

PREPARACIÓN PARA EL ABORDAJE DEL CÁNCER EN AMÉRICA LATINA: Construyendo sobre los avances recientes

Patrocinado por:



Contenido

- 2** Introducción
- 4** Abreviaturas
- 5** Resumen ejecutivo
- 8** Introducción La carga del cáncer en América Latina
- 15** Capítulo 1: El índice de preparación para el abordaje del cáncer
- 20** Capítulo 2: Políticas y planificación
- 29** Capítulo 3: Servicios de salud
- 37** Capítulo 4: Sistemas de salud y gobernanza
- 45** Conclusión

Introducción

Preparación para el abordaje del cáncer en América Latina: Construyendo sobre los avances recientes es un informe preparado por The Economist Intelligence Unit y patrocinado por Roche. El contenido de este informe es responsabilidad exclusiva de The Economist Intelligence Unit y las opiniones expresadas no son necesariamente las del patrocinador.

El informe analiza la diversidad del desafío que constituye el cáncer en América Latina, el alcance actual de las iniciativas para abordar la enfermedad y los elementos fundamentales para mejorar el grado de preparación. Los 12 países de América Central y del Sur incluidos en este estudio fueron elegidos debido a varios factores, entre ellos el tamaño y el nivel de desarrollo económico: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. El informe se basa en varias líneas de investigación, tal como se detalla a continuación.

En primer lugar, explora los hallazgos del Índice de preparación para el abordaje del cáncer (ICP por sus siglas en inglés) en América Latina, que es el índice regional latinoamericano basado en el ICP global constituido inicialmente por 28 países.¹ Analiza una amplia gama de elementos que son relevantes para el control del cáncer en la región. El ICP, un índice creado por EIU Healthcare con una junta asesora de expertos, combina los hallazgos de alrededor de 45 indicadores individuales para proporcionar una descripción integral del desempeño de los 12 países incluidos en las áreas clave de este desafío.

Asimismo realizamos entrevistas con altos funcionarios de sistemas de salud, médicos, expertos en control del cáncer y líderes de grupos de pacientes con el objetivo de lograr una visión más profunda de los problemas implicados.

Finalmente, a modo de contribución a la investigación y el desarrollo de esta publicación, hemos realizado una importante investigación documental para el estudio adicional de temas específicos que surgieron a partir del ICP y las entrevistas.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas por su tiempo y sus conocimientos (en orden alfabético):

- Silvina Frech, directora de América Latina de la City Cancer Challenge Foundation
- Julia Ismael, directora del Instituto Nacional del Cáncer, Argentina
- Andre Cezar Medici, economista de salud senior del Banco Mundial
- Wilson Merino Rivadeneira, coordinador de la Red Nacional Acuerdo Contra el Cáncer, Ecuador

¹ El ICP global se presenta en el informe de The Economist Intelligence Unit, *Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic*, 2018, https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/Cancer_preparedness_around_the_world.pdf

- Nelson Mitsui, director del Instituto Nacional del Cáncer, Paraguay
- Alejandro Mohar, director de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México
- Raul Murillo, director del Centro de Oncología de la Universidad Javeriana, Bogotá
- Bruno Nervi, profesor de la Universidad Católica de Chile; presidente de la fundación Chile sin Cáncer
- José Ruales, ex subsecretario de promoción de la salud, Ministerio de Salud, Ecuador
- Gustavo Sarria, subdirector del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Perú
- Sergio Daniel Simon, presidente de la Sociedad Brasileña de Oncología Clínica (SBOC)
- Luis Ubillos, presidente de la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica de Uruguay
- Gonzalo Vargas Chacón, coordinador del Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer, Costa Rica

Este informe fue redactado por Camilo Guerrero y editado por Martin Koehring de The Economist Intelligence Unit. El desarrollo del ICP estuvo encabezado por Anelia Boshnakova y Alan Lovell, del equipo de EIU Healthcare.

Septiembre de 2019

Abreviaturas

C/Can	City Cancer Challenge Foundation
PIB	Producto Interno Bruto
VPH	Virus del papiloma humano
ETS	Evaluación de tecnologías sanitarias
IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
ICP	Índice de preparación para el abordaje del cáncer
ALC	América Latina y el Caribe
PNCC	Planes nacionales de control del cáncer
OOP	Gasto de bolsillo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SUS	Sistema Único de Saúde
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
UICC	Unión Internacional contra el Cáncer
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen ejecutivo

Dado el considerable impacto que tienen en la sostenibilidad de los sistemas de salud, las comunidades y las economías, los desafíos del cáncer en América Latina exigen una acción inmediata. La consolidación de los programas para el control del cáncer ha sido relativamente lenta ya que el cáncer compite con muchas necesidades sociales y de atención sanitaria. Si bien las respuestas al cáncer se están fortaleciendo y hay signos de mayor conciencia entre los líderes nacionales, es momento de centrarse en los resultados. Se necesitan soluciones estables, bien planificadas y con recursos suficientes para contener costos que cada vez son mayores en términos de vidas y recursos.

Este informe de The Economist Intelligence Unit, patrocinado por Roche, analiza las complejidades de este creciente desafío en 12 países latinoamericanos. El estudio examina los hallazgos del Índice de preparación para el abordaje del cáncer (ICP por sus siglas en inglés) de The Economist Intelligence Unit, América Latina. Se fundamenta en una amplia gama de datos relevantes respecto a la política y el control del cáncer. El ICP pretende hacer posible una comparación de las iniciativas a nivel nacional y, más aún, dar inicio a un debate sobre las mejores prácticas para abordar el desafío del cáncer. Además, el informe se basa en las ideas de una serie de entrevistas a expertos, así como también en una importante investigación documental realizada por The Economist Intelligence Unit.

Los hallazgos fundamentales del informe incluyen:

El desafío del cáncer está creciendo y es un fenómeno que da cuenta de las desigualdades en la región.

Según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), se estima que en 2018 habrá 1.400.000 nuevos casos de cáncer y más de 670.000 muertes en América

Latina y el Caribe (ALC). El cáncer es la segunda causa de muerte más común en la región y ya es la causa principal en Perú. Pero el desafío del cáncer en la región adopta muchas caras. Factores socioeconómicos, demográficos y ambientales contribuyen a esta diversidad, la cual exigirá políticas y soluciones a medida, inclusive dentro de los propios países. Las desigualdades nacionales crean sistemas de dos niveles donde algunos reciben buena atención, pero muchos quedan excluidos.

Los datos están incompletos, y los resultados en términos de manejo del cáncer aún son limitados.

La mortalidad, que se mide en función de relaciones de mortalidad e incidencia (M:I), es relativamente alta en América Latina en comparación con otras regiones del mundo, dado que existen falencias en el manejo de la enfermedad. Una vez más, los contrastes son considerables dentro de la región. Faltan datos cruciales de supervivencia para algunos de los países y, en los casos en los que están disponibles, aún muestran márgenes de mejora. Hay algunos segmentos de la población que aún no reciben atención sanitaria básica, mientras que los tipos de cáncer prevenibles, como el cáncer de cuello uterino, son una prioridad.

La intensificación de la guerra contra el cáncer exigirá importantes recursos, una gobernanza sólida y eficiencia administrativa.

Los países latinoamericanos enfrentan múltiples desafíos para financiar la respuesta al cáncer. En primer lugar, todavía hay necesidades de atención sanitaria y servicios sociales básicos insatisfechos. Los países de América Latina han respondido con objetivos ambiciosos para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), y en muchos casos han demostrado un avance sorprendente. Pero hay una parte importante de la población que sigue sin tener acceso efectivo. La fragmentación de los sistemas de salud supone una mayor complejidad en la prestación de servicios.

En segundo lugar, las necesidades de inversión en cáncer son altas y crecientes, en términos de cobertura de los costos tanto directos (atención sanitaria) como indirectos (productividad).

Se están adoptando planes contra el cáncer que demuestran una evolución, con signos de una mejor implementación. La mayoría de los países han desarrollado Planes nacionales de control del cáncer (PNCC), los cuales en muchos casos se están actualizando y refinando. Aun así, podrían adoptarse las mejores prácticas existentes en la planificación del cáncer y los niveles de implementación son variados en todos los países. Países como Perú (con el Plan Esperanza 2012), Paraguay (con la Ley 6.266) y ahora Chile (con el presupuesto como un elemento que se está debatiendo en un proyecto de ley de cáncer en curso) han ido más allá de la teoría y han producido leyes para garantizar un apoyo institucional y financiero seguro a largo plazo. Hay signos de una mayor movilización ciudadana en la lucha contra el cáncer, pero impulsar el empoderamiento y la influencia de los pacientes en la formulación de políticas debería ser una prioridad. Asimismo, la implementación efectiva de los planes contra el cáncer exigirá el despliegue de recursos, una gobernanza sólida y un liderazgo claro.

Los registros sólidos son la base de una planificación y políticas adecuadas, pero aún hay mucho por hacer. La región combina una larga tradición de registros, como los de Cali (Colombia) o San Pablo (Brasil) establecidos hace décadas, con algunos creados recientemente. Los datos de los registros son fundamentales para diseñar políticas y estrategias a la medida para el abordaje del cáncer, así como también para realizar un seguimiento de los avances. Hay evidencia de avance, como es el caso de México, por ejemplo, donde se está trabajando para compensar el retraso histórico del país en esta área. Por lo general, la investigación en

torno al cáncer se ha desatendido, y esto complica la creación de perfiles epidemiológicos completos e intervenciones a la medida y eficientes, así como la adopción de innovaciones y mejoras de calidad.

Se necesita un compromiso por la prevención, junto con los recursos adecuados para respaldarla. América Latina enfrenta una multiplicidad de factores de riesgo típicos de las economías en desarrollo y algunos específicos de la región. Los éxitos en la regulación del tabaco muestran que se puede lograr una acción determinada, pero la promoción parece carecer del impulso que tienen otros aspectos relacionados con el cáncer. Los sistemas de salud pública han adoptado buenas prácticas de prevención, como campañas de inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH) y la hepatitis B, así como la detección de tipos comunes de cáncer (incluidos los cánceres de mama, de cuello uterino y colorrectales). Sin embargo, existen grandes desafíos en la continuidad de las intervenciones y en la cobertura de toda la población. Esto exigirá enfoques bien planificados que incluyan programas educativos, una comprensión de las poblaciones y una financiación sostenida.

Si bien existe una disparidad, generalmente hay brechas en la disponibilidad de servicios en el sector público. En la mayoría de los países existen carencias importantes en materia de equipos de oncología (como aceleradores lineales para radioterapia) que conducen a tiempos de espera o transporte prolongados, lo cual afecta los resultados del tratamiento. Esto se observa tanto en los países más pobres como en los más ricos de la región. Esto se ve agravado por la falta de especialistas en oncología, que es generalizada en gran parte de la región y afecta aún más a las áreas suburbanas y rurales. Si bien la Cobertura Sanitaria Universal ha permitido la disponibilidad de medicamentos (con un retraso

en la morfina), los expertos entrevistados para este informe notan demoras y dificultades de acceso debido a obstáculos administrativos en algunos de los países. Los expertos también solicitan actualizaciones periódicas de formularios públicos para incorporar las últimas innovaciones. Se requiere un enfoque más coordinado y con visión de futuro para la planificación, compra y entrega de medicamentos.

Hay indicios de que la inversión en atención sanitaria está creciendo, impulsada por los compromisos de la Cobertura Sanitaria

Universal. La proporción del gasto en salud dentro del gasto total del gobierno mejoró en ocho de los 12 países, mientras que el gasto de bolsillo disminuyó en todos los países menos uno en los últimos diez años. Esto es coherente con la introducción y la ampliación de los programas de Cobertura Sanitaria Universal (Bolivia fue el último país en adoptarla). Sin embargo, los estándares óptimos para el gasto gubernamental necesario para sostener los compromisos de la Cobertura Sanitaria Universal aún no se cumplen en todos los 12 países. Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) se están consolidando en la región y deben fortalecerse para desempeñar un papel más importante en el impulso de intervenciones eficientes.

Los principios de atención y calidad centrados en el paciente deben contar con una mayor prioridad en la agenda de la salud. Si bien hay organizaciones de pacientes activas en todos los países, no hay una indicación clara de su participación

en la formulación de políticas en cinco de los 12 países examinados. Sin embargo, existen algunos signos de colaboración multidisciplinaria en la atención del cáncer (como el apoyo psicológico), y la mayoría de los países cuentan con políticas en este sentido. Sin embargo, en la mayoría de los países faltan pautas para el seguimiento a largo plazo, la rehabilitación o la reincorporación al trabajo de los sobrevivientes de cáncer. En la mitad de los países faltan guías basadas en la evidencia para la atención de los tipos comunes de cáncer, o bien existen pero están incompletas.

Se necesitará una mayor coordinación, cooperación e integración intersectorial para impulsar el cambio.

La región presenta una gran fragmentación del sistema de salud. En primer lugar, la fragmentación en la configuración institucional que impulsa la implementación de políticas está causando una desaceleración en la implementación de ambiciosos planes para el abordaje del cáncer. En segundo lugar, la fragmentación en las estructuras de prestación de atención crea ineficiencias y, en última instancia, afecta la calidad y los resultados del servicio. Si bien no existe una fórmula mágica para organizar estos sistemas complejos, los expertos entrevistados para este estudio exigen más iniciativas de cooperación para hacer frente al desafío del cáncer. Crear espacios para la participación ciudadana, construir puentes con el sector privado y colaborar estrechamente con especialistas en cáncer son herramientas esenciales que pueden aportar nuevas perspectivas para abordar este desafío.

Introducción: La carga del cáncer en América Latina

El desafío sigue creciendo

El desafío del cáncer en América Latina continúa creciendo, lo cual plantea serios riesgos para los sistemas de salud de la región y exige una respuesta bien planificada. Según las últimas estimaciones disponibles del IARC, en 2018 hubo alrededor de 1.400.000 nuevos casos de cáncer y más de 670.000 muertes en la región ALC.² Impulsadas por el envejecimiento de la población, las cifras seguirán aumentando. El IARC estima que los casos nuevos llegarán a casi 2 millones en 2030, mientras que las muertes alcanzarán alrededor de 980.000, un aumento del 40% y 46% respectivamente. Desde

un punto de vista global, la región tiene la cuarta incidencia más alta de cáncer (estandarizada por edad cada 100.000 personas), después de Oceanía, América del Norte y Europa, y está por encima de Asia y África. Está en sexto lugar en la escala de mortalidad.

Los cálculos del Instituto de Sanimetría y Evaluación de Salud (IHME) revelan que entre 2010 y 2017 (últimos datos disponibles) el porcentaje de muertes por cáncer, entre todas las causas posibles, aumentó en el conglomerado de América Latina y el Caribe. Dentro del grupo de 12 países examinados en este informe, el porcentaje

Tabla 1: Cáncer como causa de muerte, porcentaje y clasificación, estimaciones

País	2010		2017	
	Cáncer como porcentaje de todas las muertes	Clasificación por causa de muerte	Cáncer como porcentaje de todas las muertes	Clasificación por causa de muerte
Argentina	22,0%	2do	22,3%	2do
Bolivia	16,7%	2do	18,3%	2do
Brasil	17,4%	2do	18,2%	2do
Chile	26,2%	2do	26,8%	1ro
Colombia	18,3%	2do	19,9%	2do
Costa Rica	23,9%	2do	24,3%	2do
Ecuador	17,5%	2do	18,4%	2do
México	13,5%	3ro	13,7%	3ro
Panamá	17,4%	2do	18,5%	2do
Paraguay	16,2%	2do	17,3%	2do
Perú	18,9%	2do	20,1%	1ro
Uruguay	29,0%	2do	28,6%	2do
América Latina y el Caribe (promedio)	15,2%	2do	17,1%	2do

Nota: Las cifras de cáncer son aproximaciones e incluyen todo tipo de neoplasias.

Fuente: IHME, [Global Health Data Exchange \(GHDx\)](#).

² J Ferlay et al., [Global Cancer Observatory: Cancer Today](#)

umentó, aunque sea marginalmente en algunos casos, en todos menos uno de los países analizados (Uruguay). Aunque se estima que el cáncer es la segunda causa de muerte en la mayoría de los países (después de las enfermedades cardiovasculares en general), ya es la causa principal en Perú, según el Ministerio de Salud. "El cáncer se está convirtiendo en una de las máximas prioridades, pero todavía no hay suficiente planificación y proyección para el control de la enfermedad", dice Gustavo Sarria, subdirector del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú.

