4.** Washington: OPS
- Osri, Gustavo (2011). **Políticas de Salud.** Argentina: Ministerio de Salud.
- Pacheco, Lucas (1999). **La política económica Keynesiana. Política Económica. Concepciones y Estrategias.**(pp. 95). Ecuador: PUCE.
- Palmieri, Mireya (2013). **Perfil Epidemiológico de la Juventud en Guatemala.** Unión Europea: FLACSO.
- Pinto, José Luis y Sánchez, Fernando (2004). **Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones.** España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional del Buen Vivir (2013). **Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.** Ecuador: SENPLADES.
- Quesada, Enrique (2009). **Cantidad, uso y gestión de las camas hospitalarias, tendencias en el mundo y situación en Mendoza.** Argentina: ISG.
- Rothman, Kenneth (1987). **Epidemiología Moderna**(pp. 38). Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Roura, Cabero; Codes, Manuel; Gascón; Peré; Guillén Vicente; Muñoz, Monserrat; Ollé, Carmen; Prats, Miquel (2000). **Hablemos del Cáncer de mama.** España: Roche
- Sacoto, María Fernanda (2003). **Financiamiento de la atención de la salud con un modelo de cobertura universal en el Ecuador: Factibilidad y viabilidad. 2002.** (Disertación de Economía). Recuperada del Repositorio de la PUCE. Núm (WA30/Sa14f).
- Salomón, Joshua (2010). **Nuevos pesos de la discapacidad para la carga mundial de morbilidad.** México: Organización Mundial de la Salud.
- Salleras, Lluís (1994). **Concepto actual de medicina preventiva.** España: MASSON
- Santos Hilda (2003). **Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México.** México: Instituto de Seguridad Social de Tabasco.
- Sen, Amartya (1997). **La desigualdad económica.** México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, Amartya (1999). **La vida y la muerte como indicadores económicos.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Sen, Amartya (2000). **La salud en el desarrollo**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sepúlveda, Cecilia (2004). **Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y Pautas para la gestión**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Serrano, Ricardo; Uribe, Janeth; Díaz, Luis Alfonso; Dandond, Yuriko (2004). **Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino**. Colombia: Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología.
- Sinead, Jones (1999). **Cancer in developing world: a call to action**. Gran Bretaña: British Medical Journal are provided he recourtes y of BMJ Group
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (2009). **Epidemiología del Cáncer en Quito 2003-2005**. Quito: SOLCA.
- Superintendencia de Bancos y Seguros (2008). **Volumen de Crédito de las instituciones financieras del sector privado**. Ecuador: SBS
- Superintendencia de Bancos y Seguros (2013). **Estadísticas de los impuestos cobrados en favor de SOLCA**. Ecuador: SBS
- Superintendencia de Bancos y Seguros (2013). **El sistema financiero ecuatoriano**. Ecuador: SBS.
- Thomas, Carlos y Álvarez, Jorgelina (2001). **Medicamentos Oncológicos: Gestionar el gasto con Eficiencia, Equidad y Calidad** (pp. 01). España: ISG.
- Tobar, Federico; Hamilton, Gabriela; Olaviaga, Sofía y Solano, Romina (2012). **Un seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación**. Documento de Trabajo N°100 . Buenos Aires: CIPPEC.
- Torres, Priscila; Guerra, Martha; Galán, Yaima; García, Mariela; Lezcano, Martha; Fernández, Leticia (2007). **Incidencia y mortalidad por cáncer. Trienio 2000-2002**. Cuba: Revista Cubana de Medicina.
- Unión Internacional Contra el Cáncer (2005). **Acción Mundial contra el cáncer**. Ginebra: OMS y UICC.
- Ulloa, Roberto; Izurieta, Xiomara; Poats, Susan; Bajaña, Fernando, Viteri, Xavier; Castillo, Mauricio; Vásquez, Sigrid; Suárez, Luis; Arias, Verónica; Ribadeneira, Mónica (2003). **Análisis de los Procesos de Descentralización y de Delegación del Manejo de Áreas Protegidas del Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Ecuador**. Ecuador: Congreso del Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Ecuador.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). **Definition of Therms**. http://www.unicef.org/spanish/lifeskills/index_7308.html. [Consulta: 5 Junio 2014]
- Villacís, Byron; Carrillo, Daniela (2010). **País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Incluye resultados del Censo de Población 2010**. Ecuador: INEC.
- Wold, Kimberly; Byers, Tim; Crance, Lori; Ahnen Dennis (2004). **What do cancer survivors believe causes cancer? (United States)**. Estados Unidos: JSTOR.
- Xu, Ke; Evans, David; Carrin, Guy; Aguilar-Rivera, A.M; Musgrove, P & Evans, T (2007). **Protecting Households From Catastrophic Health Spending**". *Health Affairs* 26 Nº 4: 972-983. Citado en Lifstichtz, Esteban (2011). **¿Qué son las enfermedades catastróficas?**. Perú: Organización Panamericana de la Salud [OPS].
- Yolamos, Carmen; García, Graciela; Fernández, Belén; Pascual, Carolina (2013). **El cáncer en los niños**. Barcelona: Asociación Española contra el cáncer.
- Zacaría, Héctor (2002). **La Intervención del Estado con el fin de estabilización económica: la óptica de la Teoría Keynesiana**. España: Ministerio del Interior.
- Zamudio, Juan Fernando (2011). **La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas**. México: Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.