Una región llena de contrastes

A pesar de los vínculos culturales e históricos entre los países de la región, existen muchos contrastes que se reflejan en diferentes perfiles epidemiológicos. Por ejemplo, las poblaciones de los países varían de 3.400.000 en Uruguay a aproximadamente 210 millones en Brasil. Bolivia tiene una esperanza de vida de 69 años y un ingreso nacional bruto per cápita de US\$ 3.370. Las cifras respectivas en Chile, por otra parte, son 80 años y US\$ 14.670 (el más alto en la región).³

Además, la desigualdad económica dentro de los países es alta, y a menudo se hace referencia a la región como la más desigual del mundo.⁴ Por último, las edades de sus poblaciones difieren; algunos países como Uruguay y Chile tienen una edad mediana cercana a los 35 años, en comparación con las poblaciones más jóvenes de Bolivia o Paraguay, donde la edad mediana es de aproximadamente 24 años.⁵

La diversidad socioeconómica contribuye a que América Latina experimente lo que se conoce como la "doble carga del cáncer", con la presencia de cánceres relacionados con el estilo de vida (como el de próstata, de mama y colorrectal), particularmente en los países más ricos, y persistentes cánceres relacionados con infecciones típicas de los países en vías de desarrollo (como el cáncer de cuello uterino, de estómago o de hígado).⁶ Por ejemplo, el cáncer colorrectal se considera un marcador de desarrollo económico, con tasas de incidencia más altas en los países desarrollados.⁷

En general, los nuevos tipos más comunes de cáncer (casos totales) en la región son los cánceres de mama, próstata y colorrectal, mientras que los cánceres de pulmón, colorrectal y próstata son los que presentan la mayor mortalidad. Los tres cánceres más comunes entre las mujeres (casos totales) son los de mama, colorrectal y de cuello uterino, mientras que entre los hombres son los de próstata, colorrectal y de pulmón.⁸

Las últimas estimaciones del IARC revelan dos patrones. El cáncer colorrectal es particularmente común en algunos de los países más desarrollados del grupo, como Argentina, Chile y Uruguay. Al mismo tiempo, en América del Sur y otras zonas en transición se han observado algunos de los aumentos más rápidos en la incidencia del cáncer de mama en el mundo.^{9,10} Se cree que esto guarda relación con las condiciones asociadas al desarrollo económico, como tener menos hijos o posponer la maternidad, así como los estilos de vida poco saludables en entornos urbanizados, pero también

³ Datos de <https://data.worldbank.org/>, las cifras de ingresos se obtuvieron mediante el método Atlas.

⁴ Alicia Bárcena, "América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo. ¿Cómo solucionarlo?", ECLAC, 2016.

⁵ UN, [Perspectivas de la población mundial 2019](#).

⁶ MS Sierra et al., "Cancer patterns and trends in Central and South America", *Cancer Epidemiology*, 2016.

⁷ F Bray et al., "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2018.

⁸ J Ferlay et al., [Global Cancer Observatory: Cancer Today](#).

⁹ F Bray et al., "The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality", *Breast Cancer Research*, 2004.

¹⁰ F Bray et al., "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2018.

con un mayor índice de detección y conciencia de la enfermedad.^{11,12}

Sin embargo resulta sorprendente ver que en países como Bolivia y Paraguay (países de ingresos bajos y medios-altos, respectivamente), el cáncer de cuello uterino, un cáncer prevenible en gran medida, está en la cima de las estimaciones de incidencia y mortalidad, más coincidente con los perfiles de países de bajos ingresos. El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más común por tasa de incidencia (cada 100.000 personas) en América Latina. Solo en África es más común (tasa estandarizada por edad cada 100.000 personas).¹³

Como lo señaló la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año en la región de ALC, más de 56.000 mujeres reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino y más de 28.000 mueren.¹⁴ Esto sucede a pesar del hecho de que se sabe que la vacuna contra el VPH previene el 70% de los cánceres cervicales.¹⁵ "Es lamentable que en América Latina haya mujeres que mueren de cáncer de cuello uterino. Esto refleja las grandes desigualdades en materia de salud, la falta de acceso para las personas en condiciones de pobreza", dice Wilson Merino Rivadeneira, coordinador de la Red Nacional Acuerdo Contra el Cáncer de Ecuador. El

Tabla 2: Cánceres más comunes por incidencia y mortalidad, estimaciones

País	Incidencia (total) 2018, ambos sexos			Mortalidad (total) 2018, ambos sexos		
	1	2	3	1	2	3
Argentina	Mama	Colorrecto	Próstata	Pulmón	Colorrecto	Mama
Bolivia	Cuello uterino	Próstata	Vesícula biliar	Vesícula biliar	Cuello uterino	Pulmón
Brasil	Mama	Próstata	Colorrecto	Pulmón	Colorrecto	Mama
Chile	Próstata	Colorrecto	Mama	Pulmón	Estómago	Colorrecto
Colombia	Mama	Próstata	Colorrecto	Estómago	Pulmón	Colorrecto
Costa Rica	Próstata	Mama	Colorrecto	Estómago	Colorrecto	Próstata
Ecuador	Próstata	Mama	Estómago	Estómago	Próstata	Colorrecto
México	Mama	Próstata	Colorrecto	Colorrecto	Próstata	Mama
Panamá	Próstata	Mama	Colorrecto	Próstata	Pulmón	Estómago
Paraguay	Mama	Próstata	Cuello uterino	Pulmón	Colorrecto	Mama
Perú	Próstata	Mama	Estómago	Estómago	Pulmón	Próstata
Uruguay	Colorrecto	Mama	Pulmón	Pulmón	Colorrecto	Mama
América Latina y el Caribe	Mama	Próstata	Colorrecto	Pulmón	Colorrecto	Próstata

Fuente: Cancer Today 2018.

¹¹ MS Sierra, et al., "Cancer patterns and trends in Central and South America." *Cancer Epidemiology*, 2016.

¹² F Bray et al., "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2018.

¹³ J Ferlay et al., *Global Cancer Observatory: Cancer Today*.

¹⁴ OPS, "El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir", 2019.

¹⁵ L Thaxton and AG Waxman, "Cervical cancer prevention: immunization and screening 2015", *Medical Clinics of North America*, 2015.

cáncer de estómago, un tipo que está relacionado con las dietas poco saludables,¹⁶ también tiene una alta incidencia en la región.

Es hora de generar resultados

En general, las tasas de incidencia de todos los cánceres en los 12 países latinoamericanos analizados son relativamente bajas: solo uno de los 12 países, Uruguay, se encuentra entre los primeros 50 países con respecto a la tasa de cáncer estandarizada por edad en 2018, con 263,4 casos cada 100.000 personas por año.¹⁷ Sin embargo, en relación con la incidencia, las tasas de mortalidad en América Latina son desproporcionadamente altas.¹⁸ La relación M:I es una medida sencilla que se utiliza para evaluar la eficiencia general del manejo del cáncer. Se basa en la suposición de que, ante una carga de cáncer similar, en un país que cuente con un programa de control del cáncer más exitoso se producirán menos muertes.¹⁹ Esta medida amplia, que considera todos los cánceres juntos, puede enmascarar las diferencias inherentes en la eficiencia del manejo del cáncer que pueden existir según los diferentes tipos de cáncer. Por lo general, los mejores sistemas de salud se han asociado con mejores relaciones M:I.²⁰ Según la relación M:I, la región de ALC es la tercera peor después de África y Asia, y por encima de Europa, América del Norte y Oceanía.

Sin embargo, hay grandes disparidades dentro del grupo de los 12 países examinados en este informe. La relación M:I de Bolivia es similar a la de África. Por el contrario, las relaciones de Colombia, Brasil, Costa Rica y México se encuentran entre las de Europa y América del Norte. Pero dado que la incidencia es mayor en este último grupo, la mortalidad parece ser comparativamente

mayor en la región de ALC. Como ejemplo, Andre Cezar Medici, economista de salud del Banco Mundial, explica que "la mortalidad por cáncer en Brasil es más alta de lo que podría ser debido a problemas estructurales como la detección tardía y el corto alcance de las medidas preventivas y el tratamiento temprano, especialmente para la población pobre y dependiente del SUS [la población que depende del Sistema Único de Saúde, el sistema de salud financiado con fondos públicos del país]".

Un análisis de los datos de supervivencia, una medida clave de la efectividad del manejo del cáncer, muestra que en la mayoría de los países analizados todavía hay un camino por recorrer. Para Raúl Murillo, director del Centro de Oncología de la Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia, observar resultados como la tasa de supervivencia es fundamental: "En Colombia, la supervivencia ha disminuido en algunos casos. Puede que estemos excelentemente preparados, pero necesitamos resultados".

Los datos de supervivencia no están disponibles para algunos de los países, a saber, Bolivia, México, Panamá y Paraguay. También, en la mayoría de los casos, los países latinoamericanos están por debajo de los países de referencia, Estados Unidos y el Reino Unido. Y una vez más, las disparidades dentro de la región son notables. Por ejemplo, Costa Rica tiene una tasa de supervivencia más alta que el Reino Unido para el cáncer de mama, pero la tasa de Colombia es mucho más baja que la del Reino Unido. Chile tiene una tasa de supervivencia considerablemente más baja para el cáncer de pulmón que los demás países. La tasa de supervivencia del cáncer de colon en Costa Rica es casi el doble que la de Colombia.

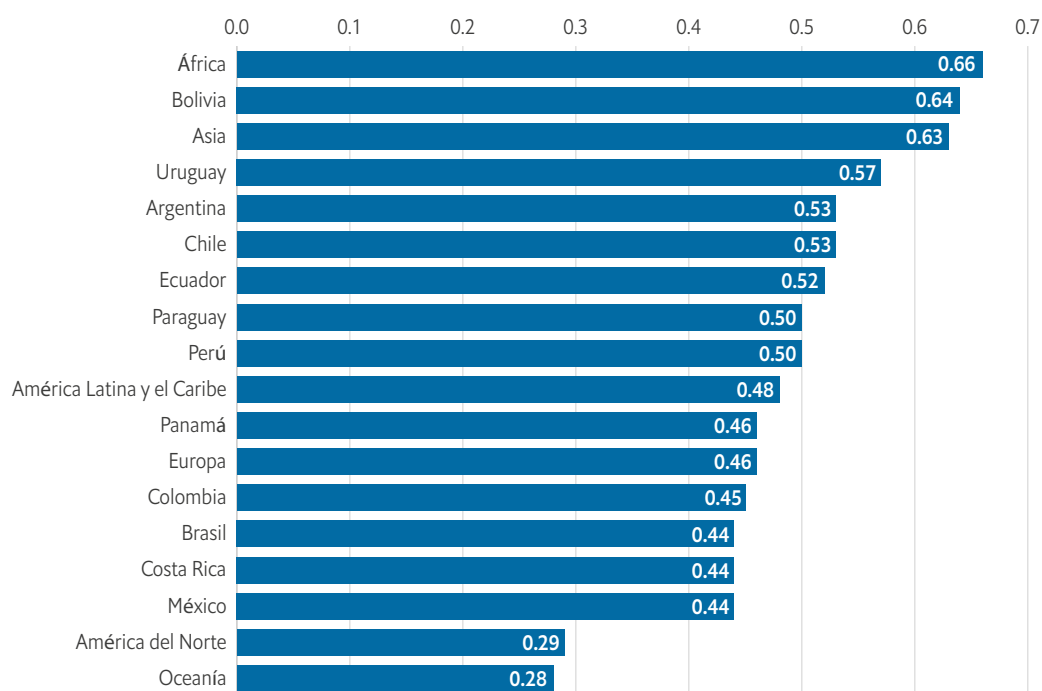
¹⁶ F Bray et al., "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2018.

¹⁷ World Cancer Research Fund International. [Global cancer data by country: exploring which countries have the highest cancer rates](#), 2018.

¹⁸ MP Curado and DL Bezerra de Souza, "Cancer Burden in Latin America and the Caribbean." *Annals of Global Health*, 2014.

¹⁹ The Economist Intelligence Unit. "Cancer control, access and inequality in Latin America: a tale of light and shadow", 2017.

²⁰ Eunji Choi et al., "Cancer mortality-to-incidence ratio as an indicator of cancer management outcomes in Organization for Economic Cooperation and Development countries", *Epidemiology and Health*, 2017.

Cuadro 1: Relación M:I de cáncer (países y regiones seleccionados), 2018

Fuente: Cancer Today 2018, Cálculos de EIU.

Tabla 3: Tasa de supervivencia neta a cinco años (%) para cánceres seleccionados, 2010-2014

País	Cáncer de mama Tasa de supervivencia neta a cinco años	Cáncer de pulmón Tasa de supervivencia neta a cinco años	Cáncer de próstata Tasa de supervivencia neta a cinco años	Cáncer de colon Tasa de supervivencia neta a cinco años
Argentina	84.4	13.1	87.6	54.4
Brasil	75.2	8.5	91.6	48.3
Chile	75.5	4.6	82	43.9
Colombia	72.1	8.7	80.3	34.5
Costa Rica	86.7	20.1	93.2	60.1
Ecuador	75.5	12.2	82.2	47.8
Perú	84	-	-	59
Uruguay	-	9	86.5	53.5
EE.UU.	90.2	21.2	97.4	64.9
Reino Unido	85.6	13.3	88.7	60

Fuente: C Allemani et al., "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", Lancet, 2018.

Costos crecientes

La profundización de la guerra contra el cáncer no será fácil, ya que las economías latinoamericanas enfrentan múltiples desafíos financieros. En primer lugar, todavía hay necesidades de atención sanitaria y servicios sociales básicos insatisfechos. Tradicionalmente, esto se ha visto agravado por la fragmentación de los sistemas de salud, combinando sistemas de seguridad social para aquellos en el sector formal con un seguro público con financiamiento insuficiente para el sector informal y para los desempleados²¹ así como esquemas de seguros privados, lo cual genera disparidades en la atención y los resultados.

Para abordar la falencia en los servicios para los pobres, América Latina ha respondido con ambiciosos objetivos de Cobertura Sanitaria Universal, con un avance sorprendente en muchos casos. Algunos países como Argentina, Colombia, México y Perú han reportado avances notables en la cobertura de la población.²² De acuerdo con los resultados del "Índice de Cobertura Sanitaria Universal", producido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los 12 países estudiados promediaron alrededor de un 73% de cobertura en servicios esenciales en 2015.²³ A pesar de estos signos de importante avance, la OPS estimó que, en 2014, aproximadamente el 30% de la población no tenía acceso a atención sanitaria debido a obstáculos financieros, mientras que el 21% no buscaba atención debido a las barreras geográficas.²⁴

Un segundo desafío radica en que las demandas específicas del cáncer son grandes. Recientemente se han realizado algunos estudios sobre el impacto

económico del cáncer en la región. Por ejemplo, una estimación de los costos generales directos e indirectos del cáncer entre 2010 y 2015 indicó que, en Brasil, la enfermedad supuso un costo de casi 60 mil millones de dólares en 2015, con un gasto en cáncer que representa el 1,7% del PIB cada año en promedio.²⁵ Asimismo, para Brasil, la productividad perdida como resultado de la mortalidad prematura por cáncer se estimó en 0,21% del PIB en 2012.²⁶

Mientras tanto, se estimó en un estudio que el costo del cáncer medido en términos de pérdida de producción económica será de 30,78 mil millones de dólares en Perú y 6,48 mil millones de dólares en Costa Rica entre 2015 y 2030.²⁷ El estudio tuvo en cuenta la producción económica perdida debido a la morbilidad y mortalidad de la oferta laboral, así como también la desviación de fondos en el gasto en salud. En Chile, los costos directos e indirectos del cáncer ascienden a más de 2,1 mil millones de dólares por año, o alrededor del 1% del PIB, según datos de 2009.²⁸ Debería hacerse un mayor esfuerzo para comprender las implicaciones económicas del cáncer en la región. El doctor Gonzalo Vargas Chacón, coordinador del Consenso Nacional de Especialistas en Cáncer de Costa Rica, señala: "El cáncer plantea un grave riesgo para el ciclo de producción en términos de la fuerza laboral, ya que afecta a las personas en su edad productiva."

Debería hacerse un mayor esfuerzo para comprender las implicaciones económicas del cáncer en la región.

²¹ K Strasser-Weippl et al., "Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Oncology*, 2015.

²² K Strasser-Weippl et al., "Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Oncology*, 2015.

²³ OMS, [Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud](#)

²⁴ OPS y OMS, "Strategy for universal access to health and universal health coverage", 53ro Consejo Directivo, 2014.

²⁵ Alessandra de Sá Earp Siqueira et al., "Economic Impact Analysis of Cancer in the Health System of Brazil: Model Based in Public Database", *Health Science Journal*, 2017.

²⁶ Alison Pearce et al., "Productivity losses due to premature mortality from cancer in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS): A population-based comparison", *Cancer Epidemiology*, 2018.

²⁷ David E Bloom et al., "The economic burden of noncommunicable diseases and mental health conditions: results for Costa Rica, Jamaica, and Peru", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018.

²⁸ Camilo Cid et al., "Impacto económico del cáncer en Chile: una medición de costo directo e indirecto en base a registros 2009", *Medwave*, 2016.

Por lo tanto, el desafío del cáncer es un factor de alta importancia en la región. Dadas las características demográficas y socioeconómicas altamente diversas, cada país deberá llevar adelante una revisión cuidadosa de sus necesidades para preparar una respuesta estratégica a la enfermedad. La región ha logrado un importante avance en la expansión del acceso a la atención sanitaria, especialmente para las personas más desfavorecidas. Los próximos años

deberían centrarse en cerrar todas las brechas de acceso y mejorar la calidad de los servicios.

En los próximos capítulos de este informe se analizará de qué manera los países de América Latina se están preparando para la guerra contra el cáncer desde una perspectiva sistémica que implica políticas y planificación, prestación de servicios, sistemas de salud y gobernanza.

Capítulo 1: El índice de preparación para el abordaje del cáncer

Midiendo la preparación para el abordaje del cáncer

Este estudio sigue el modelo de la publicación de The Economist Intelligence Unit, *Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic* de principios de 2019, en la cual se evaluó a 28 países de todo el mundo.²⁹ Con la misma metodología, este estudio se centra en 12 países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.

El Índice de preparación para el abordaje del cáncer (ICP) mide en qué medida están preparados los sistemas de salud para hacer frente al desafío del cáncer y busca responder a esta pregunta: ¿Qué tan bien preparados están los países para lograr reducciones importantes en las muertes prematuras por cáncer, aumentar las tasas de supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer?

El ICP se desarrolló después de consultar la bibliografía y tras la reunión de un panel de expertos que guio la selección de indicadores deseables respecto a la preparación para el abordaje del cáncer. El índice explora el tema de la preparación para el abordaje del cáncer a lo largo de tres amplios dominios:

1. Políticas y planificación: centrándose en los factores de apalancamiento que están principalmente en manos de los responsables políticos.
2. Servicios de salud: analizando la prestación de actividades específicas para el cáncer dentro de los propios sistemas de salud.
3. Sistemas de salud y gobernanza: reconociendo que el cáncer no puede ser derrotado solo con actividades centradas únicamente en la enfermedad.

Los tres dominios comprenden 13 subdominios y 45 indicadores. Estos indicadores van desde la existencia de políticas para incentivar la actividad física hasta el alcance de la prestación de cuidados paliativos en el sistema de salud pública. Otros indicadores analizan cuestiones tan diversas como el tamaño de la fuerza laboral del sistema de salud y la prevalencia de la corrupción.

Se asignó un puntaje del 1 al 100 a los indicadores de cada país de acuerdo con pautas estandarizadas. Luego los puntajes de los indicadores se combinaron usando promedios ponderados para crear puntajes de subdominio, que finalmente se calcularon para llegar a un puntaje general. Las mediciones del ICP se basan en la evidencia recopilada por The Economist Intelligence Unit y en los datos obtenidos de bases de datos internacionales de renombre.³⁰

²⁹ The Economist Intelligence Unit, *Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic*, 2018, https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/Cancer_preparedness_around_the_world.pdf

³⁰ Para conocer una descripción detallada de la metodología y obtener información específica sobre indicadores, puntajes y ponderación, consulte el informe de The Economist Intelligence Unit, *Index of Cancer Preparedness, Methodology report*, <http://worldcancerinitiative.economist.com/index-of-cancerpreparedness/ICPMethodology.pdf>.

Los resultados son los siguientes:

Tabla 4: ICP: Resultados de América Latina

Puntaje general		Políticas y planificación		Servicios de salud		Sistema de salud y gobernanza					
1	Brasil	82.2	1	Brasil	94.4	1	Colombia	84.9	1	Uruguay	66.3
2	Colombia	80.3	2	Colombia	92.1	2	Brasil	84.1	2	Chile	64.9
=3	Chile	74.9	3	Costa Rica	88	3	Chile	80.7	3	Brasil	54.1
=3	Uruguay	74.9	4	Uruguay	84.3	4	Argentina	75.0	4	Ecuador	48.2
5	Argentina	71.4	5	Argentina	83.4	5	Uruguay	69.8	5	Perú	48.1
6	Costa Rica	70.1	6	Perú	83.3	PROMEDIO 64		PROMEDIO 47.9			
PROMEDIO 65.5		7	Panamá	81.6	6	Costa Rica	63.8	6	Colombia	47.5	
7	Perú	64.9	PROMEDIO 75.8		7	México	61.9	7	Costa Rica	47.1	
8	México	63.1	8	Chile	74.1	8	Perú	55	8	México	45.2
9	Panamá	61	9	México	73.2	9	Panamá	50.9	9	Panamá	40.4
10	Ecuador	54.2	10	Ecuador	65.2	10	Bolivia	50	10	Argentina	39.9
11	Paraguay	50.1	11	Paraguay	62.2	11	Ecuador	46.2	11	Bolivia	38.2
12	Bolivia	38.6	12	Bolivia	27.3	12	Paraguay	45.5	12	Paraguay	34.9

Fuente: ICP: América Latina

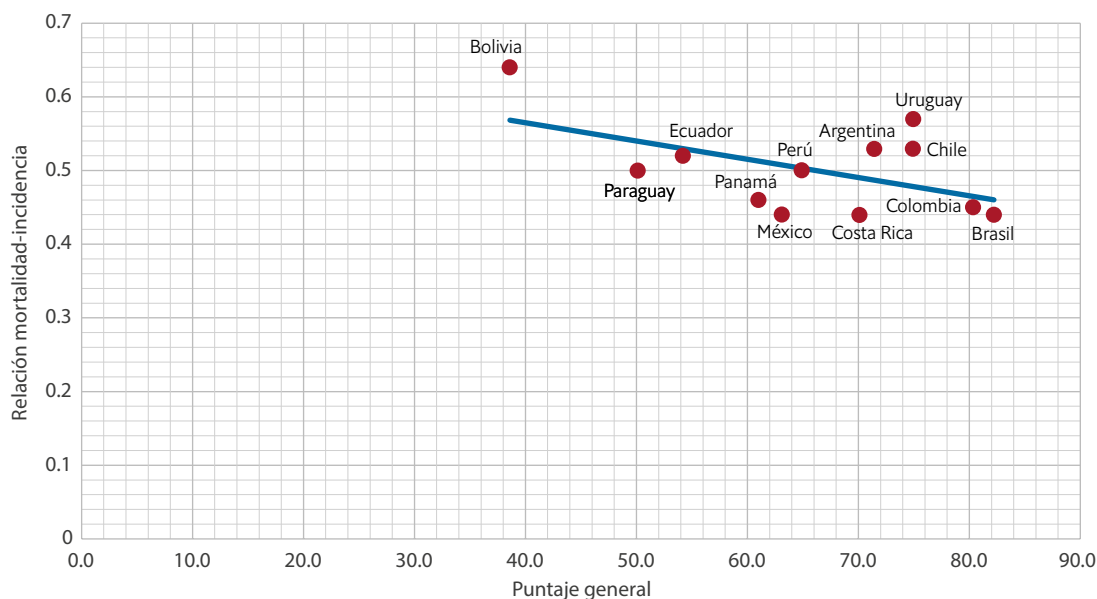
Sin embargo, más importante que las clasificaciones generales es el análisis de cómo las acciones desde diferentes puntos de vista están determinando el grado de preparación en general. Este estudio puede ayudar a los países a evaluar su desempeño actual e identificar los logros de sus países vecinos, de los cuales pueden aprender. Esperamos iniciar un debate sobre lo que se necesita para un buen control del cáncer y lo que los países pueden hacer para mejorar.

El estudio global del ICP encontró una fuerte correlación entre los resultados de control del cáncer (medidos por la relación M:I) y el puntaje general del ICP. Esto demostró que, en términos generales, el ICP puede ser una herramienta útil de evaluación comparativa para mapear los esfuerzos

de control del cáncer. En este estudio, esta asociación negativa se mantiene pero es menos fuerte. Sin embargo, dado el pequeño tamaño de la muestra (12), no se pueden hacer grandes generalizaciones. Sin embargo, el análisis de correlación muestra algunos patrones interesantes:

- Los registros de cáncer tienen la correlación más fuerte de todos los indicadores específicos con el puntaje general. Esto significa que los registros de cáncer de calidad son una buena variable predictiva de la preparación general para el abordaje del cáncer. Esto no es sorprendente, ya que los registros implican una capacidad institucional, política y técnica preexistente en el país y, a la vez, los datos que producen deben alimentar el diseño de políticas.

Cuadro 2: Correlación entre la relación M:I y el puntaje del ICP



Fuente: Cancer Today 2018, Cálculos de EIU.

- El dominio de políticas y planificación está correlacionado negativamente con la relación M:I. Esto significa que los países más avanzados en los aspectos políticos e institucionales también son aquellos en los que los resultados del sistema de salud son relativamente mejores y viceversa.
- No existe una asociación clara entre el gasto sanitario total (porcentaje del PIB) y los puntajes generales. Del mismo modo, no existe una relación clara entre el nivel de ingreso del país y el puntaje general. Por ejemplo, los dos países con las clasificaciones más altas, Brasil y Colombia (ingreso medio-alto) tienen un nivel de ingreso más bajo que Uruguay y Chile (ingreso alto). Dicho esto, Bolivia, el único país de ingresos medios-bajos en el grupo, también está en la parte inferior del ICP.

¿Qué ha cambiado en los últimos años?

En 2017, The Economist Intelligence Unit publicó la tabla de calificaciones en materia de control del cáncer en América Latina, un primer intento de comparar la preparación para el abordaje del cáncer en los 12 países, con un enfoque en las políticas que reducen la desigualdad.³¹ La metodología de este nuevo estudio no es directamente comparable. Sin embargo, al observar áreas de análisis compatibles se pueden identificar dos movimientos. Uno es el salto de la Argentina en la dimensión de la planificación del cáncer, impulsado por su nuevo plan nacional contra el cáncer, y el segundo es la mejora de Bolivia en el acceso al tratamiento con la reciente implementación del Sistema Único de Salud, que promete el alcance gradual de la atención médica gratuita y universal a través de instituciones de salud pública.³²

³¹ The Economist Intelligence Unit, *Cancer control, access and inequality in Latin America: A tale of light and shadow*, 2017.

³² Ministerio de Salud, *Sistema Único de Salud - Preguntas Frecuentes*, 2019.

Este trabajo fue seguido de la publicación de 2018 *Lung Cancer in Latin America: Time to Stop Looking Away*.³³ Si bien el enfoque de este estudio fue considerablemente diferente, se pueden establecer paralelismos con ciertos temas generales en el presente estudio. Tanto en ese momento como en la actualidad hay evidencia de la necesidad de aumentar las iniciativas de prevención y detección temprana en todos los tipos de cáncer. Las brechas en el acceso a la atención del cáncer observadas en 2018 también prevalecen en algunos segmentos de la población, aunque la expansión de los programas de Cobertura Sanitaria Universal es una prueba del avance que se está logrando en esta área. El estudio de 2018 también observó un retraso en los cuidados paliativos y las estrategias de apoyo a largo plazo para pacientes y sobrevivientes, lo cual también se evidencia en este nuevo análisis.

Algunas advertencias

Para comprender el valor del ICP se requiere transparencia respecto de sus limitaciones, una cuestión inevitable en cualquier esquema que intente modelar una realidad compleja.

- En primer lugar, pudimos incluir solo indicadores basados en datos ampliamente comparables disponibles en todos los países. En busca de la comparabilidad global, se puede perder parte de la especificidad y el contexto del país.
- La disponibilidad de datos limitó las opciones. Por ejemplo, por lo general no hay informes disponibles sobre el gasto en control del cáncer.
- Para algunos indicadores confiamos en los últimos datos disponibles de fuentes internacionales. Puede haber retrasos en esta información ya que los estudios globales tardan algunos años en completarse. Además, parte

de la información puede depender de un único punto de datos, como el autoinforme de los funcionarios.

- La necesidad de coherencia en la medición de los resultados en diferentes países a veces puede arrojar puntajes anómalos. Por ejemplo, los países pueden tener diferentes coberturas o estrategias para diferentes intervenciones en función de sus prioridades y perfiles epidemiológicos. Por ejemplo, un país puede abordar la vacunación contra la hepatitis B de manera diferente según si la prevalencia es baja o alta. Pero a los efectos de la comparabilidad regional, asumimos un único punto de vista, es decir la cobertura total para menores de un año.
- Este es principalmente un estudio de insumos (como políticas, instituciones, recursos, infraestructura y gobernanza). Por lo tanto, los puntajes pueden ser contradictorios con los resultados observados en términos de salud. Por ejemplo, un país con buenas políticas recientes puede arrojar buenos resultados incluso si los resultados de la atención médica no son buenos. Una autoevaluación de la calidad de la implementación de políticas es una tarea fundamental para los líderes de los países a fin de garantizar que las políticas se traduzcan en resultados positivos.
- La medición de políticas, como lo hacen algunos indicadores, tiene sus dificultades. Es posible que las políticas no sean a largo plazo o que no se implementen lo suficientemente bien como para causar un impacto. ¿Por qué medir las políticas? Porque las políticas son el primer paso para reconocer un problema y organizar la implementación de medidas. Sin embargo, las políticas siguen siendo deficientes en algunos países.

³³ The Economist Intelligence Unit, *Lung Cancer in Latin America: Time to Stop Looking Away*, 2018.

- La falta de datos en todos los países hace posible que el ICP mida la implementación solo en un grado limitado. El cumplimiento de los compromisos asumidos con las políticas es algo que no debe darse por hecho. La calidad de la implementación es de gran importancia. Por ejemplo, la existencia de un programa nacional de detección de cáncer de cuello uterino en el servicio público no es una confirmación de una cobertura óptima.

- Este estudio presenta solo una clasificación relativa de un pequeño grupo de países, por lo cual la interpretación de las clasificaciones debe ser cautelosa. Como referencia, el país líder, Brasil, ocupó el puesto 11 en el estudio global de ICP de 28 países en todo el mundo. Y 28 países también es una muestra limitada.

La siguiente sección contiene información sobre la preparación para el abordaje del cáncer en los dominios del ICP: política y planificación, prestación de servicios, y sistemas de salud y gobernanza.

Capítulo 2: Políticas y planificación

Mensajes fundamentales

- La mayoría de los países han desarrollado planes nacionales de control del cáncer. Estos planes deben ser específicos y actualizarse continuamente, e idealmente deben desarrollarse con un enfoque de múltiples partes interesadas, que involucre a los ciudadanos. La implementación exige recursos especializados, una gobernanza sólida y un liderazgo claro.
- La región combina una larga tradición de registros junto con algunos adoptantes tardíos. Los datos de los registros son fundamentales para diseñar políticas y estrategias a la medida de las necesidades del país en materia de cáncer, así como también para realizar un seguimiento de los avances. La investigación del cáncer no cuenta con los incentivos suficientes.
- Los factores de riesgo específicos contribuyen a la carga del cáncer, y estos no se han abordado por completo. Sin embargo, hay avances en la reducción de la prevalencia del tabaquismo, impulsados por desarrollos regulatorios. Los expertos recomiendan una inversión sostenida en iniciativas de prevención y colaboración intersectorial.

Por qué es importante la planificación en la lucha contra el cáncer

En 2017, la Asamblea Mundial de la Salud recomendó que todos los países desarrollasen Planes nacionales de control del cáncer (PNCC) para abordar la creciente carga de la enfermedad.³⁴ Los Planes nacionales de control del cáncer brindan a los países una visión y una dirección en su respuesta al cáncer. Para ser lo suficientemente integrales, deben asignar responsabilidades, recursos y definir un plan de acción que sea específico y verificable. Los expertos reconocen que los planes contra el cáncer son un primer paso crucial para impulsar el avance en la atención del cáncer. "El Plan Esperanza ha ayudado a aumentar la cobertura de la atención del cáncer en Perú", dice el doctor Sarria.

La buena noticia es que, según el ICP, todos los países, excepto uno, Bolivia,³⁵ tienen un plan de

lucha contra el cáncer.³⁶ Sin embargo los planes contra el cáncer deben entenderse como un proyecto continuo a largo plazo que requiere actualizaciones periódicas dadas las demandas cambiantes, las realidades institucionales y el avance técnico. En muchos casos, los países están trabajando en el desarrollo de planes actualizados a medida que los anteriores llegan a su fin. Dos de los ejemplos más recientes son el Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 en Chile y el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2019-2029 en Panamá. Perú también está trabajando en la actualización del Plan Esperanza,³⁷ que abarcará el período 2019-2021. El último país en incorporarse fue Argentina, que presentó el Plan Nacional de Control del Cáncer en 2018 (y publicado en septiembre de 2019).³⁸ Según Julia Ismael, directora del Instituto Nacional del Cáncer del país, "tener un plan ha significado una tarea de unos cinco años. Debido

³⁴ UICC, "Achieving measurable progress towards the NCD Targets: The importance of National Cancer Control Plans (NCCPs)", 2018.

³⁵ Bolivia ha tenido una serie de planes para cánceres específicos, pero no hay un plan integral disponible.

³⁶ El ICP examinó la existencia de planes de lucha contra el cáncer, aunque el alcance de la implementación varía. En México, por ejemplo, el Instituto Nacional de Cancerología propuso un plan para 2016, que aún no se ha implementado, según el doctor Mohar.

³⁷ Ministerio de Salud, "Resolución Ministerial N° 360-2019/MINSA", 2019.

³⁸ Boletín Oficial de la República Argentina, "Resolución 1760/2019", 2019

a la fragmentación del sistema, esto ha requerido alcanzar una articulación y consenso".

A pesar de los avances en el desarrollo de nuevas políticas, el ICP considera que la amplitud de los planes contra el cáncer varía. En nuestro análisis, Costa Rica (Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-17) y Perú (Plan Esperanza) son los documentos más completos, con atributos clave como:

- definición de objetivos y metas específicos, inclusión de acciones que abordan el continuo completo de la atención del cáncer (prevención, detección temprana y diagnóstico, tratamiento, así como también cuidados paliativos);
- incorporación de enfoques centrados en el paciente;
- asignación de responsabilidades claras y recursos;
- descripción de un cronograma detallado; y
- abordaje de cuestiones de monitoreo y evaluación.

Si bien la implementación efectiva del plan contra el cáncer depende de múltiples factores, especialmente de la necesidad de contar con un presupuesto, tener planes claramente especificados ciertamente puede facilitar la coordinación y la acción.

Sin embargo, incluso con planes adecuados, las limitaciones institucionales y administrativas del sistema pueden dificultar la implementación operativa. En Ecuador, José Ruales, ex subsecretario de promoción de la salud del Ministerio de Salud, cree que "la gobernanza no es lo suficientemente clara o fuerte como para guiar o implementar la estrategia nacional", y también menciona la falta de una red de autoridades de salud y una entidad líder. En Colombia se evidencia una situación similar, donde el doctor Murillo señala "la falta de una visión compartida entre los organismos participantes". Se refiere, por ejemplo, a la necesidad de una mejor

coordinación en el trabajo del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología, la Cuenta de Alto Costo (un fondo para el manejo de enfermedades de alto costo), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (la agencia colombiana de evaluación de tecnologías sanitarias) y el Instituto Nacional de Salud en el uso de datos unificados sobre el cáncer.

Un factor que a menudo se pasa por alto es el rol crucial de los ciudadanos en la formulación de políticas.

Un factor que a menudo se pasa por alto es el rol crucial de los ciudadanos en la formulación de políticas: en nuestro análisis, aproximadamente la mitad de los países no mostraron evidencia de asociaciones de pacientes que participaran en la formulación de políticas. Ecuador tiene un caso interesante en la Iniciativa Popular Normativa, un mecanismo político para el desarrollo de proyectos legislativos dirigidos por ciudadanos, que recientemente se ha utilizado para proponer una ley en favor de la lucha contra el cáncer.³⁹ La iniciativa fue respaldada por más de 100.000 ciudadanos y lleva tres años de trabajo. Como señala el señor Merino: "Los ciudadanos deben estar facultados para participar en la formulación de políticas, a fin de garantizar que se reflejen sus necesidades y se consideren sus aportes". Recientemente Chile también ha desarrollado una innovadora plataforma en línea para la participación ciudadana en el diseño de su propuesta de ley contra el cáncer (ver el cuadro de la página 27).

La falta de recursos financieros también constituye una limitación fundamental, ya que a menudo los planes hacen menciones relativamente vagas de los presupuestos. En algunos de los países analizados, la financiación se ha garantizado mediante el

³⁹ Consejo Nacional Electoral. "Iniciativa Popular de Proyecto de Ley de Lucha contra el Cáncer cumplió firmas requeridas", 2018.

Tabla 5: Evaluación de los planes nacionales de control del cáncer por medio del ICP

País/indicador	Existencia de PNCC	Alcance	Marco de implementación	Monitoreo y evaluación
	Puntaje 0-2	Puntaje 0-3	Puntaje 0-3	Puntaje 0-2
Argentina	2	2	3	2
Bolivia	0	0	0	0
Brasil	2	2	2	2
Chile	2	3	2	2
Colombia	2	2	3	2
Costa Rica	2	3	3	2
Ecuador	2	2	3	2
México	2	2	1	1
Panamá	2	3	1	2
Paraguay	2	2	2	1
Perú	2	3	3	2
Uruguay	2	2	3	2

Nota: Los puntajes más altos indican un mejor desempeño.

Fuente: ICP: América Latina

desarrollo de legislación adicional. Este es uno de los objetivos de la propuesta de ley de cáncer en Chile, que aún se encuentra en el proceso de aprobación por parte del gobierno. Paraguay también ofrece un ejemplo con la Ley 6.266 de diciembre de 2018 para la atención integral de personas con cáncer, que contiene un capítulo sobre financiamiento. La ley estipula la creación de un fondo para la atención del cáncer que se financiará con contribuciones estatales e impuestos (al tabaco y al alcohol). Nelson Mitsui, director del Instituto Nacional del Cáncer del país, observa: "La ley contará con financiamiento exclusivo para pacientes con cáncer. Esperamos un futuro mejor para la oncología." Perú también cuenta con mecanismos adicionales para garantizar la financiación de su Plan Esperanza en el "Programa presupuestal 0024", un programa de presupuesto integral basado en resultados que guía las inversiones en el programa contra el cáncer.

La importancia de los datos y el conocimiento

Los registros de cáncer juegan un rol crítico en una respuesta efectiva para afrontar el cáncer. La vigilancia del cáncer debe ser una condición previa a la planificación, dado que permite la identificación de prioridades y la supervisión continua de la efectividad. Los registros de cáncer basados en la población implican una recopilación integral y sistemática de datos de morbilidad en una población definida de múltiples fuentes (como laboratorios, hospitales, hospicios y departamentos de estadísticas), lo cual permite medir la incidencia del cáncer a lo largo del tiempo.⁴⁰ Los registros de cáncer son críticos para la construcción de perfiles epidemiológicos completos que guíen el desarrollo de políticas. El doctor Sarria menciona un ejemplo de evidencia fundamental necesaria para el diseño

⁴⁰ UICC y IARC, "Cancer registries: why, what and how?"

de políticas: "En la Sierra Norte del Perú, el 50% de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres menores de 50 años. La pauta general es iniciar los análisis de detección después de los 50 años". Por lo tanto, la evidencia de los registros se puede utilizar para ajustar las estrategias de detección.

En nuestro análisis, solo Paraguay carece de un registro de cáncer basado en la población. Los registros han existido en los países analizados durante décadas, con el Registro Poblacional de Cáncer de Cali (1962) o el Registro de Cáncer de Base Poblacional de São Paulo (1969) como pioneros.⁴¹

⁴² Los más recientes en este grupo de países son la iniciativa de Bolivia para desarrollar el Registro Nacional del Cáncer en 2012 (aunque, según informes, con una actividad limitada hasta ahora), y el reciente intento de México de consolidar los datos de las principales ciudades.⁴³ "En México hay un retraso en la información de alta calidad, pero hay interés

La evidencia de los registros se puede utilizar para ajustar las estrategias de detección.

en abordar este problema. Se ha creado una red de registros de nueve ciudades. Hay recursos, pero esto comenzó en 2016, según señala Alejandro Mohar, jefe de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Según el doctor Sarria, en Perú, aumentar la cobertura del registro de cáncer (al 36%) será una prioridad del próximo plan de lucha contra el cáncer.

El doctor Mitsui señala las limitaciones que acarrea la falta de un registro de cáncer para una respuesta sistemática a nivel nacional: "No es posible hacer

proyecciones sin un registro". Asimismo, a pesar de que la mayoría de los países cuentan con un registro de cáncer, existen diferencias notables en el alcance y la calidad de los datos. Costa Rica y Uruguay tienen los registros más avanzados, según el ICP. Tienen cobertura nacional y ofrecen datos de alta calidad.⁴⁴ Nuestro análisis considera como los registros más completos aquellos que recopilan datos sobre atributos como incidencia, demografía, características del tumor, estadio de la enfermedad, tratamiento y resultados, con actualizaciones y publicación de datos frecuentes.

La Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) sugiere que, a pesar de las limitaciones en términos de recursos, cualquier país puede tener un registro incluso si se basa en datos regionales, que pueden extrapolarse a nivel nacional.⁴⁵ Colombia es un ejemplo de este método. Los datos nacionales del país se basan en registros regionales de Cali, Bucaramanga, Pasto y Manizales, y el Sistema de Información de Cáncer de Colombia consolida los datos, administrados por el Instituto Nacional del Cáncer.⁴⁶ La cobertura del registro es de aproximadamente el 9%,⁴⁷ y, según el doctor Murillo, "la información se ha utilizado de manera eficiente para generar estimaciones para todos los demás departamentos del país".

La investigación del cáncer se mide a través de la disponibilidad de políticas de investigación. Si bien existen pautas y políticas de investigación en varios países, la mayoría de los expertos entrevistados no son optimistas respecto de los logros de las investigaciones. En Uruguay, la ausencia de investigación clínica sobre el cáncer es un desafío importante, señala Luis Ubillos, presidente de la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica de Uruguay. Bruno Nervi, presidente de la fundación

⁴¹ Registro de Cáncer de Base Poblacional de São Paulo, "Histórico".

⁴² Marion Piñeros et al., "Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2017.

⁴³ Gob.mx, [Impulsa Fundación Registro Nacional de Cáncer](#), 2017.

⁴⁴ Marion Piñeros et al., "Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2017.

⁴⁵ UICC y IARC, "Cancer registries: why, what and how?".

⁴⁶ Gobierno de Colombia, "Información de Cáncer en Colombia".

⁴⁷ C Allemani et al., "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", *Lancet*, 2018

Chile sin Cáncer, destaca el problema de la falta de fondos en Chile. Para el doctor Ruales, en Ecuador, "la investigación es muy limitada y aborda principalmente temas clínicos y/o casos específicos, pero no cubre factores, diferencias territoriales o características especiales". Se refiere a un ejemplo de cáncer de tiroides que excede la media regional, que no ha sido suficientemente investigado. Tales inquietudes se manifiestan también en Chile, donde "tenemos la mayor incidencia de cáncer gástrico y de vesícula en el mundo, pero no hay suficiente investigación al respecto", agrega el doctor Nervi. En el análisis del ICP, se determinó que Bolivia, Chile, Costa Rica y Ecuador carecían por completo de un programa o política de investigación. Por último, una política de investigación puede ser la base de la actividad de investigación, pero se requiere coordinación para que la política se traduzca en acciones, señala el doctor Murillo.

La investigación y el liderazgo técnico generalmente son impulsados por institutos nacionales de cáncer, que desempeñan un rol fundamental, y a menudo heroico, en varios países. Los expertos sostienen que es importante que los institutos cumplan un rol como punto de referencia nacional para la práctica clínica y el conocimiento. Tanto el doctor Mitsui como el doctor Ruales notan la ausencia de un instituto con esta función en sus países. Tanto el Instituto Nacional del Cáncer en Paraguay como la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador cumplen principalmente una función de atención. A pesar de los aparentes retrasos en la investigación, se destacan algunas iniciativas lideradas por estas instituciones. Por ejemplo, el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina lleva adelante un programa de subvenciones para la investigación científica en materia de cáncer.⁴⁸ Del mismo modo, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Perú cuenta con un programa de investigación activo y ha desarrollado un enfoque de apoyo para pacientes oncológicos por medio de la telesalud (ver el cuadro más adelante).⁴⁹

Para el doctor Ruales, en Ecuador, "la investigación es muy limitada y aborda principalmente temas clínicos y/o casos específicos, pero no cubre factores, diferencias territoriales o características especiales".

Abordando los factores de riesgo

La diversidad geográfica, demográfica y cultural de América Latina se refleja en una multiplicidad de factores de riesgo. Estos van desde el riesgo de cáncer de piel debido a la ubicación de Ecuador, hasta tradiciones milenarias de salazón de alimentos en Perú relacionadas con el cáncer gástrico y una preocupante epidemia de obesidad en México. Estos se suman a los factores de riesgo comunes que conlleva el desarrollo económico y la rápida urbanización, como los estilos de vida sedentarios, el consumo de alcohol y el tabaquismo.

Para el señor Merino, es hora de que la región dé prioridad a la "promoción incluso antes que la prevención". Si bien la promoción y la prevención se mencionan comúnmente en los planes contra el cáncer, existe la preocupación de que algunas veces estas no son más que buenas intenciones. Para el doctor Vargas, "los resultados de la prevención se pueden ver diez años después. Por lo tanto, tiene poco rédito en términos políticos". Tales iniciativas deben contar con el respaldo de recursos en la misma medida que otras acciones contra el cáncer más visibles e inmediatas. Según el doctor Sarria, los recursos que se gastan en la prevención del cáncer representan solo el 12% del presupuesto peruano para hacer frente a la enfermedad. Como un ejemplo sorprendente, el doctor Ruales estima que el presupuesto para promoción y prevención en Ecuador equivale al costo de dos o tres tratamientos con medicamentos nuevos obtenidos a través de procesos judiciales.

⁴⁸ Argentina.gov.ar, "[Asistencia financiera a proyectos de investigación](#)".

⁴⁹ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, [Comité de investigación](#).

Según la opinión del doctor Sarria, "el cambio de conducta es clave. Se necesita educación para todos los grupos de interés relevantes". Uruguay está tomando medidas para avanzar en esta dirección, al introducir la prevención como una materia en las facultades de medicina, según el doctor Ubillos. "Esto ha sido instituido como una política del Ministerio de Salud", agrega.

A fin de evaluar el avance en el control de los factores de riesgo, el ICP analizó las políticas clave que abordan la regulación del tabaco, así como la promoción de estilos de vida y dietas saludables. Todos los países abordan el consumo de tabaco a través de una política, estrategia o plan de acción. Sin embargo, el cumplimiento varía. Por ejemplo, todos los países exigen etiquetas de advertencia en los paquetes de tabaco. Brasil tiene el puntaje más alto en el control del tabaco, seguido de Chile, Costa Rica y Ecuador. En Perú y Paraguay se observan brechas en áreas como la prohibición publicitaria. Las acciones de Brasil se han traducido en resultados: "Entre 2008 y 2013, la reducción [de los fumadores] fue del 20%. En 2018, solo el 10% de la población de 18 años y más era adicta al tabaco", dice el señor Medici. En la mitad de los 12 países, los cigarrillos se han vuelto más asequibles de 2008 a 2016 (Argentina, Colombia, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay), lo cual debilita los puntajes del ICP para estos países en la categoría de control del tabaco.

Uruguay se ha convertido en un líder mundial en la política de control del tabaco. En 2006 se convirtió

en el primer país sudamericano en prohibir por completo el consumo de cigarrillos en lugares públicos.⁵⁰ Más recientemente, Uruguay se ha convertido en el primer país de América Latina en exigir un empaque simple para los paquetes de tabaco, además de imponer un requisito de "presentación única" (restringiendo la venta a una sola variante por marca). Si bien la tasa de tabaquismo y la incidencia del cáncer de pulmón aún es relativamente alta en Uruguay, estas políticas dieron como resultado una disminución masiva en el tabaquismo del 40% de los adultos en 2006 al 22% en 2017.⁵¹

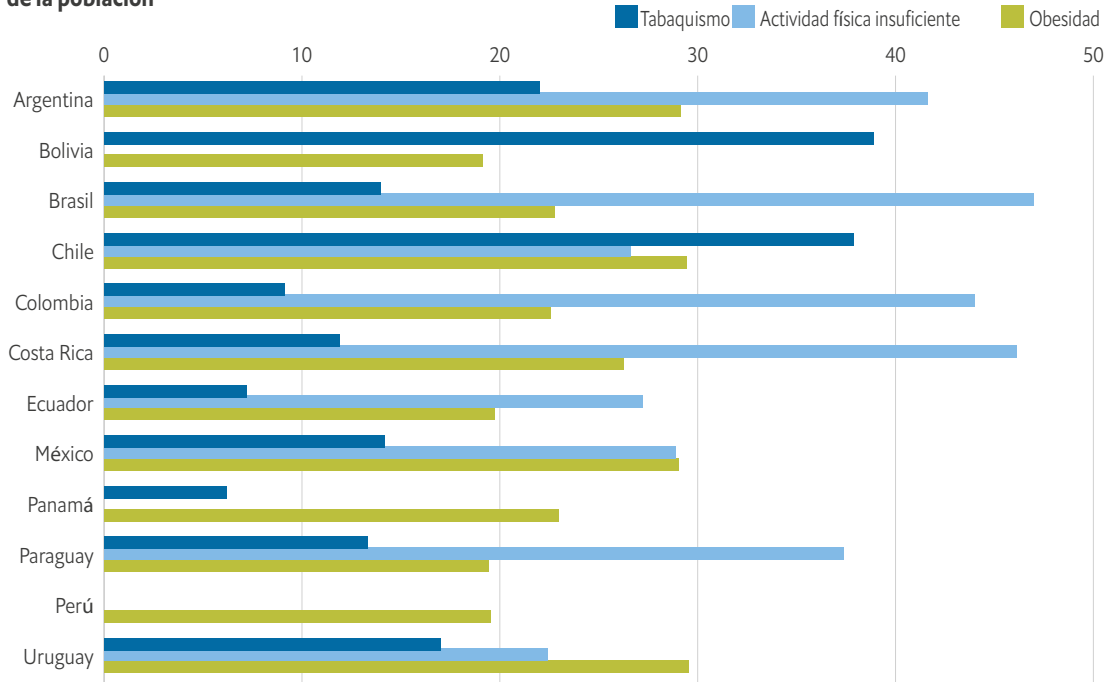
Por último, el ICP analizó el establecimiento de políticas para la promoción de estilos de vida saludables, dietas sanas, actividad física y medidas contra el consumo de alcohol. La mayoría de los países han avanzado en este dominio. Sin embargo, Bolivia aún carece de una política que promueva una dieta saludable y actividad física. Según los expertos, crear este cambio de conducta exigirá más que una formulación de políticas y un compromiso intersectorial integral. Argentina es el único país que carece de una política operativa, estrategia o plan de acción para reducir el uso nocivo del alcohol. Pero viendo el lado positivo, "se están considerando más medidas de prevención, como los impuestos sobre las bebidas azucaradas", dice la doctora Ismael. "Esto implicará la participación de varios actores interesados, incluida la industria. Pero el desafío no solo radica en los aspectos legislativos, sino también en la necesidad de crear conciencia".

⁵⁰ H Wipfli y JM Samet, "One Hundred Years in the Making: The Global Tobacco Epidemic", *Annual Review of Public Health*, 2016.

⁵¹ The Union, "Uruguay becomes the first country to require plain packaging of tobacco products in Latin America", 2018.



Cuadro 3: Prevalencia del tabaquismo, actividad física insuficiente (18+) y obesidad (adultos) como porcentaje de la población



Fuente: OMS.

Chile se moviliza por una ley de cáncer

La iniciativa para la creación de una ley de cáncer en Chile, encabezada por la sociedad civil, surge del deseo de asegurar fondos y crear una gobernanza sólida para el cáncer que prevalezca a lo largo de diferentes gobiernos.

Pronto el cáncer se convertirá en la principal causa de muerte en Chile.⁵² El país se está preparando para este desafío con un nuevo Plan Nacional de Cáncer para 2018-2028, que presentaron en diciembre de 2018 el presidente Sebastián Piñera y el exministro de salud Emilio Santelices. El documento tiene la intención de reducir la carga del cáncer por medio de estrategias de prevención y promoción de la salud, servicios de apoyo para pacientes con cáncer, fortalecimiento de la capacidad oncológica, fortalecimiento de los sistemas de información y mejora de la gestión y el control.

El plan en sí integra mejores prácticas, como la colaboración intersectorial, ya que fue creado con actores multidisciplinarios del sector de la salud pública y un panel de expertos, que incluye asociaciones profesionales, académicos, organizaciones de la sociedad civil y otros ministerios. También establece un plan de acción vinculado a objetivos y plazos específicos de los indicadores.⁵³ Sin embargo, una característica especial es una sección sobre la modificación de normas y regulaciones, y en particular la elaboración de una ley de cáncer. Esto constituyó los cimientos del nuevo proyecto legislativo.

El proyecto para una ley de cáncer fue impulsado por la sociedad civil (a través del Foro Nacional del Cáncer, una fundación) y la

senadora Carolina Goic Borojevic, defensora de la ley. La iniciativa implicó una importante movilización pública, incluidas marchas⁵⁴ y una plataforma digital pionera para que la sociedad civil comentara sobre el proyecto de ley.⁵⁵

"El objetivo de la ley es implementar una gobernanza por encima del Ministerio de Salud e involucrar a otros ministerios, por ejemplo los de educación, ciencia y tecnología, y el ministerio de la mujer, también involucrando al ministerio de finanzas en materia de financiación", señala Bruno Nervi, presidente de la fundación Chile sin Cáncer.

Tal como está, el proyecto de ley incluye áreas de trabajo tales como:

- el refinamiento de los planes quinquenales contra el cáncer, guiando la implementación de los objetivos de la ley para el abordaje de todas las etapas de la enfermedad;
- el fortalecimiento de los recursos humanos en el manejo del cáncer;
- el avance en la investigación y la creación de una red oncológica con centros especializados en todo el país;
- el desarrollo de guías clínicas para su aplicación en el sector público;
- la creación de informes obligatorios que conduzcan a la creación de un registro nacional de cáncer;
- la creación de una comisión asesora con profesionales académicos científicos y

⁵² Universidad San Sebastián – Instituto de Políticas Públicas en Salud, "[Ley de Cáncer ;Por qué es necesaria?](#)", 2018.

⁵³ Ministerio de Salud. "[Plan Nacional de Cáncer 2018-2028](#)".

⁵⁴ La Nación, "[Marcha Masiva en Santiago para pedir Ley Nacional del Cáncer](#)", 2018.

⁵⁵ Ley Nacional del Cáncer, "[Ley Nacional Del Cáncer CoLab](#)".

participantes de la sociedad civil; y

- la creación de un fondo nacional (Fondo Nacional del Cáncer) para financiar iniciativas de prevención, vigilancia e investigación⁵⁶

En marzo de 2019, el proyecto fue aprobado por el Senado, y la Comisión de Salud aún discute

y revisa ciertos aspectos. Hasta ahora se ha asegurado la financiación para la compra de equipos y para un registro de cáncer,⁵⁷ pero los recursos financieros más generales vinculados a la ley son objeto de un debate en curso. “Esta puede ser una de las etapas más desafiantes del proyecto. Esperamos que se apruebe”, agrega el doctor Nervi.

⁵⁶ Ministerio de Salud. “[Ley Nacional de Cáncer fue aprobada en general por el Senado](#)”, 2019.

⁵⁷ Carolina Goic, “[Ley Nacional del Cáncer: una promesa incumplida](#)”, El Mostrador, 2019.

Capítulo 3: Servicios de salud

Mensajes fundamentales

- Los sistemas de salud pública han adoptado buenas prácticas de prevención, como la inmunización y los análisis para la detección temprana de tipos comunes de cáncer. Sin embargo, existen grandes desafíos en materia de adherencia y en la llegada a zonas desposeídas.
- Si bien hay disparidades, existen carencias importantes en la mayoría de los países en lo que respecta a los equipos de oncología (como la radioterapia) y la cantidad de especialistas. Los programas de Cobertura Sanitaria Universal han puesto a disposición un tratamiento esencial en teoría, pero esto debería estar respaldado por una mejor calidad en materia de planificación y distribución. Hay un retraso en la implementación de cuidados paliativos.
- Mejorar la calidad exigirá una revisión de los aspectos administrativos del sistema e incentivos para diferentes actores. Está surgiendo el desarrollo de estándares para la atención del cáncer, al igual que los enfoques centrados en el paciente.

Abordaje del cáncer en las etapas tempranas

La inmunización es una primera medida para la prevención de ciertos tipos de cáncer. Un hallazgo positivo del ICP es que la mayoría de los países están aprovechando la inmunización para abordar el cáncer de cuello uterino y de hígado, a través de la vacunación contra el VPH y la hepatitis B. Según datos de la OMS de 2017, todos los países cuentan con una cobertura superior al 80% de la vacuna contra la hepatitis B entre los niños de un año de edad. Hasta hace poco tiempo, todos los países, excepto Costa Rica, tenían un programa nacional de vacunación contra el VPH. Pero esto ha cambiado, ya que el Ministerio de Salud lanzó un programa para la vacunación de todas las niñas de diez años en las escuelas a partir de junio de 2019.⁵⁸ Sin embargo, según el doctor Vargas, "se

recomienda la vacunación para niños y niñas, pero desafortunadamente, los niños fueron excluidos. Este es un ejemplo de débil coordinación con los especialistas."

Más del 80% de las adolescentes en América Latina viven en países que ofrecen vacunación contra el VPH a través de los sistemas de salud pública, pero se han observado desafíos en el cumplimiento de la segunda o tercera dosis.⁵⁹ Según la OPS, la cobertura de las dos dosis aún no ha alcanzado el 80% en la mayoría de los países.⁶⁰ Las campañas educativas y el seguimiento a estas iniciativas son necesarios para garantizar que los beneficios de estos programas se materialicen.^{61,62} En Colombia, por ejemplo, un caso controvertido de reacciones adversas a la vacuna en 2014 condujo a una caída dramática en la adherencia.⁶³

Los análisis y la detección temprana se traducen

⁵⁸ Ministerio de Salud, "Comenzó vacunación contra el virus papiloma para niñas de diez años en las escuelas", 2019.

⁵⁹ Angelica Nogueira-Rodrigues, "HPV Vaccination in Latin America: Global Challenges and Feasible Solutions", *American Society of Clinical Oncology Educational*, 2019.

⁶⁰ OPS, "El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir", 2019.

⁶¹ Angelica Nogueira-Rodrigues, "HPV Vaccination in Latin America: Global Challenges and Feasible Solutions", *American Society of Clinical Oncology Educational*, 2019.

⁶² OPS, "El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir", 2019.

⁶³ C Simas et al., "HPV vaccine confidence and cases of mass psychogenic illness following immunization in Carmen de Bolívar, Colombia." *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 2019.

en resultados variados. Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay muestran el mejor desempeño, mientras que México, Paraguay y Perú tienen un desempeño por debajo del promedio. Los datos de la OMS de 2017 demuestran que todos los países cuentan con programas nacionales de detección de cáncer de mama y cuello uterino. Actualmente no hay cifras comparables de cobertura real, pero existe evidencia de que todavía hay un largo camino por recorrer, por ejemplo, para abordar las disparidades geográficas. "Tomando los datos correspondientes a 2013-2015, la proporción de cáncer de mama identificado en etapas tempranas en el sur de Brasil es del 68%, pero es solo del 50% en las regiones más pobres del norte del país, debido al acceso limitado al diagnóstico", explica el señor Medici. La OPS estima que para 2019 la cobertura del tamizaje cervical no había llegado al 70% de las mujeres entre 30 y 49 años.⁶⁴

Sin embargo, se han observado algunos avances. El doctor Ubillos destaca la publicación de pautas nacionales de detección temprana para el cáncer de mama y colon en Uruguay, que se suman a las pautas ya existentes para el cáncer de cuello uterino. Como él señala, "estas pautas tendrán un impacto en todo el cuerpo médico". En Argentina, la doctora Ismael describe una expansión exitosa del tamizaje del cáncer de cuello uterino, desde una provincia inicialmente hasta 11 laboratorios en la actualidad, "con el objetivo de alcanzar una cobertura de 50% de las provincias en 2022 con análisis de Papanicolaou y de VPH". Al desarrollar programas de detección eficientes, se debe entender la epidemiología local. "No todos los países son iguales para los efectos de la detección del cáncer. Además, el cáncer de cuello uterino no es igual en la Amazonía que en Bogotá. Se necesita una buena comprensión para enfocar estas iniciativas", dice el doctor Murillo.

Según datos de la OMS en 2014, la mamografía estaba disponible a nivel de atención primaria

de salud pública en seis de los países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Uruguay), mientras que cinco países tenían disponibilidad de exámenes clínicos de mama (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Paraguay). En Perú no se reportó la disponibilidad de ninguno de los servicios en 2014.

Las pruebas de sangre oculta en heces o las pruebas inmunológicas fecales se reportaron como disponibles a nivel general en el nivel de atención primaria de salud en todos los países excepto México, Paraguay y Perú. El tamizaje de cáncer de intestino mediante examen o colonoscopia solo estaba disponible en la mitad de los países, y Bolivia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay y Perú aún no habían llevado a la práctica ningún programa de ese tipo. En Brasil, "el análisis de sangre oculta tenía una cobertura de solo el 5% de la población objetivo del SUS en 2011, y la colonoscopia estaba disponible solo para el 20%", dice el señor Medici.

La falta de recursos a menudo puede dificultar la ampliación de estos programas. En Paraguay se llevó a la práctica un programa piloto de detección de cáncer colorrectal dirigido a 600 personas para el cual se debió enviar las muestras a Chile para que se realizara el análisis de sangre oculta.⁶⁵ El equipo del doctor Mitsui en el Instituto Nacional del Cáncer se ha acercado al Ministerio de Salud para plantear la posibilidad de adquirir los equipos necesarios. Los usuarios también pueden enfrentar limitaciones en el transporte para acudir a los centros de salud o en el tiempo requerido para solicitar atención. Para abordar esto de alguna manera, Ecuador ha ampliado las asignaciones de tiempo para la búsqueda de atención médica entre los trabajadores del sector público.⁶⁶ "Esto ayuda a que el acceso sea más factible", apunta el señor Merino.

Las voces de los expertos son claras en el llamado al fortalecimiento de los esfuerzos de promoción

⁶⁴ OPS, "El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir", 2019.

⁶⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. "Lanzan PRENEC, Programa Para La Prevención Y Detección Temprana Del Cáncer Colorrectal", 2018.

⁶⁶ Redacción Médica, "Asamblea amplía el tiempo de permiso para atención médica de los servidores públicos", 2019.

y prevención. No obstante, se debe entender la importancia, pero también la complejidad real de las acciones de prevención, ya que el éxito de los programas exigirá compromisos, supervisión e inversión a largo plazo. "La detección del cáncer

puede implicar varias fases de análisis a un costo elevado", dice el doctor Murillo. "Pero la detección salva más vidas que la atención tardía de los pacientes".

Tabla 6: Evaluación de acciones preventivas seleccionadas mediante el ICP

País/indicador	Programa nacional de vacunación contra el VPH	Programa nacional de detección de cáncer de cuello uterino	Programa nacional de detección de cáncer de mama	Disponibilidad de mamografías o exámenes clínicos de mamas (ECM)	Disponibilidad de análisis de sangre oculta en heces o prueba inmunológica fecal	Disponibilidad de pruebas de detección de cáncer de intestino mediante examen o colonoscopia
	Puntaje 0-1	Puntaje 0-1	Puntaje 0-1	Puntaje 0-2	Puntaje 0-1	Puntaje 0-1
Argentina	1	1	1	2	1	1
Bolivia	1	1	1	1	1	0
Brasil	1	1	1	2	1	1
Chile	1	1	1	2	1	1
Colombia	1	1	1	2	1	1
Costa Rica	0	1	1	1	1	1
Ecuador	1	1	1	1	1	0
México	1	1	1	2	0	0
Panamá	1	1	1	1	1	0
Paraguay	1	1	1	1	0	0
Perú	1	1	1	0	0	0
Uruguay	1	1	1	2	1	1

Nota: Los puntajes más altos indican un mejor desempeño.

Fuentes: OMS, Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud, <http://apps.who.int/gho/data/>; OMS, Perfiles de cáncer de los países, <https://www.who.int/cancer/country-profiles/en/>

Servicios de salud para todos

El puntaje del dominio de la disponibilidad del servicio y la fuerza laboral muestra una gran disparidad, con Uruguay y Brasil en los lugares de liderazgo y México, Perú y Paraguay como los países rezagados. Este dominio analiza la capacidad de los países para proporcionar servicios en la etapa de tratamiento.

Según datos de la OMS de 2014, la mayoría de los países tienen disponibilidad de radioterapia en el sistema de salud pública, siendo Costa Rica, Paraguay y Perú los rezagados. The Economist Intelligence Unit calculó un indicador de la capacidad de los equipos de radioterapia para satisfacer la demanda de los pacientes, considerando la cantidad real de equipos

disponibles (aceleradores lineales y Cobalt-60) en el sector público y privado, y teniendo en cuenta la incidencia de cáncer y la proporción de pacientes que pueden llegar a necesitar radioterapia.

Argentina, Costa Rica y Panamá satisfacen esta necesidad en mayor grado, mientras que países como Chile, Bolivia, México y Ecuador tienen grandes falencias.

Si bien las directrices europeas recomiendan un acelerador lineal por cada 183.000 a 500.000 personas,⁶⁷ "Paraguay cuenta con un único acelerador lineal en toda la red pública [con una población de casi 7 millones de personas]", dice el doctor Mitsui. Los demás se encuentran en manos del sector privado. Situaciones similares se evidencian en Costa Rica, según el doctor Vargas, e incluso en Chile, un país de altos ingresos, según el doctor Nervi. En Brasil, según Sergio Daniel Simon, presidente de la Sociedad Brasileña de Oncología Clínica, "el tiempo de espera para la radioterapia es de cinco meses en general".

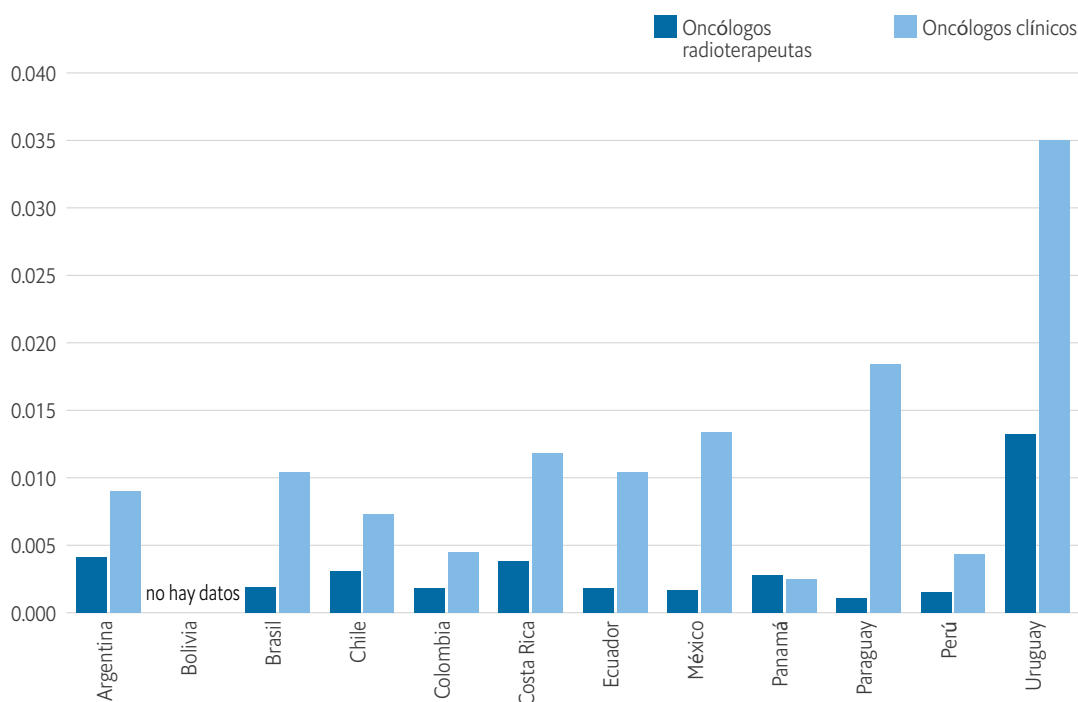
Uruguay tiene, de lejos, la mayor cantidad de oncólogos radioterapeutas, con una densidad que es promedio entre los países de altos ingresos (por ejemplo, similar a la de Alemania).⁶⁸ Paraguay

y Bolivia, países con menor incidencia de cáncer, están en la parte inferior de la clasificación (Bolivia no reportó estos datos). Pero incluso en países con una clasificación relativamente alta en este indicador en la región, como Chile (4º), puede haber deficiencias considerables en términos de recursos. "A pesar de tener un nivel de ingresos alto [en Chile], tenemos un retraso histórico. Tenemos alrededor de una cuarta parte de la cantidad de oncólogos que deberíamos tener", dice el doctor Nervi. En muchos casos, estas diferencias reflejan diferentes necesidades del cáncer, pero los ejemplos de la escasez de mano de obra, particularmente en regiones remotas, son comunes.

Según el doctor Sarria: "En la Amazonía no hay un solo oncólogo. Deben crearse las condiciones para que la fuerza laboral esté mejor distribuida en el país." Para abordar las brechas en tales profesiones altamente calificadas, se necesitará un compromiso político sostenido. Como sugiere el doctor Nervi, "nos tomará 50 años formar a todos los especialistas que necesitamos. Deberíamos encontrar una forma de formar especialistas más rápido".

⁶⁷ BJ Slotman et al., "[Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy. ESTRO-QUARTS: work package 1](#), *Radiotherapy and Oncology*, 2005.

⁶⁸ The Economist Intelligence Unit, "[Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic](#)", 2019.

Cuadro 4: Densidad de oncólogos radioterapeutas y oncólogos clínicos por cada 1000 habitantes

Fuente: OMS (oncólogos radioterapeutas), investigación de EIU (oncólogos clínicos).

Un aspecto importante de la prestación de servicios es la disponibilidad de medicamentos. En cuanto a la disponibilidad de medicamentos de la lista de medicamentos oncológicos esenciales de la OMS en el sistema de salud pública, se consideraron el cisplatino, fluorouracilo, docetaxel, imatinib, rituximab y trastuzumab. La mayoría de los países al menos muestran evidencia de haberlos codificado en el listado o formulario nacional de medicamentos. Pero la disponibilidad real es difícil de evaluar. La disponibilidad tiende a ser mejor en los grandes centros urbanos y capitales que en las provincias, según sugieren los expertos. Los procesos de compra y distribución también pueden ser complejos, como por ejemplo en Brasil. "Se suponía que el Pertuzumab estaría disponible en junio de 2018, pero hasta la fecha nadie lo ha recibido", señala el doctor Simon.

Paraguay y Bolivia presentaron el nivel más bajo de disponibilidad en general, con faltantes de dos o más de estos medicamentos.

Además, The Economist Intelligence Unit examinó el grado de reembolso disponible para medicamentos oncológicos. Si bien todos los países ofrecen tratamiento oncológico sin copago en los planes de salud pública, en Bolivia, Chile, México y Perú, por ejemplo, se excluyen algunos tipos de cáncer. E incluso en los casos en que hay tratamiento nominalmente disponible para todos los cánceres, no hay garantía de que estos sean los mejores tratamientos posibles. Por ejemplo, la gama de medicamentos disponibles en los planes de salud pública puede no siempre incorporar las últimas innovaciones. A modo de ejemplo puede señalarse el caso de Ecuador, donde tomó cinco años actualizar el formulario nacional de

medicamentos. Sin embargo, se presentó una nueva versión en agosto de 2019.⁶⁹

Sin embargo, en algunos países, el acceso a medicamentos, particularmente a los nuevos, puede ser problemático debido a problemas de organización del sistema de salud, recursos limitados o una planificación deficiente. Al no poder obtener nuevos medicamentos a través de los canales regulares, los pacientes pueden recurrir a acciones judiciales contra el estado. Esta situación es común en muchos de los países analizados, como Ecuador, Colombia o Brasil,⁷⁰ y puede afectar el sistema en su conjunto: "La discrepancia entre el compromiso constitucional y la falta de planificación crea problemas para la sostenibilidad del sistema", sostiene el doctor Ruales. Por lo tanto, los expertos sugieren una estrategia farmacéutica más organizada por parte del gobierno. El doctor Simon propone una negociación coordinada del gobierno con la industria, mientras que "el riesgo compartido es otra modalidad". "En México, hemos establecido la unificación de las compras de medicamentos en un solo catálogo para el tratamiento oncológico hasta 2020", agrega el doctor Mohar.⁷¹

En algunos países, el acceso a medicamentos, particularmente a los nuevos, puede ser problemático debido a problemas de organización del sistema de salud, recursos limitados o una planificación deficiente.

La disponibilidad de la morfina oral sigue siendo un desafío, ya que la mitad de los países no la ponen a disposición en general en el sector público, como se ve en los últimos datos de la OMS. Tal es el caso

de Argentina, Chile, México, Panamá, Paraguay y Perú. De acuerdo con estos resultados, la mayoría de los países no cuentan con soluciones de cuidados paliativos comunitarios o domiciliarios que se ofrezcan a través del sistema de salud pública. Si bien los planes de lucha contra el cáncer a menudo suelen incluir cuidados paliativos, existen inquietudes respecto de la implementación real. El doctor Murillo señala el ejemplo de Colombia, donde no hay incentivos para que prosperen los cuidados paliativos, ya que no es una medida rentable. Sin embargo, en la Argentina, los desarrollos recientes son motivo de orgullo.⁷² "Existe un programa de cuidados paliativos que se está convirtiendo en un punto de referencia regional. Ha sido respaldado por la producción local de opioides que se ha ampliado", señala la doctora Ismael.

Mejora de la calidad

Si bien muchos de los países están demostrando avances en los objetivos de acceso, el siguiente paso será mejorar la calidad de los servicios. Pero los avances en este dominio pueden verse obstaculizados por problemas sistémicos. La fragmentación es común en la mayoría de los países examinados, y esto afecta la calidad de diferentes maneras. En el caso de Colombia, el doctor Murillo describe un sistema dominado por múltiples aseguradores que ofrecen atención a través de proveedores de servicios inconexos que compiten entre sí, donde los pacientes tienen poca capacidad de elegir. "La atención se centra en las tarifas en lugar de la calidad, y los servicios se brindan de manera fragmentada", agrega. La fragmentación puede retrasar el acceso de los pacientes a la atención que necesitan. Según el doctor Mohar, "la fragmentación de los servicios ha contribuido, entre otros factores, a una fractura en la derivación de pacientes para detección temprana, diagnóstico

⁶⁹ Redacción Médica, *Ecuador incorpora 64 nuevos fármacos en la actualización del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos*, 2019.

⁷⁰ K Strasser-Weippl et al., "Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Oncology*, 2015.

⁷¹ América Economía, "Los retos de la compra consolidada de medicamentos en México", 2019.

⁷² Secretaría de Gobierno de Salud, "El INC recibió partida de opioides de origen nacional para distribuir en hospitales públicos".

y tratamiento". El doctor Vargas señala que los "retrasos interrumpen el efecto acumulativo del tratamiento". El señor Medici sugiere "crear nuevos modelos de remuneración en oncología, basados en el desempeño, que incentiven a los proveedores a lograr los mejores resultados posibles".

El desarrollo de prácticas y estándares comunes para el sector público y más allá puede fomentar la mejora de la calidad. El ICP determina que existen pautas clínicas para los tipos comunes de cáncer (mama, pulmón, próstata y colorrectal) en cuatro países: Argentina, Chile, Colombia y Perú. En la Argentina, la calidad ocupa un lugar destacado en términos de prioridades. "Hay una nueva iniciativa para implementar un sistema de control de calidad para todos los procesos en la atención oncológica", dice la doctora Ismael.

No se observaron pautas de práctica clínica basadas en la evidencia 73 para el tratamiento de los tipos comunes de cáncer en Bolivia, Ecuador, Panamá, Paraguay y Uruguay. "No existe un esfuerzo continuo sistemático en el desarrollo de guías clínicas", señala el doctor Ruales. Mientras tanto, este trabajo acaba de comenzar en Paraguay: "Estamos desarrollando protocolos para

manejar el cáncer de mama y de cuello uterino como una prioridad", dice el doctor Mitsui.

Para comprender en qué medida los países han adoptado un enfoque de atención centrado en el paciente, el ICP analizó tres factores. En primer lugar, evaluó la existencia de políticas de atención coordinada e integrada con equipos multidisciplinarios. Estas implican, por ejemplo, la inclusión de la terapia psicológica en el tratamiento del cáncer. Las políticas de este tipo están disponibles en nueve países. Luego, el ICP examinó el rol de las asociaciones de pacientes. Descubrimos que las asociaciones de pacientes participaron en el desarrollo de políticas de lucha contra el cáncer en solo siete países. Por último, el ICP revisó la existencia de pautas para la rehabilitación o la reincorporación al trabajo de los pacientes sobrevivientes. El desempeño en este indicador es generalmente débil, y la mayoría de los países carecen de políticas en esta área. Chile es una excepción, lo cual se evidencia en los capítulos dedicados a la rehabilitación y vida después del cáncer presentes en el Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile⁷⁴ y su nuevo plan contra el cáncer para 2018-2028⁷⁵

⁷³ Estos protocolos deben incluir la revisión sistemática de la evidencia y el conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia con juicios de valor respecto de los beneficios y riesgos de intervenciones específicas.

⁷⁴ Ministerio de Salud, "[Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile](#)", 2018.

⁷⁵ Ministerio de Salud, "[Plan Nacional de Cáncer 2018-2028](#)".

Habilitación de la atención oncológica por medio de telesalud en Perú

Con el objetivo de mejorar el alcance, la eficiencia y la continuidad de los servicios oncológicos, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) desarrolló una plataforma de telesalud que ofrece servicios para la protección, promoción, prevención y rehabilitación del cáncer en tres regiones del Perú.

El programa de telesalud del INEN comenzó en 2015 con la creación de un centro satélite de quimioterapia en la región de San Martín.⁷⁶ Hoy en día, el instituto nacional del cáncer con sede en Lima informa que la red está funcionando en siete hospitales, cinco en Lima y dos en las regiones de San Martín y Cusco. Para el doctor Sarria, "una prioridad es aprovechar los enfoques innovadores para llegar a más peruanos a través de la tecnología".

La iniciativa se desarrolló siguiendo una de las líneas de acción del "Plan Esperanza" sobre renovación tecnológica, y complementa la capacidad ya establecida de Perú en materia de telesalud. Bajo el mando del Ministerio de Salud, Perú tiene la red de telesalud más grande de la región (Red Nacional de Telesalud), con 1003 centros de salud conectados, que incluyen servicios de salud primaria, secundaria y salud mental comunitaria.⁷⁷ La red ya ha facilitado la expansión de los servicios de detección de cáncer de mama, como la telemamografía, que ha atendido a más de 11.000 mujeres hasta la fecha.⁷⁸

El sistema de telesalud del INEN se basa en un enfoque original desarrollado por el instituto. El primer paso es una consulta en persona en el INEN (Lima), donde el paciente recibe

un diagnóstico. Las siguientes consultas y revisiones se realizan de forma remota. Por medio de videoconferencia, el INEN revisa las historias clínicas y supervisa los tratamientos de quimioterapia. A través de la plataforma también se llevan a cabo debates clínicos entre el centro satélite y el INEN (paneles de expertos para la evaluación de tumores).⁷⁹

El instituto actualmente ofrece los servicios de consulta y diagnóstico, oncología, manejo del dolor y cuidados paliativos, quimioterapia, monitoreo, emergencias, patología y radiología. Las consultas pueden realizarse en forma de intercambio electrónico de expedientes para asesoramiento clínico o conferencias en vivo con personal médico, pero también pueden contar con la participación del paciente.⁸⁰

El servicio, que comenzó a funcionar en 2018, está diseñado para facilitar el tratamiento y la resolución de casos en regiones remotas y para contribuir a la divulgación del conocimiento en todo el país. El componente educativo es de gran importancia, ya que la red ofrece servicios de capacitación a la comunidad médica y apoyo de gestión, los cuales hasta el momento han tenido un impacto significativo. En 2018, 5500 profesionales de la salud recibieron teleformación sobre temas de prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación. El objetivo para 2019 es de 8000.⁸¹ Hay interés en explorar más soluciones tecnológicas para abordar las necesidades oncológicas de Perú en el INEN: "Estamos explorando la geolocalización como una herramienta para mejorar el monitoreo del cáncer", dice el doctor Sarria.

⁷⁶ Ministerio de Salud, "Principales resultados del INEN para la prevención y el control del cáncer en el marco del Plan Esperanza", 2016.

⁷⁷ Gob.pe, "Red Nacional de Telesalud superó los mil establecimientos de salud interconectados en todo el país", 2018.

⁷⁸ América Economía, "Perú: Más de 11 mil mujeres accedieron al sistema de telemamografía", 2019.

⁷⁹ Carlos Santos-Ortiz y Tatiana Vidaurre, "Acelerando la innovación en el control del cáncer en el Perú", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2016.

⁸⁰ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, [Telesalud y telemedicina](#).

⁸¹ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, "Cerca de 8 mil profesionales de la salud serán capacitados este año a través del programa de telesalud del INEN", 2019.

Capítulo 4: Sistemas de salud y gobernanza

Mensajes fundamentales

- Hay un avance importante en términos de inversión en el sector de la salud en la región. Sin embargo, los estándares óptimos para el gasto gubernamental y el gasto de bolsillo aún no se cumplen en todos los países. Los organismos de evaluación de tecnologías sanitarias se están consolidando y deberían desempeñar un papel más importante para determinar la eficiencia de las intervenciones contra el cáncer.
- Las brechas de infraestructura son un tema que preocupa en toda la región. Es necesario desarrollar estrategias para ampliar los servicios que enfrentan limitaciones presupuestarias. Las estrategias pueden incluir la capacitación de profesionales de apoyo (como enfermeras de práctica avanzada), el fortalecimiento de las redes de atención de salud primaria, así como también la creación de alianzas con el sector privado y la sociedad civil.
- Están surgiendo debates sobre la colaboración intersectorial para la prestación de atención y también para la financiación de servicios oncológicos. Estos pueden ser los cimientos para una gobernanza más sólida en los programas de lucha contra el cáncer.

Compromiso político a través del gasto

El ICP mide la voluntad política mediante una combinación de indicadores que analizan los compromisos financieros y el desarrollo institucional. No todos los aspectos considerados en este dominio son específicos del cáncer, y esto da cuenta de que el cáncer no puede ser derrotado solo con actividades centradas en la enfermedad. Se necesitará un ecosistema de salud robusto.

En términos de gasto público en salud, Chile ocupa el primer lugar en el ICP. El índice mide el crecimiento del gasto público general en salud como un porcentaje del gasto público total a lo largo de diez años. Este es un puntaje compuesto basado en el promedio de diez años de gasto en salud como parte del gasto público (y un índice de crecimiento anual promedio del gasto). Perú también tiene un buen desempeño en este

indicador, mientras que Bolivia, Ecuador y Brasil se encuentran rezagados.

Al observar los datos de gasto subyacentes, el indicador "gasto público general en salud sobre el gasto público total", basado en datos de la OMS, mide la priorización general de la salud en la agenda política durante los últimos diez años. Esta proporción ha mejorado en la mayoría de los países (ocho de 12). El país con el mayor crecimiento promedio en este indicador es Perú, con un aumento promedio de 10,2% por año, y un aumento del 7,3% en 2007 al 16,2% en 2016. Esta es una mejora notable y es consistente con el aumento de la cobertura de aseguramiento de la población del 53% en 2008⁸² a aproximadamente el 80% en 2016.⁸³

En la parte inferior de la escala se encuentran México y Brasil, que combinan un gasto promedio relativamente bajo (alrededor del 10% del gasto

⁸² K Strasser-Weippl et al., "Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Oncology*, 2015.

⁸³ Aníbal Velásquez, "Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2016.

público total) con un crecimiento cercano a cero entre 2007 y 2016. "La financiación sanitaria brasileña se ha visto afectada por la crisis económica y fiscal, la cual impuso limitaciones para la ampliación de la financiación pública para el SUS", explica el señor Medici. El doctor Mohar reconoce este factor como un problema clave: "México tiene un bajo gasto en salud como porcentaje del PIB. Podemos hacer mejoras en materia de eficiencia y planificación, pero se necesitan recursos generales para ampliar la cobertura y la calidad".

Una medida importante, si bien no se toma en cuenta en el ICP, es el gasto público en salud como porcentaje del PIB, ya que esta variable tiene en cuenta el tamaño de la economía (en lugar del tamaño del gasto público únicamente). La OMS ha establecido que el 5% es el nivel de financiamiento necesario para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal.⁸⁴ Según los datos de 2016, los únicos países latinoamericanos que alcanzaron este umbral fueron Uruguay, Costa Rica, Argentina y Chile (este último está muy cerca del 5%).⁸⁵

El ICP también midió la proporción del gasto de bolsillo (OOP) en el gasto total en salud en los últimos diez años, que disminuyó en todos los países menos en uno (Brasil). Argentina, Perú y Costa Rica han logrado el mayor avance, con una caída promedio del 6,6%, 4,5% y 3,6% respectivamente. Argentina tiene el nivel más bajo con 13,5%, mientras que el nivel de gasto de bolsillo es más alto en Brasil, Ecuador y México, alrededor del 40%; el 20% es el nivel recomendado para reducir los casos de gastos catastróficos o empobrecedores en salud.⁸⁶ En los 12 países analizados, solo la Argentina, Colombia y Uruguay alcanzan este umbral, según datos de la OMS de 2016.

Pero el aumento del gasto público en cáncer no será suficiente ni deseable como medida aislada si no se

Tabla 7: Evaluación de aspectos de gobernanza seleccionados mediante el ICP

País/indicador	Evaluación de tecnologías sanitarias	Acción intersectorial para la salud y la equidad en salud
	Puntaje 0-2	Puntaje 0-1
Argentina	1	0
Bolivia	1	1
Brasil	2	1
Chile	2	1
Colombia	2	1
Costa Rica	0	1
Ecuador	1	1
México	1	1
Panamá	0	1
Paraguay	0	1
Perú	0	1
Uruguay	2	1

Nota: Los puntajes más altos indican un mejor desempeño. Fuentes: OMS, Perfiles de los países según la evaluación de tecnologías sanitarias, <https://www.who.int/health-technology-assessment/country-profile/en>; investigación de EIU.

emplea de manera eficiente. "En mi opinión, dadas las restricciones fiscales del país, es importante revisar la eficiencia de los programas actuales y mejorar los resultados en materia oncológica con el nivel actual de financiamiento además de aportar más recursos en los casos en que sea posible", dice Medici, refiriéndose a Brasil.

La cobertura de servicios básicos medida en función del índice de Cobertura Sanitaria Universal de la OMS es más alta en Uruguay, Perú y Brasil (por

⁸⁴ M Jowett et al., "Spending targets for health: no magic number", Health Financing Working Paper No. 1, World Health Organization, 2016.

⁸⁵ OMS, obtenido de: <https://data.worldbank.org/>

⁸⁶ Chatham House, "Shared Responsibilities for Health A Coherent Global Framework for Health Financing", 2014.

Tabla 8: Gasto en salud y Cobertura Sanitaria Universal

País	Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, 2016	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto actual en salud, 2016	Cobertura de servicios sanitarios básicos, 2015
Argentina	14%	16%	76%
Bolivia	11%	28%	60%
Brasil	10%	44%	77%
Chile	20%	35%	70%
Colombia	13%	20%	76%
Costa Rica	29%	22%	75%
Ecuador	11%	40%	75%
México	10%	40%	76%
Panamá	21%	27%	75%
Paraguay	16%	38%	69%
Perú	16%	28%	78%
Uruguay	19%	17%	79%

Fuentes: OMS, Observatorio Global de Salud y Base de datos global de gastos en salud, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGGESHA2011?lang=en>, <http://apps.who.int/nha/database>, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEv>

encima del 75%) y más baja en Paraguay y Bolivia (69% y 60%, respectivamente). Algunos desarrollos importantes en este dominio son el primer sistema de salud universal gratuito de Bolivia, implementado en marzo de 2019 a través de la promulgación de la Ley del Sistema Único de Salud. El programa ofrecerá acceso a atención sanitaria universal gratuita para el 51% de la población previamente no asegurada.^{87,88} El primer programa de seguro público de México, Seguro Popular, también ha sido un hito importante. Entre 2004 y 2013, la cantidad de personas inscritas superó los 55 millones, lo cual benefició principalmente a las poblaciones pobres e indígenas y redujo la desigualdad general en materia de acceso y resultados.⁸⁹ El doctor Mohar señala que, aunque este sistema ha sido controversial, ha permitido

un mayor acceso al tratamiento oncológico para un segmento de la población. El Seguro Popular está en proceso de ser reemplazado por un nuevo esquema, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que tiene como objetivo aumentar la cobertura de la población y reducir las barreras de acceso prevalentes en el esquema anterior.⁹⁰

En términos de desarrollo institucional, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay tienen el mayor desarrollo: estos países cuentan con un organismo de evaluación de tecnologías sanitarias que exige que sus recomendaciones se tomen en cuenta en los procesos de toma de decisiones. El ICP consideró múltiples formas de organismos de evaluación de tecnologías sanitarias, incluidos aquellos vinculados a los ministerios de salud,

⁸⁷ OPS, "Bolivia se encamina hacia la salud universal", 2019.

⁸⁸ Ministerio de Salud, *Sistema Único de Salud - Preguntas Frecuentes*, 2019.

⁸⁹ Banco Mundial, "Seguro Popular: Health Coverage For All in Mexico", 2015.

⁹⁰ Gob.mx, *Inicia Parlamento Abierto, previo a la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar*, 2019.

siempre que exhibiesen independencia de los pagadores en el sistema de salud. Sin embargo, los desafíos persisten, en Brasil, por ejemplo: "Actualmente, los instrumentos para evaluar y aprobar nuevas tecnologías oncológicas (así como también para otras enfermedades) carecen de agilidad y transparencia, pero el Ministerio de Salud está debatiendo sobre mecanismos para aumentar la agilidad de estos instrumentos, así como la creación de un organismo independiente para la evaluación de tecnologías sanitarias de acuerdo con el modelo del NICE [Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica] en el Reino Unido", dice el señor Medici. En la Argentina, Bolivia, Ecuador y México, hay un mecanismo de evaluación de tecnologías sanitarias, pero sin suficiente influencia en la toma de decisiones. En opinión del señor Merino, "existe un problema de ineficiencia en el gasto. No hay suficiente priorización, especificidad y tecnicidad". En Costa Rica, Panamá, Paraguay y Perú no hay ningún sistema de evaluación de tecnologías sanitarias, o bien los sistemas existentes no eran independientes de los pagadores o las agencias proveedoras.

Con necesidades crecientes y recursos limitados, los desarrollos institucionales como los organismos de evaluación de tecnologías sanitarias serán fundamentales para la sostenibilidad de los sistemas de salud en América Latina. Con un papel en la evaluación de los aspectos sociales, económicos, organizativos y éticos de las tecnologías sanitarias, las Evaluaciones Tecnológicas en Salud pueden ayudar a los países con información que contribuye a la creación de políticas que maximicen la eficiencia y la eficacia de las intervenciones.⁹¹

Infraestructura: Un desafío predominante

El ICP midió la infraestructura mediante los indicadores de densidad de cirujanos y profesionales de la salud calificados. Brasil y Uruguay encabezaron esta categoría, mientras que Costa Rica y Paraguay quedaron en los últimos lugares. Chile (0,41) y Brasil (0,35) tienen la mayor densidad de cirujanos por cada 1000 habitantes, y tienen un buen desempeño en comparación con otros países de ingresos altos o medios altos.⁹² Sin embargo, aproximadamente la mitad de los países tienen un desempeño inferior en términos globales, especialmente Argentina, Uruguay, Panamá, Costa Rica, Colombia y Paraguay, que tienen densidades por debajo de otros países de ingresos medios altos, según datos de la OMS.⁹³

Pero los desafíos en materia de infraestructura se ven en todas partes, especialmente teniendo en cuenta los desequilibrios que existen entre los centros urbanos y las provincias rurales, que llevan a los pacientes a viajar largas distancias para recibir atención médica. "Es un sistema muy centralizado", dice el señor Merino. "Son pocos los pacientes que tienen acceso a un tratamiento efectivo. Esto se traduce en poco acceso y diagnósticos tardíos". En Panamá, por ejemplo, hay diez veces más camas de hospital per cápita en Colón o Ciudad de Panamá que en las zonas rurales.⁹⁴

Los países examinados también demostraron un desempeño inferior al considerar más ampliamente la densidad de profesionales de la salud calificados (médicos, enfermeras y parteras). Uruguay y Brasil tienen la mayor densidad, pero aún están por

⁹¹ OMS, [Evaluación de tecnologías sanitarias](#).

⁹² The Economist Intelligence Unit, "[Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic](#)", 2019.

⁹³ Datos del [Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud](#). Comparación internacional basada en la publicación de The Economist Intelligence Unit, "[Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic](#)", 2019.

⁹⁴ Oxford Business Group, "[Panama improves access to health care system](#)", 2015.

debajo de los estándares para los países de altos ingresos.⁹⁵ La ampliación de las profesiones de apoyo será fundamental para impulsar la respuesta a las grandes demandas de la enfermedad. Chile cuenta con una iniciativa en marcha. "Estamos trabajando para incorporar enfermeras de práctica avanzada, que pueden ayudar a aumentar la capacidad de atención en los equipos oncológicos", dice el doctor Nervi. Según la opinión del doctor Vargas, ante el aumento de las necesidades oncológicas, se deben considerar estrategias de atención comunitaria, que se están explorando en Costa Rica, de lo contrario, "los hospitales se verán excedidos en capacidad".

"Estamos trabajando para incorporar enfermeras de práctica avanzada, que pueden ayudar a aumentar la capacidad de atención en los equipos oncológicos", dice el doctor Nervi.

Pero en algunos casos el problema radica en el uso ineficiente de la infraestructura. El doctor Mohar apunta a una infraestructura poco utilizada en México, debido a la fragmentación entre las ofertas públicas, de seguridad social y privadas. "Existe infraestructura que se utiliza poco debido a la fragmentación. Estamos buscando forjar

alianzas entre los esquemas públicos y privados para compartir la infraestructura existente", señala el doctor Mohar. En Colombia, apunta el doctor Murillo, existe la necesidad de consolidar y mejorar la planificación en materia de infraestructura, ya que existen muchos centros oncológicos que actualmente son deficientes. En su opinión, "debería haber un impulso para contar con servicios más integrales, tal vez a través de una alianza de proveedores". Por último, cualquier inversión en infraestructura deberá ir acompañada de una fuerza laboral más grande y bien capacitada. "Un análisis respecto a las mamografías reveló que el problema no era la falta de equipos, sino la poca utilización y la falta de capacitación de los equipos médicos", explica la doctora Ismael.

Se están debatiendo soluciones para abordar las brechas de infraestructura, pero se necesita una acción determinada. Forjar alianzas entre diferentes esquemas de salud podría ayudar a resolver la subutilización. El desequilibrio entre las zonas urbanas y rurales es un problema en la mayoría de los países, y los líderes están buscando expandir las redes de salud con una combinación de unidades primarias y unidades secundarias ubicadas estratégicamente. "Se ha trabajado en la apertura de centros regionales en zonas con falta de atención, con un total de siete hospitales altamente especializados en seis regiones", dice el doctor Mohar. "Más de 1.500.000 pacientes se han beneficiado con esta iniciativa".

⁹⁵ The Economist Intelligence Unit, "[Cancer preparedness around the world: National readiness for a global epidemic](#)", 2019.

El Desafío de Ciudades Contra el Cáncer en Cali, un modelo de colaboración entre múltiples actores interesados

La Fundación City Cancer Challenge apoya a los países con recursos limitados para mejorar la atención oncológica mediante el fortalecimiento de la respuesta a nivel local a través de un enfoque que incluye la evaluación de necesidades, acciones por parte de varios actores interesados, monitoreo e intercambio de conocimientos.

Desarrollada por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), y ahora dirigida por la fundación independiente City Cancer Challenge (C/Can), esta iniciativa reconoce que la mayor parte de la población mundial vive en entornos urbanos, siendo a menudo las ciudades las primeras en la línea de respuesta a los desafíos en materia de salud pública y desarrollo.⁹⁶

El programa tiene como objetivo mejorar la respuesta al cáncer en las ciudades a través del siguiente enfoque:

- Las condiciones locales y los actores interesados se identifican primero, y se realiza una evaluación de necesidades para identificar las prioridades.
- A este proceso le sigue una etapa de planificación. Se identifican las oportunidades para generar asociaciones y soporte técnico.
- Luego hay una etapa de implementación con tareas de monitoreo y evaluación, que culmina en un proceso de intercambio de conocimientos entre las ciudades.⁹⁷

Las operaciones se inician una vez que se firma un Memorando de Entendimiento entre las autoridades administrativas y de salud relevantes y C/Can, que proporciona el marco para la

acción posterior. En el caso de Cali, Colombia, las autoridades municipales encabezaron la iniciativa, pero también participaron las autoridades regionales y nacionales. Según Silvana Frech, directora de C/Can en América Latina, hay un enfoque clave en "el empoderamiento de los líderes de las ciudades para lograr soluciones sostenibles". El modelo ya está funcionando en siete ciudades de todo el mundo.

Cali fue la primera ciudad seleccionada para su implementación en 2017, seguida de Asunción y Yangon. Las ciudades candidatas fueron evaluadas en función de los aspectos de compromiso político, participación de las partes interesadas, disponibilidad de datos y planificación para el abordaje del cáncer, así como también la disponibilidad de servicios oncológicos fundamentales, siguiendo una lista de verificación preparada por la UICC.⁹⁸

Hubo una serie de condiciones que llevaron a la selección de Cali. La ciudad alberga un registro de cáncer que ha estado funcionando durante más de 50 años y es un punto de referencia regional en materia de calidad. Esto proporcionaría una línea de base integral para el programa. Tenía una respuesta activa al cáncer, con una amplia gama de servicios disponibles, pero la mayoría de estos servicios se brindan en el sector privado. La supervivencia general al cáncer era decepcionante, con resultados muy diferentes para los titulares de seguros privados en comparación con las personas sin seguro. Con una población de 2.400.000, los desafíos del cáncer en la ciudad estaban creciendo debido a la afluencia de población rural de las zonas circundantes.⁹⁹

⁹⁶ Luis Eduardo Bravo et al., "Cali, Colombia, Key learning City C/Can 2025: City Cancer Challenge", *Colombia Médica*, 2017.

⁹⁷ <https://citycancerchallenge.org/>

⁹⁸ UICC, *City Cancer Challenge Checklist*, 2018.

⁹⁹ Luis Eduardo Bravo et al., "Cali, Colombia, Key learning City C/Can 2025: City Cancer Challenge", *Colombia Médica*, 2017.

Se llevó a cabo una evaluación inicial de las necesidades que involucró a cerca de 200 actores locales, incluidos profesionales de la salud y pacientes.¹⁰⁰ El desarrollo de la iniciativa implicó la coordinación de múltiples partes interesadas, con la formación de comités técnicos y ejecutivos (incluyendo organismos de salud del sector público y privado, autoridades gubernamentales, el ámbito académico y la sociedad civil),¹⁰¹ que definieron un plan de acción con 40 objetivos, enfocándose en aspectos tales como el acceso al diagnóstico y tratamiento, la calidad en los procesos y servicios, y el cáncer en la agenda política.¹⁰²

Los resultados de la iniciativa hasta ahora han sido destacados por el departamento de salud de Cali en 2019. Las lecciones clave incluyen "la importancia de fortalecer la gobernanza, la creación de capacidad y promover la colaboración multisectorial".¹⁰³ Un logro es el fortalecimiento de los servicios oncológicos en el hospital público líder, el Hospital Universitario del Valle, a través de la inversión en equipos para diagnóstico. Esto se ha combinado con la formación de enfermeras en oncología en la Universidad del Valle, la universidad pública líder. También ha habido acción en el desarrollo de registros al nivel de los hospitales.¹⁰⁴ La iniciativa

también ha fomentado colaboraciones con instituciones internacionales, como la Sociedad Americana de Patología Clínica, la Sociedad Americana de Oncología Clínica y la Agencia Internacional de Energía Atómica para el apoyo y la capacitación sobre sistemas de control de calidad en laboratorios, pautas de calidad en la atención oncológica y el desarrollo de servicios de radioterapia, respectivamente.¹⁰⁵

Con un lapso total de tres años, la iniciativa está llegando a su fin, y después de las etapas de evaluación de necesidades, planificación e implementación, el enfoque ahora está en desarrollar mecanismos de sostenibilidad. Un logro importante ha sido el desarrollo de una mesa intersectorial en el departamento del Valle del Cauca, que se espera proporcione estabilidad a las iniciativas de lucha contra el cáncer independientemente de los cambios de gobierno. Para la señora Frech, "más allá de las importantes acciones de asistencia técnica para el acceso y la calidad, ha sido crucial destacar la necesidad de un compromiso político y una inversión financiera a largo plazo".

En América Latina, la Fundación City Cancer Challenge también funciona en Asunción (Paraguay) y en Porto Alegre (Brasil),¹⁰⁶ con León en México como nuevo participante.¹⁰⁷

¹⁰⁰ C/Can, "Cali marks one year of progress with visit from UICC President HRH Princess Dina Mired", 2018.

¹⁰¹ C/Can, "Delivering on-the-ground impact: Cali partners with the American Society for Clinical Pathology to strengthen the city's laboratory network", 2018.

¹⁰² El País, "¿Cómo combatir el cáncer en Cali?, habla Nelson Sinisterra, secretario de Salud", 2019.

¹⁰³ El País, "¿Cómo combatir el cáncer en Cali?, habla Nelson Sinisterra, secretario de Salud", 2019.

¹⁰⁴ El País, "¿Cómo combatir el cáncer en Cali?, habla Nelson Sinisterra, secretario de Salud", 2019.

¹⁰⁵ C/Can, *Activity Report: City Cancer Challenge*, 2018.

¹⁰⁶ C/Can, *Our cities*, 2018.

¹⁰⁷ Gobierno del Estado de Guanajuato, SSG se suma a la estrategia C / Can 2025: Desafío de ciudades contra el cáncer, 2019.

Gobernanza y articulación: El camino a seguir

El componente final del ICP midió la acción intersectorial y la gobernanza. Esto es importante, ya que los desafíos del cáncer exigirán recursos y conocimientos más allá del sector de la salud. En Chile, el doctor Nervi señala la necesidad de colaborar con el sector privado para cerrar la brecha de financiación "a través de modelos de beneficios fiscales atractivos". Y, como se vio en capítulos anteriores, la fragmentación es un gran problema en América Latina, desde diferentes puntos de vista. El diálogo multisectorial puede ayudar a sentar las bases para una mayor integración. La doctora Ismael señala que "la falta de colaboración intersectorial entre los esquemas públicos, privados y de seguridad social ha sido un obstáculo en el pasado. La articulación está creciendo, y esta será la clave para garantizar la sostenibilidad del sistema".

La acción intersectorial se examinó mediante la revisión de la existencia de políticas para abordar los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, trabajo, educación y desigualdad). Las políticas clave de varios países han incluido

a múltiples disciplinas para la mejora general de los resultados relacionados con la salud. Algunos ejemplos de esto incluyen el Plan Estratégico del Ministerio de Salud de Bolivia para 2016-2020¹⁰⁸ o la Política Nacional de Salud 2015 de Costa Rica, que promueve la colaboración intersectorial,¹⁰⁹ así como la "Estrategia para servicios de salud inclusivos" de Ecuador que fue desarrollada por las autoridades de salud en colaboración con las autoridades de derechos humanos, género e inclusión.¹¹⁰

La gobernanza se midió a través del indicador del "control de corrupción", sobre la base de datos del Banco Mundial. Si bien este es un indicador bastante amplio, proporciona una idea respecto de la eficiencia y efectividad general del sector público. La corrupción también se ha destacado por sus importantes efectos no solo en los presupuestos, sino también en los resultados en términos de salud.¹¹¹ A excepción de Uruguay, Chile y Costa Rica, los países obtuvieron un resultado relativamente pobre en este indicador en términos globales. Esto señala la necesidad de equipar a los programas contra el cáncer con sistemas de gobernanza sólidos, respaldados por instituciones robustas y con la supervisión de los ciudadanos.

¹⁰⁸ Ministerio de Salud, "[Plan Estratégico Institucional 2016-2020](#)", 2017.

¹⁰⁹ Ministerio de Salud, "[Política Nacional de Salud 'Juan Guillermo Ortiz Guier'](#)", 2015.

¹¹⁰ Ministerio de Salud Pública, "[Implementación de la estrategia de servicios de salud inclusivos en los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública - Instructivo](#)", 2018.

¹¹¹ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, "[Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide](#)", 2018.

Conclusión

América Latina enfrenta un desafío común en el aumento de la carga del cáncer. Sin embargo, este desafío tiene muchas caras. Las desigualdades entre y dentro de los países se traducen en diferentes perfiles oncológicos y diferentes necesidades. Este estudio encontró que hay signos crecientes de conciencia respecto a este desafío en toda la región, así como también algunas áreas con innovación y resultados positivos. Sin embargo, todavía queda mucho trabajo por hacer para mejorar los resultados del control del cáncer y para equipar a los sistemas de salud con los recursos y estructuras necesarios para prepararse para este desafío creciente.

Se están adoptando planes contra el cáncer que demuestran una evolución, con signos de una mejor implementación. Pero asegurar el apoyo financiero e institucional para estos proyectos a largo plazo debería ser una prioridad mayor. Se necesita un consenso sobre el cáncer en toda la sociedad. También es necesario refinar los datos fundamentales sobre el cáncer. Impulsados por los compromisos de Cobertura Sanitaria Universal, hay signos de una creciente inversión en atención sanitaria, pero aún existen muchas brechas en materia de disponibilidad de servicios en el sector público, con segmentos de la población excluidos. Existen programas nacionales de prevención visibles, pero exigen una inversión sostenida para llegar a toda la población.

Este estudio presenta la versión regional de una herramienta para evaluar la preparación nacional ante la enfermedad: el Índice de Preparación para el Abordaje del Cáncer en América Latina. Las 45 áreas específicas medidas son atributos deseables para cualquier país. El ICP contiene una vasta cantidad de información que puede proporcionar una manera de comparar y posiblemente aprender del desempeño de otros.

Invitamos a los lectores interesados a profundizar en este análisis.

Sin embargo, este estudio solo puede ofrecer una visión generalizada de la situación en la región, y cada país tiene una tarea importante por delante para desarrollar una estrategia que satisfaga sus necesidades específicas. Sin embargo, se han reunido algunos principios fundamentales basados en percepciones de expertos e investigaciones documentales que los encargados de formular políticas podrían tener en cuenta para el trabajo que tienen por delante:

Planificación continua para el abordaje del cáncer: La planificación debe entenderse como un proceso continuo y permanente. No se debe permitir que los países tengan planes vencidos u obsoletos durante años, y estos planes deben actualizarse periódicamente a fin de garantizar la estabilidad a largo plazo de los programas contra el cáncer. También será fundamental asegurar mecanismos financieros para la implementación operativa de los planes. Por ejemplo, Chile está dando pasos en esa dirección a través de su nuevo plan y una ley de cáncer, a fin de crear una estructura de gobernanza sólida para la lucha contra el cáncer que prevalezca incluso si el gobierno cambia.

Inversión en registros de cáncer: Se determinó que los registros de cáncer son el factor de predicción más fuerte para garantizar una buena preparación general contra el cáncer, y no es sorprendente el porqué. Los registros exigen capacidad técnica e institucional, y proporcionan datos que deberían ser el insumo esencial para el diseño de políticas y el monitoreo efectivo. Como subraya la UICC, es posible desarrollar registros incluso con recursos limitados.¹¹²

¹¹² UICC y IARC, "[Cancer registries: why, what and how?](#)".

Un enfoque en la prevención: Los éxitos en el control del tabaco en la región muestran que se puede lograr mucho con una acción determinada, pero la promoción exige una inversión más sostenida en todos los ámbitos. Si bien existen logros en la creación de programas de inmunización y detección, estos deben recibir una inversión sostenida y estar sujetos a una supervisión estricta.

Dar prioridad a quienes no reciben la atención suficiente: En América Latina, las personas que viven en grandes zonas urbanas tienden a recibir al menos una atención adecuada, mientras que los habitantes de la periferia enfrentan mayores limitaciones. Se debe incentivar la innovación a fin de desarrollar mecanismos para llegar a aquellos que no reciben la atención suficiente, incluso con recursos limitados. Algunos ejemplos de esto son el fortalecimiento de las redes de salud primaria o el uso de tecnología, como los servicios oncológicos de telesalud.

Servicios centrados en el paciente: Si bien los sistemas de salud son extremadamente complejos y no existe una solución simple, los principios de la atención centrada en el paciente deben estar más arriba en el orden de prioridades, guiando así los procesos de reforma. Deben tenerse en cuenta al diseñar incentivos, procesos y estructuras

sectoriales que, en última instancia, beneficien a las personas y los resultados en salud a través de las etapas de la atención. Un primer paso en esta dirección debería ser la participación de los pacientes y las organizaciones de pacientes en el diseño de políticas y los procesos de toma de decisiones.

Planificación de recursos: Hay importantes logros en la priorización de fondos para el cuidado de la salud en la mayoría de los países, sin embargo, por lo general la planificación de recursos debe estar más coordinada para cumplir con los compromisos de Cobertura Sanitaria Universal. Tanto el monto como la eficiencia de las inversiones son factores cruciales. Asegurar fondos para el cáncer a través de la legislación puede ayudar, así como las iniciativas coordinadas para la compra de medicamentos y equipos.

Mayor colaboración multisectorial: Hay muchas partes interesadas trabajando en la respuesta al cáncer, pero la falta de coordinación es evidente en todos los países. Desde la etapa de planificación oncológica debería haber plataformas para la participación y el consenso de múltiples partes interesadas. Esto puede ayudar a definir responsabilidades y desarrollar una gobernanza sólida.

Si bien se han realizado todos los esfuerzos para verificar la exactitud de esta información, The Economist Intelligence Unit Ltd. no puede aceptar ninguna responsabilidad u obligación por la confianza de cualquier persona en este informe o en la información, opiniones o conclusiones que figuran en él. Los hallazgos y puntos de vista expresados en el informe no reflejan necesariamente los puntos de vista del patrocinador.

LONDRES

20 Cabot Square
Londres, E14 4QW
Reino Unido
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
Correo electrónico:
london@eiu.com

NUEVA YORK

750 Third Avenue
5th Floor
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Correo electrónico:
americas@eiu.com

HONG KONG

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Correo electrónico:
asia@eiu.com

GINEBRA

Rue de l'Athénée 32
1206 Ginebra
Suiza
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Correo electrónico:
geneva@eiu.com

DUBAI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubai
Tel: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Correo electrónico:
dubai@eiu.com

SINGAPUR

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapur
048424
Tel: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
Correo electrónico:
asia@eiu.com